



สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การศึกษามากับสุขภาพช่องปาก: กรณีศึกษา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์	1
สุพัตรา วัฒนเสน , นันทิชา ร่มนิษฐ์รัตนกุล, อัสลดา จันทะพา, ภาณุภา พลนอก	
คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มี ผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น	13
นิออน ลีละ, ประจักษ์ บัวพันธ์, มกรพันธ์ จูฑะรสกา	
การส่งเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแขง ตำบลลำธาร อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์	25
อัญญาพรณ ชัยชนัด, ชัยรัช จันทร์สมุด	
คุณภาพชีวิตและความต้องการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขต ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์	33
กาญจนา สอนูทา, ชัยรัช จันทร์สมุด, ธันว ใจเที่ยง	
ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อรับรู้ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์	41
วิมลพร ราชติกา, ชัยรัช จันทร์สมุด	
ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะเร่งรีบประคับประคอง อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์	49
พีรยา ลาภบุญเรือง, พรนภา ศุกรเวชศิริ	
ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลชุมชนเขตสุขภาพที่ 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	55
นวินดา หลักคำพันธ์, วรณชนก จันทุม	
ปัจจัยคัดสรรทำนายประสิทธิภาพการนิเทศนิเทศทางกายภาพโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 8	67
อมรัตน์ ลำอานนตร, รัชตวรรณ ศรีตระกูล	
ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนบ้านเหล่าตามา จังหวัดมหาสารคาม	78
สาวตรี วิเศษดี, รุจิรา ดวงสงค์	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น	90
ชนิสรา ห่มกันยา, รุจิรา ดวงสงค์	
ผลของโปรแกรมเฝ้าระวังร่วมกับคิเตมวไทยและการบริโภคอาหารสำหรับกลุ่ม วัยทำงานที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน ตำบลโป่งเปือย อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ	101
ปิยะพร เดชบาล, นาฏนภา หีบแก้ว ปิตชาสุวรรณ	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้ทริปเปิ้ลแอสร่วมกับคิเตมวไทย ในการควบคุมน้ำหนักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จังหวัดมหาสารคาม	112
สุภาวดี รัตนองไ้, พรณิ ปัญชรหัตถกิจ	
ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวร่างกายกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	123
อุไรพร ชมพูคา, เบญจา มุกตพันธ์	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเข้ารับบริการทางทันตกรรม ของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดพิษณุโลก	137
พงศ์ปณต สมบูรณ์พงษ์กิจ, สุพัฒนา คา สอน	
ความรู้ และ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคปอด ของผู้ที่สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์	146
รณภูมิ สุรินนา, เกศสุตา สุริยะบุตร, พรชัย โนนชัย	
บทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์เด็กช่วงอายุ 3-5 ปี ในจังหวัดตรัง	158
โสภิต สุวรรณเวลา, เพ็ญภา เพ็ชรเล็ก, พีรวิชญ์ สุวรรณเวลา	
คุณภาพการให้บริการที่ส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจลูกค้าเพศที่สามของคลินิกเวชกรรมเสริมความงามในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม	170
ปติษา แหลมครบุรี, เขมิกา แสนโสม กิตติชัย เจริญชัย	
ผลของโปรแกรมการจัดการทางกายภาพต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	181
เกษร ราชวงศ์, เรณูการ์ ทองการอด, นุสรา ประเสริฐศรี	
การพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวัง COVID-19 อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม	194
ไอศวรรย์ รักษาติ	

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

สารบัญ (ต่อ)

รายงานการวิจัย	หน้า
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลนาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม	202
ไอศวรรย์ รักชาติ	
การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดเตียงแบบบูรณาการ จังหวัดสงขลา	213
ณรงค์ คิว้งปาน, รัตนชนก ไตรวรรณ, รุ่งนภา จันทรา	
ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมแนวพุทธในชุมชนอำเภอปากเกร็ดจังหวัดนนทบุรี	228
เพ็ญศรี แสนสุข , มุกดา หนูศรี, นภาพิญา จันทรัมย์มา	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของเกษตรกรที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลยางสักกระโพหลุ่ม อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี	242
กนกวรรณ ท้าวมา , พรพิมล ชูพานิช	
ประสิทธิภาพการป้องกันแสงแดดจากสารกลุ่มแคโรทีนอยด์ในใบอ่อน ใบแก่ และยอดของแคบับ	251
กมลวรรณ จงจิตต์, ฝนทิพย์ ภูณาว์นิล, วิศราษณนากรอง, จารุวรรณ ครุเดือน, รัตกร ชาดิชนะยืนยง	
การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	260
กฤต บุญอาษา , ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่สลิค อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก	270
สุนิศา แจ่มจรัส	
รูปแบบการเผชิญความเครียดของนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	279
นภาพร นครธรรม , ชีระ ศุภอุดมผล	
การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7	289
นันทาวดี วรวิวัฒน์, ปราณี เนาวนิษฐ์, ทองใส เอ็นหยอง	
ศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร จังหวัดมหาสารคาม	308
ปฎิมาศ เสริฐเลิศ	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดน้ำเหลืองคั่งในแผลผ่าตัดมะเร็งเต้านมโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	324
พัชรินทร์ น้อยลา , ชุติรัตน์ สารรัตน์ , ชมภูณช ผลไสว	
คุณลักษณะส่วนบุคคล และบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อความยึดมั่นผูกพันของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	340
ภนารัตน์ อวนพล , ชนะพล ศรีฤาชา	
การพัฒนาการมีส่วนร่วมในการบำบัดผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยง แบบอันตราย และแบบติด โดยใช้โปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม การเสริมพลังอำนาจ และการเยี่ยมเสริมพลัง ในรูปแบบ “สัสมพุมิเดล”	349
ภาณุ พรวัฒนา	
ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี	358
ยุทธชัย บุญรอด	
การพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอกรอบครัว จังหวัดศรีสะเกษ	370
ลาพูน วรจักร์	
การบูรณาการหลักสูตรสิ่งแวดล้อมและกระบวนการเรียนรู้สำหรับการศึกษาก้าวขึ้นพื้นฐาน	384
วินัย วีระวัฒนานนท์ , บุญเลิศ วงศ์โพธิ์ , รัชชณพัฒน์ ปานพรม	
คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาล 5 เมธา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว	391
ศรณรินทร์ ศรีสังคม , ประจักษ์ บัวผัน	
การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน กรณีศึกษา จังหวัดพิษณุโลก	404
สมชาย พรหมมณี	
การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน โรงพยาบาลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย	418
อลงกฏ ดอนละ	
บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์	431
สุพัตรา ถิ่นไผ่บุรณ์ , ศรีบุญย์ ศรีไชยเจริญพงษ์ , ชนะพล ศรีฤาชา	
บรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	441
เมษจุติดี บุญพลิชฐ์ไธสิน , ชนะพล ศรีฤาชา	
คุณลักษณะส่วนบุคคล และบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อความยึดมั่นผูกพันของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	448
ภนารัตน์ อวนพล , ชนะพล ศรีฤาชา	

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

สารบัญ (ต่อ)

รายงานการวิจัย	หน้า
ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกายกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน	458
ผู้เกียรติ ทศปอ, สุมาลัย คาอา, ทิพวรรณ อินทะรักษ์, เขมิกา สมบัติโยธา, นิรุวรรณ เทิร์น โบล์	
การออกกำลังกายแบบแอโรบิกเพิ่มพูนการทำงานทางกายในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1 และ 2 ที่มีภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูง	465
นิตยา อายุขิน, สันติสิริ ธิเชียวจิน, ผู้เกียรติ ทศปอ	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น	474
ฐพัชร คันทร	
ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาล จังหวัดกาฬสินธุ์	485
ไพบุลย์ วรรณศิริ	
ความต้องการในการศึกษาต่อในระดับปริญญาเอกของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	493
กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, ธีรศักดิ์ พงษ์จันทร์, สุพัฒน์ อาสนะ, สุทิน ชนะบุญ, พิทยา ศรีเมือง, ลาพิง วอนนอก	
เจตนิพัธ สมมาตย์, ปฐมาวดี ดวงกันยา	
กลไกในการจัดการและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 ของพื้นที่จังหวัดขอนแก่น	501
วันสฤษฎา โทเวียง, ศิริศักดิ์ เหล่าจันทาม	
ประสิทธิภาพในการจัดซื้อจัดจ้างของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่น	513
กิตกานต์ ชมภูเพ็ชร, ศิริศักดิ์ เหล่าจันทาม	
การประเมินผลการนำยุทธศาสตร์การป้องกันมรดกเสียชีวิตไปสู่การปฏิบัติใน 4 อำเภอ จังหวัดปัตตานี	522
ปาริชาติ จิตเชื้อ, ซอพิยะห์ นิมะ	
ความคิดเห็นเกี่ยวกับการอนุรักษ์แหล่งน้ำของผู้นำชุมชนในตำบลไค่นุ่น อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์	530
ชัยรัช จันทร์สมุด, ชนินทร งามแสง	
พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์	536
ชัยรัช จันทร์สมุด, ชินกรณ แก้วรักษา, ธนุศิลป์ กำนามน	
การพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วมในผู้ป่วยระดับประคอง และญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์	542
จารึก ประคำ, อรรถวิทย์ เนินซัด, ทักษณีย์ พัสด	
การพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ และสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายและภาคประชาชนเพื่อแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์	556
จารึก ประคำ, อรรถวิทย์ เนินซัด, ทักษณีย์ พัสด	
ห่วงโซ่คุณค่าด้านสุขภาพการเลี้ยงปลาเบญจพรรณของเกษตรกร อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ.....	569
สุภาวดี บุญปลูก, ปัญญา หมั่นเก็บ, สุณิพร สุวรรณมณีพงศ์	
ปริมาณความเข้มข้น ชนิด และปริมาณโลหะหนักของฝุ่นละอองในอากาศขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน(PM 2.5) ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น	579
ธีระชัย ทองเหลือ, พรพรรณ สกฤต, ธาณี เทศศิริ, ศักดิ์ดา ดาดวง, ภักขัญญา แพงคำแหง	
กรณีศึกษา : ค่าความเข้มข้นของ PM2.5 จากเครื่องมือตรวจวัดโดยวิธีวิเคราะห์เชิงน้ำหนักดาวเทียมและ Air Visual	586
พรพรรณ สกฤต, พชรินทร์ แก้วคุณ, กัญจนกฤตญา กาสรสลิษฐ์, ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย	
ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของประชาชนตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น	591
ประไพจิตร ชุมแวงวาปี	
ตัวชี้วัดผลลัพธ์การบริหารจัดการองค์การพยาบาลของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	604
สุวรรณา เจริญสวรรค์, ศรีนวล สติวิทยานันท์, ธีรพร สิริอังกูร	

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ เป็นวารสารที่ใช้ในการเผยแพร่ผลงานวิชาการเกี่ยวกับงานสาธารณสุข และสาขาที่เกี่ยวข้องจัดทำขึ้นโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 3 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – เมษายน, พฤษภาคม – สิงหาคม, กันยายน – ธันวาคม ของทุกปี เพื่อตอบสนองนโยบายด้านการสาธารณสุข และนำไปใช้ประโยชน์การตัดสินใจทางการบริหาร, วิชาการ ในทุกระดับ เป็นการเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกิดจากการศึกษาหรือการปฏิบัติงานทางด้านสุขภาพทั้งจากจังหวัดกาฬสินธุ์เอง และจากพื้นที่อื่นในประเทศ และต่างประเทศ ในรูปแบบรายงานการวิจัย บทความทางวิชาการ และนวัตกรรม นำไปสู่การถอดบทเรียนจนไปสู่การประยุกต์ใช้ที่เหมาะสมกับงานสาธารณสุข และในโอกาสนี้ทางคณะผู้จัดทำจึงขอเชิญท่านที่มีผลงานทางวิชาการได้ร่วมส่งผลงานเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้และนวัตกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้เป็นฐานความรู้ต่อผู้อ่านในฉบับต่อไป

สำหรับวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 40 (ปีที่ 14 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพ ตั้งแต่เดือน มกราคม – เมษายน 2564 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายกันไป ซึ่งได้แก่ หมากกับสุขภาพช่องปาก แรงจูงใจที่มี ผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรค พฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ คุณภาพชีวิตและความต้องการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง ความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลประจำ ประสิทธิภาพการนิเทศในคลินิกทางการพยาบาล การป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน แอโรบิคร่วมกับคีตะมวยไทยและการบริโภคอาหารสำหรับกลุ่ม วัยทำงานที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้ทริปปี้ลส์เอสร่วมกับคีตะมวยไทย ในการควบคุมน้ำหนัก การบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวร่างกายกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ผลต่อพฤติกรรมการเข้ารับบริการทางทันตกรรม ของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม พฤติกรรมการป้องกันโรคปอด ของผู้ที่สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด การส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์เด็กช่วงอายุ 3-5 ปี ความพึงพอใจลูกค้าเพศที่สามของคลินิกเวชกรรมเสริมความงาม การจัดการทางการพยาบาลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน เครือข่ายเฝ้าระวัง COVID-19 พฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มาตรฐานการตรวจสอบภายใน และการปฏิบัติการควบคุมภายในด้านการบริหาร การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมแนวพุทธ ความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของเกษตรกรที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การป้องกันแสงแดดจากสารกลุ่มแคโรทีนอยด์ในใบอ่อน ใบแก่ และยอดของแคบ่าน ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วามเครียดของนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร ความสัมพันธ์ต่อการเกิดน้ำเหลืองคั่งในแผลผ่าตัดมะเร็งเต้านม บรรยากาศองค์การที่มีผลต่อความยึดมั่นผูกพันของพยาบาลวิชาชีพ การบำบัดผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยง แบบอันตราย และแบบติด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พัฒนาการดำเนินงานทีมหมอกรอบครัว การบูรณาการหลักสูตรสิ่งแวดล้อมและกระบวนการเรียนรู้สำหรับการศึกษาขั้นพื้นฐาน แรงจูงใจที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาล พัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 นี้จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานสาธารณสุขต่อไป

บรรณาธิการ

การเคี้ยวหมากกับสุขภาพช่องปาก: กรณีศึกษา อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์

Betel nut chewing and oral health: case study in Nang Rong District, Buriram

สุพัตรา วัฒนเสน¹, นันทิยา รมณีรัตนากุล², อัยลา จันทะพา³, ปานูกา พลนอก⁴

Supatra Watthanasaen, Nantiya rammaneerrattanakul, Ailada Janthapa, Panuka Ponnok

(Received: January 2, 2021 ; Accepted: February 20, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบท วัฒนธรรม ความเชื่อ เกี่ยวกับการเคี้ยวหมาก 2) ศึกษาความหมายของการเคี้ยวหมาก 3) ศึกษาพฤติกรรมในการเคี้ยวหมาก และ 4) ศึกษาการรับรู้ถึงผลของการเคี้ยวหมากต่อสภาวะสุขภาพในช่องปาก ในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์เชิงลึก สังเกต และการศึกษาจากเอกสาร ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ผู้เคี้ยวหมาก ผู้เคยเคี้ยวหมาก คนในครอบครัวหรือผู้ดูแล ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุ คนขายหมาก บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข รวมจำนวนทั้งหมด 73 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

พบว่าวัฒนธรรมการเคี้ยวหมากในอำเภอนางรอง มีการเคี้ยวหมากตั้งแต่สมัยโบราณ วัยกลางคน จนถึงผู้สูงอายุ อายุ 50-90 ปี อายุน้อยที่สุด 27 ปี ผู้หญิงมีการเคี้ยวหมากมากกว่าผู้ชาย พฤติกรรมการเคี้ยวหมาก วันละ 3-4 คำ ต่อวัน มากที่สุด 20 คำ เวลาที่เคี้ยวตื่นนอน, หลังอาหารเช้า-เย็น, ก่อนเข้านอน, เวลาพักผ่อน ความหมายเชิงสัญลักษณ์ของหมากเป็นสื่อกลางในการพบปะสังสรรค์ ต้อนรับแขก นำมาประกอบในพิธีกรรมต่างๆ ความเชื่อด้านสุขภาพทำให้ไม่มิกลิ้นปาก สดชื่น ไม่เกรียด ไม่่วงนอน ป้องกันการคลื่นไส้ อาเจียน การแสดงความรักของหนุ่มสาว แสดงเศรษฐกิจของผู้ที่เคี้ยวหมาก ด้านแพ้นความงามที่นิยมฟันดำในผู้สูงอายุ ส่วนการรับรู้สุขภาพช่องปากภายหลังเคี้ยวหมากมีทั้งรับรู้สุขภาพช่องปากของตนเองดีขึ้นและรับรู้ถึงอันตรายที่ส่งผลต่อสุขภาพช่องปาก อย่างไรก็ตามผู้เคี้ยวหมาก ไม่สามารถเลิกได้

คำสำคัญ: เคี้ยวหมาก, สุขภาพช่องปาก

Abstract

The purpose of this qualitative research was to study Betel nut chewing and oral health focused on: 1) cultural context and community beliefs on Betel nut chewing, 2) meaning of Betel nut chewing to the locals, 3) their chewing behaviors, and 4) perceptions of the effects of nut chewing on oral health of betel chewers in Nang Rong district, Buriram province. Various qualitative data collection techniques were used including in-depth interview, group interview, observation and documentary studies. Data were collected from 73 key informants: current nut chewers, ex-chewers, family members and/or caregivers, community leaders, elderly, betel nut sellers as well as health professionals and volunteers. The collected data were analyzed using by content analysis.

The findings revealed that betel nut chewers were of middle to old age (50-90 years old) while a 27-year old chewer was identified for early adulthood group. There were more female betel chewers than male. Majority of the nut chewers reported chewing 3-4 betel quid a day and 20 betel quids for some. They started chewing upon waking up in the morning, after breakfast until the evening, bedtime and sometimes sleeping with a chewed nut into their mouth.

Keywords: Betel Nut Chewing, Oral Health

บทนำ

การเคี้ยวหมากเป็นวัฒนธรรมอย่างหนึ่งสังคมไทยที่ได้มีการปฏิบัติสืบทอดกันมาเป็นเวลาช้านานจนถึงปัจจุบันหมากเป็นส่วนหนึ่งในวิถีชีวิตของคนในสังคม

เช่น พิธีกรรมหรือพิธีมงคลต่างๆ¹ หรือต้อนรับผู้มาเยือน การเคี้ยวหมากเกิดจากทั้งวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ การเรียนรู้ทางสังคมความชอบและภาพลักษณ์ของผู้เคี้ยวหมาก²⁻³ อย่างไรก็ตาม ผลจากการเคี้ยวหมากมีการศึกษา

¹ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

² ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์

³ นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก้าน้ำ อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู

⁴ นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) โรงพยาบาลโนนแดง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา

พบว่า จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก⁴ เป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งช่องปากและโรคปริทันต์ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดและการสูญเสียฟันตามมา⁴⁻⁷ และจากการศึกษาทางเคมีในผลหมาก พบว่า ผลหมากมีสารอัลคาลอยด์ (alkaloid) ซึ่งนับว่าเป็นสารเสพติดอย่างอ่อน กระตุ้นประสาทส่วนกลาง คล้ายๆ กับสารนิโคตินในบุหรี่⁸

จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในคนไทยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของสุพรรณิ พรหมเทศ และคณะ⁷ พบว่าการเคี้ยวหมากเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งช่องปากอย่างมีนัยสำคัญ (OR = 8.88; 95%CI = 1.48-53.2) ผู้ที่กินหมากและอมหมากไว้ที่กระพุ้งแก้มเป็นประจำคนที่ใช้กินหมากจะกัดเนื้อเยื่อในช่องปากและเกิดระคายเคืองจากความแข็งของหมากที่เคี้ยวอาจทำให้เซลล์ของเนื้อเยื่อกระพุ้งแก้มเกิดการเปลี่ยนแปลงจนอาจกลายเป็นรอยโรคในช่องปากการกินหมากจึงเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปากและผู้ที่กินหมากเป็นประจำ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์^{6,9} ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการสูญเสียฟันเพิ่มขึ้น⁶ นอกจากการเคี้ยวหมากที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากแล้ว ยังพบว่าการเคี้ยวหมากเป็นปัจจัยเสี่ยงกับการเป็นมะเร็งทางเดินอาหารส่วนบน (มะเร็งหลอดอาหาร) 4.68 เท่า¹⁰

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พบว่าในกลุ่มวัยทำงานมีผู้เคี้ยวหมากอยู่ ร้อยละ 3.5 และเพิ่มขึ้นในวัยผู้สูงอายุร้อยละ 11.4 พบในเขตชนบทร้อยละ 21.3 สูงกว่าเขตเมืองที่มีเพียงร้อยละ 5.8 ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นิยมเคี้ยวหมากมากที่สุด ร้อยละ 29.6 และ 18.4 ตามลำดับ¹ นอกจากนี้ ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก เขตพื้นที่บริการที่ 9 ครั้งที่ 6 พบว่า จังหวัดบุรีรัมย์ มีการเคี้ยวหมากในกลุ่มวัยทำงาน คิดเป็นร้อยละ 1.8 และในผู้สูงอายุ ร้อยละ 41.2 พบในเขตเมืองและเขตชนบท ร้อยละ 45.1 และ ร้อยละ 37.2 ตามลำดับ¹¹ และจากผลการสำรวจพฤติกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ ในเขตชนบทของ

อำเภอนางรอง พบว่า เคี้ยวหมากร้อยละ 38¹² การเคี้ยวหมากในอำเภอนางรอง และจังหวัดบุรีรัมย์ มีค่าสูงกว่าทั้ง ระดับภาค และระดับประเทศ

ในการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของประชากรที่เคี้ยวหมากในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ผู้เคี้ยวหมากมี ๓ ประเภท มีความเชื่อว่าเคี้ยวหมากแล้วสุขภาพช่องปากจะดี ฟันแน่น ไม่มีกลิ่นปาก ฟันไม่โยกง่ายเนื่องจากมีปูนมาโอบไว้ เมื่อเคี้ยวแล้วก็ติด ต้องเคี้ยวทุกวัน การเคี้ยวหมากมีผลเสียต่อสุขภาพและสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะสุขภาพช่องปากอาจส่งผลต่อการเกิดมะเร็งช่องปาก ทำให้เกิดการเจ็บ

การเคี้ยวหมากแม้ว่าจะเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมไทยหรือส่วนหนึ่งในวิถีชีวิตของผู้เคี้ยวแต่ผลที่ตามมาจากการเคี้ยวหมาก อาจทำให้สุขภาพและสุขภาพช่องปากของผู้เคี้ยวเกิดโรคขึ้นได้ ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ในการศึกษาการเคี้ยวหมากกับสุขภาพช่องปาก ของประชาชนในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อจะได้ศึกษาบริบท วัฒนธรรมความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการเคี้ยวหมาก สาเหตุ ที่ทำให้เคี้ยวหมาก และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของผู้ที่เคี้ยวหมาก อันจะเป็นข้อมูลเพื่อนำมาดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรค และลดพฤติกรรมเคี้ยวหมากต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1.ศึกษาบริบท วัฒนธรรม ความเชื่อ เกี่ยวกับการเคี้ยวหมากของชุมชนในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์
2. ศึกษาความหมายของการเคี้ยวหมากของ
3. ผู้ที่เคี้ยวหมากในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์
4. ศึกษาพฤติกรรมเคี้ยวหมาก ของผู้ที่เคี้ยวหมากในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์
5. ศึกษาการรับรู้ถึงผลของการเคี้ยวหมากต่อสภาวะสุขภาพในช่องปาก ของผู้เคี้ยวหมาก ในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ศึกษาการเกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากของประชาชนในเขตอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม 2559-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 โดยมีพื้นที่วิจัยเป็น อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์จำนวน 7 ตำบลได้แก่ ตำบลนางรอง ตำบลสะเดา ตำบลถนนหัก ตำบลหนองไทร ตำบลลำไทรโยง ตำบลหนองขาพิมพ์ และตำบลหัวถนน เหตุผลที่เลือกเพราะเป็นพื้นที่ที่มีผู้เกี่ยวข้องมาก มีการคมนาคมสะดวกและมีความเป็นไปได้ในการดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล รวมทั้งมีการกระจายออกไปทุกทิศของอำเภอนางรอง บางพื้นที่ เช่น ตำบลหนองไทร เคยเป็นแหล่งที่ปลูกต้นหมากจำนวนมากของอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ รวมทั้งชุมชนพร้อมให้ความร่วมมือ นอกจากนี้บางพื้นที่ เช่น ตำบลหัวถนน เป็นตำบลที่มีการรณรงค์ทำโครงการการเลิกหมากที่ผู้วิจัยได้ทำงานในพื้นที่ทำให้มีสัมพันธภาพกับชุมชน ในการให้ความเชื่อใจและร่วมมือในการดำเนินงานต่อไป การศึกษาครั้งนี้ได้รับอนุญาตทำการศึกษาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เอกสารรับรอง เลขที่ SCPHKK 2016 – 002

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง(กลุ่มผู้ให้ข้อมูล)

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มผู้ให้ข้อมูล แบ่งเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลรอง ดังนี้

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้เกี่ยวข้องหมาก ที่พักอาศัยอยู่ในอำเภอนางรอง ที่เต็มใจให้สัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 49 คน หรือจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว (Data saturation) โดยคัดเลือกจากการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก่อน แล้วใช้วิธี Snowball sampling เพื่อสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องหมากคนต่อไป

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลรอง เป็นผู้ที่เกี่ยวข้อง หรือรู้เรื่องราวกับเรื่องหมาก การเกี่ยวหมาก การขายหมาก หรือการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 24 คน ดังนี้

- ผู้ที่เลิกเกี่ยวหมาก ที่พักอาศัยอยู่ในอำเภอนางรอง ที่เต็มใจให้สัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 4 คน หรือ

จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว (Data saturation) โดยคัดเลือกจากการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก่อน แล้วใช้วิธี Snowball sampling เพื่อสัมภาษณ์ผู้ที่เลิกเกี่ยวหมากคนต่อไปคนในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้เกี่ยวข้องหมากกรณีผู้เกี่ยวข้องหมากเป็นผู้สูงอายุ เพื่อสัมภาษณ์พฤติกรรม การเกี่ยวหมากและการรับรู้ผลต่อสุขภาพช่องปาก จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ทันตภิบาลและตัวแทนอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 คน เพื่อสัมภาษณ์บริบทของชุมชน และสถานการณ์การปลูกหมาก การเกี่ยวหมากและการรับรู้ผลต่อสุขภาพช่องปาก

เจ้าของร้านขายหมาก หรือร้านขายส่งหมากและผลิตหมากแห้งที่เป็นแหล่งขายส่งรายใหญ่ จำนวน 3 ร้านที่มีอยู่ในชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งระดับบุคคลและการสัมภาษณ์กลุ่ม การสังเกต และการศึกษาจากเอกสารในส่วนที่เป็นประวัติหรือบริบทชุมชน

1. การสัมภาษณ์เชิงลึก มีแนวคำถาม ดังนี้

1) ผู้เกี่ยวหมาก ในประเด็นคำถาม ได้แก่ สาเหตุ ความเป็นมาที่เริ่มเกี่ยวหมาก ระยะเวลาในการเกี่ยวหมาก ความหมายหรือนัยของการกินหมาก ความเชื่อเกี่ยวกับการเกี่ยวหมาก พฤติกรรมการเกี่ยวหมาก เช่น จำนวนและ ความถี่ของการเกี่ยว และช่วงเวลาที่เกี่ยว สถานที่ ๆ เกี่ยว และความรู้สึกเวลาเกี่ยวและไม่ได้เกี่ยว รวมทั้ง ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับหมาก แหล่งที่ซื้อขาย หรือการเข้าถึงแหล่งของหมาก รวมทั้งการรับรู้เกี่ยวกับเกี่ยวหมากต่อสุขภาพช่องปาก และความคิดเห็นในการหยุดหรือเลิกหมาก

2) ผู้เลิกเกี่ยวหมากแล้ว แนวคำถามได้แก่ ข้อมูลทั่วไป เช่น ประวัติชีวิต ครอบครัว มีอะไรที่ทำให้เลิกเกี่ยวหมากและ เลิกได้โดยวิธีใด

3) ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุ ผู้ปลูกหมากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม มีแนวคำถามในประเด็น ได้แก่ บริบท

พื้นที่ ลักษณะ สภาพพื้นที่ ประวัติ อำเภอนางรอง การปลูกหมาก วัฒนธรรม ประเพณี เกี่ยวกับหมากของอำเภอนางรอง ความหมายหรือนัยของการกินหมาก ความเชื่อดั้งเดิม และความเชื่อในขณะนี้ เกี่ยวกับการเกี่ยวหมาก การเข้าถึงแหล่งหมากและวัตถุดิบในการเกี่ยวหมาก

4) ผู้ดูแลในครอบครัว อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทันดาภิบาลในประเด็น การเกี่ยวหมากต่อส ภ า ว ะ สุ ข ภ า พ ในช่องปาก ในประเด็นคำถาม ดังต่อไปนี้ การรับรู้เกี่ยวกับเกี่ยวหมากต่อสุขภาพช่องปากของผู้เกี่ยวหมาก สุขภาพช่องปากของผู้เกี่ยวหมากอื่นเนื่องมาจากผลการเกี่ยวหมาก การดูแลสุขภาพช่องปากของคนเกี่ยวหมาก การแนะนำให้เลิกหมาก ความคิดเห็นในการหยุดหรือเลิกหมาก

5) คนขายหมาก ในประเด็นคำถาม เกี่ยวกับการจำหน่ายหมาก แหล่งที่มาของหมาก เวลาจำหน่าย แหล่งที่ซื้อขาย การเข้าถึงแหล่งซื้อหมาก

2. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม สังเกตการณ์การเกี่ยวหมาก การผลิตหมาก การขายหมาก โดยทีมวิจัย

3. เครื่องมือเก็บบันทึกข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกเสียง กล้องถ่ายภาพ สมุดบันทึก แบบบันทึกการประชุม

4. ตัวผู้วิจัย เป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บบันทึกรวบรวมข้อมูล จากการพูดคุยสัมภาษณ์ สังเกต และการดำเนินการเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วน และเชื่อถือได้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. เตรียมชุมชน สร้างสัมพันธภาพอันดีกับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลนางรอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา รวมทั้งเตรียมทีมวิจัยในการเก็บข้อมูลวิจัย

2. ศึกษาบริบทของชุมชน ได้แก่ ประวัติชุมชน สภาพแวดล้อมทั่วไป สังคม ประเพณีวัฒนธรรม สถานการณ์สิ่งแวดล้อม การสอบถามข้อมูลจากชุมชน

และจากการสังเกต รวมทั้งทบทวนเอกสาร ศึกษาข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

3. ศึกษาข้อมูลชุมชน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต

การตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องและความเพียงพอของข้อมูลที่ได้จากการศึกษาโดยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ด้วยการตรวจสอบข้อมูลเรื่องเดียวกันจากผู้ให้ข้อมูลในต่างช่วงเวลา ต่างสถานที่และต่างบุคคล นอกจากนี้มีการพิจารณาจากการบันทึกเทป การบันทึกช่วยจำ เพื่อประเมินความถูกต้องของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกแยกประเภทและคิดเป็นหมวดหมู่ และเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูลมาระบุหัวเรื่อง จากการบันทึกมีการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นระยะๆ เพื่อให้เห็นภาพชัดเจนขึ้นแล้วนำมาสร้างข้อสรุปเป็นการอธิบายให้เห็นสภาพเงื่อนไขและปรากฏการณ์โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปของการบรรยาย

สรุปและอภิปรายผล

ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษา สรุปและนำมาตีความ และข้อเสนอแนะ ได้ดังนี้

1.บริบท วัฒนธรรม ความ

เชื่อ เกี่ยวกับการเกี่ยวหมากของชุมชน ในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์

ปัจจุบันแม้ว่าจำนวนผู้เกี่ยวหมากจะลดลงในกลุ่มคนรุ่นใหม่ แต่ในส่วนของวัยกลางคนและผู้สูงอายุ ยังคงนิยมเกี่ยวหมากกันอยู่ อายุของผู้ที่เกี่ยวหมาก มีอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป ในการศึกษาครั้งนี้ มีผู้เกี่ยวหมากมากที่สุด 90 ปี ส่วนผู้เกี่ยวหมากที่อายุน้อยที่เป็นวัยรุ่น อายุ 27 ปี เพศหญิงจะเกี่ยวหมากมากกว่าเพศชาย ส่วนการปลูกหมากและปลูกในอำเภอนางรอง ในสมัยก่อนมีการปลูกหมากเกือบทุกหลังคาเรือน ทำให้ผู้คนทำให้ชอบพากันเกี่ยวหมาก แต่ปัจจุบันคนรุ่นใหม่ไม่นิยมเกี่ยวหมาก

จำนวนต้นหมากก็ยังพอเหลือบ้างไม่มาก ต้นหมากส่วนใหญ่จะสูงเพราะปลูกลานานตั้งแต่รุ่นปู่ย่า ตายาย และชาวบ้านจะเรียกว่าหมากบ้าน ปัจจุบันนำเข้ามาจากทั้งจากต่างจังหวัด ทางภาคใต้และภาคเหนือ เช่น นครศรีธรรมราช ระนอง ชุมพร นราธิวาส ตาก จันทบุรี ระยอง ตรัง ส่วนต่างประเทศมาจากประเทศมาเลเซีย และพม่า

ในอดีตเหตุการณ์เกี่ยวกับหมากที่สำคัญ ในพื้นที่อำเภอนางรองซึ่งเชื่อมโยงกับเหตุการณ์สมัย จอมพล ป. พิบูลสงคราม ได้มีการให้เลิกการเคี้ยวหมาก ให้ตัดต้นหมากพลูทิ้งให้หมด เพราะมีนโยบายส่งเสริมวัฒนธรรมและการพัฒนาประเทศให้ทัดเทียมกับประเทศที่เจริญแล้ว การกวาดล้างครั้งนี้ทำให้ผู้เคี้ยวหมาก ไม่ว่าผู้เฒ่าผู้แก่ หนุ่มสาว ที่เคยมีความสุขกับการเคี้ยวหมาก การเขียนหมาก จีบพลู จำต้องยอมเสียสละเพื่อความไม่ลำหลังของไทย แต่ก็ยังมีการลักลอบกินหมากกันในหมู่คนที่ขาดหมากไม่ได้จริงๆ ดังคำบอกเล่าให้ฟังของผู้สูงอายุ โดยคุณตา วัย 92 ปี ชาวนางรอง ได้เล่าให้ฟังด้วยความคับข้องใจพร้อมมีเสียงไอ ว่า “สมัยสงครามโลกครั้งที่สองเท่าที่จำความได้ ที่จอมพล ป. ให้ตัดต้นหมากต้นพลูทิ้งหมด ต้นพะยอมให้เรียกว่าต้นชัยชนะ” และเมื่อถามถึงเหตุผลของการตัดต้นหมากและพลู คุณตาคนเดิมเล่าว่า “ไม่มีเหตุผล ไม่รู้” ผู้เฒ่าผู้แก่ ที่อายุมากส่วนใหญ่จะเล่าถึงเรื่องที่ทางการให้ตัดหมาก ก็จะจำกันได้ ดังเช่น คุณตา วัย 83 ปี เล่าว่า “ตอนตาเป็นเด็กน้อย จอมพล ป. พิบูลย์สงคราม เขาให้ตัดเครือพลู ตัดต้นหมาก ไม่ให้กินหมากใครฟันคำ อายุเขา สมัยก่อนคนไม่ต่อต้าน กลัว กลัวโดนยิง คนแต่ก่อนกลัว เขาเป็นเจ้าเป็นนายเห็นตำรวจมาก็พากันกลัว กลัวเขาจับ แต่พอจอมพล ป. ลง ก็เลยให้กิน” แม้จะหมดสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม แล้ว รัฐอนุญาตให้ประชาชนกินหมากได้เหมือนเดิม อย่างไรก็ตามจำนวนคนกินหมากก็ลดลง เพราะคนบางส่วนเลิกกินหมาก รวมทั้งมีการรับเอาวัฒนธรรมตะวันตกมากขึ้น จึงทำให้ความนิยมเคี้ยวหมากพลูลดลง

วัฒนธรรมความเป็นมาในการเคี้ยวหมากในอำเภอนางรอง มีการเคี้ยวหมากตั้งแต่สมัย

โบราณ ตั้งแต่จำความได้ ก็เห็นพ่อแม่ ปู่ย่าตายาย เคี้ยวแล้วสมัยก่อนหมากจะเป็นสื่อกลางในการพบปะสังสรรค์กัน เวลาไปหากันหรือชุมนุมกัน ก็จะพากันถือตะกร้าหมากไปนั่งเคี้ยวด้วยกัน และใช้ในการต้อนรับแขกผู้มาเยี่ยมเยือนที่บ้าน นอกจากนี้มีการนำหมากมาเป็นส่วนประกอบใช้ในพิธีกรรมต่าง ๆ โดยมีความเชื่อทำให้เกิดสิริมงคล เช่น พิธีการสู่ขอ การแต่งงาน การรับขวัญทารก พิธีอุปสมบท ทำขวัญเด็ก ขึ้นบ้านใหม่ ขึ้นศาลพระภูมิ ไหว้ครู งานเช่นไหว้ต่าง ๆ การเลี้ยงผี โดยเฉพาะการเช่นสังเวยเจ้าพ่อหลักเมืองนางรอง จะต้องทำทุกปี รวมทั้งการเริ่มต้นทำนา (แรกนา) เพื่อให้มีความอุดมสมบูรณ์ การบริกรรมคาถาเพื่อสะกดน้ำและบังคับน้ำให้จิ่ง่าย เป็นต้น นอกจากนี้ในระหว่างพิธี พระสงฆ์หรือคนถูกประทับร่างทรง จะมีการเคี้ยวหมาก ในพระสงฆ์ในระหว่างสวดหรือหลังสวดเสร็จ โดยเชื่อว่าช่วยให้การเทศน์มีเสียงที่ดีขึ้น นอกจากนี้ในคนทรง หรือ ร่างทรงเชื่อว่าจะทำให้มีวิชาดีเก่งกล้า ดังคำบอกเล่าของผู้นำชุมชน (ชาย, อายุ 54 ปี) ว่า “คนทรง ร่างทรง จะกินเพื่อให้เชื่อว่า ตัวเองมีวิชาดีเก่งกล้า ส่วนพระนักเทศน์เคี้ยวหมากไปด้วยมันเป็นการตัดเสียงด้วย ทำให้คอไม่แห้ง ตอนเป็นพระหนุ่มไม่กิน พอกินแล้วเวลาเทศน์มันสามารถเปลี่ยนเสียงได้ ในหมากที่มันอยู่ในปาก และอีกอย่างหนึ่งญาติโยมถวายให้”

ความเชื่อเกี่ยวกับหมากในด้านสุขภาพ ยังมีการนำหมากร่วมกับการรักษาพยาบาล โดยต้องมีหมาก พลู บุหรี่ พานดอกไม้ แต่งเป็นขันห้า โดยเป่าคาถา อากุม เช่น การเป่ากระดูก เป่าแผล เป็นต้น โดยเชื่อว่าจะทำให้อาการดีขึ้น ส่วนความเชื่อของการเคี้ยวหมากกับสุขภาพช่องปากผู้ที่เคี้ยวหมากเชื่อว่าการเคี้ยวหมากช่วยให้ไม่มีกลิ่นปาก การเคี้ยวหมากมีส่วนช่วยให้ฟันแข็งแรง ไม่ผุง่ายเพราะหมากมันจะไปเคลือบฟันไว้ ถ้ามีฟันผุมันจะช่วยให้ไม่ปวดฟัน เคี้ยวแล้วฟันแน่น ไม่โยก เพราะปูนที่เคี้ยวเข้าไปจะมาโอบฟันให้แน่นกับเหงือกผู้ที่ไม่เคี้ยวหมาก จะมีฟันที่สกรปรก มีกลิ่นปาก และทำให้ไม่เป็นโรคปริทันต์ (ร่ามะนาด) และทำให้ลิ้นชา คื่นน้ำ

ร้อนแล้วไม่ร้อนเวลาอยู่ไฟ ดังบางคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เคี้ยวหมากทำให้ฟันแน่น ฟันไม่ผุ ฟันไม่โยกเพราะมีปูนมาโอบไว้” (หญิง อายุ 67 ปี) “เคี้ยวแล้วช่องปากจะดี ไม่ทำให้เป็นร้มนะ” (หญิง อายุ 69 ปี) “คนที่ไม่กินหมาก ฟันจะคลอน เคี้ยวแล้วมันก็แน่นจริงๆ คนเฒ่าหักยาก ้วยประมาณเอ็งนี่หักหมดแล้ว” (หญิง อายุ 75 ปี)

ในปัจจุบัน ช่วงที่ซื้อขายหมากกันมาก คือช่วงที่หมากบ้านไม่ค่อยมีแล้ว คือช่วงหลังเดือนตุลาคมหรือช่วงหน้าหนาวไปจนถึงหน้าร้อน และช่วงที่มีงานบุญต่างๆ ผู้ที่มาซื้อหมากส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงกลุ่มวัยหนุ่มสาวและวัยทำงาน แต่ผู้ที่เคี้ยวหมาก ส่วนใหญ่คือ พ่อแม่ ปู่ย่าตายาย หรือกลุ่มผู้สูงอายุ

วัตถุดิบในการเคี้ยวหมาก ที่เป็นหลักๆ คือ ผลหมาก ใบพลู ปูนแดง และยาเส้น (ยาฉุน) บางครั้งอาจมีการใส่อื่นเพิ่มเติม เช่น เปลือกพะยอม แก่นคูณ เปลือกสีเสียด เม็ดมะค่า เม็ดมะขาม ส่วนอุปกรณ์ ได้แก่ มีดผ่าหมาก หรือกรรไกรหนีบ บอกลู (เต้าปูน) ตะบันหมากหรือครกและสากตำหมาก ตลับนวด (สีผึ้ง) กระโถน/ถังปั้นน้ำหมาก ผ้าเช็ดปาก รวมทั้งเชี่ยนหมากหรือตะกร้าใส่อุปกรณ์เคี้ยวหมาก

2 ความหมายของการเคี้ยวหมากของผู้ที่เคี้ยวหมากในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์

ผู้ที่เคี้ยวหมากในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ให้ความหมายเชิงสัญลักษณ์เกี่ยวกับการเคี้ยวหมากหลายด้าน ได้แก่ 1) เป็นสื่อกลางในการพบปะสังสรรค์กัน และการต้อนรับแขกผู้มาเยี่ยมเยือนที่บ้าน 2) ด้านสุขภาพ จะมีผลดีต่อสุขภาพและสุขภาพช่องปาก ทำให้รู้สึกสดชื่น ไม่เครียด ไม่หิวหงอน ป้องกันการคลั่งไถ้อาเจียร (จากการหมิ่นกลิ่นไส้เดือนที่ตาย ขณะทำไร่ ทำสวน) ทำให้ฟันแข็งแรง ไม่ผุ และฟันแน่น ไม่เป็นโรคปริทันต์ ไม่มีกลิ่นปาก 3) พิธีกรรมต่าง ๆ ทั้ง ทางศาสนา การทำบุญ การแต่งงาน การประเพณี และกิจกรรมคาถา 4) การฝากรักหรือตอบรักของหนุ่มสาว 5) แสดงเศรษฐกิจฐานะของผู้ที่เคี้ยวหมาก 6) ด้านแฟชั่นความงาม นิยมให้มีฟันสีดำ ผู้สูงอายุสมัยก่อนไม่ชอบคนฟันขาว

ส่วนสาเหตุหรือความเป็นมาที่เริ่มเคี้ยวหมากสมัยก่อนหมากจะเป็นสื่อกลางในการพบปะสังสรรค์กัน เวลาไปมาหากันหรือชุมนุมกัน เคี้ยวยามว่างและมีสิ่งแฉะลื่นที่เอื้อ หาได้ง่าย คือปลุกดินหมากกันเยอะเกือบทุกหลังคาเรือน ทำให้ชอบพากันเคี้ยวหมาก สาเหตุหลักที่เคี้ยวหมากเนื่องจากเคี้ยวตามคนแก่ ตามพ่อแม่หรือเห็นคนแก่เคี้ยวแล้วเคี้ยวตาม ดังคำกล่าวของชายอายุ 75 ปี กล่าวว่า “เคี้ยวตามคนแก่ เคี้ยวมาเรื่อยๆ ก็เคยคิด เคี้ยวตั้งแต่ตอนอายุ 17 ปี เคี้ยวแล้วไม่หิว” อีกสาเหตุหนึ่งคือ เพศหญิงหลังจากคลอดลูก ต้องอยู่ไฟกินน้ำร้อน คนแก่จึงให้เคี้ยวหมากให้ลิ้นชา ให้ลิ้นหนาจะได้ไม่ต้องร้อน ไม่หิวหงอนตอนอยู่ไฟ ในด้านสาเหตุด้านสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุให้เคี้ยวเพราะมันมีผลดีต่อช่องปาก ไม่ให้ฟันผุ อีกสาเหตุมีมาจากปวดฟัน ผู้มีความเชื่อกันว่า ถ้าเคี้ยวหมากแล้วจะหายปวดฟัน ถิ่นหมากมาเคี้ยว เคี้ยวไปเคี้ยวมาก็ติด และผู้สูงอายุสมัยก่อนไม่ชอบคนฟันขาว บางคนเคี้ยวหมากเพราะต้องการเลิกบุหรี่ นอกจากนี้การเคี้ยวหมากแล้วจะทำให้รู้สึกสดชื่น เพลินช่วยให้สมองไม่ทื่อ ไม่เครียด อย่างไรก็ตามแม้ผู้เคี้ยวหมากบางคนอาจมีอาการคันหมาก (มีอาการคันเมือกลิ้นเหียนและเวียนศีรษะ) ก็จะหาวิธีแก้อาการแพ้หมากเพื่อให้ตนเองยังคงให้เคี้ยวหมากได้ ดังที่ผู้เคี้ยวหมากเล่าให้ฟังว่า “เมื่ออายุ 40 กว่า ฉันเคี้ยวครั้งแรก ตอนไม่กินนี้ ฉันกินไม่หลายคำหรอก ยายบอกว่า เอาลองเคี้ยวดูก็เคี้ยวหมาก กินครั้งแรกก็เป็นลม เป็นผ่น ตอนนั้นเมาหมาก ยันหมาก เวียนหน้า ยายบอกว่าเคี้ยวมันก็หาย แต่ก็ไม่ได้” และได้เล่าถึง การแก้หมากคัน “ก็กินน้ำเย็น ร้อนเหงื่อแตก เวียนหน้า เปิดพัดลม เป็นครูใหญ่ ไม่ถึงชม ก็ไปอาบน้ำ”

3 พฤติกรรมการเคี้ยวหมาก ของผู้ที่เคี้ยวหมากในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์

พฤติกรรมการเคี้ยวหมาก จะเคี้ยวหลายครั้งต่อวัน บางคนเคี้ยวถึง 20 คำ เคี้ยวเรื่อยๆตลอดเวลา เป็นคำต่อคำ เคี้ยวคำนี้จืดแล้วก็เปลี่ยนคำใหม่ ส่วนเวลาที่เคี้ยวหมากพบว่าเคี้ยวตั้งแต่เช้า ถึงเย็น ผู้เคี้ยวหมากบางคนนอนไม่หลับก็จะลุกขึ้นมาเคี้ยวหมาก ดังคำบอกเล่า

ของชายวัย 79 ปี “เคยจำต่อคำ เคยเรื่อยๆ บางทีทีหนึ่ง ตีสองนอน ไม่หลับก็ลุกขึ้นมาเคี้ยวหมาก นอกจากวัน ไหนมีงานทำจะไม่ค่อยเคี้ยว ถ้าไม่ได้เคี้ยวจะมีอาการ หาว แต่ไม่ใช่หาวง่วงนอน หาวหิวมาก หงุดหงิด เปรี้ยวปาก ”

ส่วนความรู้สึกเมื่อไม่ได้เคี้ยวหมาก ผู้เคี้ยวหมาก จะรู้สึกว่าขาดหมากไม่ได้ เพราะ ผู้เคี้ยวหมากรู้สึก หงุดหงิด รู้สึกหิวมาก เปรี้ยวปากอยากเคี้ยว หาวบ่อย ง่วงนอน หน้าซีด กระสับกระส่าย มวนท้อง ท้องอืด เป็นต้น และมีการเปรียบเทียบหมากเหมือนเป็นยาเสพติด ชนิดหนึ่ง ขาดไม่ได้ ทำให้มีอาการทรมานท้อง (ท้องอืด) และมีอาการจะอาเจียน นอกจากนี้ยังเปรียบเทียบหาก ไม่ให้ทานข้าว อยู่ได้ แต่หากไม่ให้เคี้ยวหมากไม่สามารถ อยู่ได้ “ถ้าไม่กินข้าวยังอยู่ได้ แต่ไม่ได้เคี้ยวหมากฉันอยู่ ไม่ได้” (หญิง อายุ 56 ปี) รวมทั้งเทียบการเคี้ยวหมากเป็น ของที่รักมากกว่าคู่รักของตน “ถ้าให้ฉันเลิกหมาก ให้ ฉันเลิกกับผัวยังง่ายกว่า (หญิง อายุ 59 ปี)

4 การรับรู้ถึงผลของการเคี้ยวหมากต่อ สถานะสุขภาพในช่องปาก ของผู้เคี้ยวหมาก

การรับรู้สุขภาพช่องปากของตนเอง โดยทั่วไปก่อนเคี้ยวหมาก มีทั้งปกติ มีกลิ่นปาก ฟันผุ ฟันโยก แต่ไม่มีแผลในปาก หรือแสบร้อนในปาก ดังคำกล่าว ดังนี้ “แต่ก่อนฟันผุ พอเคี้ยวหมากปูนโอบไว้ก็เลย ทำให้ฟันไม่ผุ ไม่คลอน” (หญิง อายุ 67 ปี) “ปากไม่ เหม็น รู้สึกมั่นใจเวลาพูดคุย” (ชาย อายุ 73 ปี) “เหงือกจะ ไม่เห็นบวม ฟันก็ยังไม่เห็นออก... คนเผ่าก็บอกว่าฟันมัน ทน เว้นแต่ว่ามันดำนั้นแหละ”(หญิง อายุ 61 ปี)

ส่วนภายหลังเคี้ยวหมาก ผู้เคี้ยวหมากมีทั้งรับรู้ ว่าสุขภาพช่องปากของตนเองดีขึ้นเช่น ไม่มีกลิ่นปาก ฟัน ไม่ผุ ฟันแน่น ฟันไม่มีเลือดออก ส่วนสุขภาพช่องปาก แย่ลง เช่น ฟันผุ ฟันโยกคลอนไม่มีฟัน ฟันหลุดหมดแล้ว ฟันสีดำปากเป็นแผล แสบปาก และเสี่ยงเป็นมะเร็งช่อง ปาก นอกจากนี้ มีความเชื่อว่าฟันหลุดร่วงเป็นไปตาม อายุ ดังตัวอย่างคำพูดที่รับรู้สุขภาพช่องปากตนเอง “ตอนนี้ก็พอกินพริกได้บ้างนิดหน่อย ตั้งแต่กินหมากมา 2 ปี ก็กินกระเทียมไม่ได้ มันแสบปาก...คิดว่าหมากมันก็

ไม่ช่วยนะ ถ้ารักษาเหงือกรักษาฟัน ถ้าเหงือกมันก็รักษา ไม่ได้ เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง แต่เราติดแล้ว เราก็เลิก ไม่ได้” (ชาย 27 ปี) “หลังจากเคี้ยวแล้วก็ไม่มีกลิ่นปาก แต่เวลากินเผ็ดจะแสบปาก”(ชาย อายุ 77 ปี)

การดูแลสุขภาพช่องปากของคนเคี้ยวหมาก ผู้ เคี้ยวหมากจะมีการทำความสะอาดช่องปาก แปรงฟัน หลังตื่นนอนตอนเช้า และก่อนเข้านอน บางคนแปรง ตอนกลางวัน หรือตอนเย็น ส่วนผู้สูงอายุบางคนแค่บ้วน ปาก หรือกลับไปพร้อมกับหมากที่เคี้ยว นอกจากนี้บาง คนมีการนำกันหมากมาขัดทำความสะอาดฟัน หรือใช้ยา เส้น (ยาสูบ) ภูฟัน

การเลิกหมากหรือการได้รับคำแนะนำให้เลิก หมาก คนเคี้ยวหมากมักจะได้รับคำแนะนำ จากครอบครัว ทั้งครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน บุคลากรทางสาธารณสุข ให้เลิกเคี้ยวหมาก เนื่องจากการ เคี้ยวหมากไม่มีผลดีต่อสุขภาพช่องปากจะทำให้เกิด โรคมะเร็งช่องปาก ดังเช่น “มี หมอโรงพยาบาลบอกให้เลิก บอกว่ามันไม่ดีต่อร่างกาย” “เคยมี หมอบอกว่าจะ เป็น มะเร็งช่องปาก” ส่วนคนในครอบครัวนอกจากแนะนำ ให้ เลิก ยัง พุด ถึง ผล กระทบ ด้าน อื่น เช่น ทำให้สกปรกเสียค่าใช้จ่าย แต่ก็มีผู้เคี้ยวหมากอีกส่วน หนึ่งไม่มีคนแนะนำให้เลิกหมากเพราะเห็นว่ามันก็เป็น เรื่องปกติของผู้สูงอายุที่จะเคี้ยวกัน

การหยุดหรือเลิกเคี้ยวหมาก ผู้เคี้ยวหมากจะ แสดงความเห็นอย่างจริงจัง ว่าเลิกไม่ได้เพราะติดไปแล้ว เหมือนติดสิ่งเสพติดอย่างไรก็ตามหากมีปัญหาสุขภาพ หรือหมอสั่งให้เลิก ก็จะพยายามเลิก หรือเป็นข้อตกลงใน ครอบครัวให้เลิก แต่บางรายเคยเลิก แต่ต้องกลับมาเคี้ยว เพราะเวลาไปพบปะเพื่อนบ้าน หรือเสียดายหมากพลูที่ ปลุกไว้

วิธีการเลิกเคี้ยวหมาก มีวิธีการที่จะทำให้เลิก เคี้ยวหมากหลายวิธี ได้แก่ อดขนมหรือลูกอม หรือใช้วิธี อดเมื่อดมขมคั่ว หรือหักดิบหรือเลิกไปเลย และมีความ ตั้งใจจริงที่จะเลิก หรือข้อจำกัดจากปัญหาสุขภาพ หรือ บุคลากรทางสาธารณสุขแนะนำให้เลิก เช่น เข้าร่วม

โครงการเลิกหมาก เป็นกิจกรรมหนึ่งของชมรมผู้สูงอายุ ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของตำบลถนนหัก โดยให้ความรู้และแสดงภาพของคนเป็นมะเร็งช่องปากและให้อมคำหมากที่เป็นสมุนไพรแทน ดังคำบอกเล่าของผู้เลิกหมาก “เข้าร่วมโครงการเลิกหมาก...หมอบอก กลัวเป็นโรคมะเร็ง เห็นรูปก็เลยกลัว” อย่างไรก็ตามยังมีผู้เลิกหมากบางคนก็ไม่ทราบวิธีการเลิกเคี้ยวหมาก และคิดว่ามีอายุมากแล้วไม่สามารถเลิกได้ “จึก (ไม่รู้) จิเล็กยังงี้ได้เฒ่าแล้วลูกเอ๊ย เฒ่าป่านนี้แล้วลูก” (ยาย อายุ 85 ปี รายหนึ่งได้กล่าว)

การรับรู้ถึงอันตรายหรือโทษของการเคี้ยวหมาก ผู้เลิกหมากรับรู้ว่าจะทำให้เกิดปัญหาและโรคในช่องปาก เช่น แผลในช่องปาก ปวดแสบ ปวดร้อน ปากเปื่อยปริทันต์ ฟันโยก และโรคมะเร็งในช่องปาก แต่มีบางรายคิดว่าการเกิดโรคมะเร็งเกิดจากโชคชะตาของแต่ละคนมากกว่า เพราะคนที่เคี้ยวบางคนก็ไม่เป็นมะเร็งช่องปาก ดังคำบอกเล่าของผู้เลิกหมากรายหนึ่ง “เขว่าเป็นโรคมะเร็ง แต่ย่ายว่ามันไม่ใช่หรอก ขึ้นอยู่กับดวงชะตามากกว่า”(ยาย อายุ 79 ปี)

การอภิปรายผล

ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ เมื่อทำการศึกษาทั้งจากผู้เลิกหมาก คนเคยเคี้ยวหมาก ญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุ คนขายหมาก ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข นำมาวิเคราะห์และตีความดังนี้

แม้ความนิยมในการเคี้ยวหมากจะลดลงในสังคมไทย โดยเฉพาะคนรุ่นใหม่และแนวโน้มพฤติกรรมในการเคี้ยวหมากจะลดลงเพราะคนรุ่นใหม่มีค่านิยมในเรื่องฟันสีขาวและมองว่าการเคี้ยวหมากเป็นของผู้สูงอายุ แต่ในคนรุ่นเก่าโดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในวัยกลางคนและผู้สูงอายุและ อำเภอนางรอง ยังคงเคี้ยวหมากกันอยู่ โดยมีผู้หญิงเลิกหมากมากกว่าผู้ชายอาจเนื่องจาก เพศชายนิยมสูบบุหรี่มากกว่า จากการศึกษาครั้งนี้มีผู้ชายที่ต้องการเลิกบุหรี่ แล้วมาเคี้ยวหมากแทน และสอดคล้องกับการศึกษาการเคี้ยวหมากในวิถีชีวิตชาวไทย ตำบลโลกสูง อำเภอโลกสูง จังหวัดมุกดาหารที่ส่วนใหญ่เป็น

ผู้หญิงเคี้ยวหมาก¹³ และการศึกษาของ วันชัย วัฒนศัพท์ และคณะ¹⁴ ที่ได้สำรวจพฤติกรรม การเคี้ยวหมากของประชากรจังหวัดขอนแก่น จำนวน 9,002 ราย ในกลุ่มเพศหญิงที่ อายุ 35 ปีขึ้นไปและเพศชายที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป พบว่ามีผู้เลิกหมาก จำนวน 1,494 คน ร้อยละ 16.60 และในกลุ่มที่เคี้ยวเป็นเพศหญิงมากกว่าชาย (จำนวน 1,001 คน ร้อยละ 67)

อย่างไรก็ตามหมากเป็นเหมือนสิ่งที่คู่กับวิถีชีวิตคนไทยทั้งในเชิงวัฒนธรรม โดยเป็นสื่อกลางในการพบปะสังสรรค์กัน เวลาไปหากันหรือชุมนุมกัน ก็จะพากันถือตะกร้าหมากไปนั่งเคี้ยวด้วยกัน และใช้ต้อนรับแขกผู้มาเยี่ยมเยือนที่บ้าน ซึ่งเป็นพฤติกรรมและความสัมพันธ์ของมนุษย์ที่อยู่ร่วมกันเป็นสังคมเป็นกระบวนการทางสังคม (Social process) ที่ทำสืบทอดกันมา เป็นรูปแบบของการปฏิสัมพันธ์กันของบุคคลหรือกลุ่มคน เพื่อถ่ายทอดแนวคิด การเรียนรู้ หรือแนวทางการปฏิบัติต่อกันและกัน¹⁵ และกระบวนการดังกล่าวมีอิทธิพล ในการทำให้เกิดพฤติกรรม ความเชื่อต่าง ๆ ของสังคม และจากการที่เห็นคนรอบข้างเคี้ยวหมาก เช่น พ่อแม่ ปู่ย่าตายาย ญาติพี่น้อง เคี้ยวหมากและเคี้ยวตามการมา หรือมีการบอกกล่าวให้เคี้ยวด้วยจุดประสงค์ต่าง ๆ ทั้งด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ ด้านพิธีกรรมต่าง ๆ ที่มีการนำหมากมาเป็นส่วนประกอบ เช่น พิธีการสู่ขอ การแต่งงาน การรับขวัญนาค พิธีอุปสมบท ทำขวัญเด็ก ขึ้นบ้านใหม่ ขึ้นศาลพระภูมิ ไหว้ครู งานเช่นไหว้ต่าง ๆ การเลี้ยงผี การเริ่มต้นทำนา (แรกนา) เพื่อให้มีความอุดมสมบูรณ์ การบริกรรมคาถาเพื่อสะกดม้าและบังคับม้าให้จูงง่าย เป็นต้น รวมทั้งการเคี้ยวหมากของคนถูกประทับร่างทรง และพระสงฆ์ในระหว่างสวดหรือหลังสวดเสร็จ โดยเชื่อว่าช่วยให้การเทศน์มีเสียงที่ดีขึ้น สิ่งเหล่านี้เกิดจากทั้งการจัดเถลาทางสังคมและการเรียนรู้ทางสังคม

กระบวนการจัดเถลาทางสังคมนั้นเกิดขึ้นเมื่อไรก็ตามที่บุคคลยอมรับค่านิยมจากกลุ่มซึ่งเป็นผลจากการกระทำหรือปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันทางสังคม (social interaction) ซึ่งก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

บางอย่างขึ้นในตัวบุคคล

การยอมรับค่านิยมถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดขึ้นมาแห่งตัวตน หรือกล่าวได้ว่าการขัดเกลาทางสังคมเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาและทางสังคมที่มีผลให้เกิดบุคลิกภาพตามแนวทางที่สังคมต้องการ¹⁶ การเคี้ยวหมากเป็นสิ่งที่ผู้เคี้ยวหมากพบเห็นจากคนรอบข้างตั้งแต่แรกเกิด การสอนวิธีทำคำหมาก การเคี้ยวหมากและได้เคี้ยวตามกันมาในครอบครัว ในชุมชน กล่าวได้ว่าการเรียนรู้ทางสังคมที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา นั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงจากสภาพแวดล้อมเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีความปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วย กล่าวคือ ปัจจัยทั้งสาม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมและพฤติกรรมที่แสดงออก มีอิทธิพลต่อบุคคลแตกต่างกัน การเรียนรู้เริ่มจากการสังเกต เป็นการเรียนรู้จากตัวแบบ ในผู้คนรอบข้าง หรือการรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ของสังคมจากการสังเกตจากตัวแบบ ทั้งตัวแบบจริงและสัญลักษณ์ การเรียนรู้โดยกำกับตนเอง การควบคุมตนเอง¹⁷

ในด้านความเชื่อเกี่ยวกับหมากในด้านสุขภาพ มีการนำหมากร่วมกับการรักษาพยาบาล โดยต้องมีหมากพลู บุหรี่ พานดอกไม้ แต่งเป็นขันธห้ำ โดยเป่าคาถาอาคม เช่น การเป่ากระดูก เป่าแผล เป็นต้น โดยเชื่อว่าจะทำให้อาการดีขึ้น นับเป็นความเชื่อที่สอดคล้องในการนำหมากมาเป็นส่วนหนึ่งของพิธีกรรมในการรักษาของชาวไทยตำบลหนองสูง อำเภอนองสูง จังหวัดมุกดาหาร โดยประธาน สิงห์ทอง¹³ พบว่าความเชื่อของชาวผู้ไทยที่ได้เห็น หมอ เป่า น้ำมนต์ ส่วนใหญ่จะเคี้ยวหมากก่อนเริ่มพิธีเป่าน้ำมนต์ และผู้ได้รับการเป่าน้ำมนต์มีอาการทุเลาจากเดิม ซึ่งเป็นความเชื่อศรัทธาของแต่ละคน นอกจากนี้ ความเชื่อที่ว่าเมื่อเคี้ยวหมากจะทำให้ปากชา ลิ้นชา เพื่อให้คัมน์น้ำร้อนในระหว่างอยู่ไฟหรือหลังคลอดบุตร

ส่วนความเชื่อของการเคี้ยวหมากกับสุขภาพช่องปาก ผู้ที่เคี้ยวหมากเชื่อว่าการเคี้ยวหมากช่วยให้ไม่มึนปาก การเคี้ยวหมากมีส่วนช่วยให้ฟันแข็งแรง ไม่ผุง่ายเพราะหมากจะไปเคลือบฟันไว้ ถ้ามีฟันผุนั้นจะช่วยไม่ให้ไม่ปวดฟัน เคี้ยวแล้วฟันแน่น ไม่โยกเพราะปูนที่เคี้ยว

เข้าไปจะมาโอบฟันให้แน่นกับเหงือกผู้ที่ไม่เคี้ยวหมากจะมีฟันที่สกปรก มีกลิ่นปาก และทำให้ไม่เป็นโรคปริทันต์ (ร่ามะนาด) รวมทั้งค่านิยมฟันสีดำในผู้สูงอายุ การให้ความสำคัญกับการเกิดกลิ่นปากของคนในสังคม เนื่องจากต้องมีการพบปะ พูดคุยกับผู้คน ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีการศึกษาที่พบว่า กลิ่นปากเป็นสาเหตุของปัญหาในช่องปากที่มีส่งผลกระทบต่อการใช้ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม ถึงร้อยละ 65¹⁸

ส่วนค่านิยมฟันสีดำใน ยังมีอยู่ในผู้สูงอายุบางคนแม้จะนิยมน้อยลงมากในยุคนี้ โดยให้เหตุผลนอกจากฟันสีดำ คือฟันแข็งแรง ดังการศึกษาของปิยะฉัตร พัทธานนุฉัตร¹⁹ ที่ได้ศึกษาความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากของชาวบ้าน กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น พบว่าค่านิยมไทยสมัยหนึ่งนิยมเคี้ยวหมากเพื่อให้ฟันดำ สวย และแข็งแรง แม้ว่าปัจจุบันค่านิยมดังกล่าวเปลี่ยนไป แต่ก็ยังมีผู้สูงอายุบางคนยังคงเคี้ยวหมาก อย่างไรก็ตาม ปัจจุบัน ความนิยมฟันขาวมีมากกว่าฟันดำและบางคนต้องไปฟอกสีฟันให้ขาว เป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้คนรุ่นใหม่ไม่เคี้ยวหมาก นอกจากนี้เหตุการณ์เกี่ยวกับหมากที่สำคัญเมื่อสมัย จอมพล ป. พิบูลสงคราม ได้มีการให้เลิกการเคี้ยวหมาก ให้ตัดต้นหมากพลูทิ้งให้หมด เพราะรัฐมีนโยบายส่งเสริมวัฒนธรรมและการพัฒนาประเทศให้ทัดเทียมประเทศที่เจริญแล้ว และเห็นว่า การกินหมากทำให้มีฟันสีดำ และการบ้วนน้ำหมากทำให้บ้านเมืองสกปรก จึงมีการสั่งให้ตัดหมากและพลูทิ้ง เพื่อให้คนไทยเลิกกินหมาก²⁰ แต่ก็ยังมีการลักลอบกินหมากกันในหมู่คนที่ขาดหมากไม่ได้จริงๆ เมื่อหมดยุคจอมพล ป. พิบูลสงคราม แล้ว รัฐอนุญาตให้กินหมากได้เหมือนเดิม แต่จำนวนคนกินหมากก็ลดน้อยลง เพราะคนเลิกกินหมากส่วนหนึ่ง ประกอบกับสมัยนั้นมีการรับเอาวัฒนธรรมตะวันตกมากขึ้น จึงไม่มีใครนิยมเคี้ยวหมากพลูเหมือนก่อน และเลิกนิยมฟันดำ แต่กลับมานิยมฟันขาวแบบชาติตะวันตก² ในปัจจุบันผู้ที่ยังกินหมากหรือเคี้ยวหมากนั้น จะเป็นผู้สูงอายุหรืออยู่ในวัยกลางคน

แม้ว่าคนรุ่นใหม่จะไม่นิยมกินหมาก แต่อำเภอนางรอง
เด็กรุ่นใหม่ยังมีหลงเหลือเคี้ยวหมาก

สำหรับการรับรู้ของผู้เคี้ยวหมากเกี่ยวกับการ
เคี้ยวหมากมีส่วนช่วยให้ฟันแข็งแรง ไม่ผุง่ายเพราะ
หมากจะไปเคลือบฟันไว้ ถ้ามีฟันผุมันจะช่วยให้ไม่ปวด
ฟัน เคี้ยวแล้วฟันแน่น ไม่โยกเพราะปูนที่เคี้ยวเข้าไปจะ
มาโอบฟันให้แน่นกับเหงือกผู้ที่ไม่เคี้ยวหมาก จะมีฟันที่
สกรปรก มีกลิ่นปาก และทำให้ไม่เป็นโรคปริทันต์
(รำมะนาด) ในส่วนของการลดลงของโรคฟันผุ พบว่า
การเคี้ยวหมากมีผลทำให้เกิดโรคฟันผุลดลง^{6,21-22} จาก
การศึกษาของสุภาภรณ์ ฉัตรชัยวัฒนา และคณะ⁶ ที่ได้
ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเคี้ยวหมากกับสุขภาพ
ช่องปากในสตรีชนบทจังหวัดขอนแก่น พบว่าพบ
ความสัมพันธ์เชิงผกผันระหว่างการเคี้ยวหมากกับโรค
ฟันผุ โดยมีอัตราส่วนค่าความเสี่ยง (ระดับความเชื่อมั่น
95%) เท่ากับ 0.488 (0.395 ถึง 0.603) กล่าวคือ เป็นปัจจัย
ป้องกันฟันผุ ถึงร้อยละ 52 ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเคี้ยว
หมากมีการขัดสีฟัน และในคำหมากมีฟลูออไรด์ รวมทั้ง
การเคี้ยวหมากช่วยลดความเป็นกรดภายในช่องปาก และ
สามารถลดการละลายตัวของผิวเคลือบฟัน ส่วนคราบ
หมากที่เคลือบผิวฟันเอาไว้ ช่วยลดการกัดกร่อนจากกรด
ได้^{6,21} นอกจากนี้ในใบพลูยังมีน้ำมันหอมระเหย มีฤทธิ์
ฆ่าเชื้อโรคบางชนิดได้ และทำให้ลมหายใจมีกลิ่นหอม²³
ดังความเข้าใจเกี่ยวกับหมากและฟันผุ ของยาย (อายุ 72
ปี) ในอำเภอนางรอง ว่า “มันก็เหมือน มันฆ่าไปในตัว
มันเหมือนปูนกับพลูมีสารอะไรซักอย่างที่ทำให้ฟันไม่
ผุ แต่เราต้องแปรงฟันด้วย เคี้ยวหมากนี้ฟันทนไม่มีกลิ่น
ปาก”

อย่างไรก็ตาม พบว่าการเคี้ยวหมากมี
ความสัมพันธ์โดยตรงกับโรคปริทันต์อักเสบ จา
การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคปริทันต์ใน
ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานของ สุพัตรา วัฒนเสน และ
คณะ⁹ พบว่า กลุ่มที่เคี้ยวหมากมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด
โรคปริทันต์อักเสบเป็น 4.49 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่
เคี้ยวหมาก (OR_{adj} = 4.49, 95% CI: 1.85-10.92) และ
ส่งผลให้เกิดการสูญเสียฟันเพิ่มขึ้น เนื่องจากส่วนผสม

ของคำหมาก ทำให้เกิดคราบสกปรกและเกิดการสะสม
ของแผ่นคราบหินปูน นอกจากนี้ยังเกิดการยับยั้งการยึด
เกาะของเซลล์ ที่ผิวรากฟัน และลดการสร้างเนื้อเยื่อ
คอลลาเจน เนื่องจากฤทธิ์ของสารประกอบในหมาก⁶

ในด้านการรับรู้เกี่ยวกับการอันตรายหรือ
โทษของการเคี้ยวหมาก ผู้เคี้ยวหมากรับรู้ว่าจะทำให้เกิด
ปัญหาและโรคในช่องปาก เช่น แผลในช่องปาก ปวด
แสบ ปวดร้อน ปากเปื่อย ปริทันต์ ฟันโยก และโรคมะเร็ง
ในช่องปาก แต่ก็มีบางรายที่ไม่ทราบว่ากรเคี้ยวหมากมี
โทษหรืออันตราย คนเคี้ยวหมากมักจะได้รับคำแนะนำ
จากครอบครัว ครอบครัวยุคก่อนๆ สมัยก่อนและบุคลากรทาง
สาธารณสุข ให้เลิกเคี้ยวหมาก เพราะไม่มีผลดีต่อสุขภาพ
ช่องปาก และเกิดเป็นโรคมะเร็งช่องปากได้ อย่างไรก็ตาม
ตามผู้เคี้ยวหมากแสดงความเห็นอย่างจริงจัง ว่าเลิกไม่ได้
เพราะติดไปแล้ว เหมือนติดสิ่งเสพติด แต่หากมีปัญหา
สุขภาพหรือหมอสั่งให้เลิก ก็จะพยายามเลิก หรือเป็น
ข้อตกลงในครอบครัวให้เลิก แต่บางรายเคยเลิก แต่ต้อง
กลับมาเคี้ยวเพราะเวลาไปพบปะเพื่อนบ้าน

ส่วนผู้ที่เคี้ยวหมากรู้สึกเสียดขึ้น อันเนื่องมา
จากผลหมาก (Aareca catechu) และ ใบพลู (Piper Betel)
จะเต็มไปด้วยสารอัลคาลอยด์ (alkaloids) เช่น
Arecoline, Ethyl acetate and n-butanol โดยเชื่อว่าสาร
เหล่านี้มีส่วนช่วยกระตุ้น
ให้ผู้เคี้ยว มีความรู้สึกทำให้ร่างกายสดชื่น ผลของการ
เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ และ เพิ่มอุณหภูมิของ
ผิวหนังของร่างกายของผู้เคี้ยว²⁴ แต่การเคี้ยวหมากนำมา
ซึ่งโรคมะเร็งช่องปาก มีการศึกษาความชุกของการเคี้ยว
หมากในเมืองหลวงของประเทศจีน พบความชุกสูงถึง
ร้อยละ 64.5-82.7 และพบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเกิด
โรคในช่องปากรวมถึงมะเร็งช่องปาก²⁵ สำหรับประเทศ
ไทยได้มีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในคนไทย
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของสุพรรณิ พรหมเทศ และ
คณะ⁷ พบว่าการเคี้ยวหมากเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็น
มะเร็งช่องปากอย่างมีนัยสำคัญถึง 8.88 เท่า เมื่อเทียบกับ
คนไม่เคี้ยวหมาก โดยผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยง
สูงขึ้น เพศชายเป็นน้อยกว่าเพศหญิง⁷ ผู้ที่กินหมากและ

อมหมากไว้ที่กระพุ้งแก้มเป็นประจำ ปูนที่ใช้กินหมากจะกัด (calcium hydroxide) เนื้อเยื่อในช่องปากและเกิดระคายเคืองจากความแข็งของหมากที่เคี้ยวก็อาจทำให้เซลล์ของเนื้อเยื่อกระพุ้งแก้มเกิดการเปลี่ยนแปลงจนอาจกลายเป็นรอยโรคในช่องปากการกินหมากจึงเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปากนอกจากนี้ วันชัย วัฒนศัพท์ และคณะ¹⁴ พบว่าประชาชนในชนบทจังหวัดขอนแก่นยังคงนิยมการเคี้ยวหมากและยังพบว่าการเคี้ยวหมากมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งช่องปาก

นอกจากนี้ มีหลักฐานงานวิจัยหลายเรื่องที่ยืนยันว่าการเคี้ยวหมากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็งช่องปาก คอหอย และหลอดอาหาร และปริญญา ผกานนท์²⁶ ได้ทำการศึกษาผลของการกินหมากต่อสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ตำบลคำน้ำแซบอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จากการศึกษาพบว่า การกินหมากของผู้สูงอายุ มีผลต่อการเกิดรอยโรคในช่องปากเป็นอาการในระยะเริ่มต้นของโรคมะเร็งช่องปากสาเหตุของการเกิดรอยโรคหรือแผลในช่องปากอาจเกิดจากปากถูกบดกัดจากการกินหมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อร่วมกับการใช้ยาเส้นม้วนเป็นก้อนเล็กๆ เช็ดและสีฟันแล้วนำไปจุกที่มุมปากล้วนแต่เป็นสารก่อมะเร็งทั้งสิ้น โดยพบว่าการกินหมากมีความสัมพันธ์กับลักษณะความผิดปกติเยื่อช่องปาก (รอยโรคในช่องปาก) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P\text{-Value}<0.05$)

ความพยายามในการให้ผู้เคี้ยวหมากเลิกหมากจากหลายฝ่ายทั้งครอบครัว ชุมชนหรือหน่วยงานของรัฐที่จะหาวิธีที่จะทำให้เลิกเคี้ยวหมากหลายวิธี ได้แก่ อบรมหรือลูกอม เม็ดมะขามคั่ว หรือหักดิบหรือเลิกไปเลยหรือบางคนมีความตั้งใจจริงที่จะเลิก ด้วยข้อจำกัดจากปัญหาสุขภาพ หรือนุเคราะห์ทางสาธารณสุขแนะนำให้เลิกเคี้ยวหมาก และจัดทำโครงการเลิกหมาก โดยให้ความรู้และแสดงภาพของคนเป็นมะเร็งช่องปากและให้ออมคำหมากที่เป็นสมุนไพรแทน รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้เคี้ยวหมากมีความตระหนัก และดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองและเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปากและ

รับการรักษาทางทันตกรรมในรายที่มีปัญหาต่อไป นอกจากนี้การสร้างพลังอำนาจในปัจเจกบุคคลหรือการสร้างอำนาจในระดับจิตวิทยา ที่จะทำให้บุคคลสามารถจะดำเนินชีวิตและควบคุมชีวิตตนเองได้ และการเห็นคุณค่าในตนเอง เน้นการพัฒนาแนวคิดเชิงบวกต่อตนเอง โดยการสร้างพลังอำนาจในระดับปัจเจกบุคคล ประกอบด้วย การเชื่อมั่นอำนาจและสมรรถนะความสามารถของตนเอง มีความรู้สึกว่าตนสามารถควบคุมและเป็นนายของตนได้ และกระบวนการมีส่วนร่วมที่จะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของกลุ่มองค์กรหรือสถาบัน พร้อมทั้งมีการสร้างพลังอำนาจในระดับองค์กรหรือชุมชน เพื่อได้ร่วมตัดสินใจและเปลี่ยนแปลงระบบของสังคม²⁷

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเคี้ยวหมาก ต้องมีวิธีในการสื่อสาร ที่สามารถสร้างความตระหนัก กระตุ้นให้กลุ่มคนที่เคี้ยวหมากเกิดแรงบันดาลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยต้องมีการเปลี่ยนเงื่อนไขทางสังคมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

2) สร้างการมีส่วนร่วม ให้เกิดการร่วมแรงร่วมใจของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย สร้างหรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ แต่ไม่ใช่สั่งการ และที่สำคัญคือตัวผู้เคี้ยวหมากเอง ในการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ ในการลดเลิกการเคี้ยวหมากหรือสร้างพลังอำนาจทางปัจเจกบุคคลหรือพลังอำนาจในระดับจิตวิทยาและการสร้างพลังอำนาจในชุมชน

3) บุคลากรทางสาธารณสุข ต้องหาวิธีในการสื่อสาร และสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก การเลิกเคี้ยวหมาก แต่ไม่ใช่สั่งการ ควรแสดงความปรารถนาดี ที่จะให้กับผู้เคี้ยวหมากมีสุขภาพและสุขภาพช่องปากที่ดี ให้การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ไม่แยกส่วน มองผู้มารับบริการทุกมิติ ทุกด้านที่มีผลกระทบต่อการเจ็บป่วยทั้ง ด้านร่างกายจิตใจ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี เศรษฐกิจสังคม สิ่งแวดล้อม บุคคลครอบครัว และชุมชน

มุ่งเน้นให้ระบบบริการมีความละเอียดอ่อนต่อมิติความเป็นมนุษย์ (Humanistic sensibility)

4) ปรับระบบบริการสาธารณสุขให้เป็นเชิงรุกมากขึ้น เช่น การเยี่ยมบ้านที่ให้เวลาและศึกษาวิถีชีวิต เข้าใจชุมชนมากขึ้นภายใต้เงื่อนไข วัฒนธรรมของเขา และค่อยหาวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้คำแนะนำที่เหมาะสมแต่ละบุคคล โดยไม่นำวิธีเดียวกันทั้งประเทศมาใช้ หรือ “ตัดเสื้อโหลให้คนสวมใส่”

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาเชิงลึกในระดับชุมชน หรือบริบท เงื่อนไขที่เกี่ยวข้อง และปฏิสัมพันธ์ของเงื่อนไขสิ่งแวดล้อมที่เอื้อในการเฝ้าระวัง และควรมีการศึกษาเชิงปริมาณในการ

หาปัจจัยเชิงสาเหตุ ขนาดของปัญหา และผลกระทบต่างๆ ของการเฝ้าระวัง รวมทั้ง ควรศึกษานวัตกรรมหรือวิธีการในการเฝ้าระวังมากขึ้น ด้วยวิธีการที่ง่ายและเหมาะสมกับบุคคลภายใต้เงื่อนไขของแต่ละคน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.ทพญ.ปิยะฉัตร พัทธานฉัตร ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเฝ้าระวังในครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบพระคุณ คุณณาดลหทัย เป็นทอง และบุคลากรสาธารณสุข อำเภอนางรอง และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1 สุตพันธ์ ชกส้าน. หมากกับมะเร็งปาก(1). [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 30 เมษายน 2558] เข้าถึงได้จาก: <http://manager.co.th/Science/ViewNews.aspx?NewsID=9510000130467>
- 2 ขวัญใจ เอ็มใจ. วัฒนธรรมการกินหมาก สารคดี 2537;10(112):87-108.
- 3 สำนักบรรณสารสนเทศ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. เขียนหมากของคู่กาย คนพื้นดำ. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 25 กรกฎาคม 2558] เข้าถึงได้จาก: http://library.stou.ac.th/ODI/mak/page_6.html
- 4 ปริญญญา ผกานนท์. ผลของการกินหมากต่อสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ตำบลคำน้ำแซบอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ “สร้างสรรค์และพัฒนา เพื่อก้าวสู่ประชาคมอาเซียน” ครั้งที่ 2 18-19 มิถุนายน 2558 ณ วิทยาลัยนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา; 2558. หน้า 91-96. [เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก http://journal.nmc.ac.th/th/admin/Journal/2558Vol3No1_59.pdf
- 5 สำนักทันตสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ โรงพยาบาลเพื่อการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
- 6 สุภาพรณัฏ์ ฉัตรชัยวัฒนา และคณะ. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเฝ้าระวังกับสุขภาพช่องปากในสตรีชนบทจังหวัดขอนแก่น: การศึกษาระยะที่ 2 วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2550;12(1):27-37.
- 7 สุพรรณิ พรหมเทพ สุพจน์ คำสะอาด ภัทธวิไล วัฒนศัพท์ สุรพล เวียงนนท์ ทฤติกา สุวรรณรุ่งเรือง และกิริติ ภูมิศักดิ์. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในคนไทยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
- 8 ศานิต สวัสดิ์กาญจน์ และ คณะ. ผลของสารสกัดจากพืชบางชนิดต่อการยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์. เรื่องเต็มการประชุมทางวิชาการของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2553 หน้า 412-421.
- 9 สุพัตรา วัฒนแสน และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคปริทันต์อักเสบของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2562;12(2):627-638.
- 10 Boonyaphiphat P, Thongsuksai P, Sriplung H, Puttawibul P. Life style habits and genetic susceptibility and the risk of esophageal cancer in the Thai population. Cancer Lett 2002 186(2):193-199.
- 11 ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา. รายงานผลการสำรวจสุขภาพช่องปาก เขตพื้นที่บริการที่ 9 ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2555. นครราชสีมา: ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา; 2556.
- 12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์; 2558.
- 13 ประสาน สิงห์ทอง. การเฝ้าระวังในวิถีชีวิตชาวผู้ไทยตำบลหนองสูง อำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร. [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2540.

คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

PERSONAL CHARACTERISTICS AND MOTIVATION AFFECTING THE TUBERCULOSIS
CONTROL PERFORMANCE OF HEALTH PERSONNEL AT SUB-DISTRICT HEALTH
PROMOTING HOSPITALS IN KHON KAEN PROVINCE

นิออน ลีคะ¹, ประจักษ์ บัวพันธ์², มกรพันธ์ จูฑะรสกา³

Nion Leeka¹, Prachak Bouphun², Makarapan Jutarosaga³

(Received: November 21 ,2020 ; Accepted: December 11 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จากตัวอย่างจำนวน 156 คน จาก ประชากรทั้งหมด จำนวน 248 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ และตัวอย่างการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณจำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม ซึ่งแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งหมดได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชเท่ากับ 0.85 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านนโยบายและการบริหาร ด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ด้านสภาพการปฏิบัติงาน และด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ สามารถร่วมกันพยากรณ์ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 54.6 ($R^2=0.546$, $p<0.001$)

คำสำคัญ: คุณลักษณะส่วนบุคคล, แรงจูงใจ, การปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรค

Abstract

This cross - sectional descriptive research aimed to study the personal characteristics and motivation affecting the tuberculosis control performance of health personnel at sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen province, Thailand. The samples were 156 health personnel randomly selected by systemic random sampling from 248 populations and 12 key informant were in focus group for qualitative data gathering . The questionnaire was examined by the three experts for the content validity item objective congruence (IOC), all items more than 0.50 and tested for reliability in sample pilot study (Cronbach's Alpha Coefficient = 0.85). Data distribution was performed by descriptive and inferential statistics. The result showed that the factors of policy , achievement, work condition and work itself could predict the tuberculosis control performance of health personnel at sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen at 54.6 percent. ($R^2 = 0.546$, $p<0.001$)

Key words: characteristics, motivation, the tuberculosis control performance of health personnel

บทนำ

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่จัดว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโลกในปี 2557 และ

ต่อมาในปี 2558 องค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งใน 14 ประเทศ ที่มีความรุนแรงของปัญหาวัณโรคอยู่ในระดับโลก ทั้งวัณโรคที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย (TB / HIV) และวัณโรคคือยาหลายขนาน

¹ นักศึกษาหลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ อาจารย์ประจำ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

(MDR – TB) โดยมีอัตราของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่สูงกว่าค่าเฉลี่ยโลกถึง 1.3 เท่า มีผู้เสียชีวิตสูงถึง 12,000 ราย (องค์การอนามัยโลก, 2558) องค์การสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้การควบคุมและป้องกันวัณโรคเป็นเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืนในกรอบของสหประชาชาติและยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (End TB) โดยมีเป้าหมายลดอัตราผู้ป่วยรายใหม่เป็น 20 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2573 และ 10 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2578 ลดการเสียชีวิตลงร้อยละ 95.0 และลดผลกระทบทางเศรษฐกิจครัวเรือนหรือการล้มละลายทางการเงินอันเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มีมูลค่าสูงทั้งนี้จากแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2564 ประเทศไทยจัดให้ปัญหาวัณโรคเป็นวาระสำคัญระดับชาติมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่คาดประมาณไว้ราว 120,000 รายต่อปี (171 ต่อแสนประชากร) ถึงแม้ความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการด้านการแพทย์จะรวดเร็ว แต่วัณโรคยังเป็นปัญหาเนื่องจากกลุ่มเป้าหมายที่เสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคมีเพิ่มมากขึ้น คือกลุ่มผู้ป่วย HIV ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยโรคปอดและโรคไตเรื้อรัง และจากระบบบันทึกรายงานผลการดำเนินงานวัณโรคในปี 2558 พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนการรักษาเพียง 58,714 ราย หรือประมาณร้อยละ 50.0 คิดเป็นอัตราความสำเร็จในการรักษาเพียง ร้อยละ 78.0 ซึ่งถือว่ายังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ได้กำหนดอัตราความสำเร็จในการรักษาไว้ที่ร้อยละ 90.0 ดังนั้นจึงจำเป็นต้องที่ประเทศไทยจะต้องเพิ่มความครอบคลุมในการค้นหาคัดกรองผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ให้มากยิ่งขึ้น ทั้งนี้เพื่อตัดวงจรของการแพร่กระจายของวัณโรคสู่ผู้สัมผัส (กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

ในการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นเป็นงานอีกด้านหนึ่งที่ดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในการจัดบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐาน เพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกันได้ เป็นหนึ่งในวิธีการดูแลรักษาแบบองค์รวมครอบคลุมผสมผสาน ซึ่งดูแล

สุขภาพครบถ้วนทุกด้านตั้งแต่การรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้หายจากโรค การป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยจากโรค การส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงการฟื้นฟูสภาพไม่ให้เกิดความพิการ รวมถึงการให้คำแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพ และการพึ่งตนเองด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ทั้งในด้านลักษณะส่วนบุคคล บทบาทในครอบครัว องค์กรประกอบ ครอบครัว สถานการณ์ปัจจุบันในชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงสังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมของชุมชนของผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจและสามารถวางแผนแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ตรงจุด ซึ่งการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น ประกอบด้วย การปฏิบัติงานในการจัดบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐาน เพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกันได้ซึ่งประกอบด้วย การปฏิบัติงาน 5 ด้านคือ 1) ด้านการค้นหาผู้ป่วยใหม่ 2) ด้านการป้องกัน 3) ด้านการรักษาและติดตามเยี่ยมบ้าน 4) ด้านการให้สุขศึกษา และ 5) ด้านการนิเทศและการฝึกอบรม (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ซึ่งมีผู้ศึกษาวิจัยพบว่าการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมาก (สิริสา เทียมทัน และประจักษ์ บัวผัน, 2561) และการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมาพบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมาก (นกรินทร์ ประสิทธิ์ และประจักษ์ บัวผัน, 2561) และการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมาก (สุกชัย หมั่นมา และประจักษ์ บัวผัน, 2557)

คุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นปัจจัยประการหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้การปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถดำเนินงานให้บรรลุผลได้ตามเป้าหมายขององค์การ ซึ่งคุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นคุณลักษณะเฉพาะส่วนตัวของแต่ละบุคคล เป็นความแตกต่างของบุคคลแต่

ละคนขึ้นอยู่กับ สภาพแวดล้อมภายในครอบครัว พื้นฐานของการเลี้ยงดู และลักษณะนิสัยของแต่ละคน เป็นสมรรถนะพื้นฐานส่วนบุคคลในการแสดงถึงเจตนาหรือความตั้งใจในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) ตำแหน่ง 6) รายได้ 7) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และ 8) การได้รับการฝึกอบรม (Schermerhorn et al., 2003) การจะปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่ตามความสามารถและสำเร็งนั้น ต้องอาศัยปัจจัยนี้เป็นสำคัญ มีผู้ทำการศึกษาวิจัยพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านรายได้มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของนักบริหารงานสาธารณสุข (ลิตธิศักดิ์ แก้วโพนเพ็ก และประจักษ์ บัวผัน, 2558) และคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านตำแหน่ง (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกและสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ติดยาเสพติดแม่บ้านโขง จังหวัดมุกดาหาร ร้อยละ 79.0 (ปุลวัชร อาจโยธา และชนะพล ศรีฤทธา, 2560) และคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านตำแหน่ง (นักวิชาการสาธารณสุข) มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกและสามารถร่วมกันพยากรณ์การใช้โปรแกรมระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา (พิรภัทร ไตรคุ้มตัน และประจักษ์ บัวผัน, 2560)

นอกจากคุณลักษณะส่วนบุคคลแล้วยังพบว่า ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้านการควบคุมป้องกันโรคนั้น จะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัยปัจจัยแรงจูงใจที่เป็นตัวกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคคลทุ่มเทกำลังแรงใจแรงกายและความมุ่งมั่นในการแสดงความสามารถอย่างเต็มที่ในการปฏิบัติงาน อันจะส่งผลให้การปฏิบัติงานนั้นสำเร็จตามวัตถุประสงค์และบรรลุเป้าหมายที่องค์กรได้กำหนดไว้ ซึ่งปัจจัยแรงจูงใจประกอบด้วยปัจจัยจูงใจและปัจจัยต้าน โดยปัจจัยแรงจูงใจเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานและทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ปัจจัยจูงใจ ประกอบด้วย 1)

ลักษณะงานที่ปฏิบัติ 2) การยอมรับนับถือ 3) ความรับผิดชอบ 4) ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน และ 5) ความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ ส่วนปัจจัยต้านหรือปัจจัยอนามัย เป็นปัจจัยที่สามารถบ่งชี้ถึงความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจของการทำงาน และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ปัจจัยต้านประกอบด้วย 1) นโยบายและการบริหาร 2) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 3) ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน 4) การปกครองบังคับบัญชา 5) เงินเดือนและค่าตอบแทน 6) สภาพการปฏิบัติงาน 7) สถานะทางอาชีพ และ 8) ชีวิตความเป็นส่วนตัว (Herzberg, Mausner & Snyderman, 2010) มีผู้ทำวิจัยและศึกษา พบว่า แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดร้อยเอ็ด คือ ปัจจัยต้านด้านนโยบายและการบริหาร ปัจจัยต้านด้านชีวิตความเป็นส่วนตัวปัจจัยแรงจูงใจด้านความรับผิดชอบ ปัจจัยต้าน ด้านการปกครองบังคับบัญชาปัจจัยแรงจูงใจด้านลักษณะงานและปัจจัยต้าน ด้านสภาพการปฏิบัติงานโดยตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัวสามารถรวมพยากรณ์การปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ร้อยละ 62.6 (สันติ ธรณี และประจักษ์ บัวผัน, 2558) และพบว่าแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น คือ ปัจจัยจูงใจ ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ และด้านความสำเร็จในการทำงาน สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 46.5 (สุกชัย หมั่นมา และประจักษ์ บัวผัน, 2558) และพบว่าแรงจูงใจที่มีผลต่อการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น คือ ปัจจัยต้านด้านนโยบายและการบริหารและปัจจัยจูงใจ ด้านลักษณะงาน สามารถร่วมกันพยากรณ์การดำเนินงาน

ควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่นได้ร้อยละ 61.2 (สิริสา เทียมทัน และประจักษ์ บัวผัน, 2561)

จังหวัดขอนแก่นมี 26 อำเภอ 198 ตำบล มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 248 แห่ง โดยบางตำบลมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากกว่า 1 แห่ง ในจังหวัดขอนแก่นมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 248 คน ที่ปฏิบัติงานด้านการควบคุมป้องกันโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2561ก) ซึ่งจากการดำเนินงานด้านการควบคุมป้องกันโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านมา พบว่ายังมีปัญหาอุปสรรคในการค้นหาผู้ป่วยใหม่ทำได้ ร้อยละ 82.5 และด้านการรักษาและติดตามเยี่ยมบ้านทำได้ ร้อยละ 70 ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายคือ ทั้งสองด้านต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2561ข)

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

2. คุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับแรงจูงใจ และระดับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

3. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุม

ป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 248 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2561ก)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เพื่อศึกษา คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen (1988) ดังนี้

$$N = \frac{\lambda(1 - R^2_{Y.A,B})}{R^2_{Y.A,B} - R^2_{Y.A}} + w$$

.....(1)

.....เมื่อ

$$\lambda = \lambda_L - \frac{1/V_L - 1/V}{1/V_L - 1/V_U} (\lambda_L - \lambda_U)$$

.....(2)

เมื่อกำหนดให้

$R^2_{Y.A,B}$ คือค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจพหุสำหรับ Full Model ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ นำ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรจากการศึกษา การปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด (สันติ ธรณี และประจักษ์ บัวผัน, 2557) ซึ่งลักษณะของงานและพื้นที่ในการทำวิจัยครั้งนี้มีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งได้ค่า = 0.602

$R^2_{Y.A}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Reduce Model ($R^2_{Y.A,B} - R^2_{Y.A}$) ซึ่งได้ค่า $R^2_{Y.A} = 0.582$

$R^2_{Y.B}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ
เชิงพหุที่เปลี่ยนแปลง (R^2 Change) เมื่อ ไม่มีตัวแปรที่
ต้องการทดสอบ $R^2_{Y.B} = 0.02$

λ ..คือ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนตัว
แปรอิสระและอำนาจการทดสอบ

w ..คือ จำนวนตัวแปรอิสระนอกเหนือจากตัว
แปรที่ต้องการทดสอบ (เขต A) เท่ากับ 0 (เขต B) = 20

u ...คือ จำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการทดสอบ
(เขต B) เท่ากับ 1 ตัวแปร

V ..คือ ค่าที่ได้จาก $V = N - u - w - 1$

ในการคำนวณขนาดตัวอย่างจะต้องเปิดตาราง
ที่ 9.4.2 หน้า 452-455 Cohen, 1988) ประกอบการคำนวณ
โดยค่าที่ปรากฏในตารางประกอบด้วยค่า u มี 23 ค่า v มี 4
ค่า ได้แก่ 20, 60, 120 และ ∞ และค่า Power มีค่าระหว่าง
0.25 - 0.99 จากนั้นหาค่าของ λ ในสมการที่ (2) โดยแทน
ค่า $v = 120$ ซึ่งเป็นค่าที่จะทำให้ขนาดตัวอย่างเพียงพอ
ที่สุดจากนั้นดูที่ $u = 1$, Power = 0.80 จะได้ λ เท่ากับ 7.8
แทนค่า λ ในสมการที่ (1) จะได้ขนาดตัวอย่างดังขั้นตอน
ต่อไปนี้

$$N = \frac{\lambda(1 - R^2_{Y.A,B})}{R^2_{Y.A,B} - R^2_{Y.A}} + w$$

$$\text{แทนค่า } N = \frac{7.8(1 - 0.602)}{0.602 - 0.582} + 0$$

$$\dots N = \frac{7.8(0.398)}{0.02} + 0$$

$$\dots N = \frac{3.1044}{0.02} + 0$$

$$\dots n = 155.22$$

ผลจากการคำนวณขนาดตัวอย่าง $N = 155.22$
นำไปคำนวณหาค่า V

โดย $V = N - u - w - 1$

$V = 155.22 - 1 - 20 - 1$

$V = 133.22$

นำค่า V ที่ได้ไปเปิดตาราง Cohen (1988) ซึ่ง
 $V = 133.22$ อยู่ระหว่าง $V 120$ และ $V \infty$ จะได้ค่า ดังนี้

$V_L = 120$

$V_U = \infty$

$\lambda_L = 7.80$

$\lambda_U = 7.80$

$$\text{แทนค่า } \lambda = 7.80 - \frac{1/120 - 1/133.22}{1/120 - \infty}$$

$$(7.80 - 7.80)$$

$\lambda_{..} = 7.80$

แล้วนำค่า λ ไปแทนค่าในสมการที่ 1 อีกครั้ง
จะได้ขนาดตัวอย่างดังขั้นตอนต่อไปนี้

$$n = \frac{\lambda(1 - R^2_{Y.A,B})}{R^2_{Y.A,B} - R^2_{Y.A}} + w$$

$$\text{แทนค่า } n = \frac{7.8(1 - 0.602)}{0.602 - 0.582} + 0$$

$$\dots n = \frac{7.8(0.398)}{0.02} + 0$$

$$\dots n = \frac{3.1044}{0.02} + 0$$

$$\dots n = 155.22 \quad 156 \text{ คน} \quad \approx$$

ผลจากการคำนวณขนาดตัวอย่าง พบว่า n มี
จำนวนขนาดตัวอย่าง เท่ากับ 156 คน ในกรณีตอบ
แบบสอบถามผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 156 คน
เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1.แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นคำถามที่
เกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจ และคำถาม
เกี่ยวกับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

2.การสนทนากลุ่ม เป็นแนวทางในการยืนยัน
ข้อมูลเชิงปริมาณ เกี่ยวกับแรงจูงใจ และการปฏิบัติงาน
ควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่
ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด
ขอนแก่น

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังผ่านการ
พิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้วเท่านั้น และจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผ่านการพิจารณาจากทางคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2562 ลำดับที่ 4.3.02 : 3 / 2562 เลขที่ HE612360

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 67.3 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 34.0 โดยมีอายุเฉลี่ย 38.9 ปี (S.D. = 9.02 ปี) อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 59 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 69.2 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 77.6 ส่วนใหญ่ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 37.2 ส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 20,001 บาท จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 34.0 ส่วนใหญ่ระยะเวลาการปฏิบัติงาน อยู่ในช่วงระหว่าง 1-10 ปี จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 37.2 มีค่ามัธยฐาน 14 ปี (Min = 1 ปี, Max = 40 ปี) และส่วนใหญ่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคจำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 91.0 และจำนวนการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรค อยู่ระหว่าง 1 - 2 ครั้ง จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 61.5 มีค่ามัธยฐาน 2 ครั้ง (Min = 1 ครั้ง, Max = 30 ครั้ง)

2. ระดับแรงงใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรค ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ระดับแรงงใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรค ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จังหวัดขอนแก่นพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงงใจ ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.79 (S.D.=0.39) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่าแรงงใจด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.13 (S.D.=0.49) รองลงมาคือแรงงใจด้านความรับผิดชอบ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.02 (S.D.=0.49) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือแรงงใจด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.25 (S.D.=0.74) รองลงมาคือ แรงงใจด้านสภาพการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.51 (S.D.= 0.64)

3..... ระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรค ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรค ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติงาน ด้านการป้องกัน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.92 (S.D.=0.57) เมื่อพิจารณา รายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ มีการถ่ายทอดความรู้ด้านการควบคุมป้องกันวัณโรคแก่ญาติผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.14 (S.D.=0.69) รองลงมาคือ มีการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคโดยการฉีดวัคซีน BCG แก่เด็กตามเกณฑ์ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.12 (S.D.=0.95) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ มีการจัดพื้นที่เฉพาะสำหรับให้บริการแก่ผู้ป่วยวัณโรค อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.95 (S.D.= 0.96) รองลงมาคือ มีการพัฒนาแผนงานป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.03 (S.D.=0.73)

4. คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย พบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคมี

ความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกัน
โรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($r=0.247, p\text{-value}=0.002$) ส่วนคุณลักษณะส่วนบุคคล
ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง
รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ไม่มี
ความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรค
ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล จังหวัดขอนแก่น

5. คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการ ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด ขอนแก่น

จากผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผล
ต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด
ขอนแก่น ที่ถูกเลือกเข้าสมการ ก็คือตัวแปรที่มีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการ
เรียงลำดับ ดังนี้ นโยบายและการบริหาร ($p\text{-value}<0.001$)
ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ($p\text{-value}=0.002$) สภาพการ
ปฏิบัติงาน ($p\text{-value}=0.003$) และลักษณะงานที่ปฏิบัติ ($p\text{-value}=0.011$) ดังนั้นจึงสามารถกล่าวได้ว่า ตัวแปรอิสระ
ทั้ง 4 ตัวแปร มีผลและสามารถรวมพยากรณ์การ
ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด
ขอนแก่น ได้ร้อยละ 54.6

โดยนำมากำหนดสมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้น
เป็นสมการทำนายผลในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$Y=a+b_1x_1+b_2x_2+b_3x_3+b_4x_4$$

เมื่อ Y = การปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรค
ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล จังหวัดขอนแก่น

a = ค่าคงที่

b_1 = สัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปของคะแนน
ดิบของตัวแปรอิสระตัวที่ 1

x_1 = ตัวแปรอิสระตัวที่ 1 คือ นโยบายและการ
บริหาร

b_2 = สัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปของคะแนน
ดิบของตัวแปรอิสระตัวที่ 2

x_2 = ตัวแปรอิสระตัวที่ 2 คือ ความสำเร็จในการ
ปฏิบัติงาน

b_3 = สัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปของคะแนน
ดิบของตัวแปรอิสระตัวที่ 3

x_3 = ตัวแปรอิสระตัวที่ 3 คือ สภาพการ
ปฏิบัติงาน

b_4 = สัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปของคะแนน
ดิบของตัวแปรอิสระตัวที่ 4

x_4 = ตัวแปรอิสระตัวที่ 4 คือ ลักษณะงานที่
ปฏิบัติ

แทนค่าในสมการได้ดังนี้

$Y = 0.485+(0.330)$ (ปัจจัยค่าจูนด้านนโยบาย
และการบริหาร)

$+ (0.236)$ (ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จ
ในการปฏิบัติงาน)

$+ (0.170)$ (ปัจจัยค่าจูนด้านสภาพการ
ปฏิบัติงาน)

$+ (0.171)$ (ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงาน
ที่ปฏิบัติ)

สรุปได้ว่า ตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปรข้างต้น ได้แก่ ตัว
แปรปัจจัยค่าจูนด้านนโยบายและการบริหาร ตัวแปร
ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ตัวแปร
ปัจจัยค่าจูนด้านสภาพการปฏิบัติงาน และตัวแปรปัจจัยจูง
ใจด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ มีผลและสามารถร่วมกัน
พยากรณ์การปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 54.6

สรุปและอภิปรายผล

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรค ใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

จากการศึกษา คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรค ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 67.3 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 34.0 โดยมีอายุเฉลี่ย 38.9 ปี (S.D. = 9.02 ปี) อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 59 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 69.2 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 77.6 ส่วนใหญ่ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 37.2 ส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 20,001 บาท จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 34.0 ส่วนใหญ่ระยะเวลาการปฏิบัติงาน อยู่ในช่วงระหว่าง 1-10 ปี จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 37.2 มีค่ามัธยฐาน 14 ปี (Min = 1 ปี, Max = 40 ปี) และส่วนใหญ่ เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคจำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 91.0 และจำนวนการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรค อยู่ระหว่าง 1 - 2 ครั้ง จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 61.5 มีค่ามัธยฐาน 2 ครั้ง (Min = 1 ครั้ง, Max = 30 ครั้ง)

2. ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรค ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรค ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่นพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจ ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.79 (S.D.=0.39) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่าแรงจูงใจด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.13 (S.D.=0.49) รองลงมาคือแรงจูงใจด้านความรับผิดชอบ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.02 (S.D.=0.49) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือแรงจูงใจด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.25 (S.D.=0.74) รองลงมาคือ แรงจูงใจ

ด้านสภาพการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.51 (S.D.= 0.64)

3.ระดับการปฏิบัติงานของของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรค ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรค ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติงาน ด้านการป้องกันอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.92 (S.D.=0.57) เมื่อพิจารณา รายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ มีการถ่ายทอดความรู้ด้านการควบคุมป้องกันวัณโรคแก่ญาติผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.14 (S.D.=0.69) รองลงมาคือ มีการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคโดยการฉีดวัคซีน BCG แก่เด็กตามเกณฑ์ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.12 (S.D.=0.95) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ มีการจัดพื้นที่เฉพาะสำหรับให้บริการแก่ผู้ป่วยวัณโรค อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.95 (S.D.= 0.96) รองลงมาคือ มีการพัฒนาแผนงานป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.03 (S.D.=0.73)

4.คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

5.1.4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล จากการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย พบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.247, p\text{-value}=0.002$) ส่วนคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

5.1.4.2 แรงจูงใจ จากการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย พบว่าแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

จากผลการวิเคราะห์ พบว่าตัวแปรอิสระ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น และถูกเลือกเข้าสมการนั้น มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 ซึ่งตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการเรียงตามลำดับ ดังนี้ ปัจจัยด้านด้านนโยบายและการบริหาร (p-value<0.001) ปัจจัยด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน (p-value<0.001) ปัจจัยด้านสภาพการปฏิบัติงาน (p-value<0.001) และปัจจัยด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ (p-value<0.001) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัว มีผลและสามารถร่วมพยากรณ์ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 54.6

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น ควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและเป้าหมายของการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรให้ความสำคัญกับการควบคุมกำกับกับการปฏิบัติงานให้แล้วเสร็จตามเวลาที่กำหนดไว้

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จะช่วยเอื้อต่อการปฏิบัติงานให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการมอบหมายภาระงานให้สอดคล้องกับความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการปฏิบัติงาน

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรให้ความสำคัญกับการจัดลำดับความสำคัญของการทำงานเพื่อพัฒนาทักษะด้านความสามารถในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาถึงปัจจัยที่มีผล

ต่อการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวันโรคของผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. การศึกษาแนวทางในการ

ควบคุมกำกับกับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวันโรคของผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้ความเข้าใจอย่างดียิ่งจากบุคคลหลายๆท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ประจักษ์ บัวผัน ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำชี้แนะ แนะนำแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่ เกี่ยวกับการทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ คุณสุกควดี ธนสีลังกูร และคุณสมยศ ลาปะ ที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ประจักษ์ บัวผัน อาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ อาจารย์ ดร.มกราพันธุ์ จูทะรศก ที่ได้กรุณาเป็นกรรมการสอบเค้า

โครงการวิทยานิพนธ์และสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้กรุณาประสิทธิประสาทวิชา ให้ความเมตตาและอบรมสั่งสอนให้ความรู้ในการศึกษาตลอดหลักสูตร ขอขอบพระคุณ ดร.ณัด จำกลาง สาธารณสุขอำเภอชุมแพซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง นายแพทย์

สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนและให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี และที่สำคัญขอขอบคุณครอบครัวอันเป็นที่รัก เพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ช่วยเป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกๆด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมา และรวมถึงทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนามในครั้งนี้ไว้ ณ ที่นี้ ที่มีส่วนร่วมในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข.(2561). **แนวทางการควบคุมโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561**. พิมพ์ครั้งที่ 1. อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์ กรุงเทพมหานคร, 2561
- นครินทร์ ประสิทธิ์ และประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและบรรยากาศของการทำงานที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา)**. 18(2) 65-77. 2561
- ประจักษ์ บัวผัน. **หลักการบริหารสาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 3. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น, 2554
- ปูลวัชร อาจโยธา และขณะพล ศรีฤชา. ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว(SRRT) เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่เขตชานแดนแม่น้ำโขง จังหวัดมุกดาหาร. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. 10 (1) :, 2560
- พิรภัทร ไตรคุ้มตัน และประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการใช้โปรแกรมระบบด้านข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (HCSx P_PCU) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น**, 25(2), 2560
- สุกัญ หมื่นมา และประจักษ์ บัวผัน. การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัยมข**. 14(2) 71-88, 2557
- สันติ ธรณี และประจักษ์ บัวผัน. การปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด. **วารสารวิจัยมข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา)**. 14.(1). 89-104, 2558
- สันติ อุทังษ์ และประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศาลาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์. **วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (บศ.)**, 17(3), 64-76, 2560
- สิริสา เทียมทัน และประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย,มข. ฉบับบัณฑิตศึกษา**. 18(1), 49-61, 2561
- สิทธิองค์การอนามัยโลก. (2558) **STAG-TB meeting in 2015**. ค้นเมื่อ 5 กันยายน 2561, จาก <http://www.stoptb.org/countries/tbdata.asp>.
- Herzberg, F, Mausner, B, Snyderman, B.B. (1993). **The Motivation To work**. New York: Transaction Publishers.
- Schermerhorn, R., Hunt ,G., & Osborn, N. **Organizational Behavior**. New York: John Wily & Sons; 2003

ตารางที่ 1 ค่าสถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	B	Beta	T	p-value	R	R ²	R _{adj}	R ² Change
1.นโยบายและการบริหาร	0.330	0.370	5.258	<0.001	0.648	0.420	0.417	0.420
2.ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน	0.236	0.232	3.128	0.002	0.707	0.500	0.494	0.080
3.สภาพการปฏิบัติงาน	0.170	0.190	2.971	0.003	0.725	0.526	0.517	0.026
4.ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	0.171	0.159	2.580	0.011	0.739	0.546	0.534	0.020

ค่าคงที่ 0.485, $F = 45.391$, $p\text{-value} < 0.001$, $R = 0.739$, $R^2 = 0.546$, $R_{adj} = 0.534$

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

คุณลักษณะส่วนบุคคล	การปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1.เพศ (หญิง)	0.022	0.782	ไม่มีความสัมพันธ์
2.อายุ	0.051	0.523	ไม่มีความสัมพันธ์
3.สถานภาพสมรส (สมรส)	-0.020	0.802	ไม่มีความสัมพันธ์
4.ระดับการศึกษา(ปริญญาตรี)	0.012	0.885	ไม่มีความสัมพันธ์
5.ตำแหน่ง (นักวิชาการสาธารณสุข)	-0.056	0.484	ไม่มีความสัมพันธ์
6.รายได้ต่อเดือน	0.018	0.827	ไม่มีความสัมพันธ์
7.ระยะเวลาในการปฏิบัติงานตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข	0.009	0.915	ไม่มีความสัมพันธ์
8.การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการ ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวันโรค	0.247**	0.002	ต่ำ

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

แรงจูงใจ	การปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน	p-value	ระดับความสัมพันธ์
แรงจูงใจ	0.700***	<0.001	ปานกลาง
ปัจจัยจูงใจ	0.669***	<0.001	ปานกลาง
1.ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	0.439***	<0.001	ปานกลาง
2.การยอมรับนับถือ	0.519***	<0.001	ปานกลาง
3.ความรับผิดชอบ	0.475***	<0.001	ปานกลาง
4.ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน	0.609***	<0.001	ปานกลาง
5.ความก้าวหน้าในตำแหน่ง	0.561***	<0.001	ปานกลาง

*** Correlation is significant < 0.001 level (2-tailed)

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น (ต่อ)

แรงจูงใจ	การปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยคำจูง	0.622***	<0.001	ปานกลาง
1.นโยบายและการบริหาร	0.648***	<0.001	ปานกลาง
2.ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.377***	<0.001	ปานกลาง
3.ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	0.461***	<0.001	ปานกลาง
4. การปกครองบังคับบัญชา	0.483***	<0.001	ปานกลาง
5.เงินเดือนและค่าตอบแทน	0.298***	<0.001	ต่ำ
6.สภาพการปฏิบัติงาน	0.499***	<0.001	ปานกลาง
7.สถานะทางอาชีพ	0.386***	<0.001	ปานกลาง
8.ชีวิตความเป็นส่วนตัว	0.386***	<0.001	ปานกลาง

*** Correlation is significant < 0.001 level (2-tailed)

**การส่งเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขต
รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแซง ตำบลสำราญ อำเภอสамชัย จังหวัดกาฬสินธุ์**

**Promotion to Change the Consumption Behavior to Prevent Diseases of Opisthorchiasis Disease
Patients in the Responsibility Area of Ban Nongsaeng**

Sub-district Health Promotion Hospital, Samran Sub-district, Samchai District, Kalasin Province

อัจฉราพรรณ ชัยยนต์ชัยรัช จันทร์สมุด²

Oatcharapan Changyon¹ ChaitachJansamood²

(Received: March 14 ,2020 ; Accepted: March 27 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการส่งเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแซง ตำบลสำราญ อำเภอสамชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ศึกษาจากประชากร จำนวน 85 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยใช้ Dependent Sample t-test

ผลการวิจัยปรากฏดังนี้ 1. ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแซง ตำบลสำราญ อำเภอสамชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 2. ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแซง ตำบลสำราญ อำเภอสамชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีตระหนักในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 3. ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแซง ตำบลสำราญ อำเภอสамชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 4. ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแซง ตำบลสำราญ อำเภอสамชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความรู้ความตระหนัก และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ดีวก่อนเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Abstract

This research aimed to study promotion to change the consumption behavior to prevent diseases of opisthorchiasis disease patients in the responsibility area of Ban Nongsaeng Subdistrict Health Promotion Hospital, Samran Sub-district, Samchai District, Kalasin Province. The populations consisted of 85 patients selected by using the purposive sampling technique. The interview form developed in this study was used to collect data. The data were analyzed with percentage, mean, and standard deviation. Dependent Sample t-test was employed to test the hypotheses.

The research results revealed the following: 1. Patients with liver fluke disease in the area of responsibility of Ban Nong Saeng health promotion hospital, Samran sub-district, Sam Chai district, Kalasin province had knowledge of liver fluke disease overall is at a medium level. 2. Patients with liver fluke disease in the area of responsibility of Ban Nong Saeng health promotion hospital, Samran sub-district, Sam Chai district, Kalasin province had awareness of

¹วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (วท.ม.) การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

² ผศ.ดร. สาขาการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

prevention of liver fluke disease was at a moderate level. 3. Patients with liver fluke disease in the area of responsibility of Ban Nong Saeng health promotion hospital, Samran sub-district, Sam Chai district, Kalasin province had food consumption behavior at risk of liver fluke disease at a moderate level. 4. Patients with liver fluke disease in the responsibility area of Ban Nong Saeng health promotion hospital, Samran sub-district, Sam Chai district, Kalasin province had knowledge, awareness and behavior of liver fluke patients. Better than before to participate in a promotion activity to change eating habits to prevent diseases of liver fluke patients with statistical significance at the level of 0.05.

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับเชื่อก่อโรคในคนที่มีรายงานในประเทศไทย ซึ่งมีสาเหตุจากพยาธิ *Opisthorchis Viverrini* พยาธิตัวเต็มวัยขณะมีชีวิตพบอยู่ในทางเดินน้ำดีและท่อน้ำดีของตับในคน มีการแพร่ระบาดในประชาชนทุกกลุ่มอายุ และพบได้ทุกภาคของประเทศไทยแต่พบสูงที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกจัดอันดับพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคสำคัญ และยอมรับให้โรคพยาธิใบไม้ตับเรื้อรัง หรือมีการติดเชื้อซ้ำบ่อยๆ ในระยะยาว เป็นสาเหตุที่สำคัญในการเป็นสารก่อมะเร็งที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี โรคมะเร็งตับหรือส่วนหนึ่งคือมะเร็งท่อน้ำดีพบว่า ความชุกของการเกิดโรคมะเร็งดังกล่าวในประเทศไทยยังพบมากที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งส่วนหนึ่งมาจากการป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ มีสาเหตุเกิดจากการรับประทานอาหารประเภทที่ปรุงจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาว ตระกูลปลาตะเพียน ปลังคิบหรือสุกๆดิบๆ ซึ่งมีตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับปนเปื้อน ดังตัวอย่างอาหารเสี่ยงได้แก่ ก้อย ปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาต้ม ปลาร้าดิบ หรือส้มตำปลาร้าดิบ เป็นต้น เมื่อคนรวมทั้งแมวหรือสุนัข ซึ่งเป็นสัตว์เลี้ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ถ่ายอุจจาระปนเปื้อนลงในแหล่งน้ำ ก็จะทำให้เกิดการแพร่ระบาดได้ อีกทั้งพยาธิใบไม้ตับอาศัยอยู่ในท่อน้ำดีทั้งของคน และสัตว์เลี้ยงโรค เมื่อมีตัวพยาธิสะสมมากๆ เป็นเวลานาน จะมีการอักเสบของท่อน้ำดีจากนั้นมีโอกาสพัฒนากลายเป็นมะเร็งท่อน้ำดี (สิวพร พิมพ์เรือง, 2557)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ยอมรับและจัดให้พยาธิใบไม้ตับเป็นเชื่อก่อมะเร็ง โดยทำให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดี โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยในภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือของไทยมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงมากที่สุดในโลก ข้อมูล พ.ศ.2557 พบความชุกพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 9.2 โดยในระดับหมู่บ้านอาจมีความชุกสูงถึงร้อยละ 90 รองลงมาคือภาคเหนือพบร้อยละ 5.2 ในระดับหมู่บ้านอาจมีความชุกสูงถึงร้อยละ 45.6 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง จากพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องการบริโภคอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดเช่น ปลาร้าดิบ ส้มตำใส่ปลาร้าดิบ แจ่วบองใส่ปลาร้าดิบ โรคนี้มีต้นทุนในการรักษาสูงประมาณ 5 แสนบาทต่อคน ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตต่ำมาก เนื่องจากพบผู้ป่วยมะเร็งในระยะท้ายๆ

ประเทศไทยมีแนวโน้มการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ที่เป็นปัญหาของสาธารณสุขที่สำคัญที่จะต้องเร่งแก้ไข โดยเฉพาะประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประชากรกว่า 6 ล้านคน คิดเชื่อพยาธิใบไม้ตับ ที่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมากแก่คนอีสาน และมีผู้เสียชีวิตทั่วประเทศปีละประมาณ 14,000 คน ปัจจุบันสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พบผู้ป่วยที่ภาคอีสานมากที่สุดเป็นอันดับ 1 ของประเทศ รองลงมาคือภาคเหนือ ทั้งนี้เกิดจากพฤติกรรมการกินของคนภาคอีสานที่ชอบกินก้อย กินลาบปลาดิบ หรือกินแบบสุกๆ ดิบๆ ก็มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูง การแก้ไขและวิธีป้องกันนั้นต้องเดินหน้านรณรงค์ในการเลิกกินอาหารดิบ โดยเฉพาะอาหารที่ทำจากปลา เพราะโรคดังกล่าวเป็นโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ (อารีย์ ภูณูใจ, 2562)

กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาสังคม ผลักดันให้ปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เป็นวาระประเทศ โดยจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการทศวรรษกำจัดพยาธิ

ใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี พ.ศ. 2559-2568 มีเป้าหมายใน 10 ปีข้างหน้า คนไทยจะติดเชื้อพยาธิใบไม้ดำน้อยกว่า 6 แสนราย กลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการคัดกรองและรักษา ลดอัตราการเสียชีวิตลงร้อยละ 50 จาก 40 ต่อแสนประชากร เหลือ 20 ต่อแสนประชากร จากการสำรวจความชุกโรคหนองพยาธิทั่วประเทศ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยทั่วประเทศป่วยพยาธิใบไม้ดับ ร้อยละ 8.7 หรือประมาณ 6 ล้านคนทั่วประเทศ โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งตับและท่อน้ำดีกว่าปีละ 28,000 คน หรือประมาณ 80 คนต่อวัน ซึ่งสูงที่สุดในโลก ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ชายวัยทำงาน เมื่อตรวจพบแล้วมักเสียชีวิตภายใน 1 ปี ทำให้ครอบครัวประสบปัญหาขาดผู้นำครอบครัว เกิดปัญหาสังคมตามมา และจากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบของประชาชนในพื้นที่ ยังพบว่า ประชาชนร้อยละ 49.7 ยังบริโภคส้มตำใส่ปลาร้าดิบ ร้อยละ 43.6 บริโภคปลาจ่อมดิบ ร้อยละ 29.2 บริโภคปลาสดดิบ ร้อยละ 28.2 บริโภคก้อยปลาดิบ โดยให้เหตุผลว่าอร่อย เคี้ยว กินกันมานานแล้ว และบางส่วนมีความเชื่อว่าเป็นโรคพยาธิใบไม้ดับแล้วไม่เป็นโรกินยาถ่ายพยาธิก็หายแล้วกินใหม่ได้อีก สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ดับและเป็นมะเร็งท่อน้ำดีทั้งสิ้น

จังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 7 ขอนแก่น พบว่า จำนวน ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบมากที่สุดคือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี และแต่ละปีก็มีแนวโน้มที่จะพบมากขึ้นเรื่อยๆ จากผลการสำรวจพยาธิใบไม้ดับในประเทศไทย พ.ศ. 2552 โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบอัตราการติดพยาธิใบไม้ดับ ดังนี้ กาฬสินธุ์พบร้อยละ 27.40 ขอนแก่นพบร้อยละ 14.20 ร้อยเอ็ดพบร้อยละ 11.80 มหาสารคามพบร้อยละ 11.60 อัตราตายจากมะเร็งตับและท่อน้ำดีต่อประชากร 100,000 คน ดังนี้ ร้อยเอ็ด 54.80 คน กาฬสินธุ์ 50.90 คน และ มหาสารคาม 44.90 คน

อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยคิดจากตัวชี้วัดของจังหวัดกาฬสินธุ์ และยุทธศาสตร์อำเภอสามชัยในตำบลต้นแบบ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแซงตำบล

สำราญ อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ จากผลการรณรงค์ตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ดับ ในอุจจาระ ปี 2562 กลุ่มเป้าหมายประชากร อายุ 40 ปีขึ้นไปทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ จำนวน 2,983 คน ผลการสำรวจมีกลุ่มเสี่ยงที่มีความเสี่ยง 3 ข้อ ขึ้นไป จำนวน 1,472 คน ได้รับการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ดับในอุจจาระ จำนวน 793 คน ร้อยละ 53.87 พบไข่พยาธิใบไม้ดับ จำนวน 85 คน ร้อยละ 10.71 จะเห็นได้ว่าจากผลการรณรงค์ตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ดับในปี 2562 ประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแซง พบว่ายังมีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ดับเกิน ร้อยละ 10 และได้มีการจัดทำโครงการเพื่อลดปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในชุมชนเพื่อ ลดการเดินโรคพยาธิใบไม้ดับ

ดังนั้นในการศึกษารุ่นนี้ผู้ศึกษาได้สนใจศึกษาผลการส่งเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ดับในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแซง ตำบลสำราญ อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการปรับปรุง แก้ไข ดำเนินการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดับ เพื่อลดอัตราความชุกของพยาธิใบไม้ดับของประชาชน ตำบลสำราญ อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรม การบริโภคเพื่อป้องกัน โรคของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ดับในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแซง ตำบลสำราญ อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนากิจกรรมส่งเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเพื่อป้องกัน โรคของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ดับในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแซง ตำบลสำราญ อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความตระหนักและพฤติกรรมบริโภคเพื่อป้องกัน โรคของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ดับในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลบ้านหนองแซง ตำบลสำราญ อำเภอสามชัย จังหวัด
กาฬสินธุ์ ก่อนและหลังเข้ารับการส่งเสริม

วิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การส่งเสริมเพื่อปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคพยาธิ
ใบไม้ตับในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบ้านหนองแซง ตำบลสำราญ อำเภอสามชัย จังหวัด
กาฬสินธุ์รูปแบบการจัดการครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิง
ปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ การ
จัดการ (Management) ความตระหนัก (Awareness) การ
ร่วมกัน (Join) และ ความซื่อสัตย์ (Integrity) โดยมีการ
แบบทดสอบกลุ่มเดียววัด 2 ครั้ง ก่อนและหลังเข้ารับการ
ส่งเสริม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่
ประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบ้านหนองแซง ตำบลสำราญ อำเภอสามชัย
จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ผ่านการคัดกรองโดยแบบคัดกรองตาม
เกณฑ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
กระทรวงสาธารณสุข ที่มีความเสี่ยงได้รับการตรวจ
อุจจาระหาไข่พยาธิ จำนวน 793 คน

2. กลุ่มตัวอย่างใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่
ประชาชนที่เป็นผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตพื้นที่
รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน
หนองแซง ตำบลสำราญ อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่
ผ่านการคัดกรองโดยแบบคัดกรองตามเกณฑ์ของ
สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ กระทรวง
สาธารณสุข และตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 85
คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเจาะจง (Purposive
Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท
ได้แก่

1. แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่พัฒนาจาก
การศึกษาค้นคว้าเอกสารตารางงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป โดยลักษณะทาง
ประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา
อาชีพ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ
การเข้ารับรักษาการซื้อยามาพยาธิใบไม้ตับมารับประทาน
แหล่งน้ำในชุมชน การรับประทานปลาในแหล่งน้ำชุมชน
มีญาติป่วยเป็นมะเร็งท้องน้ำดี โดยแบบสัมภาษณ์เป็น
คำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ
และ โรคมะเร็งท้องน้ำดี ให้ทำเครื่องหมาย (✓) ในช่อง
คำตอบที่เห็นว่าถูกที่สุด ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้
ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ อาทิ สาเหตุ อาการ
การป้องกันการเกิดโรค จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้
คะแนนดังนี้

ตอบถูกให้ 1 คะแนน

ตอบผิดให้ 0 คะแนน

รวมคะแนนเต็ม 15 คะแนนการจัด
ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ จัดโดยอิงเกณฑ์
ดังนี้

มีความรู้ระดับดี หมายถึง คะแนน
ความรู้ร้อยละ 80 ขึ้นไป (12 – 15 คะแนน)

มีความรู้ระดับปานกลาง หมายถึง
คะแนนความรู้ร้อยละ 60–79 (9 – 11 คะแนน)

มีความรู้ระดับต้องปรับปรุง หมายถึง
คะแนนความรู้ต่ำกว่าร้อยละ 60 (0 – 8 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ความตระหนักในการป้องกันโรค
พยาธิใบไม้ตับ ให้ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องเพียงช่อง
เดียวของแต่ละคำถามให้ตรงกับกรปฏิบัติของท่านมาก
ที่สุด จำนวน 14 ข้อ เป็นลักษณะคำถามเป็นแบบประเมิน
ค่า มี 5 ตัวเลือก

เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
มากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
มาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
น้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
น้อยที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมาย

ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง เห็นด้วยมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

กลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง เห็นด้วยน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

ที่สุด

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ เป็นการวัดโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะคำถามเป็น คำถามปลายปิด (Close Ended Question) มีคำถามให้เลือก 3 ตัวเลือก ผู้ถูกสอบถามจะเลือกคำตอบด้วยการตัดสินใจเพียงคำตอบเดียว จำนวน 10 ข้อ และมีรายละเอียด คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง มีการปฏิบัติเป็นประจำในข้อความนั้นๆ

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติในข้อความนั้นบางครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติในข้อความนั้นเลย

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

การปฏิบัติเป็นประจำ ให้คะแนน 3 คะแนน

การปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติ ให้คะแนน 1 คะแนน

เกณฑ์ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 ระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 ระดับต่ำ

2. ชุดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ตามรูปแบบของ MAJI Model

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

ภายหลังจากการรับ ร้องการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ (หมายเลขโครงการวิจัย KLS.RE030/2562) โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแซง เพื่ออนุญาตดำเนินการศึกษา

2. ประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบตำบลสำราญ เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปอย่างสะดวกยิ่งขึ้น

3. ผู้ทำการศึกษาใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนออกจากผู้ให้คำตอบแบบสอบถาม

4. ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง แล้วให้คะแนนตามเกณฑ์ที่ทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Arithmetic Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ t-test (Dependent Samples) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแซง ตำบลสำราญ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า

1.1 ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแซง ตำบลสำราญ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.2) อายุต่ำสุด 37 ปี อายุมากที่สุด 71 ปี โดยส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 50 – 59 ปี (ร้อยละ 45.9)

สถานะผู้/ สมรส (ร้อยละ 87.1) มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 63.5) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 55.3) ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 72.9) รองลงมาได้รับข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 50.6) เคยซื้อยาถ่ายพยาธิมารับประทานเอง (ร้อยละ 54.1) มีแหล่งน้ำในชุมชน (ร้อยละ 94.1) เคยรับประทานปลาในแหล่งน้ำชุมชน (ร้อยละ 94.1) มีญาติสายตรงป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี (ร้อยละ 21.2) ส่วนใหญ่ที่ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเป็น พ่อ แม่ (ร้อยละ 14.1)

1.2 ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแขง ตำบลสำราญ อำเภอสамซัย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.3) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ อาหารก๊อปปลาดิบเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 81.2) และข้อที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ สุนัข แมว มีส่วนทำให้เกิดการแพร่เชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับได้ (ร้อยละ 49.4)

1.3 ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแขง ตำบลสำราญ อำเภอสамซัย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความตระหนักในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.11$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การตรวจอุจจาระแล้วพบไข่พยาธิใบไม้ตับต้องรีบรักษาให้เร็วที่สุด ($\bar{X}=3.88$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ปลาข้าวคั่วรสชาติอร่อยมาก จึงไม่สามารถเลิกกินได้ ($\bar{X}=1.96$)

1.4 ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแขง ตำบลสำราญ อำเภอสамซัย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีพฤติกรรมบริโภคในการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.95$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การรับประทานส้มตำปลา

ข้าวคั่ว ($\bar{X}=2.46$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ กินกุ้งดิบ ปลาช่อนดิบหรือสุกๆดิบๆ ($\bar{X}=1.54$)

2. กิจกรรมส่งเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแขง ตำบลสำราญ อำเภอสамซัย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีดังนี้

2.1 กิจกรรมที่ 1 (M : Management) เป็นกิจกรรมการให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีการจัดการดำรงชีวิตให้มีสุขภาพที่ดีไม่มีพยาธิ

2.2 กิจกรรมที่ 2 (A : Awareness) เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง เกิดความตระหนักถึงอันตรายจากการบริโภคปลาสุกๆดิบๆ และสามารถบอกถึงการป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับ

2.3 กิจกรรมที่ 3 (J : Join) เป็นกิจกรรมรวมใจร่วมกันส่งเสริมสุขภาพไม่บริโภคปลาสุกๆดิบๆป้องกันโรค

2.4 กิจกรรมที่ 4 (I : Integrity) เป็นกิจกรรมการเกิดความซื่อสัตย์ต่อตนเองในการเลิกบริโภคปลาสุกๆดิบๆโดยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

3. ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแขง ตำบลสำราญ อำเภอสамซัย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

1. ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแขง ตำบลสำราญ อำเภอสамซัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่พบว่า มีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนเข้าร่วมพัฒนา กิจกรรมส่งเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยโดยรวมมีความรู้ปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มีความรู้สูงสุดคือ อาหารก๊อปปลาดิบเสี่ยง

ต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 81.2) และมีความรู้ต่ำสุด คือ ศูนย์ แมว มีส่วนทำให้เกิดการแพร่เชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับได้ (ร้อยละ 49.4) อาจเป็นเพราะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับจากแหล่งต่างๆไม่ทั่วถึง และยังไม่ได้รับความรู้เรื่องวงจรชีวิตการเกิดโรคศูนย์ แมว ซึ่งเป็นโฮสต์เฉพาะ ซึ่งสอดคล้องกับสงกรานต์ นกบุญ (2560) ได้ศึกษารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่จังหวัดนครพนม พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ มีการรับรู้ความเสี่ยง และมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลองและมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุม สีวาพร พิมพ์เรือง (2557) ได้ศึกษาการรับรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยอัลตราซาวด์ อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับโดยรวมที่ถูกต้อง ส่งผลให้มีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ถูกต้อง นิสรผานคำ (2557) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน ตำบลคูน้อย อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา

2. ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแขง ตำบลสำราญ อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่พบว่า มีตระหนักในการป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับก่อนเข้าร่วมพัฒนากิจกรรมส่งเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยโดยรวมมีความตระหนักปานกลาง มีความตระหนักสูงสุด คือ การตรวจอุจจาระแล้วพบไข่พยาธิใบไม้ตับต้องรีบรักษาให้เร็วที่สุด ($\bar{X}=3.88$) และมีความตระหนักต่ำสุด คือ ปลาไร้คีบรสชาติอร่อยมาก จึงไม่สามารถเลิกกินได้ ($\bar{X}=1.96$) อาจเป็นเพราะวิถีชีวิตของคนอีสานมีการรับประทานปลาร้ามาเป็นระยะเวลานาน แต่ไม่ได้รับรู้ว่าจะต้องต้มให้สุกก่อน มีความคิดว่าผ่านการหมักแล้วก็รับประทานได้ สอดคล้องกับแนวคิดและทฤษฎีการที่บุคคลหนึ่งได้ถูกคิด หรือเกิด

ความรู้สึกว่าสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือเหตุการณ์ใด เหตุการณ์หนึ่ง ภายใต้อารมณ์จิตใจที่สามารถ แสดงออก ด้วยการพูด การเขียน การอ่านหรืออื่นๆ โดยอาศัยระยะเวลา ประสบการณ์หรือ สภาพแวดล้อมทางสังคม หรือสิ่งเร้าจากภายนอกให้เกิดความรู้สึกจากการสัมผัส การรับรู้ ความคิด รวบรวม การเรียนรู้หรือความรู้ส่งผลให้เกิดความตระหนักและนำไปสู่พฤติกรรมที่แสดงออกในสิ่งนั้น

3. ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแขง ตำบลสำราญ อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีพฤติกรรมการบริโภคในการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนเข้าร่วมพัฒนากิจกรรมส่งเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยโดยรวมพบว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับโดยรวมในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับสูงสุด คือ พฤติกรรมการรับประทานส้มตำปลาร้าคืบ และมีระดับพฤติกรรมต่ำ คือ กินกึ่งคืบ ปลาชัวยคืบ หรือสุกๆคิ่วๆ อาจเป็นเพราะมีความคิดว่ารับประทานส้มตำปลาร้าคืบอร่อยกว่าปลาร้าที่ผ่านการต้มสุก จึงนิยมรับประทานปลาร้าคืบมากกว่าสุก และการรับประทานกึ่งคืบกับส้มตำ สอดคล้องกับแนวคิดและทฤษฎีพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่บุคคลปฏิบัติออกมาโดยมีด้านความรู้และด้านทัศนคติเป็นตัวช่วยให้เกิดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่ถูกต้องแต่กระบวนการในการจะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยระยะเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอนแต่นักวิชาการก็เชื่อว่ากระบวนการทางการศึกษาจะช่วยให้ เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติได้ ซึ่งสอดคล้องกับอารีย์ ภูฤกษ์ (2562) ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับโดยกระบวนการ PAOR ของผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำลือชา ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มี

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

4. จากการเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแขง ตำบลสำราญ อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นได้ว่าการศึกษาพัฒนากิจกรรมส่งเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแขง ตำบลสำราญ อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับมีความรู้และเข้าใจปัจจัยการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ และรับรู้ถึงวิธีการป้องกันเพื่อลดการเกิดโรคเป็นอย่างดีตระหนักถึงความรุนแรง และยังสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้เพื่อสุขภาพที่ดีของตนเอง คนที่รักและครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแพร่เพชร พัฒนาราช (2560) ได้ศึกษาผลการส่งเสริมพฤติกรรมในการบริโภคเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ ประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนัก และความตั้งใจมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ 0.05 ด้านการปฏิบัติในการบริโภคพบว่ากลุ่มทดลองมี การปฏิบัติระดับดีเพิ่มขึ้น มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.1 เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการกำหนดแนวทางการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนถึงประชาชนทั่วไปทั้งในสถานบริการและในชุมชน เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับโดยมีการทำอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ

1.2 การใช้ตัวแบบที่มีชีวิต กลุ่มผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และจดจำได้ง่าย

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว หรือญาติ ซึ่งจะต้องเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอยู่เกือบจะตลอดเวลา เพื่อร่วมกันหาแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมในการบริโภคเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.2 ควรมีการนำโปรแกรมการส่งเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคในกลุ่มประชาชนทั่วไป และกลุ่มอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

- 1.นิสร ผานคำ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน ตำบลคูน้อยอำเภอดุทรพัชรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ ศ.ม. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2557.
- 2.แพร่เพชร พัฒนาราช. ผลการส่งเสริมพฤติกรรมในการบริโภคเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ ศ.ม. ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา. 2560
- 3.ศิวาพร พิมพ์เรือง. การรับรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยอัลตราซาวด์ อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ ศ.ม. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2557.
- 4.อริย์ ภูฎกใจ. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับโดยกระบวนการ PAOR ของผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำลือชา ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 12(2) : 563-570. 2562.

คุณภาพชีวิตและความต้องการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

The Quality of Life and Health Promotion Needs of Elders in Song Plueai Sub-district,

Namon District, Kalasin Province

กาญจนา สนอุทา¹ชัยรัช จันทร์สมุด²ธันวา ใจเที่ยง³

Kanjana Son-ou-ta¹ Chaitach Jansamood² Tunwa Chaitieng³

(Received: May 17 ,2020 ; Accepted: June 19 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและความต้องการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 293 คน เก็บตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยใช้ t-test (Independent Sample) และ F-test (One-way ANOVA)

ผลการวิจัยปรากฏดังนี้ 1. ผู้สูงอายุในเขตตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 60-69 ปี มีระดับการศึกษาประถมศึกษา สถานภาพสมรส มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท 2. ผู้สูงอายุในเขตตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีคุณภาพชีวิต โดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดีมาก 3. ผู้สูงอายุในเขตตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความต้องการส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก 4. ผู้สูงอายุในเขตตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีเพศต่างกัน ที่มีเพศต่างกัน มีคุณภาพชีวิต ไม่แตกต่างกัน แต่ผู้สูงอายุที่มีอายุและระดับการศึกษาต่างกัน มีคุณภาพชีวิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 5. ผู้สูงอายุในเขตตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีอายุต่างกัน มีความต้องการส่งเสริมสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน แต่ผู้สูงอายุที่มีเพศและระดับการศึกษาต่างกัน มีความต้องการส่งเสริมสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Abstract

This research aimed to study and compare quality of life and health promotion needs of elders in Song Plueai sub-district, Namon district, Kalasin province. The population consisted of 293 elders. The questionnaires were developed and used to collect data. The data were analyzed by percentage, mean, standard deviation. Testing the hypotheses by t-test (Independent Sample), F-test (One-way ANOVA)

The research results revealed the following: 1. Elders in Song Plueai sub-district, Namon district, Kalasin province most of them are women aged 60-69 years old, have a primary education level, marital status, whose monthly income is less than or equal to 1,000 baht. 2. Elders in Song Plueai sub-district, Namon district, Kalasin province, had quality of life total and each aspect included body side, psychological, social relations and environment showed their at a very good level. 3. Elders in Song Plueai sub-district, Namon district, Kalasin province, had health promotion needs total showed their at a high level. 4. Elders in Song Plueai sub-district, Namon district, Kalasin province with different gender did not showed quality of life differently, but age and education level different showed quality of life differently at 0.05 level significance. 5. Elders in Song Plueai sub-district, Namon district, Kalasin province with different age did not showed health promotion needs, but gender and education level different showed health promotion needs differently at 0.05 level significance.

¹ วิทยาลัยการศึกษามหาบัณฑิต (วท.ม.) การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

² อาจารย์ สาขาการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

บทนำ

โครงสร้างประชากรไทย มีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุทั่วโลก และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วตั้งแต่ปี 2550 และในปี 2568 ประเทศไทยจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวคือมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 โดยใช้อายุตามปฏิทินที่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปเป็นนิยามที่เป็นทางการของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุฉบับปัจจุบัน (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุพ.ศ. 2546) ในปีพ.ศ. 2550 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 10.7 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ: 2551) และจากการฉายภาพประชากรพบว่าสัดส่วนของประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นร้อยละ 13.2 ในปี 2553 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.5 ในปี 2565 และร้อยละ 32.1 ในปี 2583 ทำให้เกิดข้อกังวล เรื่องการขาดแคลนแรงงานเนื่องจากในขณะที่วัยที่ประชากรวัยสูงอายุสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในทางกลับกันประชากรในวัยแรงงานก็ลดลงอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ: 2556) ในปี 2552 มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรงจำนวน 100,000 บาทสี่หมื่นคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าหรือ 200,000 บาทสี่หมื่นคน ในปี 2567 ในขณะที่ครัวเรือนมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุลดลงเป็นผลจากขนาดครอบครัวที่เล็กลงการเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าสู่เมืองและการเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจนอกระบบของสตรีทั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงแต่ต้องดูแลตนเองหรือไม่มีคนดูแลถึงร้อยละ 13 ในกลุ่มเดียวกัน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, ออนไลน์)

ผู้สูงอายุ หมายถึงบุคคลที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป เป็นนิยามที่เป็นทางการของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ จากโครงสร้างประชากรไทย มีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจากข้อมูลของ United Nations World Population Ageing พบว่า หลังจากปี 2552 ประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิงได้แก่ เด็กและผู้สูงอายุจะมีจำนวนมากกว่าประชากรในวัยแรงงาน และในปี 2560 จะเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ที่ประชากรเด็กน้อยกว่า

ผู้สูงอายุ สถานการณ์นี้เป็นผลมาจากการลดภาวะเจริญพันธุ์อย่างรวดเร็ว และการลดลงอย่างต่อเนื่องของระดับการตายของประชากร ทำให้จำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุของไทย เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากข้อมูลประชากรของประเทศไทยปี 2556 ประเทศไทยมีจำนวน 64.6 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุมากถึง 9.6 ล้านคน คาดว่าในปี 2573 จะมีจำนวนผู้สูงอายุ 17.6 ล้านคน (ร้อยละ 26.3) และปี 2583 จะมีจำนวนถึง 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) (มูลนิธิพัฒนาผู้สูงอายุ, 2558)

ด้วยสภาพสังคมไทยที่มีผู้สูงอายุมากขึ้นในอนาคตจะส่งผลให้มีอัตราที่พึ่งพิงวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นซึ่งเชื่อมโยงเกี่ยวกับการเจ็บไข้ได้ป่วยขณะนี้ประเทศไทยมีกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมก็สามารถออกมาพบปะผู้คนได้ร้อยละ 78 กลุ่มติดบ้านคือถูกหลานต้องคอยดูแลร้อยละ 20 และกลุ่มติดเตียงคือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลยร้อยละ 2 ดังนั้นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้นจึงต้องอาศัยรูปแบบการให้บริการที่มีส่วนร่วมจากชุมชนเข้ามาช่วยกันโดยพยายามผลักดันให้กลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านใคร่อยากเป็นกลุ่มติดสังคมมากขึ้น ขณะเดียวกันก็ต้องเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงให้สามารถดูแลตนเองได้เพิ่มมากขึ้น

ปัญหาและสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบต่อทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมโดยรวมขณะที่การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวก็มีแนวโน้มขาดคุณภาพและขาดผู้ดูแลในอนาคตเพราะ ผมที่ผันแปรไป ผู้สูงอายุเป็นโสดมากขึ้นจำนวนบุตรเฉลี่ยลดลงครอบครัวขยายลดลงผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังมากขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแลโดยเฉพาะเขตชนบทยิ่งอาการหนักกว่าชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพฯ เพราะยังขาดกลไกหลักที่จะดูแลระบบบริการให้เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพอีกทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องยังขาดความรู้ทัศนคติและทักษะในการให้บริการอย่างรอบคอบเชิงลึกขาดการกระตุ้นและส่งเสริมให้ชุมชนหรือท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการด้านสวัสดิการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงจึงเป็นบทบาทของคนในครอบครัวเท่านั้นซึ่งต้องดูแลทั้งทางกายทางจิตใจและยังต้องให้การสนับสนุนทางการเงินอีกด้วยแม้ว่าบริการทางการแพทย์ที่

รับผิดชอบโดยกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพเป็นหลักได้ขยายขอบเขตควบคุมไปถึงการให้บริการสุขภาพที่บ้านแต่ก็ยังนับว่าอยู่ในระหว่างการริเริ่มดำเนินการยังมิได้มีรูปแบบที่เหมาะสมในสังคมไทย

ด้วยสภาพสังคมไทยที่มีผู้สูงอายุมากขึ้นในอนาคตจะส่งผลให้มีอัตราที่พึ่งพิงวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นซึ่งเชื่อมโยงเกี่ยวกับการเจ็บไข้ได้ป่วยขณะนี้ประเทศไทยมีกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมก็สามารถออกมาพบปะผู้คนได้ร้อยละ 78 กลุ่มติดบ้านคือถูกหลานต้องคอยดูแลร้อยละ 20 และกลุ่มติดเตียงคือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เล็กร้อยละ 2 ดังนั้นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้นจึงต้องอาศัยรูปแบบการให้บริการที่มีส่วนร่วมจากชุมชนเข้ามาช่วยกันโดยพยายามผลักดันให้กลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านให้อยากเป็นกลุ่มติดสังคมมากขึ้น ขณะเดียวกันก็ต้องเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงให้สามารถดูแลตนเองได้เพิ่มมากขึ้น

จังหวัดกาฬสินธุ์เป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยที่ยังคงมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยจากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 13.1 ของประชากรทั้งจังหวัดในปี 2557 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.8 ในปี 2560 (สำนักงานสถิติจังหวัดกาฬสินธุ์, 2560) จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าจังหวัดกาฬสินธุ์มีแนวโน้มการเพิ่มประชากรของผู้สูงอายุไม่ต่างจากภาพรวมของประเทศไทยและจากข้อมูลประชากรตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้สูงอายุจำนวน 1,085 คน (เทศบาลตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์, 2562)

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งเป็นกิจกรรมที่มุ่งหวังให้การเพิ่มระดับสุขภาพผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติด้วยตนเองเพื่อเพิ่มความผาสุกและเพิ่มศักยภาพสูงสุดของบุคคลครอบครัวชุมชนและสังคมผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาแนวทางการจัดการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆที่

กล่าวมาว่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปใช้วางแผนในการดำเนินกิจกรรมต่างๆในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาความต้องการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและความต้องการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบล สงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตและความต้องการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุในเขตตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 1,085 คน
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุในเขตตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 293 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณของ Taro Yamane สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมี 3 ตอนโดยมีลักษณะดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็น จำนวน 4 ด้าน 20 ข้อ โดยมีระดับการวัดเป็นแบบ

มาตรฐานประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งสามารถแบ่งเป็นระดับได้ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด. 2543)

เกณฑ์การให้คะแนน		
ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ
มากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
มาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
น้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
น้อยที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน
เกณฑ์การแปลความหมาย		
ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตดีมากที่สุด		
ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตดีมาก		
ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตปานกลาง		
ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตไม่ดี		
ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตไม่ดีที่สุด		

ตอนที่ 3 ความต้องการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็น จำนวน 30 ข้อ โดยมีระดับการวัดเป็นแบบมาตรฐานประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งสามารถแบ่งเป็นระดับได้ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด. 2543)

เกณฑ์การให้คะแนน		
ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ
มากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
มาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
น้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
น้อยที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน
เกณฑ์การแปลความหมาย		
ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง มีความต้องการมากที่สุด		
ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง มีความต้องการมาก		

ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง มีความต้องการปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง มีความต้องการน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง มีความต้องการน้อยที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังจากการรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ (หมายเลขโครงการวิจัย KLS.RE025/2562) โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขออนุญาตรับรองและแนะนำตัวผู้วิจัยจากมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ถึงนายกเทศมนตรีตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากผู้สูงอายุในตำบลตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

2. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวของผู้วิจัย จากมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ พร้อมแบบสอบถามไปยังตำบลตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตผู้ใหญ่บ้าน ในการแจกแบบสอบถามผู้สูงอายุในตำบลตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ตอบแบบสอบถาม และผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมแบบสอบถามดังกล่าวกลับด้วยตนเอง จนครบถ้วนทุกฉบับ

3. รวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดที่ได้รับคืน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามครบทุกฉบับ

4. นำข้อมูลที่ได้ไปจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Arithmetic Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

ใช้ t-test (Independent Sample) และ F-test (One-way ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้สูงอายุในเขตตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.70) อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 48.10) มีระดับการศึกษา ประถมศึกษา (ร้อยละ 82.30) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 65.20) มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท (ร้อยละ 68.30)

2. ผู้สูงอายุในเขตตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.08$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

ด้านร่างกาย โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.07$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ สามารถไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเอง ($\bar{X} = 4.15$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ มีความรู้สึก สุขภาพร่างกายแข็งแรง ($\bar{X} = 3.99$)

ด้านจิตใจ โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.02$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ พอใจในความสามารถของตนเอง ($\bar{X} = 4.08$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ รู้สึกพอใจในสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไป ($\bar{X} = 3.88$)

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.18$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ พอใจกับการดูแลเอาใจใส่ของ สมาชิกภายในครอบครัว ($\bar{X} = 4.24$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ คิดว่าสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ($\bar{X} = 4.05$)

ด้านสิ่งแวดล้อม โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.05$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน ($\bar{X} = 4.16$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ รู้สึกมั่นคงและปลอดภัยในชีวิต ($\bar{X} = 3.96$)

3. ผู้สูงอายุในเขตตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความต้องการส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.93$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้าน ($\bar{X} = 4.15$) รองลงมาได้แก่ การแนะนำผู้สูงอายุเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุในพื้นที่สาธารณะ ($\bar{X} = 4.06$) และการตรวจหาน้ำตาลในเลือดทุกปี ($\bar{X} = 4.04$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การประเมินภาวะโภชนาการ (ซึ่งน้ำหนัก) ของร่างกายเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน ($\bar{X} = 3.79$)

4. ผู้สูงอายุในเขตตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีเพศต่างกัน มีคุณภาพชีวิต โดยรวมและเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ไม่แตกต่างกัน แต่ด้านสิ่งแวดล้อม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. ผู้สูงอายุในเขตตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีอายุต่างกัน มีคุณภาพชีวิต โดยรวมและเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุในเขตตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มี 60-69 ปี และ 70-79 ปี มีคุณภาพชีวิต โดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้าน ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6. ผู้สูงอายุในเขตตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีคุณภาพชีวิต โดยรวมและเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุในเขตตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีคุณภาพชีวิต โดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้าน ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอนุปริญา/ปวส. และมัธยมศึกษา/ปวช. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

7. ผู้สูงอายุในเขตตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีเพศต่างกัน มีความต้องการส่งเสริม

สุขภาพ โดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

8. ผู้สูงอายุในเขตตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีอายุต่างกัน มีความต้องการส่งเสริมสุขภาพ โดยรวม ไม่แตกต่างกัน

9. ผู้สูงอายุในเขตตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีอายุต่างกัน มีความต้องการส่งเสริมสุขภาพ โดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุในเขตตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีความต้องการส่งเสริมสุขภาพ โดยรวม มากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอนุปริญา/ปวศ. และมัธยมศึกษา/ปวช. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

1. ผู้สูงอายุในเขตตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีคุณภาพชีวิต โดยรวมและเป็นรายด้าน ทุกด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะทางกายภาพและสรีระวิทยาไม่มากนัก สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สุขภาพส่วนใหญ่สมบูรณ์แข็งแรง สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ซึ่งหากผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ หรือยอมรับการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม จะส่งผลต่อความรู้สึกพอใจในสภาวะทุกด้านหรือสภาพแวดล้อมที่ตนเองอยู่ด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนากร หอนงาม (2552) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระดับดี และรายด้านอยู่ในระดับดีเกือบทุกด้าน

2. ผู้สูงอายุในเขตตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความต้องการส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยสิ่งที่ต้องการมากที่สุด ได้แก่ การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้าน แสดงให้เห็นว่า สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุอาจจะมีไม่เพียงพอต่อการบริการผู้สูงอายุ รวมถึงการแนะนำผู้สูงอายุเกี่ยวกับการ

ป้องกันอุบัติเหตุในพื้นที่สาธารณะ และการตรวจหาน้ำตาลในเลือดทุกปี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พัชรีย์ เจริญสะอาด (2549) ศึกษาปัญหาและความต้องการด้านส่งเสริมสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองศรีราชา จังหวัดชลบุรี พบว่า ความต้องการด้านส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพรวมว่า อยู่ในระดับมาก ผู้สูงอายุมีความต้องการได้รับการตรวจสุขภาพและรักษาพยาบาลที่สะดวกมากที่สุด รองลงมาคือ มีความต้องการได้พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ และความต้องการด้านสังคมในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ผู้สูงอายุมีความต้องการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมากที่สุด รองลงมาคือ มีความสุขเมื่อเพื่อนบ้านมาเยี่ยมเยียน

3. ผู้สูงอายุในเขตตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีเพศต่างกัน ที่มีเพศต่างกัน มีคุณภาพชีวิต ไม่แตกต่างกัน แต่ผู้สูงอายุที่มีอายุและระดับการศึกษาต่างกัน มีคุณภาพชีวิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่มี 60-69 ปี และ 70-79 ปี มีคุณภาพชีวิต โดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้าน ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป อาจเป็นเพราะว่า สภาพสภาวะทางร่างกายของผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปนั้น อยู่ในสภาพที่ไม่ดีเหมือนกับผู้สูงอายุที่มี 60-69 ปี และ 70-79 ปี จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีคุณภาพชีวิต โดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้าน ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอนุปริญา/ปวศ. และมัธยมศึกษา/ปวช. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากมาจากจำนวนของผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาจำนวนมาก จึงทำให้ค่าเฉลี่ยที่เกิดขึ้นสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอนุปริญา/ปวศ. และมัธยมศึกษา/ปวช. ซึ่งมีจำนวนน้อยกว่าเป็นจำนวนมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรณา กุมารจันทร์ (2543) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย

4. ผู้สูงอายุในเขตตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีอายุต่างกัน มีความต้องการส่งเสริม

สุขภาพ ไม่แตกต่างกัน แต่ผู้สูงอายุที่มีเพศและระดับการศึกษาต่างกัน มีความต้องการส่งเสริมสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุ ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีความต้องการส่งเสริมสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอนุปริญา/ปวส. และมีมัธยมศึกษา/ปวช. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ (2557) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าการประเมินรูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และศึกษาปัญหาและอุปสรรคของกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วม โครงการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.1 ผู้สูงอายุควรได้รับแรงสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและ ชาวบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อนบ้าน ซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดมากที่สุด คอยให้คำแนะนำเรื่องข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ หรือจากสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ วิทยุ และโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์

1.2 ผู้สูงอายุควรได้รับรู้ประโยชน์ของการมีคุณภาพชีวิตดี ออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการตายก่อนวัยอันควร ทำงานในเวลากลางคืนจะไม่เกิดฟุ้งซ่าน เล่าเรื่องประสบการณ์ในอดีตให้ลูกหลานฟัง จะทำให้ตนเองมีคุณค่าและอบอุ่น ช่วยเหลืองานบ้านตาม

ความสามารถและ ความถนัดจะทำให้สร้างสัมพันธ์ทางครอบครัว

1.3 ควรที่จะให้ความรู้ที่ถูกต้องในการรักษาสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุอาจมีความ เชื่ออื่นๆ อีกหลายอย่างที่ไม่ถูกต้อง เจ้าหน้าที่ต้องให้ความรู้และรีบแก้ไขเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ต่อไป และควรพยายามค้นหาปัญหาอื่นๆ ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

2.1 ควรศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาในพื้นที่เขตเมืองกับเขตชนบท เพื่อจะได้ทราบว่าวิถีชีวิตที่แตกต่างกันจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแตกต่างกันหรือไม่

2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นประจำ กับกลุ่มที่ปล่อยไว้เฉยๆ ตามปกติ เพื่อดูผลว่า พฤติกรรมการใช้ชีวิตแตกต่างกันหรือไม่

2.3 ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเชิงคุณภาพผสมผสานกับเชิงสำรวจ เพื่อเติมเต็มช่องว่างของงานแต่ละประเภท

2.4 ควรมีการติดตามผลการวิจัยอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามความตั้งใจและความคงอยู่ของพฤติกรรมในการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ

2.5 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่น่าจะเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพิ่มเติม เช่น ปัจจัยด้านการสนับสนุนของครอบครัว เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.เทศบาลตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานประจำปี 2562. กาฬสินธุ์ : สำนักงานเทศบาลตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. 2562.
- 2.ธนากร หอนงาม. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลเพ็ญ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ รป.ม. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี : อุดรธานี. 2552.
- 3.บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น, 2543.
- 4.พัชรวิ เจริญสะอาด. ปัญหาและความต้องการด้านส่งเสริมสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองศรีราชา จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ รป.ม. มหาวิทยาลัยบูรพา : ชลบุรี. 2549.
- 5.ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน. มหาวิทยาลัยบูรพา : ชลบุรี. 2557.

- 6.มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยพ.ศ. 2555. (ออนไลน์). แหล่งที่มา : <http://www.thaitgri.org/index.php/report/thai>. 2557.
- 7.ศศิณา ปาละสิงห์. ความต้องการในการพัฒนาตนเองของข้าราชการพลเรือนสายสามัญ สังกัดศูนย์กลางสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล ตำบลคลองหก อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ ปร.ม. มหาวิทยาลัยบูรพา : ชลบุรี. 2547.
- 8.สำนักงานสถิติจังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานประจำปี 2560. กาฬสินธุ์ : สำนักงานสถิติจังหวัดกาฬสินธุ์. 2560.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

Factors Affected Perception on Complications of Diabetes Mellitus Patients in the Responsibility Area
of Ban Chan Sub-district Health Promotion Hospital, Sam Chai District, Kalasin Province

วิมลพร ราชติกา¹ชัยรัช จันทร์สมุด²

Wimonpron Rattika¹ Chaitach Jansamood²

(Received: May 4 ,2020 ; Accepted: June 10 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ศึกษาจากประชากร จำนวน 200 คน โดยการใช้แบบสอบถาม เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยใช้สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยปรากฏดังนี้ 1. ประชาชนที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์มีการรับรู้ภาวะแทรกซ้อน โดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับสูง 2. ประชาชนที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปฏิบัติประจำ 3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ ได้แก่ การศึกษา อายุและสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กันทั้งในทางบวกและทางลบกับการรับรู้ภาวะแทรกซ้อน และเมื่อนำเข้าสู่สมการพยากรณ์สามารถเขียนเป็นสมการในรูปของคะแนนดิบได้ดังนี้ $Y = 11.963 + 1.213 (\text{การศึกษา}) + 0.395 (\text{อายุ}) - 0.362 (\text{สถานภาพสมรส})$ 4. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กันทั้งในทางบวกและทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเมื่อนำเข้าสู่สมการพยากรณ์สามารถเขียนเป็นสมการในรูปของคะแนนดิบได้ดังนี้ $Y = 1.589 + -0.036 (\text{สถานภาพสมรส})$ 5. การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Abstract

This research aimed to study factors affected perception on complications of diabetes mellitus patients in the responsibility area of Ban Chan sub-district health promotion hospital, Sam Chai district, Kalasin province. The populations consisted of 200 patients selected by using the purposive sampling technique. The interview form developed in this study was used to collect data. The data were analyzed with percentage, mean, and standard deviation. Multiple regression analysis, by stepwise, was employed to test the hypotheses.

The research results revealed the following: 1. People with diabetes in the area of responsibility of Ban Chan sub-district health promotion Hospital, Sam Chai district, Kalasin province had perception on complications overall and each aspect, all aspects are at a high level. 2. People with diabetes in the area of responsibility of Ban Chan sub-district health promotion Hospital, Sam Chai district, Kalasin province had behavior to prevent complications as a whole and in every aspect at every level. 3. Regarding relation among predictive variables, education level, age and marital status had positive and negative relations on perception on complications. However, when put into the predictive equation it can be written in the form of raw score as follow. $Y = 11.963 + 1.213(\text{education level}) + 0.395(\text{age}) - 0.362(\text{marital status})$ 4. Regarding relation among predictive variables marital status had positive and negative relations on behavior to prevent complications. However, when put into the predictive equation it can be written in the form of raw score as follow. $Y = 1.589 + -0.036(\text{marital status})$

¹ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (วท.ม.) การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

² ศศ.ดร. สาขาการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

status) 5. Perception and preventive behaviors of diabetic patients in the responsibility area of Ban Chan sub-district health promotion hospital, Sam Chai district, Kalasin province, relationship was statistically significant at the 0.01 level.

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การโฆษณาที่ทันสมัยผ่านสื่อต่างๆ ทำให้มีการสื่อสารอย่างไร้พรมแดน ส่งผลกระทบทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมต่างๆ การใช้ชีวิตความเป็นอยู่ รวมถึงวัฒนธรรมการบริโภคอาหาร มีอาหารที่หลากหลายและเข้าถึงได้ง่าย บริบทดังกล่าวมีผลให้คนไทยมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่บริโภคที่ไม่ได้สัดส่วนขาดความสมดุลมากขึ้น ทั้งหวานเกิน มันเกิน และเค็มเกิน เป็นสาเหตุที่สำคัญต่อการเกิดโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทยด้วย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งโรคเบาหวานนั้นเป็นความผิดปกติทางเมแทบอลิซึม มีลักษณะสำคัญ คือ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ทำให้เบต้าเซลล์ของ Islet of Langerhans ของตับอ่อนผลิตฮอร์โมนไดหรือการสร้างฮอร์โมนอินซูลินเป็นไปได้น้อย และอินซูลินอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถทำหน้าที่ได้เต็มที่ การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับระดับปกติได้เป็นระยะเวลานาน จะส่งผลให้อวัยวะเสื่อมสมรรถภาพ และทำงานล้มเหลว เป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งอาจทำให้เกิดความพิการและอันตรายถึงชีวิตได้

โรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรังโรคแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเสียชีวิตได้ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่พบได้ 3 ลักษณะคือภาวะกรดคีโตนคั่งในเลือด (Diabetic Ketoacidosis) ภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) โรคแทรกซ้อนเรื้อรังเป็นภาวะที่เกิดขึ้นซ้ำๆ ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้

ใกล้เคียงกับคนปกติเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่อระบบต่างๆ ที่สำคัญของร่างกายเช่นตาบอดไตวายโรคหลอดเลือดหัวใจโรคหลอดเลือดในสมองการถูกตัดขาจากแผลติดเชื้อลุกลาม เป็นต้น (วิทยา ศรีธามา, 2549)

รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ป่วยด้วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น 1.6 ล้านคน ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (จากผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3.2 ล้านราย ในปี 2552 เป็น 4.8 ล้านรายในปี 2557) และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 43.2 ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อนและไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคเบาหวาน นอกจากนี้ ยังพบว่าร้อยละ 78.5 หรือมากกว่า 3 ใน 4 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย

รายงานการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ในปี 2562 เป้าหมายประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 143,094 คน พบกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานจำนวน 26,311 คน คิดเป็นร้อยละ 18.39 ผู้ป่วยรายใหม่ 4,615 คน คิดเป็นร้อยละ 17.54 และอำเภอสามชัย ในปี 2562 เป้าหมายประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 3,921 คน พบกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน จำนวน 488 คน คิดเป็นร้อยละ 12.45 ผู้ป่วยรายใหม่ 7 คน คิดเป็นร้อยละ 1.43 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวาน 3 ปีซ้อนหลัง ดังนี้ ปี 2559 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 1,472 คน ปี 2560 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 1,486 คน ปี 2561 ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 1,502 คน จากแนวโน้มจะเห็นได้ว่าอัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และจากการตรวจประเมินค่าน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยแต่ละราย พบว่า ผู้ป่วยบางรายยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคตได้

ในปัจจุบัน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่คลินิกเบาหวาน โดยมีผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 200 คน ที่มาใช้บริการโรคเบาหวานที่คลินิกเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน ซึ่งในผู้ป่วยบางรายที่มารับบริการ ก็มีภาวะแทรกซ้อนตามมากับโรคเบาหวาน ซึ่งเป็น

ลักษณะทางคลินิก ที่มักเกิดร่วมกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไม่ว่าจะเป็น ความดันโลหิตสูง ภาวะไตวาย เป็นต้น ซึ่งได้รับการวินิจฉัยแล้วจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน. 2562)

ดังนั้นผู้ทำวิจัยซึ่งเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุข จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งที่ผ่านมายังไม่เคยมีการศึกษาอย่างเป็นทางการในกลุ่มของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จึงได้ทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ขึ้นและนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางแก้ไขในงานเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ซึ่งขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วย

โรคเบาหวานที่มารับยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 2,296 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 200 คน โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมี 3 ตอน โดยมีลักษณะดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งมีลักษณะแบบเลือกตอบ และแบบเติมข้อความจำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โดยแบ่งเป็น จำนวน 4 ด้าน 20 ข้อ โดยใช้หลักการแบ่งแบบอิงเกณฑ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยคิดคะแนนที่ได้เทียบเป็นร้อยละจากคะแนนเต็ม ดังนี้ (สุนีย์ เก่งกาจ. 2544)

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
รับรู้ถูกต้อง 1 คะแนน	0 คะแนน
รับรู้ไม่ถูกต้อง 0 คะแนน	1 คะแนน

สำหรับข้อคำถามที่เป็นด้านลบ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่ารับรู้ หมายถึงมีการรับรู้ไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่าไม่รับรู้ หมายถึง มีการรับรู้ถูกต้องได้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแบ่งคะแนน

ระดับต่ำ มีคะแนนคิดเป็นร้อยละ 0 – 33.3

ระดับปานกลาง มีคะแนนคิดเป็นร้อยละ 33.4 – 66.6

ระดับสูง มีคะแนนคิดเป็นร้อยละ 66.7 – 100

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยแบ่งเป็น จำนวน 5 ด้าน 20 ข้อ โดยมีระดับการวัดเป็น แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งสามารถ แบ่งเป็นระดับได้ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2543)

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ปฏิบัติประจำ 2 คะแนน	0 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง 1 คะแนน	1 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ 0 คะแนน	2 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมาย

ค่าเฉลี่ย 1.34 - 2.00 หมายถึง ปฏิบัติประจำ
ค่าเฉลี่ย 0.67 - 1.33 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง
ค่าเฉลี่ย 0.00 - 0.66 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังจากการรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ (หมายเลข โครงการวิจัย KLS.RE029/2562) โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขอหนังสือรับรองและแนะนำตัวผู้วิจัยจาก มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามชัย เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากผู้ป่วย โรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัด กาฬสินธุ์

2. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวของผู้วิจัย จาก มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ พร้อมแบบสอบถามไปยังผู้ป่วย โรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัด กาฬสินธุ์ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ตอบแบบสอบถาม และผู้วิจัยได้เก็บ รวบรวมแบบสอบถามดังกล่าวกลับด้วยตนเอง จนครบถ้วน ทุกฉบับ

3. รวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดที่ได้รับคืน และตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามครบ ทุกฉบับ

4. นำข้อมูลที่ได้ไปจัดกระทำและวิเคราะห์ ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Arithmetic Mean) ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน โดยใช้ สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ แบบ ขั้นตอน (Multiple Regression by Stepwise)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.00) อายุ 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 80.50) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 70.50) มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 97.5) อาชีพ เกษตรกรรม (ร้อยละ 53.50) มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อ เดือน 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 53.00) ระยะเวลาการ เจ็บป่วยน้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 60.50)

2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์มีการรับรู้ภาวะแทรกซ้อน โดยรวมอยู่ใน ระดับสูง (ร้อยละ 92.1) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 92.8) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ประชากรที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีการรับรู้การเป็น โรคเบาหวานทำให้มีโอกาสเป็นแผลเรื้อรังในระดับสูงสุด (ร้อยละ 100) และประชากรที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีการ รับรู้การเป็นโรคเบาหวานทำให้มีโอกาสเกิดการเจ็บหน้าอก ข้างซ้ายเนื่องจากหัวใจขาดเลือดในระดับต่ำสุด (ร้อยละ 81.5)

ด้านการรับรู้ความรุนแรงต่อภาวะแทรกซ้อนโดย รวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 93.2) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ประชากรที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีการรับรู้การมีแผล

ที่เท่าถ้าไม่รับรักษามีโอกาสถูกตัดขาทั้งในระดับสูงสุด (ร้อยละ 100) และประชากรที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีการรับรู้การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจวายได้ในระดับต่ำสุด (ร้อยละ 70.5)

ด้านการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 99.1) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ประชากรที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีการรับรู้การรับประทานยาตามแพทย์สั่งอาจช่วยให้สามารถป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในระดับสูงสุด (ร้อยละ 100) และประชากรที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีการรับรู้การนั่งไขว่ห้าง นั่งยอง ๆ นั่งพับเพียบเป็นเวลานานๆ จะทำให้การไหลเวียนของเลือดบริเวณเท้าไม่ดีในระดับต่ำสุด (ร้อยละ 97.5)

ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 83.3) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ประชากรที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีการรับรู้การที่ควบคุมอาหารโดยไม่รับประทานอาหารที่มีรสหวานรสเค็ม อาหารที่มีไขมันสูง เป็นภาระต่อผู้ป่วยและครอบครัวในระดับสูงสุด (ร้อยละ 90) และประชากรที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีการรับรู้การทำความสะอาดเท้าทุกวัน เวลาอาบน้ำทำให้ยุ่งยากและต้องใช้เวลามากในระดับต่ำสุด (ร้อยละ 75.5)

3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยรวมอยู่ในระดับปฏิบัติประจำ ($\bar{X} = 1.64$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า

ด้านพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านการควบคุมอาหาร โดยรวมอยู่ในระดับปฏิบัติประจำ ($\bar{X} = 1.70$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านรับประทานอาหารหลักวันละ 3 มื้อ ($\bar{X} = 1.94$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมูติดมัน แกงกะทิ หนังสือ เครื่องในสัตว์ ไข่แดง ($\bar{X} = 1.42$)

ด้านพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านการดูแลรักษา โดยรวมอยู่ในระดับปฏิบัติประจำ ($\bar{X} = 1.95$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านรับประทานยา หรือฉีดยารักษาโรคเบาหวานตามที่แพทย์สั่ง ($\bar{X} = 1.99$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การลดหรือเพิ่มยารักษาโรคเบาหวานเอง โดยไม่ปรึกษาแพทย์ ($\bar{X} = 1.92$)

ด้านพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านการดูแลเท้า โดยรวมอยู่ในระดับปฏิบัติประจำ ($\bar{X} = 1.53$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ควรสวมรองเท้าทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้าน ($\bar{X} = 1.95$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ใช้ครีม หรือโลชั่นสำหรับทาผิวหนังเท้าเบาๆ ($\bar{X} = 1.64$)

ด้านพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านการพักผ่อนและการจัดการกับ โดยรวมอยู่ในระดับความเครียดปฏิบัติประจำ ($\bar{X} = 1.43$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านนอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง ($\bar{X} = 1.63$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการทำสมาธิไหว้พระสวดมนต์ทำงานอดิเรกที่ชอบ หรือวางเฉยตามหลักธรรมะ ($\bar{X} = 1.31$)

ด้านพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปปฏิบัติประจำ ($\bar{X} = 1.62$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านมาพบแพทย์ตามนัด ($\bar{X} = 1.96$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านออกกำลังกาย เช่น การเดิน การวิ่ง การถีบจักรยาน การบริหารร่างกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที ($\bar{X} = 0.83$)

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรที่ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ศึกษาวิจัยได้วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) เป็นแบบขั้นตอน (Stepwise) เพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปร

อิสระได้แก่ เพศ (X1) อายุ (X2) ระดับการศึกษา (X3) อาชีพ (X4) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (X5) ที่ส่งผลต่อตัวแปรตาม (การรับรู้ภาวะแทรกซ้อน; B) รวมถึงวิเคราะห์ว่าตัวแปรอิสระ จะอธิบายค่าของตัวแปรตามได้ในสัดส่วนเท่าใด โดยเริ่มจากการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlations) ภายในระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัวระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation) ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นบวกและลบ 3 ตัว ได้แก่ อายุ สถานภาพ และการศึกษา ที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นบวกและลบ ตามลำดับ โดยสร้างสมการถดถอยดังนี้

$$Y = a + b_2 (X_2) - b_3 (X_3) + b_4 (X_4)$$

เมื่อนำตัวแปรทั้ง 3 ตัว เข้าทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยใช้เทคนิค Stepwise พบว่ามีตัวแปรอิสระที่เข้าสู่สมการเพียง 3 ตัว ได้แก่ การศึกษา เมื่อพิจารณา น้ำหนักและทิศทางพบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ทางบวก (Beta = 1.213) อายุ เมื่อพิจารณา น้ำหนักและทิศทางพบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ทางบวก (Beta = 0.395) และสถานภาพสมรส เมื่อพิจารณา น้ำหนักและทิศทางพบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ทางลบ (Beta = -0.362) ดังรายละเอียดในตารางที่ ซึ่งสามารถเขียนเป็นสมการในรูปของคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y = 11.963 + 1.213 (\text{การศึกษา}) + 0.395 (\text{อายุ}) - 0.362 (\text{สถานภาพสมรส})$$

การศึกษา อายุ และสถานภาพสมรส ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากร ที่ส่งผลต่อการพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ศึกษาวิจัยได้วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) เป็นแบบ ขั้นตอน (Stepwise) เพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปรอิสระได้แก่ เพศ (X1) อายุ (X2) ระดับการศึกษา (X3) อาชีพ (X4) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (X5) ที่ส่งผลต่อตัวแปรตาม (การรับรู้ภาวะแทรกซ้อน; B) รวมถึงวิเคราะห์ว่าตัวแปรอิสระ จะอธิบายค่าของตัวแปรตามได้ในสัดส่วนเท่าใด โดยเริ่มจากการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlations) ภายในระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัวระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation) ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นบวกและลบ 1 ตัว ได้แก่ สถานภาพสมรส ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นบวกและลบ ตามลำดับ โดยสร้างสมการถดถอยดังนี้

$$Y = a + b_3 (X_3)$$

เมื่อนำตัวแปรทั้ง 1 ตัว เข้าทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยใช้เทคนิค Stepwise พบว่ามีตัวแปรอิสระที่เข้าสู่สมการเพียง 1 ตัว ได้แก่ สถานภาพสมรส เมื่อพิจารณา น้ำหนักและทิศทางพบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ทางลบ (Beta = -0.036) ดังรายละเอียดในตารางที่ ซึ่งสามารถเขียนเป็นสมการในรูปของคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y = 1.589 + -0.036 (\text{สถานภาพสมรส})$$

สถานภาพสมรส ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6. การรับรู้ และ พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผล

1. การศึกษาการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนโดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในรายด้านทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับสูงทุกด้าน เนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวาน แล้วผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง (ร้อยละ 81.5) ได้รับความรู้คำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ ความรุนแรง ตลอดจนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมซึ่งผู้ป่วยเบาหวานจะต้องปฏิบัติตระหนักในการดูแลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติ และจากการสอบถามพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโอกาสดูแลสุขภาพเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นหรือประสบการณ์ซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยรายอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิย์ เก่งกาจ (2544) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนโดยรวมและรายด้านในระดับสูง

2. จากการศึกษาพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยรวมอยู่ในระดับปฏิบัติประจำทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนรายด้านทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับปฏิบัติประจำและกลุ่มตัวอย่างการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 92.8) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักและนำมาปฏิบัติได้เป็นประจำ สอดคล้องกับการศึกษาของเนาวนิตและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรค ประภาพัฒน์ สุวรรณ (2520) ได้กล่าวว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่แสดงออก พฤติกรรมด้านการปฏิบัติเป็นส่วนต่อมาจากพฤติกรรมความรู้และพฤติกรรมด้านทัศนคติ พฤติกรรม

ด้านนี้เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกของร่างกายซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่แสดงออกมาในสถานการณ์ต่างๆ พฤติกรรมด้านนี้ต้องอาศัยความรู้ ความคิด และทัศนคติเป็นส่วนประกอบ

3. จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ครั้งนี้พบว่าการศึกษา อายุ และสถานภาพสมรส ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสถานภาพสมรส ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อโนทัย ผลิตนันทเกียรติ (2560) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาล ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ ผลการวิจัยพบว่าเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำแนกตามชนิดของแผล โดยรวมและทุกด้านอยู่ในระดับน้อยที่สุดโดยรวม คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.08 (SD = 0.22) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเกิดแผลขาดเลือดมีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 1.14 (SD = 0.19) ส่วนด้านการเกิดแผลติดเชื้อ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 1.01 (SD = 0.11) การเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กับปัจจัยรอยโรคของเท้า ($r = 0.50$) ในระดับปานกลาง และกับปัจจัยภายนอก ($r = -0.19$) และปัจจัยพฤติกรรม ($r = 0.12$) ในระดับต่ำ

4. จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านจาน อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ครั้งนี้พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนกนันท์ พงษ์บริบูรณ์ (2555) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรม

แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของบุคคลต้นแบบต้องการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การได้รับแรงสนับสนุน ทางสังคม และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ด้านการใส่ใจ การบริโภคอาหารและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การออกกำลังกาย เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ลดลง หลังได้รับ โปรแกรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของบุคคลต้นแบบ สรุปได้ว่า โปรแกรมนี้ทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เบาหวานของผู้ป่วยในทางที่ดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.1 ควรจัดทำหนังสือคู่มือเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานแจกให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคโรคเบาหวาน

1.2 ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้มีการรวมกลุ่มในการจัดทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกันช่วยเหลือซึ่งกันและกันทำให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกันทั้ง

ระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลรักษาและสมาชิกผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยกันเป็นแหล่งพบปะสังสรรค์กันใหม่เพื่อนสมาชิกทำให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.3 ควรเน้นมาตรการด้านการป้องกันไม่ให้เกิดโรคในกลุ่มประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยจัดให้มีกิจกรรมการเฝ้าระวังอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

1.4 ควรมีกิจกรรมกระตุ้นในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติเป็นประจำ

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในทำนองเดียวกันนี้อีกโดยศึกษาในศูนย์สุขภาพชุมชนอื่นๆเพื่อให้ผลการวิจัยสามารถอ้างอิงถึงประชากรอื่นได้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นๆที่คาดว่าจะมีผลต่อปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2.3 ควรมีการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคอื่นๆเพื่อให้ผลการวิจัยสามารถอ้างอิงถึงประชากรอื่นได้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น

2.4 ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเกี่ยวกับกิจกรรมการเสริมสร้างสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ชนกันท์ พงษ์บริบูรณ์. ผลของโปรแกรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของบุคคลต้นแบบต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ ส.ม. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2555.
- บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น, 2543.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์. 2520.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจาน. รายงานประจำปี 2562. กาลสินธุ์ : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามชัยวิทยา ศรีคามา. การควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2549.
- สุนีย์ เก่งกาจ. การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่. รายงานการศึกษาอิสระ ส.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2544.
- อินทิพย์ ผลิตนันทเกียรติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลของเครือข่ายบริการสุขภาพปทุมธานีในอำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. 2560.

ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์

Stress Levels Among Caregivers in Palliative Cancer Patients

Yangtalat District, Kalasin Province

พีรยา ลาบุญเรือง¹, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ²

Peeraya Lapboonruang¹, Pornnapa Suggaravetsiri²

(Received: May 2 ,2020 ; Accepted: June 13 ,2020)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาระดับความเครียด และปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง ในพื้นที่อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบวัดความเครียดผู้ดูแล (Caregiver Strain Index : CSI) ในกลุ่มตัวอย่าง 128 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ดูแลด้วยสถิติ Simple logistic regression นำเสนอด้วยค่า 95% CI และ p-value ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.19 อายุเฉลี่ย 51.06 ปี (SD = 6.84) สถานภาพสมรส ร้อยละ 69.53 จบการศึกษาน้อยกว่าชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 50.78 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 57.03 รายได้เฉลี่ย 9,377 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีความเครียดระดับต่ำ ร้อยละ 64.06 รองลงมาคือความเครียดระดับปานกลาง และความเครียดระดับสูง ร้อยละ 25.00 และ 10.94 ตามลำดับ เมื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลพบว่า ระยะของโรคมะเร็งระยะที่ 3-4 มีความสัมพันธ์กับความเครียดสูงของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 5.79, 95% CI = 2.53 – 13.25, p-value <0.001) และระยะเวลาดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 8 ชั่วโมง/วันขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 3.72, 95% CI = 1.54 – 8.95, p-value = 0.002)

คำสำคัญ : ความเครียด, ผู้ดูแล, การดูแลแบบประคับประคอง, ผู้ป่วยมะเร็ง

Abstract

This study was a cross-sectional study aim to study stress levels and factors associated with stress levels of caregivers in palliative cancer patients Yang Talat District, Kalasin Province. The data were collected by questionnaires and Caregiver Strain Index: CSI in 128 samples. Data were analyzed by descriptive statistics. The factors associated with stress level of the caregivers were analyzed by Simple logistic regression. It was presented with a 95% CI and a p-value at a significance level 0.05¹

The study found that Most of the caregivers were female, 67.19%, average age 51.06 years (SD = 6.84), marital status 69.53%, graduated lower than secondary school 50.78%, farmer 57.03%, average income 9,377 baht per month. The low level was 64.06 percent, followed by moderate stress and high level of stress, 25.00% and 10.94%, respectively. When studying the factors related to stress levels of the caregivers, it was found that stage 3-4 cancer was significantly associated with high stress among caregivers (OR = 5.79, 95% CI = 2.53 - 13.25, p-value <0.001), And duration of care in patients from 8 hours / day or more They were significantly associated with high stress levels (OR = 3.72, 95% CI = 1.54 - 8.95, p-value = 0.002).

Key word: Stress levels, Caregivers, Palliative care, Cancer Patient

บทนำ

ในปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม และการขยายตัวของสังคมเมืองที่เทคโนโลยีมีความเจริญก้าวหน้า ส่งผลให้เกิดการแข่งขันด้านเศรษฐกิจและ

สังคมสูงขึ้น กระทั่งต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ให้มีความเสี่ยงมากขึ้น เช่น การบริโภคอาหารจานด่วนที่มีไขมันสูง การมีความเครียดที่เกิดจากการทำงาน และขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยง

¹ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผศ.ดร.สาขาวิชาวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เหล่านี้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อัตราการเกิดโรคมะเร็งสูงขึ้น⁽¹⁾ โรคมะเร็งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประเภทหนึ่งที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ในอวัยวะต่างๆ ของร่างกายไม่สามารถควบคุมการเจริญเติบโตได้อย่างเหมาะสม⁽²⁾ จากข้อมูลการจำแนกสาเหตุการตายที่สำคัญของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2561 พบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายสูงสุด โดยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 70,000 รายต่อปี (เฉลี่ยชั่วโมงละ 8 ราย) อีกทั้งยังพบว่าอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลย้อนหลัง ในปี พ.ศ. 2558 - 2560 พบอัตราการตาย เท่ากับ 113.7, 119.3 และ 120.5 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽³⁾ การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งควรดำเนินการในทุกมิติ ตั้งแต่การป้องกันโรค การค้นหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก การพัฒนาวิธีการรักษา ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽¹⁾ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่โรคมะเร็งลุกลาม หรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่มีวิธีการรักษาที่สามารถทำให้หายขาด จะได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ลดความทุกข์ทรมารร่างกายและจิตใจของทั้งผู้ป่วยและญาติ⁽⁴⁾ ซึ่งสามารถทำได้ตั้งแต่เริ่มแรกได้รับการวินิจฉัยจนกระทั่งผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย จากข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในจังหวัดกาฬสินธุ์ ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 - 30 กันยายน 2562 มีจำนวน 1,277 คน โดยพบว่า อำเภอขามเฒ่า มีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองสูงสุด⁽⁵⁾ คิดเป็นร้อยละ 21.38 อีกทั้งยังพบว่าในจำนวนผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองของอำเภอขามเฒ่าเป็นผู้ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง มากถึงร้อยละ 38.10 นอกเหนือจากบุคลากรทางการแพทย์แล้ว คนในครอบครัว และผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลถือว่ามีความสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ดีขึ้น แม้ว่าการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจะเป็นบทบาทใหม่ที่เพิ่มเข้ามาของคนในครอบครัว แต่ถือได้ว่ามีความสำคัญต่อการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งที่บ้านเป็นอย่างมาก โดยผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับผู้ป่วย ดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ ของผู้ป่วย เป็นงานใหม่ที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่ผู้ดูแลมีหน้าที่การ

งานและความรับผิดชอบส่วนตัวอยู่เดิม⁽⁶⁾ เกิดผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจ จากการทำหน้าที่ดูแลติดต่อกันเป็นเวลานาน อีกทั้งต้องรับภาระหนักขึ้นจากเดิม มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รายได้ลดลง ส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจในครอบครัว เกิดความวิตกกังวล ผลกระทบดังกล่าวเป็นสิ่งที่สามารถกระตุ้นให้เกิดความเครียดได้⁽⁷⁾

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแล และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งประคับประคอง ในพื้นที่อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการจัดการความเครียดของผู้ดูแล และการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแล และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งประคับประคอง อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาระบบประคับประคองกับโรงพยาบาลขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 - 30 กันยายน 2562 เลือกกลุ่มตัวอย่างใน

$$n = \frac{P(1-P)(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{[B(1-B)(P_0 - P_1)^2]}$$

การศึกษานี้ โดยสูตรการคำนวณสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก⁽⁸⁾

ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 128 คน โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) เป็นบุคคลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งประคับประคอง 3) มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ทางกฎหมาย หรือเครือญาติ 4) สามารถอ่าน เขียน หรือสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ดูแลที่ผู้ป่วยเสียชีวิต สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จากรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง โดยรายชื่อผู้ป่วย 1 ราย จะ

นำไปสอบถามผู้ดูแล 1 คน กรณีไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ จะเลื่อนไปใช้รายชื่อนี้อีกต่อไป

2. เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งตับประคับประคอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปจำนวน 11 ข้อ 2) ความเครียดของผู้ดูแล ใช้แบบวัดความเครียดผู้ดูแล (Caregiver Strain Index : CSI) ของโรบินสัน (Robinson, 1983) ฉบับภาษาไทยแปลโดย Oupra (2008) มีค่าความเชื่อมั่น 0.82 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกหรือปัญหาที่ผู้ดูแลประสบในการดูแล ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ จำนวน 13 ข้อ คะแนนเต็ม 13 คะแนน มีเกณฑ์คือ 1 - 3 คะแนน มีความเครียดต่ำ, 4 - 6 คะแนน มีความเครียดปานกลาง, 7 - 13 คะแนน มีความเครียดสูง

3. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และระดับความเครียดของผู้ดูแลด้วยสถิติพรรณนา โดยตัวแปรเจ้านับนำเสนอด้วยความถี่และร้อยละ ตัวแปรต่อเนื่องนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าสูงสุด ต่ำสุด วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ของข้อมูลทั่วไปที่ใส่ตัวแปรกับความเครียดของผู้ดูแลด้วยสถิติ Simple logistic regression นำเสนอค่า OR ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95% และ p-value ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563 เลขที่ HE632021

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 67.19 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 41 – 60 ปี ร้อยละ 85.16 โดยมีอายุเฉลี่ย 51.06 ปี (SD = 6.84) มีสถานภาพสมรสร้อยละ 69.53 ระดับการศึกษา จบชั้น

ประถมศึกษาร้อยละ 50.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 57.03 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 79.69 รายได้เฉลี่ย 9,377.34 บาท (SD = 1,438.95) ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 74.22 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแบบบุตร ร้อยละ 50.00 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน มากกว่า 8 ชั่วโมง ร้อยละ 65.62 ไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแล ร้อยละ 63.28 และระยะของโรคมะเร็ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยระยะที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 37.50

ความเครียดของผู้ดูแล

จากการศึกษา พบว่า ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับประคับประคองส่วนใหญ่มีความเครียดระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 64.06 รองลงมาคือ ความเครียดระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25.00 และความเครียดระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 10.94 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับประคับประคอง (n = 128)

ระดับความเครียดของผู้ดูแล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเครียดระดับต่ำ	82	64.06
ความเครียดระดับปานกลาง	32	25.00
ความเครียดระดับสูง	14	10.94
mean = 3.58 , SD = 1.95, median = 3.00 , min = 1.00, max = 9.00		

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับประคับประคองด้วยการวิเคราะห์คราวละตัวแปร (Univariate Analysis)

ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับระดับความเครียดของผู้ดูแลได้กำหนดความเครียดของผู้ดูแลออกเป็น 2 ระดับโดยแบ่งตามเกณฑ์ค่าเฉลี่ย (mean = 3.58 คะแนน) ได้แก่ ผู้ดูแลที่มีคะแนนความเครียดอยู่ระหว่าง 1-3 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับต่ำ และผู้ดูแลที่มีคะแนนความเครียด

อยู่ระหว่าง 4-13 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับสูง ซึ่งพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความเครียด คิดเป็นร้อยละ 64.06 รองลงมาคือมีความเครียดคิดเป็นร้อยละ 35.94 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง (n = 128)

คะแนน	ความเครียดของผู้ดูแล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1-3	ความเครียด	82	64.06
คะแนน	ระดับต่ำ		

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง (n = 128)

ปัจจัย	ความเครียด จำนวน (ร้อยละ)		OR	95% CI	p-value
	สูง	ต่ำ			
เพศผู้ดูแล					
ชาย	16 (38.10)	26 (61.90)	1.15	0.53 – 2.47	0.722
หญิง	30 (34.88)	56 (65.12)	1.00		
อายุผู้ดูแล (ปี)					
< 50	28 (42.42)	38 (56.68)	1.80	0.86 – 3.75	0.114
≥ 50	18 (29.03)	44 (70.97)	1.00		
สถานภาพสมรส					
โสด/หม้าย/หย่า	12 (30.77)	27 (69.23)	0.72	0.32 – 1.65	0.419
สมรส	34 (38.20)	55 (67.07)	1.00		
ระดับการศึกษา					
≥ มัธยมศึกษา	22 (34.92)	41 (65.08)	0.92	0.44 – 1.89	0.813
< มัธยมศึกษา	24 (36.92)	41 (63.08)	1.00		
อาชีพ					
รับราชการ/ รับจ้าง/ธุรกิจส่วนตัว	16 (29.09)	39 (70.91)	0.58	0.27 – 1.23	0.161
เกษตรกร	30 (41.10)	43 (58.90)	1.00		
รายได้ต่อเดือน (บาท)					
< 9,000	28 (40.58)	41 (59.42)	1.56	0.75 – 3.24	0.236
≥ 9,000	18 (30.51)	41 (69.49)	1.00		
โรคประจำตัว					
มี	11 (32.35)	23 (67.65)	0.81	0.35 – 1.85	0.611

4-13 ความเครียด 46 35.94

คะแนน ระดับสูง

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปกับระดับความเครียดของผู้ดูแลที่ตัวแปร พบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน มากกว่า 8 ชั่วโมง มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดสูงของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 4

ปัจจัย	ความเครียด จำนวน (ร้อยละ)		OR	95% CI	p-value
	สูง	ต่ำ			
ไม่มี	35 (37.23)	59 (62.77)	1.00		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					
สามี/ภรรยา	15 (30.61)	34 (69.39)	0.68	0.32 – 1.46	0.323
บิดา/มารดา, บุตร, อื่นๆ	31 (39.24)	48 (60.76)	1.00		
ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย (ชั่วโมง/วัน)					
≥ 8	38 (45.24)	46 (54.76)	3.72	1.54 – 8.95	0.002
< 8	8 (18.18)	36 (81.82)			
ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย					
มี	32 (39.51)	49 (60.49)	1.54	0.71 – 3.32	0.693
ไม่มี	14 (29.79)	33 (70.21)	1.00		
ระยะของโรคมะเร็ง					
ระยะที่ 3 – 4	24 (64.86)	13 (35.14)	5.79	2.53 – 13.25	<0.001
ระยะที่ 1 – 2	22 (24.18)	69 (75.82)	1.00		

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับประคับประคองพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเครียด ระดับต่ำ โดยสามารถอธิบายได้จากภาระของโรคมะเร็ง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยเป็นมะเร็งในระยะที่ 1 ร้อยละ 37.50 ซึ่งการป่วยเป็นมะเร็งในระยะเริ่มต้น อาการของโรคจะยังไม่รุนแรงและลูกหลานมากเมื่อเทียบกับผู้ป่วยในระยะ 3, 4 การให้การดูแลจึงสามารถทำได้ง่ายกว่า มีโอกาสในการรักษาหายได้มาก และอัตราการรอดชีพสูงกว่าผู้ป่วยที่ป่วยเป็นมะเร็งในระยะท้าย ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดในระดับต่ำ

เมื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลพบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวันตั้งแต่ 8 ชั่วโมงขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดสูงของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวันตั้งแต่ 8 ชั่วโมงขึ้นไป จะมีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวันน้อยกว่า 8 ชั่วโมง อยู่

3.72 เท่า (OR = 3.72, 95% CI = 1.54 – 8.95, p-value = 0.002) ซึ่งการที่ผู้ดูแลต้องใช้เวลามากขึ้นกับผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลเป็นเวลานานนั้น ข้อมส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของผู้ป่วยนั้นส่งผลต่อสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองของผู้ป่วยลดลง หรือไม่สามารทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ผู้ดูแลจึงเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และจัดการกับอาการที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละระยะของโรค ทำให้แบบแผนการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป มีเวลาในการพักผ่อนน้อยลง และต้องแบกรับภาระหน้าที่ที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า มีความวิตกกังวลและความเครียดสะสม สอดคล้องผลการศึกษาของ อรุณี ชุนหบดีและคณะ⁽⁹⁾ ที่ศึกษาความต้องการของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลต้องการให้มีผู้ช่วยเหลือในการแบ่งเบาภาระการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อน และผ่อนคลายความเครียด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

ความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกปัจจัยหนึ่ง คือ ระยะของโรคมะเร็ง โดยผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะที่ 3, 4 จะมีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะที่ 1, 2 อยู่ 5.79 เท่า ($OR = 5.79, 95\% CI = 2.53 - 13.25, p\text{-value} < 0.001$) เนื่องจากการป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะที่ 3, 4 เป็นระยะที่โรคมะเร็งมีการลุกลามมาก ผู้ดูแลอาจได้รับข้อมูลเชิงลบในการรักษา การให้การดูแลทำได้ยากขึ้น ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง ส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลีย สุขภาพแย่ง ไม่สามารถทนต่อโรคหรือการรักษาได้ ผู้ดูแลกังวลเกี่ยวกับอาการไม่สบายของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น จึงเกิดความวิตกกังวลและประเมินสถานการณ์ดังกล่าวเป็นความเครียด สอดคล้อง

กับผลการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า ผู้ดูแลแลมักจะมี ความตึงเครียดทางจิตใจ ความวิตกกังวล และความเครียด⁽¹⁰⁾

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานสาธารณสุข ชุมชน จิตอาสา ในการช่วยเหลือสลับเปลี่ยนช่วงเวลาในการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีเวลาในการผ่อนคลายความเครียด พักผ่อน และลดระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- 1.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2561-2565). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2561. 67
- 2.วิเชียร ศรีมนินทรนันท์, วิโรจน์ ศรีอุฬารพงศ์ และสุดสวาท เลหาวิณี, บรรณาธิการ. ทำความรู้จักกับโรคมะเร็งกันเถอะ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย; 2552. 60.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2561 [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึง 4 พฤศจิกายน 2562]. เข้าถึงได้จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic%2061.pdf
- 4.จิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์ : กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
- 5.ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์ (Health Center Information System Kalasin). Service Plan Intermediate & Palliative Care. [ออนไลน์]. [เข้าถึง 4 พฤศจิกายน 2562]. เข้าถึงได้จาก https://ksn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b08560518ca0ebcaf2016dab69fb38b5.
- 6.วารุณี มีเจริญ. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. ราชบัณฑิตยบาลสาร 2557; 20(1): 10 – 22.
- 7.เขมวดี เพ็งละคร, อังนริยา ปทุมวัน และกมล เผือกเพชร. คุณภาพชีวิตผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งขณะได้รับการรักษา. ราชบัณฑิตยบาลสาร 2561; 24(2): 122-136.
- 8.Hsieh, F.Y., Bloch, D.A., and Larsen, M.D. (1998). A Simple Method Of Sample Size Calculation For Linear And Logistic Regression [Electronic version]. Statistics In Medicines 1998; (17): 1623-1634.
- 9.นริศรา วงศ์สมบัติ. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559.
- 10.Parvataneni, R., Polley, M., Freeman, T., Lamborn, K., Prados, M., Butowski, N., et al. (2011). Identifying the needs of brain tumor patients and their caregivers. Journal of Neuro-oncology, 104(3), 737-744. doi: 10.1007/s11060-011-0534-4

ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลชุมชน
เขตสุขภาพที่ 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

Factors Affecting Patient Safety Management of Staff Nurses at Community Hospital,
Region 7 in the Northeast

นวินดา หลักล้าพันธ์¹, วรณชนก จันทชุม²

Nawinda Lukkumpun, Wanchanok Juntachum

(Received: October 10, 2020 ; Accepted: December 17, 2020)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา แบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการพยาบาลกับผู้ป่วยโดยตรงในหอผู้ป่วย มากกว่า 1 ปี โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 236 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยและแบบสอบถามการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลโดยการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามตัวชี้วัด SIMPLE ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่า 0.93 และ 0.97 ตามลำดับ ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืนมา 225 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า 1) การจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลประจำการ อยู่ในระดับสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.66$, S.D. = 0.39) 2) การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.87$, S.D. = 0.58) 3) การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยระดับหน่วยงาน และการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยด้านผลลัพธ์ร่วมกันทำนายการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.444$, $p < 0.001$) ซึ่งตัวแปรทั้งสองสามารถอธิบายการผันแปรการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยได้ร้อยละ 19.7 ($R^2 = 0.197$) ส่วนตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงาน การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยง และการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยระดับโรงพยาบาล

คำสำคัญ: การจัดการความปลอดภัยผู้ป่วย

Abstract

This study is a descriptive research. Predictive relationship model To study factors affecting patient safety management of staff nurses Community Hospital, Level M2, Health Region 7, Northeast By studying from professional nurses who provide nursing services directly to patients in the ward for more than 1 year, a community hospital at the level of M2, Health Region 7, Northeastern region, consisting of 236 people. The research instruments consist of 3 parts which are personal data. The safety perception culture questionnaire and the patient safety management questionnaire by performing nursing activities according to the SIMPLE indicator were examined for content validity from 5 experts and reliability by using The Cronbach alpha coefficient formula obtained 0.93 and 0.97 respectively, distributed the questionnaires by the coordinators. Get 225 complete questionnaires returned, representing 95%. Analyze the data by frequency distribution, percentage, mean, standard deviation Pearson product moment correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis the results of this study revealed that 1) Patient safety management of staff nurses at the highest level ($\bar{x} = 4.66$, S.D. = 0.39), 2) Patient safety culture awareness Is at a high level ($\bar{x} = 3.87$, S.D. = 0.58), 3) Awareness of patient safety culture at the department level and cultural awareness . Results safety together predicted statistical significance of patient safety management ($r = 0.444$, $p < 0.001$). Both variables could explain 19.7 percent of patient safety management variation ($R^2 = 0.197$). Variables that cannot predict patient safety management include age, work experience, Receiving training on risk management and the awareness of the hospital safety culture.

Keywords: Patient Safety Management

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นแนวคิดสำคัญในการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพ โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้กำหนดให้วันที่ 17 กันยายน ของทุกปีเป็น “วันแห่งความปลอดภัยของผู้ป่วยโลก (Global Day of Patient Safety)” (WHO, 2019) ในขณะที่ประเทศไทยกำหนดให้เป็น “วันแห่งความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข (Thailand Patient and Personnel Safety Day)” เพื่อเป็นการให้ความสำคัญทั้งผู้ป่วยที่มารับบริการและบุคลากรสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้ที่มีโอกาสเกิดความปลอดภัยในด้านต่างๆ จากการทำงานในโรงพยาบาลด้วย (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561) ยิ่งเน้นย้ำให้เห็นว่าคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพ หากเกิดความปลอดภัยหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้น จะส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล เกิดค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เกิดข้อร้องเรียนและปัญหาการฟ้องร้องตามมา (มาลี คำคง, 2562) นอกจากนี้ข้อมูลในต่างประเทศ ยังพบว่า มีผู้ป่วยไม่เกิน 4 ใน 10 คนได้รับอันตรายจากการเข้ารับบริการในสถานพยาบาล มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 134 ล้านครั้งเกิดขึ้นทุกปีในโรงพยาบาลในประเทศที่มีรายได้น้อยถึงปานกลางและมีผู้เสียชีวิตปีละ 2.6 ล้านคน นอกจากนี้พบข้อผิดพลาดทางการแพทย์มีค่าใช้จ่ายประมาณ 42 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปี และเป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ถึงร้อยละ 80 (WHO, 2019) ส่วนประเทศไทยมีรายงานจำนวนคำร้องที่ขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่ได้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล ปีงบประมาณ 2547 – 2561 พบว่า มีผู้เสียชีวิต 4,660 ราย พิกัด 1,323 ราย และได้รับบาดเจ็บ 2,899 ราย รวม 8,882 ราย นอกจากนี้ยังพบว่า โรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยบริการที่มีจำนวนคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มากที่สุดถึง 486 คน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561) จากข้อมูลดังกล่าว โรงพยาบาลและสถานพยาบาลทุกแห่งจึงให้ความสำคัญ

ในการพัฒนาการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Management) ซึ่งเป็นการจัดการในระดับองค์กรและระดับกลุ่มบุคคลที่มุ่งหวังเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการให้บริการผู้ป่วย ด้วยการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในองค์กร รวมทั้งออกแบบการบริหารความเสี่ยง ระบบรายงานอุบัติการณ์ การส่งเสริมให้บุคลากรมีการค้นหาความเสี่ยงและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน ตลอดจนมีการออกแบบสภาพแวดล้อมและการใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่สะดวกในการทำงานเพื่อป้องกันและลดโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดในการให้บริการ (เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล, 2561) ดังนั้นความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลและผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพทุกคนต้องตระหนักและให้ความสำคัญตลอดระยะเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล (สายสมร เกลยภักดี, พรนภา คำพราว, และสมพิศ พรหมเดช, 2557) ซึ่งแนวคิดทางการพยาบาลในการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ควรจะมีกระบวนการดูแลทั้ง 3 ด้าน คือ การจัดการในคลินิกที่เหมาะสม การบริหารความเสี่ยงที่ดีพอ และการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง(สาหร่าย จันสา, 2560) ซึ่งแนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วยประเทศไทยนำมาประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เป็นนโยบายความปลอดภัยระดับชาติ (Thai Patient Safety Goals 2008: SIMPLE) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ความปลอดภัยในการผ่าตัด (S = Safe Surgery) ความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (I = Infection Control) ความปลอดภัยเกี่ยวกับการให้ยาและเลือด (M=Medication & Blood Safety) ความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P=Patient Care Process) ความปลอดภัยในการป้องกันการเลื่อนหลุดของสาย ท่อ ท่อระบาย (L = Line, Tube & Catheter) และการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน (E = Emergency Response) (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561) การที่พยาบาลจะสามารถจัดการดูแลเพื่อให้เกิดความปลอดภัยผู้ป่วยได้ถูกต้องตามมาตรฐานนั้น ต้องมีความรู้ ทักษะและความสามารถในการจัดการความปลอดภัยหรือการ

ป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จากการทบทวนวรรณกรรมในอดีตพบว่า การจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย เช่น การรับรู้ความสำคัญของการจัดการความปลอดภัย การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจิตความสามารถด้านความปลอดภัย และการทำงานเป็นทีม (กนกขวัญ เผ่าทิพย์จันทร์, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, และสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2558; สาทิตย์ จันทา, 2560) ในด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล ประสบการณ์การอบรมนโยบายความปลอดภัย มีผลต่อการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วย (สุเมธรัตน์ พงษ์ขวัญ, 2560; ศิริลักษณ์ ฤทธิ์ไธสง, 2562) และการศึกษาในต่างประเทศของ Jang Hee – Eun, Song Yeoung sak & Kang Hee – Young (2017) พบว่า ประสบการณ์การทำงาน การรับรู้ความปลอดภัยผู้ป่วย การสื่อสารเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ ความถี่ของการรายงานความผิดพลาด สามารถอธิบายความแปรปรวนในกิจกรรมการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยได้ 45% ส่วนการศึกษาของ Hyeon - Hee Park & Souk Young Kim (2019) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และประสบการณ์การทำงาน ปัจจัยด้านงาน และการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้ปัจจัยด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยก็พบว่า มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ (ศิวัพร แก้วสมลี, นันทิยา วัฒนา, และนันวัน สุวรรณรูป, 2560) ซึ่งจากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นมีความสัมพันธ์ต่อการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลเพื่อนำไปสู่การป้องกันและลดความเสี่ยงจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พัฒนาให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการสอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2544 การบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ต้องคำนึงถึงคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการ(สภาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย, 2544) นอกจากนี้สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ก็ได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่มุ่งเน้นไปที่ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Goal) จึงเป็นที่มาให้โรงพยาบาลได้มีการกำหนดเข้มมุ่งความปลอดภัยในโรงพยาบาลขึ้น จากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 แห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลได้กำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยง และใช้ SIMPLE เป็นเข็มมุ่งในการให้บริการให้เกิดความปลอดภัยทั้งต่อผู้รับบริการ และบุคลากร (เข็มมุ่งโรงพยาบาล, 2562) แม้โรงพยาบาลจะผ่านการรับรองคุณภาพ (Hospital Accreditation: HA) จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และได้รับการรับรองซ้ำตามวาระของการประเมินคุณภาพเป็นครั้งที่ 3 และมีการทบทวนเหตุการณ์สำคัญทุกสัปดาห์เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขระบบงาน แต่ก็ยังพบความเสี่ยงเกิดขึ้นในหน่วยงาน โดยเฉพาะความเสี่ยงด้านคลินิก ได้แก่ เกิดความผิดพลาดในการให้ยา การเตรียมผ่าตัดไม่พร้อม การประเมินอาการผู้ป่วยไม่ครอบคลุมทำให้อาการทรุดลง และมีอัตราอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขทันเวลาในปี 2559 – 2561 เป็น 79.25, 81.78 และ 70.8 ตามลำดับ (รายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล, 2562) แสดงให้เห็นว่า การได้รับการแก้ไขทันเวลามีแนวโน้มลดลง นอกจากนี้ผลการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของโรงพยาบาลปีพ.ศ. 2561 พบว่า ภาพรวมส่วนใหญ่ควรปรับปรุงในหลายประเด็น เช่น 1) การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย 2) การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด 3) การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล และ 4) การส่งต่อและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงานหรือระหว่างเวร เป็นต้น จากการสังเกตและประสบการณ์ของผู้วิจัยพบว่า อายุ ประสบการณ์การทำงาน และวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย มีผลต่อการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วย อย่างไรก็ตามจากการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่า การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความปลอดภัยของพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วย ในบริบทโรงพยาบาลชุมชนยังมีน้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาใน

ระดับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลทั่วไป
ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 ได้เล็งเห็นความสำคัญและ
มีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความ
ปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพประจำการ
โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7 ภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อสะท้อนภาพการจัดการความ
ปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพให้ครอบคลุมมากขึ้น
และใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาด้านการจัดการความ
ปลอดภัยผู้ป่วยในองค์กร ให้เกิดคุณภาพมาตรฐาน
ผู้รับบริการและผู้ให้บริการเกิดความพึงพอใจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยของ
พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขต
สุขภาพที่ 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความ
ปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาล
ชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7 ภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา
(Descriptive Research) แบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย
(Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการ
จัดการความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลประจำการ
โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7 ภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบ
ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง
จากสภาการพยาบาลและปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย มากกว่า
1 ปี โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7 ภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 641 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ
พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย มากกว่า 1 ปี ใน
โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7 ภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 236 คน โดยดำเนินการสุ่ม
ตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน
ได้แก่

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล
ของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ
ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน การได้รับการ
อบรมการจัดการความเสี่ยง และสถานที่ปฏิบัติงาน
ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน
ทั้งหมด 5 ข้อ

2. แบบสอบถามการรับรู้วัฒนธรรมความ
ปลอดภัยซึ่งดัดแปลงมาจาก The Hospital Survey on
Patient Safety Culture (HSOPSC) ของ Sorra & Nieva
(2004) ที่แปลโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
และสุกัญญา โคตรศรีวงศ์ (2557) ได้พัฒนาเครื่องมือใน
การศึกษาวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ใช้ในบริบทของ
โรงพยาบาลชุมชนเช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ โดยมีข้อ
คำถามทั้งหมด 40 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1)
วัฒนธรรมความปลอดภัยระดับหน่วยงาน 7 ด้านย่อย 24
ข้อ 2) วัฒนธรรมความปลอดภัยระดับโรงพยาบาล 3 ด้าน
ย่อย 9 ข้อ และ 3) วัฒนธรรมความปลอดภัยด้านผลลัพธ์ 2
ด้านย่อย 7 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดค่าแบบ
ประเมินค่า (Rating scale) คำตอบมี 5 ระดับ ซึ่งมีข้อ
คำถามที่เป็นเชิงบวกและเชิงลบ ข้อคำถามที่เพิ่มขึ้นมา 2
ข้อ ได้แก่ 1) การประเมินระดับความปลอดภัย 1 ข้อ มี 5
ระดับ A แสดงว่า ผู้ตอบมีความคิดเห็นว่า ดีเยี่ยม ระดับ E
แสดงว่า ผู้ตอบมีความคิดเห็นว่า ต่ำ และจำนวน
ครั้งในการรายงานเหตุการณ์ 1 ข้อ มี 6 ระดับ ระดับ A
แสดงว่า ผู้ตอบมีความคิดเห็นว่า ไม่มีรายงาน ระดับ E
แสดงว่า ผู้ตอบมีความคิดเห็นว่า มี 11 – 20 รายงาน

3. แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการความ
ปลอดภัยผู้ป่วยที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามการ
จัดการความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลโดยการปฏิบัติ
กิจกรรมการพยาบาลตามตัวชี้วัด SIMPLE (ศศิมา ทอง
ทิพย์ และระพีพรรณ จลอสสุข, 2557; นันธิดา พันธุ
ศาสตร์ และราตรี ทองยู, 2560) ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 6
ด้าน จำนวน 36 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดค่า

แบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ 5 คะแนน แสดงว่า ผู้ตอบปฏิบัติได้ทุกครั้ง 1 คะแนน แสดงว่า ผู้ตอบปฏิบัติได้น้อยที่สุดหรือแทบไม่ได้ปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขแล้ว นำมาวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ 0.85 แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้อำนาจวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย และแบบสอบถามการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาล ได้เท่ากับ 0.93 และ 0.97 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดย การส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ในระหว่างวันที่ 30 เมษายน – 31 พฤษภาคม 2563 ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืนมาทั้งสิ้น 225 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 95

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วย การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลการประเมินระดับความปลอดภัยกับจำนวนครั้งในการรายงานเหตุการณ์ ด้วยความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับปัจจัยการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่ร่วมกันทำนาย ระหว่างตัวแปรอิสระทั้งหมด โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย

เชิงพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งหมายเลขสำคัญโครงการ คือ HE632059 เป็นโครงการที่เข้าข่ายไม่ต้องขอรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย ตามประกาศมหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับที่ 187/2559 และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 12 แห่ง ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยแจ้งรายละเอียดการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบอย่างละเอียดเป็นลายลักษณ์อักษรและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือหยุดการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ทั้งยังสามารถแสดงความคิดเห็นในการตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระตามความเป็นจริง ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการวิจัยผู้วิจัยจะถือเป็นความลับและจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยข้อมูลในแบบสอบถามจะถูกทำลายทันที หากมีปัญหาหรือข้อสงสัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อผู้วิจัยได้โดยตรงทางหมายเลขโทรศัพท์ 085-4514603

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 225 คน พบว่า อายุเฉลี่ย 34.48 ปี (S.D. = 8.18) อายุต่ำกว่า 30 ปี มีจำนวนมากที่สุด คือ 84 คน (ร้อยละ 37.3) รองลงมาคือ อายุ 30 – 39 ปี จำนวน 81 คน (ร้อยละ 36) อายุ 40 – 49 ปี จำนวน 48 (ร้อยละ 21.3) และจำนวนน้อยที่สุดคือ อายุมากกว่า 50 ปี จำนวน 12 คน (ร้อยละ 5.3) ส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 213 คน (ร้อยละ 94.7) และระดับปริญญาโท จำนวน 12 คน (ร้อยละ 5.3) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนเฉลี่ย 9.76 ปี (S.D. = 7.31) มากที่สุดคือ น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 85 คน (ร้อยละ 77.8) รองลงมาคือ 5 – 10 ปี

จำนวน 61 คน (ร้อยละ 27.1) 11 – 15 ปี จำนวน 38 คน (ร้อยละ 16.9) 16 – 20 ปี จำนวน 22 คน (ร้อยละ 9.8) และน้อยที่สุดคือระยะเวลา มากกว่า 20 ปี จำนวน 19 คน (ร้อยละ 8.4) ส่วนสถานที่ปฏิบัติงานมากที่สุดคือ หอผู้ป่วยหญิง จำนวน 47 คน (ร้อยละ 20.9) รองลงมาคือ หอผู้ป่วยชาย จำนวน 42 คน (ร้อยละ 18.7) หอผู้ป่วยสูติกรรม จำนวน 35 คน (ร้อยละ 15.6) หอผู้ป่วยเด็ก จำนวน 32 คน (ร้อยละ 14.2) หอผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 30 คน (ร้อยละ 13.3) หอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 25 คน (ร้อยละ 11.1) หอผู้ป่วยพิเศษ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 3.6) หอผู้ป่วยหนัก จำนวน 5 คน (ร้อยละ 2.2) และน้อยที่สุดคือ Cohort ward จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.4) ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยง จำนวน 142 คน (ร้อยละ 63.1) และ ไม่เคยได้รับการอบรม จำนวน 83 คน (ร้อยละ 36.9)

2. การจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยของ พยาบาลวิชาชีพ โดยการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ตามตัวชี้วัด

SIMPLE

การจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพประจำการ โดยการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามตัวชี้วัด SIMPLE อยู่ในระดับสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.66$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการให้ยาและเลือดที่ปลอดภัย ($\bar{X} = 4.80$) ด้านการผ่าตัดที่ปลอดภัย ($\bar{X} = 4.76$) ด้านความปลอดภัยในการป้องกันการหลุดของสายท่อ ท่อระบาย ($\bar{X} = 4.67$) ด้านการแก้ไขภาวะฉุกเฉิน ($\bar{X} = 4.64$) ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.55$) และด้านการป้องกันการติดเชื้อ ($\bar{X} = 4.52$) ล้วนอยู่ในระดับสูงที่สุด ตามลำดับ

3. การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพประจำการ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.87$) ส่วนการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยรายด้านทั้ง 3 ด้าน ล้วนอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ระดับหน่วยงาน ($\bar{X} = 3.92$) ระดับโรงพยาบาล ($\bar{X} = 3.73$) และด้านผลลัพธ์ ($\bar{X} = 3.91$) เมื่อพิจารณารายชื่อของวัฒนธรรมความปลอดภัย

ที่พบว่าอยู่ในระดับสูง ได้แก่ 1) ด้านความคาดหวังและการส่งเสริมการสร้างความปลอดภัยผู้ป่วยของหัวหน้าหอผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.86$) 2) ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X} = 4.20$) 3) ด้านการทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน ($\bar{X} = 4.25$) 4) ด้านการสื่อสารที่เปิดเผยมุมมอง ($\bar{X} = 3.97$) 5) ด้านการสะท้อนและการสื่อสารความผิดพลาด ($\bar{X} = 4.11$) 6) ด้านการไม่กล่าวโทษเมื่อทำผิดพลาด ($\bar{X} = 3.74$) 7) ด้านการสนับสนุนการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.87$) 8) ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน ($\bar{X} = 3.86$) 9) ด้านความเข้าใจด้านการรายงานเหตุการณ์ ($\bar{X} = 3.85$) และ 10) ด้านความเข้าใจด้านความปลอดภัย ส่วนวัฒนธรรมความปลอดภัยรายชื่อ ที่พบว่าอยู่ในปานกลางได้แก่ 1) ด้านการมีบุคลากรเหมาะสมและเพียงพอ ($\bar{X} = 3.37$) และ 2) ด้านการส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาล ($\bar{X} = 3.46$) ส่วนระดับความคิดเห็นในภาพรวมเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วย พบว่า อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 133 คน (ร้อยละ 59.1) รองลงมา คือ ระดับยอมรับได้ จำนวน 71 คน (ร้อยละ 31.6) และระดับดีเยี่ยม จำนวน 21 คน (ร้อยละ 9.3) ระดับความคิดเห็นในภาพรวมเกี่ยวกับจำนวนเหตุการณ์ที่ได้รับรายงานในหอผู้ป่วย ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า มีระดับความคิดเห็นในภาพรวมจำนวนมากที่สุด คือ 1 – 2 รายงาน จำนวน 57 คน (ร้อยละ 25.3) รองลงมา คือ 3 – 5 รายงาน จำนวน 53 คน (ร้อยละ 23.6) 6 – 10 รายงาน จำนวน 49 คน (ร้อยละ 21.8) 21 รายงานหรือมากกว่า จำนวน 29 คน (ร้อยละ 12.9) 11 – 20 รายงาน จำนวน 28 คน (ร้อยละ 12.4) และ ไม่มีรายงาน จำนวน 9 คน (ร้อยละ 4.0)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ปัจจัยการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้านมีความสัมพันธ์กับการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วย ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยง (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยกับการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วย

ตัวแปร	r	p - value
อายุ	-.001	.986
ประสบการณ์การทำงาน	.056	.401
การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยง	.105	.116
การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยระดับหน่วยงาน	.399**	.000
การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยระดับโรงพยาบาล	.349**	.000
การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยด้านผลลัพธ์	.389**	.000
การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยภาพรวม	.436**	.000

** p < .001

5. ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยระดับหน่วยงาน และการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยด้านผลลัพธ์ ที่ร่วมกันทำนายการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.444$, $p < 0.001$) ซึ่ง

ตัวแปรทั้งสองสามารถอธิบายการผันแปรการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยได้ร้อยละ 19.7 ($R^2 = 0.197$) ส่วนตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงาน การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยง และการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยระดับโรงพยาบาล (ตามตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณแบบ Stepwise ในการทำนายการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วย

ตัวแปรอิสระ(ตัวทำนาย)	b	Beta	t - value	p - value
การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยระดับหน่วยงาน	.234	.272	3.782	.000
การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยด้านผลลัพธ์	.163	.233	3.240	.001
ค่าคงที่ (Constant)	3.106		14.515	.000

$r = 0.444$ $R^2 = 0.197$ $F = 27.28$ $p - value < 0.001$

อภิปรายผล

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งผลการวิจัยสามารถอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

1. การจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีระดับการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.66$, $S.D. = 0.39$) ซึ่งอภิปรายได้ว่า โรงพยาบาลชุมชน ต้องได้รับการ

ประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ดังนั้นผู้บริหารจึงมีการกำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติพยาบาลให้เป็นไปตามตัวชี้วัดที่กำหนด รวมทั้งมีการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล โดยการเข้าร่วมประชุมวิชาการหรือการศึกษาต่อเฉพาะทาง รวมถึงการเข้าอบรมฟื้นฟูทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 9.76 ปีและกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปี จำนวน 140 คน (ร้อยละ 62.2) จึงส่งผลให้การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยตามตัวชี้วัด SIMPLE อยู่ใน

ระดับสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของศิวพร แก้วสมลี, นันทิยา วัฒนา, และนันทวัน สุวรรณรูป (2560) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีระดับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของศศิมา ทองทิพย์ และระพีพรรณ ฉลองสุข (2557) ที่ศึกษาความรู้และพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยตามตัวชี้วัด SIMPLE โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี พบว่ามีพยาบาลวิชาชีพจำนวนร้อยละ 79.3 ที่ได้คะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยมากกว่าร้อยละ 75 (ตั้งแต่ 60 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 80 คะแนน) การศึกษาของกนกขวัญ เผ่าทิพย์จันทร์, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, และสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล (2558) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะในการสื่อสาร ชีตความสามารถด้านความปลอดภัยกับการจัดการความปลอดภัยของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการความปลอดภัยของพยาบาลประจำการโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยของวชิระ สุริยะวงศ์, พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, และมธุรส ทิพยมงคลกุล (2560) ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรและพฤติกรรมการทำงานด้วยความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนบนที่พบว่า การทำงานด้วยความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง เพียงร้อยละ 46.3 เท่านั้น

2. การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย
3. ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน
4. ระดับ M2 เขตสุขภาพที่ 7 ภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือ มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.87$, S.D. = 0.44) เมื่อพิจารณารายด้าน ทั้ง 3 ด้าน ล้วนอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ระดับหน่วยงาน ($\bar{X} = 3.92$) ด้านผลลัพธ์ ($\bar{X} = 3.91$) และ

ระดับโรงพยาบาล ($\bar{X} = 3.73$) เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยในส่วนใหญ่มิมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปี ถึงร้อยละ 62.2 และเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยง ร้อยละ 63.1 ทำให้มีความรู้ความเข้าใจในระบบงาน ตระหนักถึงความสำคัญของความปลอดภัยผู้ป่วย ส่งผลให้การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้การนำนโยบาย 2P Safety ลงสู่การปฏิบัติในหน่วยงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นความสำคัญของวัฒนธรรมความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น ซึ่งมีรายงานว่าระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับการลดความผิดพลาดที่เกิดขึ้น (Ulrich, B., & Kear, T., 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของโสพรรณ โพทะยะ (2561) ที่ศึกษาการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.74$, S.D. = 0.32) ส่วนสุกัญญา โคตรศรีวงศ์ (2557) ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชของประเทศไทย พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.61$, S.D. = 0.40) ส่วนศยามล ภูเขมา (2560) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยกับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.68$, SD = 0.415) ส่วนศิวพร แก้วสมลี, นันทิยา วัฒนา, และนันทวัน สุวรรณรูป (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.58$, S.D. = 0.109) ดังนั้นจึงควรส่งเสริมพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยในระหว่างเข้ารับการ

รักษา ทั้งนี้เป็นวิธีที่จะช่วยให้องค์กรบรรลุความสำเร็จอย่างยั่งยืน (ภัทรวิศา ชุมพล, พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, ดุสิต สุจิรารัตน์, และพรชัย สิริศรีชัยกุล, 2561)

ระดับความปลอดภัย พบว่า ระดับความคิดเห็นในภาพรวมเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับดีมาก จำนวน 133 คน (ร้อยละ 59.1) รองลงมาคือ ระดับที่ยอมรับได้ จำนวน 71 คน (ร้อยละ 31.6) และระดับดีเยี่ยม จำนวน 21 คน (ร้อยละ 9.3) เช่นเดียวกับผลการศึกษาของโสพรรณ โพทะยะ (2561) ที่ศึกษาการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง พบว่า การรับรู้ระดับความปลอดภัยผู้ป่วยในหน่วยงานของพยาบาล อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 67.8 ระดับปานกลาง ร้อยละ 26.1 และระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 5.1 อาจเนื่องมาจากการเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก รวมถึงการนำตัวชี้วัด SIMPLE มาใช้ในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจึงส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีการรับรู้ระดับความปลอดภัยในระดับดีมาก แต่ในการเสริมสร้างให้เกิดบรรยากาศการทำงานที่ปลอดภัยนั้น มีหลายปัจจัยที่จะต้องใช้เวลาในการพัฒนาเพื่อให้เกิดเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัย ต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจของบุคลากร การมีค่านิยม ความเชื่อ ทักษะ และพฤติกรรมด้านความปลอดภัยที่ดีของแต่ละบุคคล ตลอดจนการทำงานเป็นทีมและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน จึงจะส่งผลให้องค์กรมีระดับความปลอดภัยสูงสุด

จำนวนเหตุการณ์ที่ได้รับรายงานในหอผู้ป่วย
พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีระดับความคิดเห็นในภาพรวมจำนวนมากที่สุด คือ 1 – 2 รายงาน จำนวน 57 คน (ร้อยละ 25.3) รองลงมา คือ 3 – 5 รายงาน จำนวน 53 คน (ร้อยละ 23.6) 6 – 10 รายงาน จำนวน 49 คน (ร้อยละ 21.8) 21 รายงานหรือมากกว่า จำนวน 29 คน (ร้อยละ 12.9) 11 – 20 รายงาน จำนวน 28 คน (ร้อยละ 12.4) และไม่มีรายงาน จำนวน 9 คน (ร้อยละ 4.0) ซึ่งอาจเกิดจากการรับรู้ต่อจำนวนเหตุการณ์ที่ได้รับรายงานมีความแตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้มีระดับความคิดเห็นต่อจำนวน 1 – 2 รายงานมากที่สุด ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาของสุกัญญา

โคตรศรีวงศ์ (2557) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพประจำการมีการรายงานความเสี่ยงความผิดพลาด จำนวน ≥ 21 รายงาน ซึ่งเป็นจำนวนที่เพิ่มขึ้น แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความกล้าที่จะรายงานมากขึ้น อาจเนื่องมาจากการสนับสนุนให้มีการรายงานความผิดพลาดโดยไม่มีการลงโทษหรือกล่าวโทษผู้รายงาน แต่จะมีการนำเหตุการณ์มาทบทวนเพื่อหาแนวทางแก้ไข ไม่ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำ ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงควรส่งเสริมให้มีการรายงานเหตุการณ์มากขึ้น มีการกล่าวชื่นชมบุคลากรที่รายงานอย่างจริงจัง และแก้ไขปัญหาเชิงระบบ ไม่มองว่าเป็นความผิดที่ตัวบุคคล และควรมีการสรุปรายงานเหตุการณ์ประจำเดือนเพื่อให้อำเภอพยาบาลทราบ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในประเด็นที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

5. ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความปลอดภัย ผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล ชุมชน ระดับ M2 เขตสุขภาพ

ที่ 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า มีตัวแปรการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยระดับหน่วยงาน และการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยด้านผลลัพธ์ ที่ร่วมกันทำนายการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.444, p < 0.001$) ซึ่งตัวแปรทั้งสองสามารถอธิบายการผันแปรการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยได้ ร้อยละ 19.7 ($R^2 = 0.197$) ส่วนตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงาน การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยง และการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยระดับโรงพยาบาล อธิบายได้ว่า โรงพยาบาลให้ความสำคัญกับประเด็นความปลอดภัยและกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย เป็นจุดเน้นของแต่ละโรงพยาบาล นอกจากนี้การได้ผ่านการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(สรพ.) ทำให้เกิดกระบวนการพัฒนาด้านความปลอดภัยผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและวัฒนธรรมความปลอดภัยจะช่วยให้องค์กรมีภูมิคุ้มกันทำให้สามารถตรวจจับ ป้องกันและแก้ปัญหาที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

และผู้ปฏิบัติงานได้ดีขึ้น (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2556) การมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยเชิงระบบซึ่งจะครอบคลุมองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ (เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล, 2561) ซึ่งจากผลการวิจัยการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยระดับหน่วยงานของพยาบาลวิชาชีพที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยนั้น อาจเกิดจากการถ่ายทอดนโยบายและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัย การบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยลงสู่ผู้ปฏิบัติได้เข้าใจและเข้าถึงง่าย และหัวหน้าหอผู้ป่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรในหอผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ อีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วย คือ การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยด้านผลลัพธ์ อาจเกิดจากหน่วยงานมีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับนโยบายและเข็มมุ่งของโรงพยาบาล มีพยาบาลวิชาชีพเป็นคณะกรรมการความเสี่ยงของโรงพยาบาล ประกอบกับการนิเทศติดตามของหัวหน้าหอผู้ป่วยทำให้พยาบาลวิชาชีพประจำการมีความเข้าใจด้านความปลอดภัยและการรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงมากขึ้น นอกจากนี้การส่งเสริมให้มีการรายงานอุบัติการณ์ และสร้างความตระหนักให้แก่พยาบาลวิชาชีพ ในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยให้เกิดขึ้นในหน่วยงาน ส่วนการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยระดับโรงพยาบาลที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วย อาจเนื่องจาก ถึงแม้ผู้บริหารโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับความปลอดภัยผู้ป่วยสูงสุด มีการถ่ายทอดนโยบายลงสู่ผู้ปฏิบัติในหน่วยงาน แต่ปัญหาที่เกิดจากระบบการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานและระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่าย ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง ทำให้เกิดปัญหาเดิมซ้ำอีก ส่วนปัจจัยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิมฮยอน และเพื่อน (Kim et al., 2019) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล

ชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.303, p < .01$) ส่วนปัจจัยอื่นที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ในการทำงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน จำนวนชั่วโมงในการทำงาน ต่อสัปดาห์ และความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วย นอกจากนี้วัชร สุริยะวงศ์, พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, และมธุรส ทิพยมงคลกุล (2560) ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรและพฤติกรรมการทำงานด้วยความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนบน พบว่าพฤติกรรมการทำงานด้วยความปลอดภัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.595, p < 0.001$) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Jang Hee – Eun, Song Yeoungsuk, & Kang Hee – Young (2017) ศึกษาการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยและการควบคุมความปลอดภัยในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพพบว่า ประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วย ส่วน Hyeon – Hee Park & Soukyoung Kim (2019) ศึกษารูปแบบการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล และวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมีผลต่อกิจกรรมการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 สำหรับผู้บริหาร

- 1) ควรมีการกำหนดนโยบายความปลอดภัยผู้ป่วย ตัวชี้วัดและเป้าหมายความปลอดภัยและระบบการสื่อสารข้อมูลที่ชัดเจนในด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

- 2) ส่งเสริมให้บุคลากรรายงานอุบัติการณ์ นำปัญหา มาแก้ไขเชิงระบบเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันกล่าวชื่นชมผู้ที่กล้าเปิดเผยรายงานความผิดพลาด
- 3) วิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้าน อัตราการล้ม โดยการเพิ่มจำนวนบุคลากร การปรับลด ชั่วโมงการทำงานการลดปริมาณงานหรือการปรับ สัดส่วนของบุคลากรแบบผสมผสานอัตราการล้ม(Staff mixed) ให้เหมาะสมกับภาระงาน
- 4) ส่งเสริมบรรยากาศในการทำงานร่วมกันใน หน่วยงานและในองค์กร เช่น OD, กีฬา งานปีใหม่
- 5) สนับสนุนในการพัฒนาบุคลากรให้ได้รับการ อบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงครอบคลุมทั้งลูกจ้าง และข้าราชการ 100%
- 6) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่าง หน่วยงาน และระหว่างรพ.ในเครือข่าย และแก้ไขปัญหา เชิงระบบ

1.2 สำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน

1) ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยผู้ป่วย เป็นสำคัญ คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย และการปฏิบัติตาม จรรยาบรรณวิชาชีพอย่างเคร่งครัด

2) มีส่วนร่วมในการทบทวนเหตุการณ์ สำคัญ ตระหนักและสร้างนิสัยในการรายงานอุบัติการณ์

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วย ของทีมสหสาขาวิชาชีพ

ในโรงพยาบาลชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในวิจัยได้แก่

แบบสอบถามการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยและ แบบสอบถามการจัดการความปลอดภัยผู้ป่วย ควรปรับ เนื้อหาให้เหมาะสมกับบริบทและตัวแปรที่ต้องการศึกษา
กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงไปได้ด้วยดี โดย การได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร. วรณชนก จันทุม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ กรุณาให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางเพื่อปรับแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ และให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา ขอกราบ ขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิตกานันท์ ศรีจักร โคตร ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รอง ศาสตราจารย์ ดร.มาริสา ไกรฤกษ์ กรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำ ชี้แนะเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในพระคุณของอาจารย์เป็นอย่าง ยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย และขอกราบขอบพระคุณผู้บังคับบัญชาที่ ให้โอกาสผู้วิจัยได้เข้ารับการศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้ และขอบคุณ เพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ช่วยเหลือตลอดมา ตลอดจน ขอบขอบคุณเพื่อนนักศึกษาทั้งเพื่อนร่วมรุ่น รุ่นพี่ รุ่นน้อง สาขาการบริหารการพยาบาล และสาขาอื่นคณะพยาบาล ศาสตร์ที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกันด้วยดีตลอดมา ทำยที่สุด ขอ กราบขอบพระคุณบิดา มารดา ครอบครัว และญาติพี่น้อง ที่สนับสนุนให้กำลังใจ และอยู่เคียงข้างมาโดยตลอด รวมทั้งผู้ที่ไม่ได้กล่าวนามในที่นี้ ที่ให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจจนสำเร็จการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

- 1.กนกขวัญ เค้าพิชญจันทร์ และคณะ. “ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะในการสื่อสาร จิตความสามารถด้านความปลอดภัยกับ การจัดการความปลอดภัยของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร”. **วารสารพยาบาล ตำรวจ**, 7(1): 210 – 222, 2558.
- 2.นันทิดา พันธุศาสตร์และราตรี ทองยู. “แนวปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย”. **วารสารพยาบาล สภากาชาดไทย** 10(2): 1 – 13, 2560.
- 3.เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล. “การจัดการเชิงระบบเพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย”. **พยาบาลสาร**, 45(2): 148 – 156, 2561.
- 4.กัทธิยา ชุมพล และคณะ. “วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรกับการปฏิบัติงานพยาบาลตามมาตรฐานความปลอดภัยตาม

- การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อการเกิดและการรายงานอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และเหตุการณ์เกือบพลาด”. **วารสารกรมการแพทย์** 43(5) : 142 – 147, 2561.
- 5.มาลี คำคง. “ความปลอดภัยของผู้ป่วย: แนวทางจัดการเรียนรู้ภาคปฏิบัติทางการพยาบาล”. **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้**, 6(1) : 216 – 228, 2562.
- 6.โรงพยาบาลเกษมราษฎร์. **วิสัยทัศน์/พันธกิจ/เข็มมุ่ง**. URL http://www.hoskaset.net/a_hos2/index.php/work-vision สืบค้นเมื่อ 31 สิงหาคม 2562.
- 7.วชิระ สุริยวงศ์ และคณะ. “วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรและพฤติกรรมการทำงานด้วยความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง”. **วารสารการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน** 5(1) : 103 – 118, 2560.
- 8.ศยามล ภูเขมา. “ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยกับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศรีนครินทร์”. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ** 36(3) : 51 – 60, 2560.
- 8.ศิริลักษณ์ ฤทธิ์โรสง. “การรับรู้แนวปฏิบัติตามเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของบุคลากรด้านสุขภาพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง”. **วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข** 5(1) : 57 – 69, 2562.
- 9.ศิวาพร แก้วสมสี และคณะ. “ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์”. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 29(3), 101 – 112. (2560).
- 10.ศศิมา ทองทิพย์ และระพีพรรณ ฉลองสุข. “ความรู้และพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยตามตัวชี้วัด SIMPLE โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี”. **TBPS** 9(2) : 18 – 32, 2557.
- 11.สุกัญญา โคตรศรีวงศ์. “วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชของประเทศไทย”. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2557.
- 12.สภาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย. **ประกาศสภาการพยาบาลและการผดุงครรภ์มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 2544**. URL [https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/M001\(1\).pdf](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/M001(1).pdf) สืบค้นเมื่อ 31 สิงหาคม 2562.
- 13.สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). 17 กันยายน “วันแห่งความปลอดภัยของผู้ป่วยโลก (Global Day of Patient Safety)”. URL <https://ha.or.th/TH/News/News/Detail/1255> สืบค้นเมื่อ 25 สิงหาคม 2562.
- 14.สายสมร เฉลยจิตติ และคณะ. “ความปลอดภัยของผู้ป่วยกับคุณภาพบริการพยาบาล”. **วารสารพยาบาลทหารบก** 15(2) : 66 – 70, 2557.
- 15.สาหร่าย จันสา. “อิทธิพลของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการทำงานเป็นทีมต่อการจัดการด้านความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหออผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร”. **วารสารพยาบาลทหารบก** 18(ฉบับพิเศษ) : 299 – 307, 2560.
- 16.สุเมธรัตน์ พงษ์ขวัญ. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม”. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครปฐม** 33(1) : 130 – 140, 2560.
- 17.โสพรรณ โททะยะ. “ศึกษาการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร”. **Royal Thai Air Force Medical Gazette** 64(3) : 25 – 35, 2561.
- 18.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. **รายงานการสำรวจระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีงบประมาณ 2561**. URL https://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-about_result.aspx สืบค้นเมื่อ 27 สิงหาคม 2562.
- 19.อนุวัฒน์ สุขขุติกุล. **HA Update 2013**. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) นนทบุรี, 2556.
- 20.Hyeon – Hee Park & Soukyoung Kim. “A Structural Equation Model of Nurses’ Patient Safety Management Activities”. **Journal of Korean Academy of Nursing Administration** 25(2) : 63 – 72, 2019.
- 21.Jang Hee – Eun, et al. “Nurses’ Perception of Patient Safety Culture and Safety Control in Patient Safety Management Activities”. **Journal of Korean Academy of Nursing Administration** 23(4) : 450 – 451, 2017.
- 22.Nieva, V.F, & Sorra, J. “Safety culture assessments: a tool for improving patient safety in healthcare organization”. **Journal of critical care** 12(12) : 17 – 22, 2004.

ปัจจัยคัดสรรทำนายประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 8

Selected Factors Influencing Effective Clinical Nursing Supervision

in Community Hospital at Heath Regional 8 (Thailand)

อมรรัตน์ ลำอานนตร¹, รัชตวรรณ ศรีตระกูล²

Amornrat Sumarngrate¹, Ratchatawan Sritragool²

(Received: November 2, 2020 ; Accepted: December 7, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) แบบการทำนายเพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยคัดสรรการนิเทศกับประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกมีวัตถุประสงค์ 2 ประการคือ 1) เพื่อศึกษาระดับประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกทางการพยาบาล และ 2) เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยด้านองค์กรการนิเทศในคลินิก ปัจจัยด้านคุณลักษณะผู้นิเทศในคลินิก กับประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเขตสุขภาพที่ 8 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 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการนิเทศในคลินิก 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 การบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดยุทธศาสตร์ในปี 2560-2564 โดยด้านการบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) มีจุดเน้นในแผนงานที่ 6 คือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ซึ่งกำหนดยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด การจัดระบบบริการในกลุ่มโรคสำคัญรวมถึงแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เชื่อมโยงแผนยุทธศาสตร์ ผู้เชิ้บบริการสุขภาพและโรงพยาบาลระดับต่างๆ เพื่อให้บริการผู้ป่วยตามแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) ให้สอดคล้องกับศักยภาพโรงพยาบาล ภายใต้แผนพัฒนาระบบบริการ และตัวชี้วัดเดียวกัน 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) เพิ่ม

สมรรถนะ (competence) และมีความรับผิดชอบ (assume responsibility) ในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลดีขึ้น⁽²⁾ กระบวนการนิเทศในคลินิกทางการพยาบาลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อได้แก่ ด้านผู้นิเทศ ด้านผู้รับการนิเทศ ด้านองค์กร⁽³⁾ ด้านสภาพแวดล้อม⁽⁴⁾ ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพได้เพิ่มพูนทักษะและความรู้มากขึ้น⁽⁵⁾ สัมพันธภาพระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศดีขึ้น⁽⁶⁾ ระดับความเครียดในการทำงานลดลงมีความพึงพอใจในการทำงาน นำสู่การประเมินผลลัพธ์ในคลินิกและตัวชี้วัดทางการพยาบาล เช่น ความเสี่ยงทางคลินิก ความคลาดเคลื่อนทางยา การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ลดข้อร้องเรียนลดความเบื้อหนาย ที่สำคัญคือผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีคุณภาพมีความปลอดภัย⁽⁷⁾

การประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(HA) องค์กรพยาบาลนำเสนอผลของการกำกับและติดตามระบบบริการพยาบาลพบว่าการนิเทศในคลินิกมีกระบวนการนิเทศที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับบริบทของหน่วยงาน ทำให้ยังไม่ทราบแน่ชัดว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกที่ชัดเจนเป็นอย่างไร การประเมินคุณภาพของการนิเทศในคลินิก ใช้การวัดประเมินตามตัวชี้วัดเช่น อุบัติการณ์ ด้านคลินิกลดลง พยาบาลวิชาชีพไม่เกิดความเครียด มีพึงพอใจในงานของตน ถือว่าเพียงพอแล้ว สอดคล้องกับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการนิเทศในคลินิกพบว่าวิธีการใดก็ตามที่สามารถทำให้บรรลุวัตถุประสงค์และตัวชี้วัดที่กำหนดไว้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ถือว่าการนิเทศในคลินิกนั้นประสบความสำเร็จ (สัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ, 2562) การประเมินประสิทธิผลจึงเป็นประเด็นที่จำเป็นต้องหาความชัดเจนในเชิงวิชาการ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของสถาบันรับรองคุณภาพคือกระบวนการนิเทศที่มีความแตกต่างกันในบริบทของหน่วยงานสามารถวัดผลลัพธ์ทางคลินิกได้อย่างไร เกิดประสิทธิผลอย่างไรกับองค์กรพยาบาลเมื่อพิจารณากิจกรรมการนิเทศในคลินิกของโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่จะมีกระบวนการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องมีรูปแบบคล้ายคลึงกันคือหัวหน้างาน หรือพยาบาลวิชาชีพ

ผู้รับผิดชอบงานที่สำคัญในโรงพยาบาลเช่นงานควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นผู้เฝ้าระวังในคลินิก จะทำการนิเทศในคลินิกตามแผนการนิเทศของตนเอง หรือสถานการณ์ในขณะนั้น การสนับสนุน ให้ความช่วยเหลือ และการให้คำแนะนำปรึกษา ตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน เพื่อให้บรรลุตัวชี้วัด มุ่งเน้นให้ผ่านการรับรองจากสถาบันรับรองคุณภาพและสภาการพยาบาล

ผู้วิจัยวิเคราะห์บริบทในการนิเทศในคลินิกในโรงพยาบาลชุมชนจากประสบการณ์ตนเองพบว่า กระบวนการและกิจกรรมการนิเทศในคลินิกพยาบาลมีความแตกต่างกันตามประสบการณ์ของผู้นิเทศ เนื่องจากไม่ได้กำหนดรูปแบบที่ชัดเจน ขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้นิเทศการนิเทศในคลินิก มุ่งเน้นกิจกรรมการช่วยแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน การค้นหาปัญหาและแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ผลลัพธ์สุดท้ายคือบรรลุตัวชี้วัด และในทางปฏิบัติการนิเทศในคลินิกยังไม่สามารถบอกได้ว่าปัจจัยด้านใดที่ทำให้บรรลุผลลัพธ์หรือส่งผลต่อประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกที่มากที่สุดทำให้องค์กรพยาบาลสามารถบรรลุตัวชี้วัดคุณภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเด็นการนิเทศในคลินิกส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงกระบวนการนิเทศในคลินิก การพัฒนารูปแบบการนิเทศในคลินิก และการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ของการนิเทศในคลินิก แม้การศึกษาที่ผ่านช่วยสะท้อนให้เห็นปัจจัยที่ส่งผลต่อกระบวนการนิเทศในคลินิก แต่การศึกษาที่สะท้อนให้เห็นว่าประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกเกิดขึ้นได้จากปัจจัยใดบ้างยังไม่พบ ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการนิเทศในคลินิกกับการเกิดประสิทธิผลทางคุณภาพการให้บริการ พบการศึกษาการนิเทศในคลินิกด้านการพยาบาลกับประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกเป็นการศึกษาในบริบทต่างประเทศและยังไม่พบการศึกษาในประเด็นการศึกษาผลลัพธ์หรือระดับประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกรวมถึงยัง

ไม่พบการศึกษาในบริบทโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 - 90 เตียง

ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จึงสนใจศึกษาปัจจัยคัดสรรทำนายประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกในโรงพยาบาลชุมชน ตามการรับรู้ในกลุ่มผู้รับการนิเทศคือพยาบาลวิชาชีพ จึงทบทวนวรรณกรรมและคัดสรรปัจจัยการนิเทศในคลินิก นำมาทำการศึกษาค้นคว้า 1) ปัจจัยด้านองค์กรประกอบด้วยนโยบายการนิเทศในคลินิก แผนการนิเทศในคลินิกและสิ่งแวดล้อมการนิเทศในคลินิก 2) ปัจจัยด้านคุณลักษณะผู้นิเทศเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการพัฒนารูปแบบการนิเทศในคลินิกต่อไป

วัตถุประสงค์

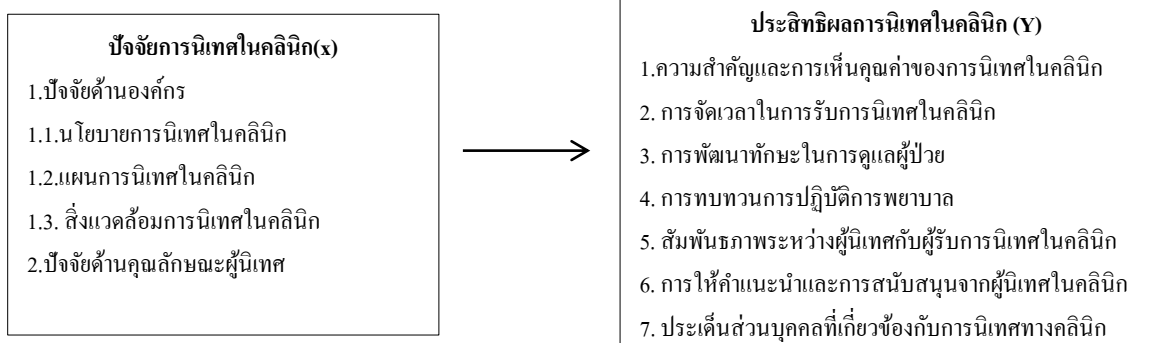
1. เพื่อศึกษาระดับประสิทธิผลการนิเทศในคลินิก ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยการนิเทศกับประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข

คำถามการวิจัย

1. ประสิทธิผลการนิเทศในคลินิก โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข อยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยการนิเทศสามารถทำนายประสิทธิผลการนิเทศในคลินิก โรงพยาบาลชุมชนเขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข ได้หรือไม่อย่างไร

กรอบแนวคิด

จากการทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยและประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกของ Edward White and Julie Winstanley⁽⁸⁾ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาตามกรอบแนวคิดดังภาพที่



แนวทางการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) แบบการทำนาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพประจำการปฏิบัติงานเต็มเวลา อายุงาน 1 ปี ขึ้นไปในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30–90 เตียง ในเขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน 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 Regression ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 149 คน โดยการศึกษาครั้งนี้ได้ตระหนักถึงการคืนข้อมูลไม่ครบตามกำหนดจึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20%⁽¹¹⁾ จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เป็นจำนวน 179 คน ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืนจำนวน 168 ชุด คิดเป็นร้อยละ 93.8 ซึ่งอัตราแบบสอบถามสูญหายในการศึกษาค้นครั้งนี้คิดเป็นร้อยละ 6.2

การสุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นครั้งนี้ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling)

ขั้นตอนที่ 1 แบ่งกลุ่มประชากรที่ตามขนาดโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลขนาด 30 60 และ 90 เตียง ทำการสุ่มโรงพยาบาลแต่ละกลุ่ม ด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากแบบไม่แทนที่จากรายชื่อโรงพยาบาลทั้งหมดในแต่ละกลุ่มได้ตัวแทนจำนวนโรงพยาบาลเป็นหน่วยตัวอย่าง 21 แห่ง จำนวน 978 คน

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยนำบัญชีรายชื่อ (Sampling Frame) มาจัดเรียงและทำการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) เพื่อให้หน่วยตัวอย่างมีการกระจายครอบคลุมในทุกหอผู้ป่วยทุกโรงพยาบาลที่สุ่มได้ โดยคำนวณหาช่วงสุ่มจาก สูตร $k = N/n$ ⁽¹²⁾ และแทนค่าในสูตร

ได้ดังนี้ $k = 978/179 = 5.4$ ปรับเป็นการสุ่มโดยการจับสลากระหว่าง 1 ถึง 5 ตามหมายเลขชื่อของพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาลจะได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ระดับโรงพยาบาลตำแหน่ง และ ระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประสิทธิภาพการนิเทศในคลินิกใช้แนวคิดของการวัดประสิทธิภาพของ Manchester clinical supervision scale ของ Julie Wintanley และ Edward White⁽⁸⁾ มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแบบสอบถาม มีคำถามทั้งหมด 33 ข้อ มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 1-5 ไม่เคยเกิดขึ้นเกิดขึ้นน้อยเกิดขึ้นปานกลาง เกิดขึ้นมากเกิดขึ้นมากที่สุด แบบสอบถามได้ผ่านผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่า CVI=0.91 และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.98

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการนิเทศในคลินิกซึ่งเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยแบ่งเป็น 2 ด้านคือ 1) ปัจจัยด้านองค์กร ประกอบด้วย นโยบายการนิเทศในคลินิกแผนการนิเทศในคลินิกและสิ่งแวดล้อมในการนิเทศในคลินิก 2) ปัจจัยด้านคุณลักษณะผู้นิเทศมีคำถามทั้งหมด 31 ข้อ มาตราส่วนประมาณค่า (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⁾

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 4 มกราคม 2563 ฉบับที่ 1877/2559 ข้อ 2.2 หมายเลขโครงการ HE622276 ซึ่งผู้วิจัยให้ความสำคัญต่อการพิทักษ์สิทธิ์การตอบแบบสอบถามโดยผู้วิจัยทำเอกสารชี้แจงให้กับผู้ตอบแบบสอบถามทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการและประโยชน์ของงานวิจัย รวมทั้งไม่เปิดเผยชื่อนามสกุลของผู้ตอบแบบสอบถามและ ไม่มีการลงนามในแบบสอบถามข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ และสรุปผลในภาพรวม ใช้เป็นประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น และเมื่อสิ้นสุดการวิจัยข้อมูลในแบบสอบถามจะถูกทำลายทันที

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.ผู้วิจัยขอหนังสืออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นถึงนายแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2.ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ประสานงานโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 21 แห่ง ในเขตสุขภาพที่ 8 อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และการส่งคืนข้อมูล

3.ผู้วิจัยเตรียมเอกสารชี้แจงการตอบแบบสอบถาม ให้เท่ากับจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ส่งไปยังผู้ประสานงานทางไปรษณีย์

4.ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติด้วย โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษากครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติแล้ว ดังนี้

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิง

พรรณนา

2.วิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน¹⁴

3.วิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ(Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เป็นเพศหญิงจำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 94.6 เพศชาย 9 คน คิดเป็นร้อยละ 5.4 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30, 60 และ 90 เตียง จำนวน 99, 43 และ 26 คน คิดเป็นร้อยละ 58.9, 25.6 และ 15.5 ตามลำดับช่วงอายุ 24-39 ปี จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 51.2 และอายุ 40-58 ปี จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 48.8 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 35 ปี เฉลี่ย 15.6 ปี ตำแหน่งในการปฏิบัติงานคือพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 71.4 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 21.4 พยาบาลวิชาชีพลูกจ้าง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 7.1 ระดับการศึกษาปริญญาตรีจำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 92.9 ปริญญาโท จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 7.1

ส่วนที่ 2 ระดับประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษา พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.79, S.D.=0.58$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การทบทวนการปฏิบัติการพยาบาล มีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงสุด($\bar{X}=3.90, S.D.=0.57$) ส่วนการจัดเวลาในการรับการนิเทศในคลินิกมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด($\bar{X}=3.5, S.D.=0.65$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง(n=168)

ประสิทธิผลการนิเทศในคลินิก	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
1. ความสำคัญและการเห็นคุณค่าของการนิเทศในคลินิก	3.88	0.54	มาก
2.การจัดเวลาในการรับการนิเทศในคลินิก	3.53	0.65	มาก
3. การพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วย	3.87	0.59	มาก
4.การทบทวนการปฏิบัติการพยาบาล	3.90	0.57	มาก
5.สัมพันธภาพระหว่างผู้นิเทศกับผู้รับการนิเทศในคลินิก	3.85	0.58	มาก
6.การให้คำแนะนำและการสนับสนุนจากผู้นิเทศในคลินิก	3.86	0.57	มาก
7.ประเด็นส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการนิเทศในคลินิก	3.70	0.58	มาก
โดยรวม	3.79	0.58	มาก

ส่วนที่ 3 ระดับปัจจัยการนิเทศในคลินิก ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุขโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.84, S.D.=0.71$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านปัจจัยคุณลักษณะผู้นิเทศมีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.84, S.D.=0.71$) ด้านสิ่งแวดล้อมการนิเทศในคลินิกมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด($\bar{X}=3.64, S.D.=0.76$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับปัจจัยการนิเทศในคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง (n=168)

ปัจจัยการนิเทศในคลินิก	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.ปัจจัยด้านองค์กร			
1.1นโยบายการนิเทศในคลินิก	3.86	0.66	มาก
1.2แผนการนิเทศในคลินิก	3.82	0.70	มาก
1.3สิ่งแวดล้อมการนิเทศในคลินิก	3.64	0.76	มาก
รวม	3.77	0.70	มาก
2.ปัจจัยด้านคุณลักษณะผู้นิเทศ	3.91	0.73	มาก
โดยรวม	3.84	0.71	มาก

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการนิเทศในคลินิก กับประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r= 0.385, P <0.01$) ซึ่งปัจจัยด้านองค์กรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมีกับประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือนโยบายการนิเทศในคลินิก แผนการนิเทศในคลินิกและสิ่งแวดล้อมการนิเทศในคลินิก ($r = 0.410, 0.382$ และ $0.246, P <0.01$ ตามลำดับ) และปัจจัยด้านคุณลักษณะผู้นิเทศมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับประสิทธิผลการนิเทศในคลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r=0.317, P <0.01$)ดังแสดงในตารางที่

ตารางที่ 4 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

ส่วนที่ 5 ปัจจัยการนิเทศในคลินิกทำนายประสิทธิผลการนิเทศในคลินิก พบว่า ปัจจัยด้านองค์กร ในข้อนโยบายด้านการนิเทศในคลินิก สามารถทำนายประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกได้ ร้อยละ 16.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .168$, $P < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สถิติสหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณ ระหว่างปัจจัยการนิเทศในคลินิก กับประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง (n=168) (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ตัวแปรทำนาย	R	R ²	Adj R ²	R Change	b	Beta	t	sig
ปัจจัยด้านองค์กร								
นโยบายการนิเทศในคลินิก(X ₁)	.410	.168	.163	.168	.217	.287	2.341	.000
แผนการนิเทศในคลินิก(X ₂)	.382	.146	.141	.146	.117	.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) = 2.606 S.E = .388 F = 8.901								

โดยเขียนสมการการทำนายได้ดังนี้ สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ คือ $Y = 2.606 + .217X_1 + .117X_2 + .045X_3 + .028X_4$ และสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐานคือ $Y = .287X_1 + .164X_2 + .058X_3 + .041X_4$

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1.ประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกพบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.79$, $S.D = 0.71$) พิจารณารายด้านดังนี้

1.1 ความสำคัญและการเห็นคุณค่าของการนิเทศทางคลินิก อภิปรายผลได้ว่า การนิเทศในคลินิกช่วยเพิ่มความ

มั่นใจในการทำงาน สามารถค้นหาปัญหาและสาเหตุ รวมถึงการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ส่งเสริมการประกันคุณภาพงาน ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยช่วยลดความเสี่ยงในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของการ

พัฒนาระบบการนิเทศ การพยาบาลศูนย์บริหารฯ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่าผลจากการนิเทศ

ในคลินิกมีผลต่อคุณภาพบริการและสามารถลดอุบัติการณ์ ความเสี่ยงของการรั่วไหลของยาเคมีบำบัดได้ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของการพัฒนารูปแบบ การนิเทศในคลินิกการพยาบาลในการบริหารยา ความเสี่ยงสูง โดยมีการมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้เฝ้าระวังระดับ

โรงพยาบาลนครปฐมที่พบว่า การนิเทศในคลินิกลดความ

ผิดพลาดในการบริหารยาความเสี่ยงสูง จากปี 2561 จำนวน 21 ครั้ง เหลือ 2 ครั้ง ในปี 2562⁽¹⁶⁾

1.2 การจัดเวลาในการรับการนิเทศในคลินิก อภิปรายผลได้ว่า การกำหนดเวลาที่มีการนัดหมาย และจำนวนชั่วโมง ที่ใช้ในการนิเทศในคลินิกชัดเจน จะช่วยให้ได้รับความร่วมมือและช่วยลดความเหนื่อยหน่ายจากการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการสำหรับผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลสงฆ์ที่พบว่าการจัดเวลาในการนิเทศในคลินิกลดความเครียดในการทำงานไม่ทำให้เสียเวลาใน

การปฏิบัติงานส่งเสริมความพึงพอใจในการทำงานเชื่อม
ตรวจทางคลินิกอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.86$, S.D.=0.94)⁽¹⁷⁾

1.3 การพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วย อภิปราย
ผล ว่า การนิเทศในคลินิกเป็นกลไกการสนับสนุนในการ
ปฏิบัติงาน เพื่อที่จะพัฒนาทักษะความรู้ นำสู่ความ
ตระหนักของความพร้อมและการสะท้อนคิดในการ
ปฏิบัติงาน⁽¹⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของสอดคล้องกับ
โปรแกรมการนิเทศในคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกด
ทับของผู้ป่วยอายุรกรรมชายโรงพยาบาลเสนา⁽¹⁹⁾ ด้านการ
ให้ความรู้และทักษะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่ามี
ค่าเฉลี่ยระดับ ปานกลางและระดับมาก ($\bar{X}=2.97$, S.D.=
0.71 และ $\bar{X}=4.26$, S.D.=0.26 ตามลำดับ)

1.4 การทบทวนการปฏิบัติการพยาบาลอภิปราย
ผล ได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของ
กระบวนการพยาบาล จึงจำเป็นต้องมีการทบทวน
กระบวนการพยาบาลและทบทวนการปฏิบัติการพยาบาล
อย่างสม่ำเสมอการทบทวนการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกัน
ในทีมอย่างสม่ำเสมอ ส่งเสริมให้ปฏิบัติงานตามมาตรฐาน
การพยาบาล ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี ผู้ป่วย
ปลอดภัย⁽²⁰⁾ สอดคล้องกับโปรแกรมการนิเทศในคลินิก
เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ด้านปฏิบัติการพยาบาล
ตามมาตรฐาน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่ามี
ค่าเฉลี่ยระดับ ปานกลาง และระดับมาก ($\bar{X}=3.02$,
S.D.=0.87 และ $\bar{X}=4.20$, S.D.=0.52ตามลำดับ)⁽¹⁹⁾ และ
ควรมีการทบทวนการปฏิบัติการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

1.5 สัมพันธภาพระหว่างผู้นิเทศกับผู้รับการ
นิเทศในคลินิกอภิปรายผลได้ว่า ด้วยบริบทโรงพยาบาล
ชุมชนพยาบาลมีจำนวนไม่มาก เป็นเรื่องง่ายต่อการ
สร้างสัมพันธภาพ ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จึง
ส่งผลให้การนิเทศทางคลินิกเกิดประสิทธิผลสูงสุดผู้
นิเทศทางคลินิกใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ช่วยเหลือ
ให้ผู้รับนิเทศมีการพัฒนาความรู้ ความสามารถในการ
ปฏิบัติหน้าที่ทางคลินิกเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์การให้บริการ
พยาบาลอย่างมีคุณภาพ มีมาตรฐานการปฏิบัติงาน
สอดคล้องกับ ผลของการนิเทศในคลินิกต่อการ
ใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและ

ความพึงพอใจของพยาบาล⁽²¹⁾ พบว่าการเน้นสร้าง
สัมพันธภาพแบบเป็นกันเอง พูดคุยเสนอแนะอย่าง
สร้างสรรค์ เพื่อพัฒนาความรู้หรือทักษะของผู้รับการ
นิเทศ ไม่เน้นการชี้แนะ แต่มุ่งตั้งคำถามให้คิด ส่งผลให้หลัง
การนิเทศทางคลินิกจากผู้นิเทศและผู้รับนิเทศทางคลินิก
มีความรู้สึกชอบและพึงพอใจต่อการนิเทศลักษณะนี้ เป็น
การช่วยเติมความรู้ กระตุ้นให้อ่านหนังสือทบทวนความรู้
มากขึ้น และช่วยลดความเครียดในการนิเทศลง

1.6 การให้คำแนะนำและการสนับสนุนจากผู้
นิเทศในคลินิกอภิปรายผลว่า คำแนะนำจากผู้นิเทศใน
คลินิกช่วยเพิ่มพูนความรู้และทักษะเชิงวิชาชีพทางการ
พัฒนาความสามารถทางการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ
หรือเป็นวิชาชีพช่วยเหลือ ชี้แนะ สอน สาธิต ให้
คำปรึกษา แนะนำการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่ยุ่งยาก
ซับซ้อน⁽²²⁾ สอดคล้องการพัฒนารูปแบบการนิเทศ
ทางการสำหรับผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ
โรงพยาบาลสงฆ์⁽¹⁷⁾ พบว่าผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลา
ราชการได้ช่วยแนะนำในการแก้ปัญหาและอำนวยความสะดวก
ในการปฏิบัติงานท่านอยู่เสมอมีค่าเฉลี่ยระดับมาก
($\bar{X}=3.80$, S.D.=.89)

1.7 ประเด็นส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการนิเทศ
ในคลินิกอภิปรายผลได้ว่า พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล
ชุมชนอาจมีประเด็นที่ไม่สามารถที่จะพูดหรือสามารถที่
จะบอกกับเพื่อนร่วมทีมได้ เช่น การไม่ปฏิบัติตามแนว
ปฏิบัติซ้ำเดิมในสมาชิกทีม หรือประเด็นอ่อนไหวเช่น
ปัญหาในการทำงาน ปัญหาความขัดแย้งในงาน พยาบาล
วิชาชีพสามารถที่จะพูดคุยกับผู้นิเทศทางคลินิกได้
แตกต่างกับการศึกษาของโรงพยาบาลจิตเวชชุมชน
ประเทศอังกฤษและเวลส์⁽²³⁾ พบว่าพยาบาลจิตเวชชุมชน
มีระดับความคิดเห็นในประเด็นส่วนบุคคล อยู่ในระดับต่ำ
ที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)ทั้งนี้อาจเป็น
เพราะการศึกษาในบริบทต่างประเทศ ซึ่งมีความแตกต่าง
ทางวัฒนธรรม

2. ปัจจัยทำนายประสิทธิผลการนิเทศในคลินิก
พบว่านโยบายด้านการนิเทศในคลินิก สามารถทำนาย
ประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกได้ร้อยละ 16.8 อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .168, P < 0.01$) อภิปรายได้ว่าการประกาศนโยบายที่ชัดเจนมีผลให้การนิเทศในคลินิกสามารถวางแผนการดำเนินงานได้อย่างครบถ้วน กำหนดเป้าหมายการนิเทศได้ถูกต้อง รวดเร็ว และครอบคลุมสอดคล้องกับการศึกษา การพัฒนาระบบการนิเทศเพื่อความเป็นเลิศทางการพยาบาลในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี⁽²⁴⁾พบว่าระบบนิเทศทางคลินิกที่เป็นเลิศ คือ การกำหนดนโยบายที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมของพยาบาลในองค์กร การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง การสะท้อนกลับข้อมูล มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดคุณภาพการพยาบาล

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลในการนิเทศในคลินิกพยาบาลนั้นคือด้านนโยบายการนิเทศในคลินิก องค์กรพยาบาลควรมีนโยบายในการนิเทศทางคลินิกพยาบาลที่ชัดเจน และนำสู่การปฏิบัติทั้งนี้ควรให้พยาบาลวิชาชีพในองค์กรมีส่วนร่วมในการวางแผนการนิเทศในคลินิก จะทำให้ได้รับความร่วมมือและมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีผู้ป่วยได้รับการที่ได้มาตรฐานและปลอดภัย นอกจากนี้ยังทำให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกพึงพอใจต่อการนิเทศในคลินิกด้วยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยด้านการกำหนดนโยบายด้านการนิเทศในคลินิกการนิเทศในคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ผู้บริหารทางการพยาบาล องค์กรพยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาลควรมานำมาพิจารณาควรมีการกำหนดนโยบายการนิเทศในคลินิกพยาบาลเป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน การชี้แจงนโยบายการนิเทศในคลินิกกับพยาบาลวิชาชีพทั้งองค์กร 100%การนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติและควรมีการติดตามทุกเดือน โดยการติดตามและนิเทศในการประชุมประจำเดือนการลงเยี่ยมหน้างาน ทำอย่างสม่ำเสมอจะทำให้พยาบาลทุกคนในองค์กรเกิดการเรียนรู้ และจะเป็นวัฒนธรรมองค์กรที่ดีในที่สุด⁽²⁵⁾

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผลการวิจัยครั้งนี้มีเพียง ปัจจัยการกำหนดนโยบายที่มีผลต่อการนิเทศในคลินิกทางการพยาบาลและสามารถทำนายได้เพียง ร้อยละ 16.8 อาจยังมีปัจจัยอื่นที่ยังไม่ได้นำมาศึกษา เช่น ภาวะผู้นำ การสื่อสาร กระบวนการนิเทศ เทคนิคการนิเทศ ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน⁽²⁶⁾และทัศนคติในการนิเทศในคลินิกทางการพยาบาล 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 ทองพล. ปัจจัยทำนายการนิเทศทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี. **วารสารโรงพยาบาลชลบุรี** 41(2) :122-128, 2559
- 4.บุริมพิ คาร์รัตน์.ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการนิเทศทางการพยาบาล เจตคติต่อการนิเทศทางการพยาบาลและสภาพแวดล้อมในการทำงาน กับการปฏิบัติบทบาทการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข.<http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/4474>สืบค้นเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2562
- 6.จงลักษณ์ รสสุนันตยา และปริญา ปรวิวัฒน์.และคณะ.การพัฒนารูปแบบการนิเทศในคลินิกงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. **วารสารกองการพยาบาล**.45(1):66-85, 2561
- 7.บุญหนัก ศรีเกษมและอรชร กันจันะ.การพัฒนารูปแบบการนิเทศในคลินิกต่อการเกิดแผลกดทับ โรงพยาบาลราชวิถี. **วารสารกองการพยาบาล**.45(1):8-24, 2561

8. White E and Winstanley 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. ระวีวรรณ สุนทรเวชพงษ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศของผู้นำนิเทศทางการพยาบาลโรงพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/51924015.pdf สืบค้นเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2562
11. นิสาชล 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.pdf> สืบค้นเมื่อ 6 กุมภาพันธ์ 2562
13. บุญชม ศรีสะอาด. การแปลผลเมื่อใช้ เครื่องมือรวบรวมข้อมูลแบบ มาตราส่วน ประมาณค่า. *Journal of Educational Measurement Mahasarakham University*. 2(1): 64-70, 1999
14. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. การแปลเครื่องมือ วิจัยฉบับภาษาต่างประเทศและการตรวจสอบคุณภาพ. *Journal of Research and Curriculum Development*. 2(2) :49-61, 2014
15. วนิดา ไชควาณิชพงษ์, อลิสา ช่วงอรุณและคณะ. การพัฒนาระบบการนิเทศ ทางพยาบาลศูนย์บริหารยาเคมีบำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. *Journal of Nursing Division- วารสารกองการพยาบาล*. 41(3) : , 2014
16. รุจิราภรณ์ วรรณธนาทศน์, รัชตวรรณศรี ตระกูล, และคณะ. การพัฒนารูปแบบการนิเทศในคลินิกการพยาบาลในการบริหารยา ความเสี่ยงสูงโดยมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้นำนิเทศทุก ระดับ โรงพยาบาลนครปฐม 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. มรุส ดันดิเวส, อารีรัตน์ จำอยู่และคณะ. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการสำหรับผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาการโรงพยาบาลสงฆ์. *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 กำภัสสรและสุวิณี วิวัฒน์วานิช. ผลของโปรแกรมการนิเทศในคลินิกต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยและความพึงพอใจต่อการนิเทศของ พยาบาล วิชาชีพ. *Journal of Nursing Division-วารสารกองการพยาบาล*. 43(3), 2016
20. อรนนท์ 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 and et al.. Factors influencing the effectiveness of clinical supervision. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 12(4) :05-14, 2005
24. ทานตะวัน คำราช, จิระศักดิ์ เจริญพันธ์และสุพร ลอยหา. การพัฒนาระบบการนิเทศเพื่อความเป็นเลิศทางการพยาบาล ในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ อำเภอวารินชำราบ จังหวัด อุบลราชธานี. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 13(3):60-71. 2012

- 25.หรรษา เทียนทองและพุทธรชาติ สมณา.นิตะศทางการพยาบาลแบบสวนดอก.ถอดบทเรียนการประชุมวิชาการ17th HA National Forumคุณภาพทุกลมหายใจ Enjoy Quality Every Moment.www.chulalongkornhospital.go.th สืบค้นเมื่อ 30 พฤษภาคม 2562
- 26.สุพิศ กิตติรัชดาและวารี วณิชปัญญพล. การบริหารการพยาบาลสู่คุณภาพการนิตะศทางการพยาบาล.Nursing supervision implementation to quality.กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์, 2551

ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนบ้านเหล่าตามา จังหวัดมหาสารคาม

Effects of Dental Caries Prevention Program among Preschool Children by Parents and Teacher in

Ban Lao Tama Child Development Center Mahasarakham Province

สาวิตรี วิเศษดี¹, รุจิรา ดวงสงค์²

Savitree Wisetdee , Rujira Duangsong

(Received: October 5 ,2019 ; Accepted: December 16 ,2019)

บทคัดย่อ

โรคในช่องปากเป็นภาระด้านสุขภาพที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อผู้คนทำให้เกิดความเจ็บปวดไม่สบายตัวเสียโฉมและถึงขั้นเสียชีวิต โรคฟันผุเป็นโรคช่องปากที่พบมากที่สุดโรคฟันผุเกิดจากแบคทีเรียเปลี่ยนน้ำตาลให้เป็นกรด ที่ทำลายฟันเมื่อเวลาผ่านไปนาน ๆ จะทำให้เกิดโรคฟันผุ ความเจ็บปวดและบางครั้งการสูญเสียฟันและการติดเชื้อ การป้องกันฟันผุโดยการ แปรงฟันและหลีกเลี่ยงการรับประทานขนมหวาน การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนบ้านเหล่าตามา จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 40 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ป้องกันฟันผุซึ่งประกอบด้วยความรู้ด้านสุขภาพ กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก การบรรยาย ประกอบสื่อ ฟิกการใช้ YouTube ฟิกการใช้ Line การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและฝึกปฏิบัติการแปรงฟันที่ถูกวิธี ฟิกวิธีการตรวจฟันเด็กให้ถูก วิธี การให้กำลังใจผ่าน Application Line และการเยี่ยมบ้าน การทาฟลูออไรด์วานิช การแจกคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน ระยะเวลาดำเนินการ 11 สัปดาห์ การรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบ ความแตกต่างเฉลี่ยคะแนนภายในกลุ่มวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired Sample t-test และระหว่างกลุ่ม ใช้สถิติ Independent Sample t-test กำหนดระดับ ค่าความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$)

จากผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน การจัดการในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และการตรวจ ปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก พบว่า หลังการทดลองเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองมีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงและลดลง มากกว่าเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: โปรแกรมทันตสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคฟันผุ

Abstract

Oral disease is an important health problem and burden disease and affects people, causing pain, discomfort, disintegration and even death. Tooth decay is the most common type of oral disease. Tooth decay is caused by bacteria converting sugar to acid that destroys teeth. Over time it can lead to tooth decay, pain, and sometimes tooth loss and infection. Preventing tooth decay by brushing your teeth and avoiding eating sweets. This study is a quasi-experimental research. and aims to study the effects of tooth decay prevention programs in preschool children by parents and child care teachers in the preschool development center at Ban Lao Ta Ma, Mahasarakham Province. This research implemented 11 weeks This study was quasi-experimental research design to evaluate the effectiveness of an 11-week oral health care prevention program based on the Protection Motivation Theory to improve the oral health care of pre-school children by parents and caregivers at the Banlaotama Child Development Center, Mahasarakham Province .The participants were 80 parent and caregivers, divided into twogroup; as experimental group ($n = 40$) and comparision group ($n = 40$). The experimental group received the special health education

¹ นักศึกษาลัทธิศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

program, which consisted of various different elements, such as using Youtube, using Line, group discussions, Demonstration and practice of proper brushing, to cheer group line, visit home fluoride varnish, and the provision of a hand book. Data were collected by questionnaires and analysed by the use of descriptive statistics, including frequencies, percentage, mean and standard deviation. Differences between the mean scores were analysed using independent and paired t-test and by the calculation of 95% confidence intervals (95% CI). Statistical significance was set at p-value ($p < 0.05$)

After the special health education program, the experimental group showed statistically significant improvements in mean scores for access, understand, appraise, apply, oral health care practices and dental plaque, and the mean score on all these outcome variables were significantly better than those for the comparison group.

Keywords: Dental health program1, Health Literacy2, Dental caries3

บทนำ

โรคฟันผุเป็นโรคช่องปากที่พบมากที่สุด และเป็นโรคที่ถือว่าเป็นภาระ ในปี 2015 พบว่ามีฟันแท้ 2.3 พันล้านคน และฟันน้ำนมผุในเด็กจำนวน 560 ล้านคน โรคฟันผุสามารถป้องกันได้โดยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีน้ำตาล อย่างไรก็ดีโรคฟันผุมีค่าใช้จ่ายสูงคือประมาณการว่า ในปี 2010 ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาโรคฟันผุโดยตรงเป็นประมาณ 298 billion US\$ ทางอ้อม 144 US\$ รวมทั้งหมดประมาณ 442 US\$ ⁽¹⁾ ความชุกของฟันผุในเด็กทั่วโลกพบว่าในสหรัฐอเมริการ้อยละ 40 อังกฤษร้อยละ 12 ญี่ปุ่นร้อยละ 25 ประเทศในแถบเอเชียร้อยละ 36-85 กัมพูชาและอินโดนีเซียร้อยละ 90 อิหร่าน ไทย ร้อยละ 50-60 อัฟริการ้อยละ 22- 61 ⁽²⁾

จากรายงานการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติในประเทศไทยครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 พบว่า ในกลุ่มเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี มีฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 52.9 และร้อยละ 75.6 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) 2.8 ซี่/คน และ 4.5 ซี่/คน สำหรับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ากลุ่มเด็กอายุ 3 ปีและ 5 ปี มีฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 48.3 และร้อยละ 74.7 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) เท่ากับ 2.3 ซี่/คน และ 4.0 ซี่/คน รวมถึงกลุ่มเด็กทั้ง 2 กลุ่ม คือ อายุ 3 ปี และ 5 ปี มีคราบจุลินทรีย์ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุมากกว่าร้อยละ 40 ส่วนความจำเป็นในการรับการรักษาโรคฟันผุของเด็ก 3 ปี และ 5 ปี ในการในอุดฟัน 2 ด้านขึ้นไป พบร้อยละ 27.5 และ 53.2 ความจำเป็นในการรักษารากฟันคิดเป็นร้อยละ 9.8 และ 19.1 ความจำเป็นในการทำครอบฟัน พบร้อยละ 4.9 และ 5.1 ความจำเป็นในการถอนฟันน้ำนม พบร้อยละ 13.0 และ 27.1 ในส่วนพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ เด็ก 3 ปี และ 5 ปี พบเด็กแปรงฟันด้วยตนเอง พบร้อยละ

44.1 และ 80.4 ในส่วนของเด็กที่มีผู้ปกครองแปรงฟันให้พบร้อยละ 42.5 และ 14.4 และการดื่มนมหวานหรือนมเปรี้ยว พบร้อยละ 44.5 และ 47.6 รวมถึงการใช้ขวดนมเมื่ออยู่บ้าน พบร้อยละ 39.5 และ 11.9 ตามลำดับ ⁽³⁾ จังหวัดมหาสารคาม จากการสำรวจสถานะช่องปากในปี 2556 - 2560 พบเด็กกลุ่มอายุ 3 ปี มีฟันผุในฟันน้ำนม ร้อยละ 59.79, 44.41, 36.00, 35.75 และ 30.48 ตามลำดับ สำหรับอำเภอบรบือ จากการสำรวจสถานะช่องปากในปี 2556 - 2560 พบว่ากลุ่มอายุ 3 ปี มีฟันผุในฟันน้ำนม ร้อยละ 61.54 37.62 34.53 29.96 และ 21.45 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบรบือ, 2560) และจากการสำรวจสถานะช่องปากในปี 2556 - 2560 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าตามา พบว่าเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3 ปี มีฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 54.92 38.42 32.54 27.30 และ 31.47 ตามลำดับ ⁽⁴⁾

นอกจากนี้จากการศึกษา ของ สุจิตรา ผิวสว่าง, และคณะ (2560) ได้ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคที่ส่งผลต่อสุขภาพในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านตานบ ตำบลทุ่งกุลา อำเภอนาคู จังหวัดสุรินทร์ พบว่ามีการรับประทานขนมที่มีส่วนผสมของซ็อกโกแลตมากที่สุด รองลงมารับประทานขนมปังกับโอวัลตินทุกวัน การรับประทาน ขนมกรุบกรอบรับประทานขนมไทย เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง ซึ่งอาหารเหล่านี้เสี่ยงต่อโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน ⁽⁵⁾ อย่างไรก็ดี เกตุวดี เจือจันทร์ และคณะ (2559) ได้ศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองพบว่าผู้ปกครอง ตรวจดูความสะอาดช่องปากและฟันให้เด็กแปรงฟัน ร้อยละ 24.10 ตรวจดูความสะอาดให้เด็กแปรงเอง ร้อยละ 66.10 แปรงฟันให้เด็กทุกวันร้อยละ

68.30 ไม่ทำความสะอาดช่องปากหลังเด็กดื่มนมร้อยละ 73.20 แสดงถึงปัจจัยเสี่ยงต่อโรคฟันผุคือ พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน และผู้ปกครองดูแลสุขภาพช่องปากเด็กไม่ดีเท่าที่ควร⁽⁶⁾ แนวทางการป้องกันฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน โดยการรับประทานอาหาร น้ำตาลน้อย รวมทั้งหลีกเลี่ยงขนมเหนียวและแปรงฟันด้วยการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ซึ่งผู้ปกครองต้องใช้เวลาในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก (Mathur & Dhillon, 20017; WHO, 2018) ดังนั้นในการป้องกันฟันผุจึงควรส่งเสริมให้ผู้ปกครองหันมาดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนมากขึ้น

จากแนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) คือความสามารถของบุคคลด้านทักษะต่างๆ ทางกรรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น (WHO, 2008) องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1). การเข้าถึงข้อมูล (Access) 2). ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 3). ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) 4). การจัดการตนเอง (Self-management) (Sorensen et al, 2012 ;WHO, 2012)⁽⁷⁾ Basir , Rasteh , Montazeri, and Araban, 2017 ได้ศึกษา การประเมินกับของการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย 4 ระดับ: การทดลองแบบควบคุมแบบสุ่ม (Four-level evaluation of health promotion intervention for preventing early childhood caries: a randomized controlled trial) กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของเด็กอายุ 1-3 ปี เมือง Ahvaz ประเทศอิหร่าน จำนวน 104 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 52 คนและกลุ่มควบคุม 52 คน กิจกรรมได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก (เช่น รูปแบบทางโภชนาการที่เหมาะสม คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการให้นมลูกในเวลากลางคืนและวิธีการแปรงฟันหรือทำความสะอาดฟันเด็ก) การบรรยายประกอบสไลด์ การเปรียบเทียบภาพเด็กฟันดียิ้มสวยกับเด็กฟันผุ การประชุมกลุ่ม การดำเนินการวิจัยใช้เวลาทดลอง 6 เดือน หลังการทดลองพบว่า มารดากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากแก่เด็กเพิ่มขึ้นและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$)⁽⁸⁾

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพมาส่งเสริมให้ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงต่อฟันผุของเด็ก มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อฟันผุของเด็ก ประเมินความเสี่ยงและอันตรายของฟันผุของเด็ก มีทักษะการตัดสินใจ สามารถจัดการป้องกันฟันผุในเด็ก นำไปสู่การป้องกันฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนบ้านเหล่าตามา จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pre-test post-test two groups design) ซึ่ง กลุ่มทดลองนั้นจะได้รับ โปรแกรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม แต่ยังคงได้รับสุขศึกษาตามปกติ ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาวิจัย 12 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2 แห่ง กลุ่มละ 40 คน กลุ่มทดลองเป็นผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านเหล่าตามา อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม โดยมีเกณฑ์คัดเลือกคือ เป็นผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กอายุ 3-5 ปีในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กมีสมาร์โฟนและ

สามารถเล่น Application line ได้ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อป้องกันฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนที่ผู้วิจัยจัดให้ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนจากศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนบ้านกุตุรง ตำบลกุตุรง อำเภอกุตุรง

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ประกอบด้วย 1). การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคฟันผุ โดยการบรรยายประกอบสื่อการสอน และการอภิปรายกลุ่ม 2). การเสริมสร้างทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการเพื่อป้องกันโรคฟันผุ โดยการบรรยาย สาธิตและฝึกปฏิบัติ การประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันสามารถใช้โทรศัพท์ที่เกี่ยวข้อง 3). การเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคฟันผุ โดย 3.1 ฝึกวิธีการตรวจฟันเด็กให้ผู้ปกครอง 3.2 ฝึกปฏิบัติผู้ปกครองการแปรงฟันที่ถูกวิธีให้เด็ก 3.3 สอนการรู้เท่าทันสื่อ 4). การประกวดการดูแลสุขภาพช่องปาก การเล่นเกม ฯลฯ

การให้คำปรึกษาทาง Facebook บันทึกการแปรงฟันและปฏิทินช่วยเตือนว่าเพื่อลูกรักฟันดี” การประเมินทราบเจตคติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาครั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อใช้ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง โดยประยุกต์จาก Measurement of health literacy in Europe: HLS-EU-Q47; HLS-EU-Q16; and HLS-EU-Q86 The HLS-EU Consortium 2012 ประกอบด้วย 6 ส่วน จำนวน 56 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย 6 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก ส่วนที่ 2 แบบประเมินการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเพื่อป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน ส่วนที่ 4 แบบประเมินทักษะด้านการตัดสินใจในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน ส่วนที่ 5 แบบประเมินทักษะการจัดการเพื่อป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนและส่วนที่ 6 พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าความเที่ยงดังนี้ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนเท่ากับ 0.85 การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคฟันผุเท่ากับ 0.83 ทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนเท่ากับ 0.83 การจัดการในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนเท่ากับ 0.86 การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนเท่ากับ 0.84

การรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลแบ่งเป็นก่อนการทดลอง (pre-test) และ หลัง การ ทดลอง (post-test) โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกัน มีการแจ้งวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการต่าง ๆ และขอความยินยอมการเข้าร่วมโครงการ โดยใช้แบบยินยอมจากอาสาสมัครโดยกลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมที่จัดขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับสุขศึกษาตามปกติ และทำการเก็บข้อมูลแบบสอบถามก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 ส่วนหลังการทดลองจะเก็บข้อมูลหลังจากสัปดาห์ที่ 12 โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ขั้นตอนการวิจัย

การจัดโปรแกรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน บ้านเหล่าตามา จังหวัดมหาสารคาม ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ ซึ่งจะมีการจัดกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกในกลุ่มกิจกรรม การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคฟันผุ โดยบรรยายประกอบสื่อแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคฟันผุ ได้แก่ การเข้า YouTube และ Line ฝึกการใช้ YouTube ฝึกการใช้ Line ผู้วิจัยเสนอจัดตั้ง Application line group เพื่อสื่อสารในการป้องกันโรคฟันผุในเด็ก ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะ สรุปเนื้อหาหลังจากนั้นนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 3 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคฟันผุ โดยการบรรยายประกอบสื่อการสอน และอภิปรายกลุ่มในเรื่องต่อไปนี้ โรคฟันผุ สาเหตุการเกิด ระยะการเกิดโรค อาการ ผลกระทบ การป้องกันและการรักษาโรคฟันผุ รวมทั้งการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน

สัปดาห์ที่ 6 ทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน โดยการร่วมวางแผนการป้องกันฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน ได้แก่ การแปรงฟันและการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนและการอภิปรายกลุ่มการป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน และอภิปรายกลุ่ม การโฆษณาการเลือกใช้แปรงสีฟัน ยาสีฟันที่ป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

สัปดาห์ที่ 8 การจัดการในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน ได้แก่ สอนสาธิตและฝึกการตรวจฟันเด็กให้ถูกวิธี สอนสาธิตและฝึกปฏิบัติการแปรงฟันเด็กให้ถูกวิธี รวมถึงแนะนำการบันทึกการแปรงฟันเด็กโดยการให้สมาชิกกลุ่ม ควบคุมการรับประทานขนมหวานและสนับสนุนการรับประทานผลไม้แทนขนมหวาน รวมถึงศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน สนับสนุนสถานที่แปรงฟันแสดงความคิดเห็นทาง Application line และฝึกทักษะการสื่อสารทาง Application line

สัปดาห์ที่ 10 ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก ฝึกการแปรงฟันที่ถูกวิธีแก่เด็ก ดูแลและกระตุ้นการแปรงฟัน การตรวจสุขภาพช่องปากให้แก่เด็ก ควบคุมการรับประทานขนมหวานแก่เด็กและสนับสนุนการรับประทานผลไม้แทนขนมหวานของเด็ก สำหรับผู้วิจัยให้คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสาร ให้กำลังใจ กระตุ้นชมเชยผ่าน Application Line เชื่อมศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน และเยี่ยมบ้าน ทาฟลูออไรด์วานิช จัดประกวด “ฟันลูกสวย ด้วยมือผู้ดูแล” โดยการมอบเกียรติบัตรและของรางวัล และในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนสนับสนุนสถานที่แปรงฟัน

สัปดาห์ที่ 2,4,5,7,9, 11 และ 12 การสนับสนุนทางสังคม การเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำ และการกระตุ้นเตือน ผ่านสื่อออนไลน์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อบรรยายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ร้อยละ ค่าต่ำสุด-สูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติอนุมาน (Inferential statistics) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Paired-t test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และคำนวณช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI) และ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติจึงใช้สถิติ Independent-t test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และคำนวณช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ ผ่านการรับรองการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE632017 ณ วันที่ 10 เมษายน 2563

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีอายุ 50 -59 ปี มากที่สุด กลุ่มทดลองจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด กลุ่มทดลองประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุด ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด กลุ่มทดลองมีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท มากที่สุด ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท เด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มทดลองอาศัยอยู่กับ ปู่/ย่า,ตา/ยาย มากที่สุด ส่วนเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มเปรียบเทียบอาศัยอยู่กับ พ่อ/แม่ มากที่สุด กลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์กับเด็กก่อนวัยเรียนในฐานะ ปู่/ย่า,ตา/ยาย

มากที่สุด ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีความสัมพันธ์กับเด็กก่อนวัยเรียนในฐานะ พ่อ/แม่ มากที่สุด กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีเด็กในความดูแลจำนวน 2 คน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีเด็กในความดูแล 1 คน และค่า

ขนมที่ให้เด็กเฉลี่ยต่อวันของกลุ่มทดลองอยู่ระหว่าง 21-40 บาท ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบให้ค่าขนมเฉลี่ยต่อวันที่ 41-60 บาท

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลลักษณะทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
20 – 29 ปี	1	2.50	10	25.00
30 – 39 ปี	10	25.50	10	25.00
40 – 49 ปี	11	27.50	9	22.50
50 – 59 ปี	18	45.50	11	27.50
$\bar{X} \pm S.D$	46.30 $\pm$ 8.70		39.75 $\pm$ 12.12	
Min - Max	23.00 – 58.00		18.00 -59.00	
เพศ				
ชาย	7	17.50	5	12.50
หญิง	33	82.50	35	87.50
สถานะ				
ผู้ปกครอง	38	95.00	38	95.00
ครูผู้ดูแลเด็ก	2	5.00	2	5.00
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	18	45.00	12	30.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	15.00	4	10.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	8	20.00	15	37.50
ปริญญาตรี	6	15.00	8	20.00
สูงกว่าปริญญาตรี	2	5.00	1	2.50
อาชีพ				
เกษตรกร	19	47.50	15	37.50
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	12.50	4	10.00
ค้าขาย	3	7.50	3	7.50
รับจ้าง	10	25.00	16	40.00
อื่น ๆ (แม่บ้าน)	3	7.50	2	5.00

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน				
ไม่เกิน 5,000 บาท	19	47.50	7	17.50
5,001 – 10,000 บาท	14	35.00	14	35.00
10,001 – 20,000 บาท	2	5.00	12	30.00
มากกว่า 20,000 บาท	5	12.50	7	17.50
$\bar{X} \pm S.D$	7632.50 $\pm$ 9283.52		10837.50 $\pm$ 8180.95	
Min - Max	2000 - 50000		2000 -35000	
บุคคลที่เด็กก่อนวัยเรียนอาศัยอยู่ด้วย				
พ่อ/แม่	15	37.50	21	52.50
ปู่/ย่า,ตา/ยาย	22	55.00	18	45.00
ลุง /ป้า,น้า/ อา	2	5.00	1	2.50
อื่นๆ (พี่สาว)	1	2.50	0	0.00
ความสัมพันธ์กับเด็กก่อนวัยเรียน				
พ่อ/แม่	15	37.50	21	52.50
ปู่/ย่า,ตา/ยาย	22	55.00	18	45.00
ลุง /ป้า,น้า/ อา	2	5.00	1	2.50
อื่นๆ	1	2.50	0	0.00
จำนวนเด็กที่อยู่ในความดูแลของกลุ่ม				
ตัวอย่าง				
1 คน	15	37.50	20	50.00
2 คน	20	50.00	17	42.50
3 คน	4	10.00	3	7.50
4 คน	1	2.50	0	0.00

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มทดลอง (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าขนมที่ให้เด็กเฉลี่ยต่อวัน				
ไม่เกิน 20 บาท	2	5.00	7	17.50
21 – 40 บาท	20	50.00	12	30.00

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มทดลอง (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
41 – 60 บาท	17	42.50	15	37.50
มากกว่า 60 บาท	1	2.50	6	15.00
$\bar{X} \pm S.D$	33.37 $\pm$ 12.31		36.87 $\pm$ 22.06	
Min - Max	10 - 60		5 - 100	

ส่วนที่ 2 ผลการทดลอง

ภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน การจัดการในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์มีค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน การจัดการในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน และปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (n=40คน)

ค่าเฉลี่ยของคะแนน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean Difference	95%CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
การเข้าถึงข้อมูล	15.45	4.72	27.55	2.96	12.1	10.36 to 13.83	<0.001
ความรู้ ความเข้าใจ	10.35	3.81	17.15	1.5	6.8	5.15 to 8.08	<0.001
การตัดสินใจ	15.8	4.58	26.15	4.00	10.35	8.62 to 12.07	<0.001
การจัดการ	16.35	4.49	26.05	3.57	9.72	8.21 to 11.23	<0.001
การปฏิบัติตน	28.92	7.53	46.55	6.12	17.62	14.44 to 20.80	<0.001
ปริมาณคราบจุลินทรีย์	2.67	1.50	1.28	0.67	1.38	0.99 to 1.78	<0.001

ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองพบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน การจัดการในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนน มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

และปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.832$)

หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน การจัดการในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุ และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนปริมาณแผ่นคราบ จุลินทรีย์น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน การจัดการในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน และปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ค่าเฉลี่ยของคะแนน	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)		Mean Difference	95%CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
การเข้าถึงข้อมูล							
ก่อนการทดลอง	15.45	4.72	16.45	4.86	1.00	-1.13 to 3.13	0.353
หลังการทดลอง	27.55	2.96	16.97	5.09	10.57	8.71 to 12.43	<0.001
ความรู้ ความเข้าใจ							
ก่อนการทดลอง	10.35	3.81	10.37	3.13	0.02	-1.58 to 1.53	0.974
หลังการทดลอง	17.15	1.52	10.35	2.86	6.8	5.77 to 7.82	<0.001
การตัดสินใจ							
ก่อนการทดลอง	15.8	4.58	14.65	4.88	1.15	-0.95 to 3.25	0.280
หลังการทดลอง	26.15	4.00	14.4	4.93	11.75	9.74 to 13.75	<0.001
การจัดการตนเอง							
ก่อนการทดลอง	16.32	4.49	16.07	4.45	0.25	-1.74 to 2.24	0.803
หลังการทดลอง	26.05	3.57	15.22	5.17	10.82	8.84 to 12.80	<0.001
การปฏิบัติตน							
ก่อนการทดลอง	28.92	7.53	28.35	7.61	0.57	-2.79 to 3.94	0.735
หลังการทดลอง	46.55	6.12	30.15	9.74	16.4	12.7 to 20.02	<0.001
ปริมาณคราบจุลินทรีย์							
ก่อนการทดลอง	2.67	1.50	2.73	1.33	0.06	-2.38 to 3.01	0.832
หลังการทดลอง	1.28	0.67	2.48	0.91	1.20	0.84 to 1.56	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ

ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน การจัดการในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และการตรวจปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก พบว่า หลังการทดลองเด็ก

ก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองมีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงและลดลงมากกว่าเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน

อภิปรายผล จากผลการศึกษา หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการเกิดโรคฟันผุ ในเด็กก่อนวัยเรียน การจัดการในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และการตรวจปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก พบว่า หลังการทดลองเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองมีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงและลดลงมากกว่าเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เกิดจากการที่ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน ได้รับการโปรแกรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน โดยนำทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) (Sorensen et al, 2012 ;WHO, 2012) คือความสามารถของบุคคลด้านทักษะต่างๆ ทางกรรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้นและแรงสนับสนุนทางสังคม มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เป็นผลมาจากการศึกษาทางด้านสังคมจิตวิทยาพบว่า “การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญและอำนาจเหนือกว่าตัวเราอยู่ตลอดเวลา” แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมของคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจเกี่ยวกับการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จูพากรณ์ โสตะ (2557)⁽⁹⁾ มาเป็นกรอบในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคฟันผุ โดยบรรยายประกอบสื่อ แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคฟันผุ

ได้แก่ การเข้า Youtube และ Line ฝึกการใช้ Youtube ฝึกการใช้ Line ผู้วิจัยเสนอจัดตั้ง Application line group เพื่อสื่อสารในการป้องกันโรคฟันผุในเด็ก ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคฟันผุ โดยการบรรยายประกอบสื่อการสอน และอภิปรายกลุ่มในเรื่อง ต่อไปนี้ โรคฟันผุ สาเหตุการเกิด ระยะการเกิดโรค อาการ ผลกระทบ การป้องกันและการรักษาโรคฟันผุรวมทั้งการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน ทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน โดยการร่วมวางแผนการป้องกันฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน ได้แก่ การแปรงฟันและการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน และการอภิปรายกลุ่มการป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน และอภิปรายกลุ่ม การโฆษณาการเลือกใช้แปรงสีฟัน ขาสีฟันที่ป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

การจัดการในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน ได้แก่ สอนสาธิตและฝึกการตรวจฟันเด็กให้ถูกวิธี สอนสาธิตและฝึกปฏิบัติการแปรงฟันเด็กให้ถูกวิธี รวมถึงแนะนำการบันทึกการแปรงฟันเด็กโดยการให้สมาชิกกลุ่ม ควบคุมการรับประทานขนมหวานและสนับสนุนการรับประทานผลไม้แทนขนมหวาน รวมถึงศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนสนับสนุนสถานที่แปรงฟัน แสดงความคิดเห็นทาง Application line และฝึกทักษะการสื่อสารทาง Application line ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กฝึกการแปรงฟันที่ถูกวิธีแก่เด็ก ดูแลและกระตุ้นการแปรงฟัน การตรวจสุขภาพช่องปากให้แก่เด็ก ควบคุมการรับประทานขนมหวานแก่เด็กและสนับสนุนการรับประทานผลไม้แทนขนมหวานของเด็ก สำหรับผู้วิจัยให้คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสาร ให้กำลังใจ กระตุ้นชมเชยผ่าน Application Line เชื่อมศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน และเชื่อมบ้านทาลูออไรด์วานิช จัดประกวด “ฟันลูกสวย ด้วยมือผู้ดูแล ” โดยการมอบเกียรติบัตรและของรางวัล และในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนสนับสนุนสถานที่แปรงฟัน และการสนับสนุนทางสังคม การเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำ และการกระตุ้นเตือน ผ่านสื่อผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับเอื้อจิต สุขพล และคณะ (2563)⁽¹⁰⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่ม

วัยทำงาน ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับปริญวิทย์ นุราช และคณะ(2562) ⁽¹¹⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรม การสื่อสารที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางผลการศึกษาพบว่า นิสิตทันตแพทย์ในกลุ่มทดลอง มีความรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรม การสื่อสารที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($p < .05$) และความรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรม การสื่อสารที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) และสอดคล้องกับ สุภาณี วงษ์สิงห์ และคณะ(2562) ⁽¹²⁾ ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม สุขศึกษาเพื่อพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพด้านทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนประชาอุทิศสมบุรณ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมสุขศึกษามีประสิทธิผลคือทำให้คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพด้านทันตสุขภาพ ของกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองและหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่ม ควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และยัง สอดคล้องกับผลการศึกษาศรีวิทย์ นิตยคำหาญและจุริรา ดวงสงค์ (2555) ⁽¹³⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริม ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กในการดูแลสุขภาพช่องปากใน เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคำแก่นคูณ ตำบลม่วงหวาน อำเภอโนนพอง จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติ ตนในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กสูงขึ้นและสูงกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) และยังสอดคล้องกับธราทิพย์ ก้อนทองและคณะ (2557) ⁽¹⁴⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์การพัฒนา ความสามารถในการดูแลช่องปากแบบใกล้ชิดต่อการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพของเด็กใน ปกครองของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็ก เล็กบ้านตะดอบ ตำบลตะดอบ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเก

ษะ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ผู้ปกครองกลุ่ม ทดลองมีความรู้เรื่องโรคฟันผุ ทักษะการปฏิบัติตัวใน การดูแลทันตสุขภาพและการให้แรงสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเด็กก่อนวัยเรียนมี ปริมาณการบ้วนจูลินทรีย์น้อยกว่าก่อนการทดลองและน้อย กว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการ ป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้ปกครองและครู ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนบ้านเหล่าตามา จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

1.1 การจัดกิจกรรมสุขศึกษาโดยการใช้สื่อ การสอนออนไลน์ เช่น การใช้ Application line และ You Tube ทำให้ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก เข้าถึงข้อมูล ข่าวสารได้รวดเร็วครอบคลุมมากขึ้น

1.2 การให้ผู้ปกครองดูแลและตรวจ สุขภาพช่องปากเด็ก จะช่วยให้ผู้ปกครองสนใจในการ ดูแลสุขภาพช่องปากเด็กมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการนำแนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กในการดูแลสุขภาพ ช่องปากเด็กต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ สาธารณ สุข อำเภอบรบือ สาธารณ สุขอำเภอกุดรัง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าตามา ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดรัง พร้อมคณะผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่ได้ อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัย ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [WHO]. (2017a). **Sugars and dental caries**. Retrieved October 8, 2019, from <https://www.who.int/publications-detail/sugars-and-dental-caries>.
2. _____. (2017b). **Global epidemiology of early childhood caries: WHO Expert Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries: report of a meeting**, Bangkok, Thailand, 26–28 January 2016. Geneva: World Health Organization; 2017.
3. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.. (2560). **รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ประเทศไทย พ.ศ.2560**. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2560.
4. กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบรบือ. (2560). **รายงานสำรวจสถานะช่องปาก.สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด มหาสารคาม: HosXP PCU จังหวัดมหาสารคาม**.
5. สุจิตรา ผิวสว่าง, ไพสิน อ่ำไพ, จุฑามาส ขุมทอง, วิจิตร ประดิษฐ์ศิลปโชติและณัฐริกา ศรีมฤตพันธุ์. (2560) **พฤติกรรมการบริโภคที่ส่งผลต่อสุขภาพในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้าน ตานบ ตำบลทุ่งกุลาร อำเภอน้ำพอง จังหวัดอุดรธานี**. วารสารวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ฉบับพิเศษ กรกฎาคม 2560. หน้า 20-30.
6. เกตุวดี เจือจันทร์, อธิชา สินไชย, อรวรรณ นามมนตรี, อโนชาศิลาชัย และหฤทัยสุขเจริญโกศล. (2559). **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองและสถานะฟันของเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอ แก่งคอย จ.สระบุรี**. วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนีนครราชสีมา ฉบับที่ 1 มกราคม- มิถุนายน 2559. หน้า 5- 17.
7. Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, 12(1), 80
8. Basir L, Rasteh B, Montazeri A, Araban M. (2017). Four-level evaluation of health promotion intervention for preventing early childhood caries: a randomized controlled trial. **BMC Public Health**. 2017;17(1):767.
9. จุฬารักษ์ โสตะ. (2557). **แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ**. ขอนแก่น: ภาควิชา สุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
10. เอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวินี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว และ วิษวีรงค์ หวังมัน. 2563. **ผลของ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน**. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม - มิถุนายน 2563 . หน้า 419-429.
11. ปริญญวิทย์ นุราช อังคินันท์ อินทรคาแหง และ เกศกาญจน์ เกศวายุธ . (2562). **ผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมสื่อสารที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง**. วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม 2562 . หน้า 71-90.
12. สุภาณี วงษ์สิงห์, สมบูรณ์ จิระสถิต , ประเสริฐศักดิ์ กายนาภา, พันตรีหญิงณัฐกฤตา ศิริโสภณและภูเบศร์ นภัทรพิทยธร. **ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพเพื่อพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพด้านทันต สุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนประชาอุทิศ สมบูรณ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา**. วารสาร ศึกษาศาสตร์ปริทัศน์ ปีที่ 32 ฉบับที่ 1. หน้า 132-137.
13. เครือวัลย์ นิตย์คำหาญและรุจิรา ดวงสงค์. (2555). **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคำแก่นคูณ ตำบลม่วงหวาน อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น**. วารสารทันตภิบาล ปีที่ 23 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2555. หน้า 51-60.
14. ธราทิพย์ ก้อนทอง, จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และประวี อ่ำพันธุ์. (2557). **ผลของโปรแกรมประยุกต์การพัฒนาความสามารถในการดูแลช่องปากแบบใกล้ชิดต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพ ของเด็กในปกครองของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านตะดอบ ตำบลตะดอบ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ**. วารสารทันตภิบาล ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2557. หน้า 57-68.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง

โรคเบาหวานเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

Factors Associated with Health Behaviors of Diabetes Risk Groups

Khon Kaen Municipality, Khon Kaen Province

ชนิสรา หมื่นกันยา¹, รุจิรา ดวงสงค์²

Chanisara Muenkanya, Rujira Duangsong

(Received: January 4, 2021 ; Accepted: February 6, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytic Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 350 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติพหุคูณลอจิสติกส์ (Multiple logistic regression) ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95%

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้แก่ เพศ (ORadj=1.85, 95% CI=1.01-3.37, p-value=0.044) อายุ (ORadj=3.30, 95% CI=1.81-6.03, p-value=0.001) ระดับการศึกษา (ORadj=0.34, 95% CI=0.18-0.64, p-value=0.001) ส่วนปัจจัยด้านอาชีพไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน สำหรับปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้แก่ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวาน (ORadj=0.24, 95% CI=0.11-0.51, p-value=0.001) ส่วนปัจจัยด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน ข้อเสนอแนะโรงพยาบาล ศูนย์แพทย์และศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ ควรเน้นการจัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวาน โดยเฉพาะเรื่องดังนี้ การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานจาก หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคือผู้ที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือด 100-125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ปริมาณน้ำตาลในผลไม้ การรับประทานอาหารให้ถูกสุขลักษณะ การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในภาวะปกติสามารถลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน การมีภาวะเครียด ซึมเศร้า มีผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน และในเรื่องความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวาน การดื่มสุรามีผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน การสูบบุหรี่มีผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน1, ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน2, กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน3

Abstract

A cross-sectional study aimed to investigate the association between personal characteristics and health literacy on diabetes risk groups in local municipal of Khon Kaen, Khon Kaen province. A total of 350 volunteers between 35-59 years were recruited in Khon Kaen municipality by simple random sampling. Data was collected by questionnaires and analyzed by descriptive statistics for general characteristics. Multiple logistic regression was applied for testing specific objective. Statistical significance was set at p-value < 0.05.

The results found that association between personal characteristics and health literacy on diabetes risk groups level were significantly associated with sex (ORadj=1.85, 95% CI=1.01-3.37, p-value=0.044) age (ORadj=3.30, 95% CI=1.81-6.03, p-value=0.001) Education level (ORadj=0.34, 95% CI=0.18-0.64, p-value=0.00) Occupational factors were not found to correlate with health behaviors in diabetes prevention. Understanding of diabetes risk factors (ORadj=0.24, 95% CI=0.11-0.51, p-value=0.001) In conclusion, factors associated with health behaviors of diabetes with statistical significant level at p=0.05 and 95%CI Including understanding about risk factors for diabetes (ORadj=0.24, 95% CI=0.11-0.51, p-value=0.001) Factors accessing data on diabetes risk factors were not found to correlate with health

¹ นักศึกษาลัทธิสุทธสาธิตสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

behaviors in diabetes prevention. This suggestions for Health centers and sub-district hospitals need focus on activities to provide knowledge about diabetes prevention, as follows; finding information about risk factors for diabetes from newspapers, periodicals, and media. Diabetes risk groups are those with blood glucose levels 100-125 mg/dL., they should control amount of sugar in fruit and eating healthy food. Including control of body weight under normal conditions, management of stress and depression. In addition, understanding of behavioral of diabetes risk factors, such as drinking alcohol and smoking are effects to diabetes control

Keywords: Healthy Behavior in Preventing Diabetes I, Health Knowledge in the Prevention of Diabetes 2, Diabetes Risk Groups

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คือจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในปี 1980 จำนวน 108 ล้านคน (ร้อยละ 4.7) และในปี 2014 จำนวน 422 ล้านคน (ร้อยละ 8.5) หรือเพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.7 ผู้ป่วยโรคเบาหวานเมื่อป่วยเป็นเวลานานจะมีภาวะแทรกซ้อนต่อการทำงานของระบบในร่างกายได้ เช่น หัวใจ หลอดเลือด ตา ไต และระบบประสาท เป็นต้น⁽¹⁾ นอกจากนี้ผู้ที่ป่วยโรคเบาหวานยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง 2-3 เท่า การไหลเวียนของเลือดลดลง เส้นประสาทส่วนปลาย (มีความเสียหายของเส้นประสาท) ทำให้มีอาการชาทำให้มีโอกาสเป็นแผลที่เท้า และติดเชื้อ นำไปสู่การตัดแขนขา โรคตาจากเบาหวาน หลอดเลือดขนาดเล็กในจอประสาทตาถูกทำลายร้อยละ 2.6 โรคเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะไตวาย จะเห็นได้ว่าโรคเบาหวานนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตในที่สุด⁽²⁾ นอกจากนี้พบว่าผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานโดยตรงประมาณ 1.6 ล้านคน ผู้เสียชีวิตจากสาเหตุอื่นที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง ในปี 2012 ประมาณ 2.2 ล้านคน สาเหตุโรคเบาหวานปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวานมากที่สุดคือน้ำหนักเกินที่เรียกว่าโรคอ้วน ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ พันธุกรรม เชื้อชาติ เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อายุที่มากขึ้น การรับประทานอาหารหวานและไขมันสูง การไม่ออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่เพื่อเพิ่มความเสี่ยง ภาวะไขมันในร่างกายสูง⁽³⁾

ประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นจำนวนมากและมีแนวโน้มมากขึ้น คือระหว่างปี 2557-2561 ได้แก่ 670,660 คน (ร้อยละ 34.07) 802,087 คน (ร้อยละ 34.32) 840,439 คน (ร้อยละ 33.76) 876,970 คน (ร้อยละ 35.08) และ 2,978,504 คน (ร้อยละ 35.88)ตามลำดับ⁽⁴⁾ นอกจากนี้พบจำนวนผู้ป่วยตายจากโรคเบาหวาน ระหว่างปี

2557-2561 ได้แก่ 145,766 คน (ร้อยละ 9.31) 72,827 คน (ร้อยละ 4.65) 43,424 คน (ร้อยละ 2.57) 71,183 คน (ร้อยละ 4.53) 73,809 คน (ร้อยละ 4.35) ตามลำดับ⁽⁵⁾

จังหวัดขอนแก่นพบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวนมากและมีแนวโน้มมากขึ้นเช่นเดียวกัน คือระหว่างปี 2557-2561 โดยจำแนกตามกลุ่มอายุ 15-60 ปี ได้แก่ 96,499 คน (ร้อยละ 6.53) 87,778 คน (ร้อยละ 6.40) 99,287 คน (ร้อยละ 7.10) 101,079 คน (ร้อยละ 7.21) 107,649 คน (ร้อยละ 7.60) ตามลำดับ นอกจากนี้จังหวัดของแก่นยังมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานในระหว่างปี 2557-2561 ดังนี้ 16,599 คน (ร้อยละ 1.12) 3,799 คน (ร้อยละ 0.23) 3,642 คน (ร้อยละ 0.26) 3,535 คน (ร้อยละ 0.25) 3,534 คน (ร้อยละ 0.25)⁽⁶⁾ จากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานของกลุ่มงานมาตรฐานการคัดกรองโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น ที่ได้คัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปพบว่ามีความเสี่ยงโรคเบาหวานจำนวนมาก (ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561)⁽⁷⁾

จากความสำคัญและปัญหาข้างต้นทำให้เห็นถึงความสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน จะเห็นได้ว่าจังหวัดขอนแก่นมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานจำนวนมาก และมีแนวโน้มมากขึ้น ซึ่งจากการคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่นนั้นจะพบว่าช่วงอายุที่เสี่ยงด้วยโรคเบาหวานจำนวนมากที่สุดคือ อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ดังนั้นผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัย ความสัมพันธ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวาน ซึ่งผลงานวิจัยที่ได้จะทำให้เห็นถึงสภาพความเป็นจริงของปัจจัย ความสัมพันธ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวาน และเป็น

ประโยชน์กับบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหา นำมาประยุกต์เพื่อพัฒนาระบบการป้องกัน ส่งเสริมความคุ้มครองโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ที่มีอายุ 35-59 ปี เทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวาน ของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานที่มีอายุ 35-59 ปี เทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytic Study)

ประชากรที่ศึกษา คือ เป็นประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีอายุ 35-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ อำเภอเมืองนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่นมีกลุ่มประชากรทั้งหมด 5,708 คน คิดเป็นร้อยละ 45.27 ทำการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง พฤษภาคม 2563

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

เป็นประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีอายุ 35-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ อำเภอเมืองนครขอนแก่นโดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- อายุ 35-59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย (เนื่องจากกลุ่มนี้พบว่ามีความเสี่ยงมากที่สุด)
- ไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวานหรือโรคอื่น ๆ
- ถ้าเป็นผู้หญิงไม่อยู่ในภาวะตั้งครรภ์
- ยินดีตอบแบบสอบถาม
- ได้รับการคัดกรองเบาหวานในเลือดที่มีค่า

(DTX=100-125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- มีภาวะทุพพลภาพ
- ขาดที่อยู่

ขนาดตัวอย่าง

กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีอายุ 35-59 ปี ในเขตเทศบาลเมืองนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น มีกลุ่มประชากรทั้งหมด 5,708 คน คิดเป็นร้อยละ 45.27 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างแบบ Multiple logistic regression (Hsieh, Bloch, & Larsen, 1998) ดังต่อไปนี้

$$\eta = \frac{\left\{ z_{1-\alpha/2} \sqrt{\frac{P(1-P)}{B}} + z_{1-\beta} \sqrt{P_0(1-P_0) + \frac{P_1(1-P_1)(1-B)}{B}} \right\}^2}{(P_0 - P_1)^2(1-B)}$$

$$P = (1 - B)P_0 + BP_1$$

จากการศึกษาของ(เขมารดี มาสิงบุญ และคณะ, 2560) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน เขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

P_0 = สัดส่วนของพฤติกรรมที่มีเหมาะสม เท่ากับ 0.63

P_1 = สัดส่วนของความรอบรู้ต่ำ เท่ากับ 0.37

B = อัตราเสี่ยงโรคเบาหวานในเขตเทศบาลนครขอนแก่น เท่ากับ 0.04

$Z_{1-\alpha/2} = 1.96$ เมื่อกำหนด $\alpha = 0.5$

$Z_{1-\beta} = 0.84$ เมื่อกำหนดให้ $\beta = 0.20$ (Power of test $(1-\beta) = 80\%$)

คำนวณหาค่า P แทนค่าในสูตร

$$P = (1-B)P_0 + BP_1$$

$$= (1-0.04)(0.63) + (0.04)(0.37)$$

$$= 0.62$$

แทนค่าในสูตร Multiple logistic regression

$$\eta = \frac{\left\{ (1.96) \sqrt{\frac{0.62(1-0.62)}{0.04}} + 0.840 \sqrt{\frac{0.63(1-0.63)}{0.04}} + \frac{0.37(1-0.37)(1-0.04)}{0.04} \right\}^2}{(0.63 - 0.37)^2(1 - 0.04)}$$

$$= \frac{19.82}{0.07}$$

$$n = 283.14$$

จากสูตรโดยที่ $n = \frac{n}{1-r^2_{123...p}}$

เมื่อ n_p คือ จำนวนตัวอย่างทั้งหมดที่ต้องการภายหลังการปรับค่า p ประชากรกลุ่มเดียว

η_1 คือ จำนวนตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณด้วยสูตรวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกอย่างง่าย

$P^2_{123...p}$ คือ ค่ากำลังสองของค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์เชิงซ้อน

$$\text{แทนค่า } n_p = \frac{283.14}{1-.1^2} = 350$$

ดังนั้น ขนาดตัวอย่าง คือ 350 ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ

การสุ่มตัวอย่าง

จัดหน่วยงานแบ่งเป็นกลุ่มโรงพยาบาล ศูนย์แพทย์และศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนี้ โรงพยาบาล 2 แห่ง, ศูนย์แพทย์และศูนย์บริการสาธารณสุข 6 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่ง โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายให้ได้ 5 แห่ง คือ

โรงพยาบาลค่ายศรีพัชรินทร 91 คน, ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครขอนแก่น หน่วยที่ 5 404 คน, ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลโนนชัย 152 คน, รพ.สต. ตำบลศิลา 253 คน, รพ.สต. ตำบลโนนม่วง 409 คน คัดสัดส่วนแต่ละแห่ง ใช้สูตรดังนี้

$$\text{จำนวนตัวอย่างแต่ละแห่ง} = \frac{\text{จำนวนตัวอย่างทั้งหมด} \times \text{จำนวนประชากรในแต่ละแห่ง}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}$$

1. โรงพยาบาลค่ายศรีพัชรินทร = 25 คน
2. ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครขอนแก่น หน่วยที่ 5 = 109 คน
3. ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลโนนชัย = 40 คน
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิลา = 68 คน
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนม่วง = 108 คน

จากนั้นสุ่มอย่างง่ายในทุกหน่วยงาน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 350 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แล้วนำเครื่องมือไปทดสอบ (Try out) คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.81 ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน 2563 ถึง พฤษภาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA version 10 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โดยใช้สถิติพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) ด้วยวิธี Backward elimination

จริยธรรมการวิจัย

โครงการนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการวิจัย HE632128 เมื่อ 27 พฤษภาคม 2563

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

เพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.6 (198 คน) เพศหญิง ร้อยละ 43.4 (152 คน) อายุที่พบมากที่สุด คืออายุ 56-59 ปี ร้อยละ 28.0 (98 คน) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 46-50 ปี ร้อยละ 22.9 (80 คน) น้อยที่สุดคือกลุ่มอายุ 41-45 ปี ร้อยละ 13.1 (46 คน) สถานภาพที่พบมากที่สุดสมรส ร้อยละ 62.0 (217 คน) รองลงมาคือสถานภาพหม้าย ร้อยละ 16.3 น้อยที่สุดหย่า/แยก ร้อยละ 8.6 (30 คน) ระดับการศึกษาที่พบมากที่สุดปริญญาตรี ร้อยละ 24.9 (98 คน) รองลงมา ปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 24.6 (86 คน) น้อยที่สุดคือสูงกว่าปริญญาตรี 2 คน ร้อยละ 0.6 อาชีพ พบมากที่สุด อาชีพค้าขาย ร้อยละ 29.7 (104 คน) รองลงมาธุรกิจส่วนตัว 93 คน ร้อยละ 26.6 (93 คน) น้อยที่สุด อื่น ๆ 4 คน ร้อยละ 1.1 (4 คน) รายได้ พบมากที่สุด รายได้ 5,001-10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 24.6 (86 คน) รองลงมาคือ 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 23.1 (81 คน) น้อยที่สุดรายได้ มากกว่า 25,000 ร้อยละ 1.7 (6 คน) การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานของญาติสายตรง พบว่าส่วนใหญ่มีญาติสายตรงเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 71.7 (251 คน) ภาวะโภชนาการ ส่วนใหญ่มีภาวะอ้วน ($BMI \geq 25.0 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 59.7 (209 คน) รองลงมา ภาวะน้ำหนักเกิน ($BMI = 23.0-24.9 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 21.4 (175 คน) น้อยที่สุดผอม ($BMI < 18.5 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 0.6 (2 คน)

ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ

ระดับการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.2 (214 คน) การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่สามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานจากเพื่อนญาติ หรือเพื่อนบ้าน ฯลฯ ร้อยละ 56.3 (197 คน) ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานมากที่สุดอยู่ในระดับต่ำ

ร้อยละ 49.7 (174 คน) ส่วนใหญ่การรับประทานอาหารหวานเป็นประจำ เช่น ขนมหวาน ไอศกรีม ขนมเค้ก ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ฯลฯ ร้อยละ 77.1 (270 คน) ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานมากที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.4 (264 คน) ส่วนใหญ่เข้าใจว่าการดื่มน้ำอัดลม หรือน้ำหวานเป็นประจำทำให้เสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน ฯลฯ ร้อยละ 64.6 (226 คน) การตัดสินใจในการป้องกันโรคเบาหวาน มากที่สุดในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.4 (229 คน) ส่วนใหญ่ท่านตัดสินใจว่าข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานที่ได้รับจาก ทีมสุขภาพ เช่น แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฯลฯ น่าเชื่อถือ ร้อยละ 66.0 (231 คน) การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน มากที่สุดระดับปานกลาง ร้อยละ 60.6 (212 คน) ส่วนใหญ่รับประทาน ผัก เป็นประจำ ฯลฯ ร้อยละ 59.7 (209 คน)

ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ

การรับประทานอาหารกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีระดับการรับประทานอาหารมากที่สุดในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.6 (254 คน) ส่วนใหญ่รับประทานผัก ฯลฯ ร้อยละ 58.5 (250 คน) การออกกำลังกาย ส่วนใหญ่มีระดับการออกกำลังกายมากที่สุดในระดับสูง ร้อยละ 53.1 (186 คน) ส่วนใหญ่ออกกำลังกายจนเหงื่อออก หรือหัวใจเต้นเร็ว ร้อยละ 70.3 (246 คน) การจัดการความเครียดส่วนใหญ่มีระดับการจัดการความเครียดมากที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.6 (205 คน) ส่วนใหญ่มักจะผ่อนคลายตนเองด้วยวิธีการอ่านหนังสือ ดูหนัง ฟังเพลง ฯลฯ ร้อยละ 95.4 (334 คน) การสูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีการสูบบุหรี่มากที่สุดอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 41.7 (146 คน) พบว่าส่วนใหญ่เมื่อท่านรู้สึกเบื่อ หรือมีความเครียดมักจะสูบบุหรี่ ร้อยละ 33.9 (43 คน) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.9 (136 คน) ส่วนใหญ่เมื่อมีเทศกาลต่าง ๆ เช่น วันสงกรานต์ ท่านมักจะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 32.4 (58 คน)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยง

โรคเบาหวานที่มีอายุ 35-59 ปี เทศบาลเมืองนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

วิเคราะห์การวัดตัวแปร โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของตัวแปรอื่น การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ ≥ 45 ปี มีโอกาสที่จะควบคุมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานได้ เป็น 4.84 เท่าของกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ < 45 ปี ($p\text{-value} = 0.001$) กลุ่มเสี่ยงที่มีระดับการศึกษานอกระบบไป มีโอกาสที่จะควบคุมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานได้น้อยกว่ากลุ่มต่ำกว่าอนุปริญญา ร้อยละ 79 ($p\text{-value} = 0.001$) กลุ่มเสี่ยงที่มีอาชีพ รับราชการ รัฐวิสาหกิจ ธุรกิจส่วนตัว โอกาสที่จะควบคุมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานได้น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ อาชีพเกษตรกร ค้าขาย รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 60 ($p\text{-value} = 0.001$) และกลุ่มเสี่ยงที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน $> 15,000$ บาท มีโอกาสที่จะควบคุมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานได้น้อยกว่ากลุ่มเสี่ยงที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน $\leq 15,000$ บาท ร้อยละ 62 ($p\text{-value} = 0.001$) กลุ่มเสี่ยงที่มีการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานระดับมาก มีโอกาสที่จะควบคุมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานได้น้อยกว่ากลุ่มเสี่ยงที่มีการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานระดับปานกลาง/น้อย ร้อยละ 83 ($p\text{-value} = 0.001$) กลุ่มเสี่ยงที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับมาก มีโอกาสที่จะควบคุมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานได้น้อยกว่ากลุ่มเสี่ยงที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับปานกลาง/น้อย ร้อยละ 66 ($p\text{-value} = 0.001$) กลุ่มเสี่ยงที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานระดับมาก มีโอกาสที่จะควบคุมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานได้ดีกว่ากลุ่มเสี่ยงที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานระดับปานกลาง/น้อย ร้อยละ 90 ($p\text{-value} = 0.001$) กลุ่มเสี่ยงที่มีการตัดสินใจในการป้องกันโรคเบาหวานระดับมาก มีโอกาสที่จะควบคุมพฤติกรรม

สุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานได้น้อยกว่ากลุ่มเสี่ยงที่มีการตัดสินใจในการป้องกันโรคเบาหวานระดับปานกลาง/น้อย ร้อยละ 78 ($p\text{-value} = 0.001$) การจัด การตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานระดับมาก มีโอกาสที่จะควบคุมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานได้น้อยกว่า กลุ่มเสี่ยงที่มีการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานระดับปานกลาง/น้อย ร้อยละ 88 ($p\text{-value} = 0.001$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

การ วิเคราะห์ ปัจจัย ที่มีอิทธิพล กับ ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีอายุ 35-59 ปี

วิเคราะห์การวัดหลายตัวแปร โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Multiple logistic regressions) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีอายุ 35-59 ปี ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีตัวแปรคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โดยใช้สถิติพหุถดถอยโลจิสติก (Multiple Logistic Regression) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายมี โอกาสที่จะควบคุมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานได้ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงเป็น 1.85 (95% CI=1.01-3.37, $p\text{-value} = 0.044$) จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ≥ 45 ปี มีโอกาสที่จะควบคุมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานได้ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ < 45 ปี ($OR_{adj} = 3.30$, 95% CI=1.81-6.03, $p\text{-value} = 0.001$) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษานอกระบบขึ้นไปมีโอกาที่จะควบคุมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานได้น้อยกว่า กลุ่มระดับการศึกษาต่ำกว่าอนุปริญญา ร้อยละ 66 (95% CI = 0.18-0.64, $p\text{-value} = 0.001$) ส่วนปัจจัยด้านอาชีพไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงที่มีความเข้าใจกับปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานอยู่ในระดับมาก มีโอกาสที่จะควบคุมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานได้น้อยกว่ากลุ่มเสี่ยงที่มีความเข้าใจกับปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานอยู่ใน

ระดับ ปานกลาง/น้อย ร้อยละ 78 (95% CI = 0.11-0.51, p-value=0.001) ส่วนปัจจัยด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานไม่พบความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีอายุ 35-59 ปี (n=350คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมสุขภาพ		ขนาดความสัมพันธ์	
	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	OR _{crude} (95% CI)	p-value
เพศ				
หญิง	108(30.8)	44(12.6)	1	
ชาย	157(44.9)	41(11.7)	1.56(0.95-2.54)	0.076
อายุ (ปี)				
< 45	56(16.0)	48(13.7)	1	
≥ 45	209(59.7)	37(10.6)	4.84(2.87-8.14)	0.001
สถานภาพสมรส				
โสด	102(29.1)	31(8.9)	1	
คู่	163(46.6)	54(15.4)	0.91(0.65-1.80)	0.739
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่า อนุปริญญา	155(44.3)	20(5.7)	1	
อนุปริญญาขึ้นไป	110(31.4)	65(18.6)	0.21(0.12-0.36)	0.001
อาชีพ				
ไม่ประกอบอาชีพ/เกษตรกร/ค้าขาย/รับจ้างทั่วไป	159(45.4)	32(9.2)	1	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ธุรกิจส่วนตัว	106(30.3)	53(15.1)	0.40(0.24-0.66)	0.001
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
≤ 15,000 บาท	179(51.1)	38(10.9)	1	
> 15,000 บาท	86(24.6)	47(13.4)	0.38(0.23-0.64)	0.001
เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน				
มี	193(55.1)	58(16.6)	1	
ไม่มี	72(20.6)	27(7.7)	0.80 (0.47-1.36)	0.414

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีอายุ 35-59 ปี (ต่อ)

ตัวแปร	พฤติกรรมสุขภาพ		ขนาดความสัมพันธ์	
	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	OR _{crude} (95% CI)	p-value
ดัชนีมวลกาย (BMI) kg/m ²				
≥ 23	212(60.6)	72(20.6)	1	
< 23	53(15.1)	13(3.7)	1.38 (0.71-2.68)	0.336
การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน				
ปานกลางน้อย	229(65.4)	45(12.9)	1	
มาก	36(10.3)	40(11.4)	0.17 (0.10-0.30)	0.001
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานโรคเบาหวาน				
ปานกลางน้อย	223(63.7)	55(15.7)	1	
มาก	42(12.0)	30(8.6)	0.34 (0.19-0.60)	0.001
ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวาน				
ปานกลางน้อย	239(68.3)	42(12.0)	1	
มาก	26(7.4)	43(12.3)	0.10 (0.05-0.19)	0.001
การตัดสินใจการป้องกันโรคเบาหวาน				
ปานกลางน้อย	213(60.9)	41(11.7)	1	
มาก	52(14.9)	44(12.5)	0.22(0.13-0.38)	0.001
การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน				
ปานกลางน้อย	239(68.3)	45(12.9)	1	
มาก	26(7.4)	40(11.4)	0.12(0.06-0.22)	0.001

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีอายุ 35-59 ปี วิเคราะห์คราวละหลายตัวแปร โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Multiple logistic regressions)

ตัวแปร	พฤติกรรมสุขภาพ				
	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	OR _{crude}	OR _{Adjusted} (95% CI)	p-value
เพศ					
หญิง	108(30.8)	44(12.6)		1	
ชาย	157(44.9)	41(11.7)	1.56	1.85 (1.01-3.37)	0.044
อายุ (ปี)					

ตัวแปร	พฤติกรรมสุขภาพ				
	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	OR _{crude}	OR _{Adjusted} (95% CI)	p-value
< 45	56(16.0)	48(13.7)		1	
≥ 45	209(59.7)	37(10.6)	4.84	3.30(1.81-6.03)	0.001
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่า อนุปริญญา	155(44.3)	20(5.7)		1	
อนุปริญญาขึ้นไป	110(31.4)	65(18.6)	0.21	0.34(0.18-0.64)	0.001
อาชีพ					
ไม่ประกอบอาชีพ/เกษตรกร/ค้าขาย/ รับจ้างทั่วไป	159(45.4)	32(9.2)		1	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ ธุรกิจส่วนตัว	106(30.3)	53(15.1)	0.40	0.62(0.34-1.13)	0.125
การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อ โรคเบาหวาน					
ปานกลางน้อย	229(65.4)	45(12.9)		1	
มาก	36(10.3)	40(11.4)	0.17	0.60(0.28-1.30)	0.201
ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง โรคเบาหวาน					
ปานกลางน้อย	239(68.3)	42(12.0)		1	
มาก	26(7.4)	43(12.3)	0.14	0.24(0.11-0.51)	0.001

**goodness-of-fit Measure = 0.7184

***ปัจจัยที่ควบคุมอิทธิพล (Confounding Factor) ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

อภิปรายผล

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีโอกาที่จะควบคุมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานได้ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงเป็น 1.85 (95% CI=1.01-3.37, p-value=0.044) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีพฤติกรรมมารับบริโภคอาหารมัน เช่น ข้าวขาหมู หมูพะโล้ กุนเชียง หมูกรอบ สอดคล้องกับการศึกษาของ (สำเภา แก้วโบราณ และคณะ, 2559) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานในวัยรุ่นที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมเสี่ยงเกิดโรคเบาหวานมากกว่าเพศชาย

ร้อยละ 62.4 เนื่องจากเพศหญิงมีการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมโดยเพศหญิงมักมีนิสัยการบริโภคอาหารแบบจุกจิกตามใจปาก และเพศหญิงมีการเผาผลาญในร่างกายน้อยกว่าเพศชายร้อยละ 5-10 และพบว่าไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ (อัจฉรา จินดาวัฒนวงศ์ และคณะ, 2555) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ ภาวะโภชนาการ ประวัติมารดาบิดา หรือญาติสายตรงที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2) ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันการป้องกันโรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ≥ 45 ปี มีโอกาสที่จะควบคุมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานได้ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ < 45 ปี เป็น 3.30 เท่า ($OR_{adj}=3.30$, 95% CI=1.81-6.03, p-value=0.001) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ≥ 45 ปี มีความตระหนักในการดูแลตนเองมากขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ < 45 ปี เพราะทราบถึงความเสื่อมของร่างกาย จึงมีความระมัดระวังในการเลือกบริโภคอาหาร มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งต่างจากกลุ่มที่มีอายุ < 45 ปี ที่อาจจะไม่ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลตนเองเท่าที่ควรเนื่องจากไม่ได้รู้สึกถึงความจำเป็นในการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ (บุปผาชาติ ติงาม และคณะ, 2555) ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ของสถานีอนามัยบ้านโพนม่วง อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ พบว่าลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม เช่น อายุมีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษาในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเบาหวาน (p-value=0.001) เช่นเดียวกับ (วรรณิกา พู่เพื่อง, 2562) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR=1.58$, 95%CI=0.41-6.12, p-value=0.005) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษานอกระบบขึ้นไปไม่มีโอกาสที่จะควบคุมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานได้น้อยกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าอนุปริญาหรือต่ำกว่า 66 (95% CI=0.18-0.64, p-value=0.001) สอดคล้องกับ (วรรณิกา พู่เพื่อง, 2562) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR=1.82$, 95% CI=0.88-37.5) ซึ่งพบว่าไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ (ปัทมา สุพรรณกุล และคณะ, 2561) ที่ศึกษาปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 330 คน พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน (p-value=0.649) และผลการศึกษาของ (ภาวิณี แพงสุข และคณะ, 2558) ที่พบว่าปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน คือ การศึกษา(p-value=0.771) สำหรับปัจจัยด้านอาชีพไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานอยู่ในระดับมาก มีโอกาสที่จะควบคุมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานได้น้อยกว่า กลุ่มเสี่ยงที่มีความเข้าใจกับปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานอยู่ในระดับ ปานกลาง/น้อย ร้อยละ 78 (95% CI = 0.11-0.51, p-value=0.001) อาจเป็นไปได้ว่าคนที่มีความเข้าใจในระดับปานกลางอาจมีการเรียนรู้และจดจำไว้ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อม รวมทั้งประสบการณ์ที่มี จนนำไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับ (สมใจ จางวาง และคณะ, 2559) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 142 คน พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน (P-value=0.05, Cramer's v =0.001) รวมถึงสอดคล้องกับการวิจัยของ (จริยา นพเคราะห์ และคณะ, 2563) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 ในระดับกลาง ($R=0.54$) สำหรับปัจจัยด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษารั้งนี้

1.1 โรงพยาบาล ศูนย์แพทย์และศูนย์บริการ

สาธารณสุข และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ ควรเน้นการจัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวาน โดยเฉพาะเรื่องดังนี้ การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานจาก หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคือผู้ที่มีการระดับน้ำตาลในเลือด 100-125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ปริมาณน้ำตาลในผลไม้มากเกินไป การรับประทานอาหารให้ ถูกสุขลักษณะ การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในภาวะปกติสามารถลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน การมีภาวะเครียด ซึมเศร้า มีผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน และในเรื่องความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวาน การดื่มสุรามีผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน การสูบบุหรี่มีผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน

1.2 ควรมีการส่งเสริมเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ที่ถูกต้อง ให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ควบคู่ไปกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมร่วมด้วย โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนในการจัดกิจกรรมหรือโครงการ เพื่อป้องกันการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในอนาคต

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานในรูปแบบการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกของปัจจัยให้เข้ากับบริบทบุคคล และชุมชน

2.2 ควรมีการศึกษาวิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากข้อมูลที่ได้จะสามารถวางแผนการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุจิรา คงสงค์ รองศาสตราจารย์ ดร.จุฬาร ใสระ รองศาสตราจารย์ ดร. พรณิ ปัญชรหัตถกิจ รองศาสตราจารย์ ดร. เบญจา มุกตพันธ์ ดร.สุทิน ชนะบุญ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ และแผนกพยาบาล โรงพยาบาลค่ายศรีพัชรินทร จังหวัดขอนแก่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ช่วยงานวิจัยทุกท่านที่ได้อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. **Diabetes: The cose of Diabetes 2 2018**. URL <http://www.who.int/health-topics/diabetes>. August 1, 2019.
- World Health Organization. **Diabetes definition**. URL <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>. August 5, 2019.
- เขมารัตน์ มาสิงบุญ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**. 27(1): 214-227, 2560.
- จริยา นพเคราะห์ และคณะ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. **พยาบาลสาร**. 47(2): 251-261, 2563.
- บุปผาชาติ ทิงาม และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ของสถานอนามัยบ้านโพม่วง อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**, 5(3): 127-134, 2555.
- ปัทมา สุพรรณกุล และคณะ. ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ประเทศไทย. **Journal of Public Health and Development**, 16(3): 55-65 2561.
- ภาวิณี แพงสุข และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชน ตำบลท่าสว่าง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. **ว.พยาบาลสงขลานครินทร์**. 35(2): 113-128, 2558.
- วรรณิกา พู่ทอง และอมรรัตน์ อนุวัฒน์นันทเขตต์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอคลองหลวง จังหวัดเขียงราย ประเทศไทย. **เขียนรายเวชสาร**, 11(2): 42-51, 2562.
- ศูนย์ข้อมูลสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขขอนแก่น. **ข้อมูลสถิติผู้ป่วยเบาหวาน**. URL [http:// www.kkmuni.city/center/phocadownload /news/scan/ สาธารณสุข%2062/โรคเบาหวาน](http://www.kkmuni.city/center/phocadownload/news/scan/สาธารณสุข%2062/โรคเบาหวาน). สืบค้นเมื่อ 1 กรกฎาคม 2562
- สมใจ จางวาง และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้** 3(1): 110-128, 2559.
- เสถียร แก้วโบราณ และคณะ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกัน โรคเบาหวานในวัยรุ่นที่มีภาวะเสี่ยงต่อ โรคเบาหวานในจังหวัดสมุทรปราการ. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ**. 37(2): 218-227, 2562.
- อัญญา จินดาวัฒน์วงศ์ และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. **รามาริธิพยาบาลสาร**. 18(1): 58-69, 2555.

ผลของโปรแกรมแอโรบิคร่วมกับคีตะมวยไทยและการบริโภคอาหารสำหรับกลุ่มวัยทำงานที่มี
ภาวะน้ำหนักตัวเกิน ตำบลโป่งเปือย อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

THE EFFECT OF AEROBIC KITA MUAY THAI AND DIETARY PROGRAM FOR
OVERWEIGHT IN WORKING AGE, PONG PUEAI SUBDISTRICT,
MUANG BUENGMAN DISTRICT, BUENGMAN PROVINCE.

ปิยะพร เดชบาล¹, นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ²

Piyaporn Dechban, Natnapa Heebkaew Padchasuwan

(Received: July 12, 2020 ; Accepted: August 15, 2020)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมแอโรบิคร่วมกับคีตะมวยไทย และการบริโภคอาหาร สำหรับกลุ่มวัยทำงานที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน ตำบลโป่งเปือย อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 68 คน แบ่งเป็นกลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 34 คน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรม ได้แก่ การบรรยายประกอบสื่อ ชมวีดิทัศน์ อภิปราย ร่วมกัน ฝึกใช้ Application คำนวณพลังงานจากอาหาร และคำนวณดัชนีมวลกาย แบ่งกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกัน มอบคู่มือการออกกำลังกายและ การบริโภคอาหารร่วมกับการออกกำลังกายแอโรบิคร่วมกับคีตะมวยไทย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยได้รับการกระตุ้นจากคู่มือและจากผู้วิจัย ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบข้อมูลความแตกต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบข้อมูลความ แตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านคะแนนการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารสูงกว่า ก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและเส้นรอบ เอว ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และมีค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย หลัง การทดลองลดลง (Mean difference 1.86, 95%CI 1.61 ถึง 2.10, $p\text{-value} < 0.001$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย เพิ่มขึ้น (Mean difference 1.32, 95%CI 0.90 ถึง 1.75, $p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (Mean difference 3.18, 95%CI 2.70 ถึง 3.66, $p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ: ภาวะน้ำหนักตัวเกิน, แอโรบิคร่วมกับคีตะมวยไทย, การบริโภคอาหาร

Abstract

This study was conducted as a quasi-experimental research. The objective of this study was to study the effects of aerobic Kita Muay Thai and dietary program for overweight in working age, Pong pueai subdistrict, Muang buengkan district, Buengkan province. The sample group consisted of 68 people, 34 subjects were randomly assigned to an experimental group and the other 34 to a control group. The experimental group received program are including media lectures, watching videos, discussing together, practicing using an application to calculate energy from food and calculate body mass index, exercise and dietary guides with aerobic exercise and Kita Muay Thai 3 times a week. This was motivated by co-care partners and investigators in 12 weeks study. Data were collected before and after the intervention from both groups by questionnaire. Demographic data were summarized using descriptive statistics. The mean difference data was compared within the group using Paired t-test, and the difference data between the groups was compared using the Independent t-test. Statistical significance was set at $p\text{-value} (p < 0.05)$

The results of the study showed that after the experiment, the experimental group had higher mean scores of exercise and food consumption was significantly than before the program began, and that these scores were higher than those for the control group (p -

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

value<0.05). And after the experiment, mean of BMI and waist circumference was lower than before the experiment and the comparison group (p-value <0.001). In addition, the results of measuring health status after the experiment showed that the experimental group had a lower mean of body fat percentage (Mean difference 1.86, 95%CI 1.61 to 2.10, p-value <0.001), but the comparison group had a higher mean of body fat percentage (Mean difference 1.32, 95% CI 0.90 to 1.75, p-value <0.001). Additionally, the experimental group had lower mean of body fat percentage than the comparison group (Mean difference 3.18, 95% CI 2.70 to 3.66, p-value <0.001).

Keywords: Overweight, Aerobic Kita Muay Thai, Dietary

บทนำ

ประชาชนน้ำหนักเกินเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศ ทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในทุกกลุ่มอายุ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคต่างๆ ได้ง่ายขึ้น โดยเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด⁽¹⁾ ภาวะน้ำหนักเกินเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และโรคเมตาบอลิซึม กลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและของโลก สาเหตุที่สำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย และภาวะน้ำหนักเกินจนเกิดโรคอ้วนลงพุง ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานแบ่งเป็น ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น พันธุกรรม การมีภาวะอ้วนมาแต่กำเนิด โรคจากต่อมไร้ท่อ เป็นต้น และปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ ปัจจัยด้านพฤติกรรม ประกอบด้วยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการปฏิบัติกิจกรรมทางกายที่ไม่เหมาะสม

องค์การอนามัยโลก ได้รายงานเมื่อปี พ.ศ.2559 ว่า มีประชากรวัยทำงาน ทั่วโลกมากกว่า 1.9 พันล้านคน หรือร้อยละ 39 มีน้ำหนักเกิน และอีกกว่า 650 ล้านคน หรือร้อยละ 13 เป็นโรคอ้วน และในปี ค.ศ.1975-2016 ยังพบว่าความชุกของโรคอ้วนในประชากรทั่วโลกเพิ่มขึ้นเกือบสามเท่า ประเทศไทยมีประชากรกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี จำนวน 43.09 ล้านคน เป็นเพศหญิง 21.81 ล้านคน และเพศชาย 20.28 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 65 ของประชากรทั้งหมด⁽²⁾ จากการวิเคราะห์สถานการณ์ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนในปี พ.ศ.2550-2559 พบว่า

อัตราความชุกของโรคอ้วนในประเทศไทย ในกลุ่มอายุ 40-49 ปี มีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.1 เป็นร้อยละ 40.2 รองลงมา คือกลุ่มอายุ 20-29 ปี จากร้อยละ 2.90 เป็นร้อยละ 20.40 และกลุ่มอายุ 30-39 ปี จากร้อยละ 13.23 เป็นร้อยละ 21.02 และเมื่อวิเคราะห์รายปี พ.ศ.2559-2562 พบว่าประชาชนวัยทำงานมีความชุกของภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นทุกปี อยู่ที่ร้อยละ 32.52, 32.84, 32.94 และ 33.62 ตามลำดับจังหวัดบึงกาฬ มีสถานการณ์ด้านสุขภาพและแนวโน้มของปัญหาไม่แตกต่างกับสถานการณ์ของประเทศ หากจะพิจารณาสภาวะอ้วนลงพุงในกลุ่มวัยทำงานจากปี พ.ศ.2560-2562 พบว่า จังหวัดบึงกาฬ มีความชุกภาวะอ้วนลงพุง อยู่ที่ร้อยละ 26.92, 25.05 และ 23.74 ตามลำดับ แม้ว่าจะมีแนวโน้มที่ลดลง แต่เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลรายอำเภอและตำบล พบว่ามีตำบลที่มีอัตราความชุกภาวะอ้วนลงพุงอยู่ในช่วงที่เกินเกณฑ์มาตรฐาน โดยอำเภอเมืองบึงกาฬ มีอัตราความชุกภาวะอ้วนลงพุง จากปี 2560-2562 อยู่ที่ร้อยละ 21.32, 15.57 และ 12.83 ตามลำดับ ซึ่งแม้ความชุกภาวะอ้วนลงพุงของอำเภอเมืองบึงกาฬจะมีแนวโน้มลดลงแต่เมื่อมีการวิเคราะห์อัตราความชุกภาวะอ้วนลงพุงรายตำบล พบว่าตำบลโป่งเปือยมีอัตราความชุกภาวะอ้วนลงพุงสูงที่สุดในอำเภอเมืองบึงกาฬ และสูงมากกว่าค่าเฉลี่ยของอำเภอ โดยจากปี พ.ศ.2560-2562 คิดเป็นร้อยละ 16.11 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 34.05 และร้อยละ 38.43 ตามลำดับ หากจะมองไปถึงอนาคต ประชากรกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภัยสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งนับวันจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽³⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การควบคุมระดับน้ำหนักตัวในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินเพื่อให้

มีน้ำหนักและเส้นรอบเอวลดลงนั้น ปัจจัยสำคัญคือการควบคุมการบริโภคอาหารและเพิ่มการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย⁽⁴⁾ และการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ใน โปรแกรมสุขภาพ ผลของโปรแกรมสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้จริงโดยมีเส้นรอบเอวที่ลดลง และมีความรู้ความเข้าใจด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม⁽⁵⁾

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญและความจำเป็นที่จะต้องพัฒนากระบวนการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนวัยทำงานเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับช่วงวัย จึงนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาผลของโปรแกรมการเดินแอโรบิคร่วมกับคีตะมวยไทยและการบริโภคอาหารสำหรับกลุ่มวัยทำงานที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน ตำบลโป่งเปือย อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ เพื่อเป็นการส่งเสริมพฤติกรรม ลดปัญหาภาวะน้ำหนักตัวเกิน รวมถึงมีการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมแอโรบิคร่วมกับคีตะมวยไทยและการบริโภคอาหารสำหรับกลุ่มวัยทำงานที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน ตำบลโป่งเปือย อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลตามตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม (Two-group pretest-posttest design)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 30-49 ปี มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23.0-24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร เพศชายมีเส้นรอบเอวมมากกว่า 90 เซนติเมตร และเพศหญิงมีเส้นรอบเอวมมากกว่า 80 เซนติเมตร ไม่อยู่ในภาวะตั้งครรภ์ มีการใช้โทรศัพท์แบบสมาร์ทโฟน และยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมจนสิ้นสุดกิจกรรม หากมีปัญหาสุขภาพ หรือป่วยด้วยโรคอื่นๆ ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ได้แก่ ข้อเข่าเสื่อม โรคความดันโลหิตสูง ลมชัก โรคหัวใจ โรคเกาต์จะคัดออกจากการศึกษา คัดเลือกพื้นที่ตามวิธีการสุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองอาศัยอยู่ในตำบลตำบลโป่งเปือย จำนวน 34 คน และกลุ่มเปรียบเทียบอาศัยอยู่ในตำบลตำบลชัยพร จำนวน 34 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือใช้ในการทดลอง

1. โปรแกรมแอโรบิคร่วมกับคีตะมวยไทยและการบริโภคอาหารสำหรับกลุ่มวัยทำงานที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน ประกอบด้วย
2. เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่องการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารเพื่อลดภาวะน้ำหนักเกิน โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น
3. คู่มือการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย รูปภาพท่าเดินแอโรบิค รูปภาพท่าคีตะมวยไทย 10 ท่า หลักการบริโภคอาหารที่ถูกหลัก และหลักการบริโภคอาหารเพื่อลดภาวะน้ำหนักตัวเกิน
4. แอปพลิเคชัน “ไดอารี่น้ำหนักและเครื่องคิดเลข BMI-WeightFit” สร้างโดย Appovo และแอปพลิเคชัน “แคลอรี ไดอารี่” สร้างโดย DIMO
5. วิดีทัศน์สาธิตการออกกำลังกายแอโรบิคร่วมกับคีตะมวยไทย ระยะเวลา 50 นาที สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย อ้างอิงมาจากของกรมอนามัย

6. วิดีทัศน์ตัวอย่างโรคอ้วน ชื่อ “ท้าวอ้วนวะ โรคอ้วนลงพุง” สร้างโดย ThaiHealthMedia (สสส.) ความยาว 7.13 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกการออกกำลังกาย เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อให้กลุ่มทดลองได้บันทึกวัน และเวลาในการออกกำลังกายของตนเอง

2. แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อใช้ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ประกอบด้วย 7 ส่วน จำนวน 69 ข้อ

3. เครื่องวัดเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายแบบ BIA ยี่ห้อ TANITA รุ่น BC-730 ซึ่งเป็นเครื่องวัดเปอร์เซ็นต์ไขมันแบบขึ้นไปยืนคล้ายการชั่งน้ำหนัก

ขั้นตอนการวิจัย

การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการเดินแอโรบิค ร่วมกับกิจกรรมมวยไทยและการบริโภคอาหารสำหรับกลุ่มวัยทำงานที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน ดำเนินไปเป็นรอบๆ เมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารเพื่อลดภาวะน้ำหนักตัวเกิน ประกอบด้วย การบรรยายประกอบพาวเวอร์พอยต์ เพื่อให้ความรู้ โดยให้กลุ่มทดลองได้มีการอภิปรายร่วมกันกับผู้วิจัย มอบคู่มือการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร ฝึกคำนวณพลังงานจากอาหารที่ได้รับประทานเข้าไปในแต่ละวัน โดยการฝึกใช้แอปพลิเคชันและการบันทึก การฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายร่วมกัน และสรุปบทเรียน หลังจากนั้นนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักตัวเกิน ประกอบด้วย การบรรยายประกอบพาวเวอร์พอยต์เพื่อเป็นการเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยง โดยให้กลุ่มทดลองได้มีการอภิปรายร่วมกันกับผู้วิจัย การฝึกใช้ Application คำนวณดัชนีมวลกาย (BMI) การฝึกวิเคราะห์โอกาสเสี่ยงของภาวะน้ำหนักตัวเกิน การฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายร่วมกัน และสรุปบทเรียน หลังจากนั้นนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักตัวเกิน ประกอบด้วย การบรรยายประกอบพาวเวอร์พอยต์ โดยให้กลุ่มทดลองได้มีการอภิปรายร่วมกันกับผู้วิจัย และการให้ดูวีดิทัศน์และแจกซีดี ตัวอย่างโรคอ้วน การฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายร่วมกัน และสรุปบทเรียน หลังจากนั้นนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมสร้างการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการลดภาวะน้ำหนักตัวเกิน ประกอบด้วย การบรรยายประกอบพาวเวอร์พอยต์และอภิปรายร่วมกันกับผู้วิจัย เกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันภาวะน้ำหนักตัวเกิน การแบ่งกลุ่มเพื่อวางแผนการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักตัวเกิน นำเสนอเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน การฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายร่วมกัน และสรุปบทเรียน หลังจากนั้นนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 3, 5, 7, 9 และ 11 กิจกรรมแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การแสดงถึงความห่วงใย การกระตุ้นเตือน การให้กำลังใจ ทั้งจากผู้วิจัยและคู่หูดูแลกัน ผู้วิจัยให้ข้อมูลป้อนกลับ (ข้อมูลน้ำหนักตัว) ให้คำแนะนำในการออกกำลังกาย และให้คำปรึกษาสำหรับกลุ่มทดลองที่มีปัญหาหรือปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมติดตามผลการปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักของสมาชิก ประกอบด้วย การติดตามผลการปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักของสมาชิกกลุ่ม รวมทั้งร่วมกันตรวจประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดเส้นรอบเอว คำนวณค่าดัชนีมวลกาย และวัดเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ทบทวนความรู้ทั้งหมด ซักถามข้อสงสัยและตอบคำถามเพิ่มเติม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติตัว ในการลดภาวะน้ำหนักตัวเกิน รวมถึงผลจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดน้ำหนัก ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบระหว่างเข้าร่วมโครงการ และสิ่งที่กลุ่มทดลองจะนำไปปฏิบัติตัวต่อไป มอบรางวัลให้กับผู้ที่ปฏิบัติตัวในการลดภาวะน้ำหนักเกิน ได้ดี 5 ลำดับแรก ร่วมกันสรุปการทำกิจกรรม และทำกิจกรรมค้ำประกันสัญญา

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา บรรยายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าต่ำสุด-สูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติอนุมาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญในการทดสอบที่ระดับ 0.05 และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญในการทดสอบที่ระดับ 0.05 กำหนดช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95%CI)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE632054 ณ วันที่ 7 พฤษภาคม 2563

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.12 กลุ่มอายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 67.55 อายุเฉลี่ย 41.26 ปี (S.D. = 2.76) น้ำหนักเฉลี่ย 58.15 กิโลกรัม (S.D. = 4.79) ส่วนสูงเฉลี่ย 154.71 เซนติเมตร (S.D. = 6.85) รอบเอวเฉลี่ย 85.91 เซนติเมตร (S.D. = 4.37) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.26 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (S.D. = 0.50) เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายเฉลี่ยเท่ากับ 34.09 (S.D. = 5.01) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 85.29 การศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.82 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อย

ละ 88.24 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 8,000 บาท ร้อยละ 85.29 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.59

กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.47 กลุ่มอายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 52.94 อายุเฉลี่ย 38.62 ปี (S.D. = 4.28) น้ำหนักเฉลี่ย 60.18 กิโลกรัม (S.D. = 3.76) ส่วนสูงเฉลี่ย 157.62 เซนติเมตร (S.D. = 4.47) รอบเอวเฉลี่ย 86.94 เซนติเมตร (S.D. = 3.89) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.20 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (S.D. = 0.66) เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายเฉลี่ย 32.69 (S.D. = 3.72) สถานภาพสมรส ร้อยละ 76.47 ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 50 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70.59 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 8,000 บาท ร้อยละ 76.47 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.94

ผลการทดลอง

ภายในกลุ่มหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักตัวเกิน การรับรู้ประโยชน์ของการลดความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักตัวเกิน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะน้ำหนักตัวเกิน การปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ยกเว้นการรับรู้อุปสรรคของการลดความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักตัวเกิน มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.098$) และพบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักรั่วเกิน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการลดความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักรั่วเกิน การปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (n=34)

ค่าเฉลี่ยของคะแนน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean Difference	95%CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ความรู้	10.41	2.18	12.15	1.40	1.74	1.07 ถึง 2.40	<0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	19.21	4.28	21.18	2.96	1.97	0.69 ถึง 3.25	0.004
การรับรู้ความรุนแรง	18.74	2.99	21.76	1.62	3.03	1.94 ถึง 4.12	<0.001
การรับรู้ประโยชน์	25.76	5.19	29.41	2.30	3.65	1.77 ถึง 5.52	<0.001
การรับรู้อุปสรรค	23.68	3.29	24.65	3.37	0.97	-0.19 ถึง 2.13	0.098
การปฏิบัติตัว	47.59	5.12	49.97	5.02	2.38	0.32 ถึง 4.45	0.025

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักรั่วเกิน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการลดความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักรั่วเกิน การปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (n=34) (ต่อ)

ค่าเฉลี่ยของคะแนน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean Difference	95%CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ดัชนีมวลกาย	24.26	0.50	23.33	0.71	0.93	0.77 ถึง 1.09	<0.001
เส้นรอบเอว	85.91	4.37	83.65	3.80	2.26	1.75 ถึง 2.78	<0.001
เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย	34.09	5.01	32.23	4.68	1.86	1.61 ถึง 2.10	<0.001

ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักรั่วเกิน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการลดความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักรั่วเกิน การปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p-value > 0.05)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักรั่วเกิน การรับรู้ประโยชน์ของการลดความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักรั่วเกิน และการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะน้ำหนักรั่วเกิน สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ยกเว้นการรับรู้อุปสรรค

ของการลดความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักตัวเกิน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.288$) และพบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.095$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักตัวเกิน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการลดความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักตัวเกิน การปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ($n=34$)

ค่าเฉลี่ยคะแนน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean Difference	95%CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ความรู้							
ก่อนการทดลอง	10.41	2.18	10.12	3.18	0.29	-1.02 ถึง 1.61	0.658
หลังการทดลอง	12.15	1.40	9.94	2.62	2.21	1.19 ถึง 3.22	<0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยง							
ก่อนการทดลอง	19.21	4.28	19.53	3.12	0.32	-2.14 ถึง 1.49	0.723
หลังการทดลอง	21.18	2.96	19.47	2.63	1.71	0.35 ถึง 3.06	0.015
การรับรู้ความรุนแรง							
ก่อนการทดลอง	18.74	2.99	18.59	3.19	0.15	-1.35 ถึง 1.64	0.845
หลังการทดลอง	21.76	1.62	18.35	2.66	3.41	2.35 ถึง 4.48	<0.001
การรับรู้ประโยชน์							
ก่อนการทดลอง	25.76	5.19	25.53	3.89	0.24	-1.99 ถึง 2.46	0.833
หลังการทดลอง	29.41	2.30	25.68	4.24	3.74	2.08 ถึง 5.39	<0.001
การรับรู้อุปสรรค							
ก่อนการทดลอง	23.68	3.29	23.97	4.12	0.29	-1.51 ถึง 2.10	0.746
หลังการทดลอง	24.65	3.37	23.74	3.65	0.91	-0.79 ถึง 2.61	0.288
การปฏิบัติตัว							
ก่อนการทดลอง	47.59	5.12	45.94	6.29	1.65	-1.13 ถึง 4.42	0.240
หลังการทดลอง	49.97	5.02	45.24	5.83	4.74	2.10 ถึง 7.37	<0.001
ดัชนีมวลกาย							
ก่อนการทดลอง	24.26	0.50	24.20	0.66	0.06	-0.22 ถึง 0.35	0.673
หลังการทดลอง	23.33	0.71	24.42	0.83	1.09	0.72 ถึง 1.47	<0.001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักร่างกายเกิน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการลดความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักร่างกายเกิน การปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n=34) (ต่อ)

ค่าเฉลี่ยคะแนน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean Difference	95%CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
เส้นรอบเอว							
ก่อนการทดลอง	85.91	4.37	86.94	3.89	1.03	-0.97 ถึง 3.03	0.309
หลังการทดลอง	83.65	3.80	87.32	4.18	3.68	1.74 ถึง 5.61	<0.001
เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย							
ก่อนการทดลอง	34.09	5.01	32.69	3.72	1.40	-0.74 ถึง 3.53	0.196
หลังการทดลอง	32.23	4.68	34.01	3.97	1.78	-0.32 ถึง 3.88	0.095

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผล

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักร่างกายเกิน การรับรู้ประโยชน์ของการลดความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักร่างกายเกิน สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะน้ำหนักร่างกายเกิน การปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ยกเว้นการรับรู้อุปสรรคของการลดความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักร่างกายเกินมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.098) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.288) และพบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) มีค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันใน

ร่างกายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) แต่ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.095)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารเพื่อลดภาวะน้ำหนักร่างกายเกิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะน้ำหนักร่างกายเกิน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักร่างกายเกิน การรับรู้ประโยชน์ของการลดความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักร่างกายเกิน และการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เกิดจากการที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเดินแอโรบิค ร่วมกับคีตะมวยไทยและการบริโภคอาหารสำหรับกลุ่มวัยทำงานที่มีภาวะน้ำหนักร่างกายเกิน ซึ่งประกอบด้วย การบรรยายประกอบพาวเวอร์พอยต์เพื่อให้ความรู้ทั้งในด้านของความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร เพื่อลดภาวะน้ำหนักร่างกายเกิน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้

ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักตัวเกิน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการลดความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักตัวเกิน การฝึกใช้ Application คำนวณดัชนีมวลกาย (BMI) และการฝึกวิเคราะห์โอกาสเสี่ยงของภาวะน้ำหนักตัวเกิน การให้คู่มือทัศนและแจกซีดี ตัวอย่างโรคอ้วน ความรุนแรงของโรคอ้วน กิจกรรมแบ่งกลุ่มวางแผน ปฏิบัติในการลดภาวะน้ำหนักตัวเกิน ฝึกวางแผนในการลดอุปสรรคฯ โดยให้กลุ่มทดลองได้มีการอภิปรายร่วมกันกับผู้วิจัย การมอบคู่มือการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร ที่ประกอบด้วย รูปภาพท่าเดินแอโรบิก รูปภาพท่าคิตะมวยไทย 10 ท่า หลักการบริโภคอาหารที่ถูกหลัก และหลักการบริโภคอาหารเพื่อลดภาวะน้ำหนักตัวเกิน เพื่อให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้เพิ่มเติมเมื่ออยู่บ้าน การฝึกคำนวณพลังงานจากอาหารที่รับประทานเข้าไปในแต่ละวัน โดยการฝึกใช้แอปพลิเคชันและการบันทึก และการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย แจกแผ่นซีดีวีดีทัศนการออกกำลังกาย พร้อมทั้งบันทึกการออกกำลังกาย รวมทั้งการให้แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การแสดงถึงความห่วงใย การกระตุ้นเตือน การให้กำลังใจ ทั้งจากผู้วิจัยและคู่หูดูแลกัน ผู้วิจัยให้ข้อมูลป้อนกลับ คือ ข้อมูลน้ำหนักตัว ให้คำแนะนำในการออกกำลังกาย และให้คำปรึกษา สำหรับกลุ่มทดลองที่มีปัญหาหรือปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง และการสนับสนุนของรางวัล ส่งผลให้ให้กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ด้านต่างๆ และการปฏิบัติตัวที่ดีขึ้น ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการลดความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักตัวเกิน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการลดความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักตัวเกินสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.098$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.288$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เกิดจากแต่ละบุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน โดยในกิจกรรมสร้างการรับรู้อุปสรรคของการลดความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักตัวเกิน ประกอบด้วย การบรรยายประกอบภาพเวอร์พอยต์ เพื่อให้กลุ่มทดลองได้รับรู้อุปสรรคที่แท้จริงของการลดความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักตัวเกิน และ

แบ่งกลุ่มฝึกวางแผนในการลดอุปสรรคฯ โดยให้กลุ่มทดลองได้มีการอภิปรายร่วมกันกับผู้วิจัย ซึ่งอาจทำให้ยากต่อการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล รวมถึงแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบมีตัวเลือกให้เลือกตอบหลายข้อ และมีข้อคำถามที่ยาว จึงทำให้กลุ่มทดลองต้องใช้สมาธิ และใช้เวลาในการอ่านนาน แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการลดความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักตัวเกิน พบว่า หลังการทดลอง มีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 0.97 คะแนน และกลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 0.91 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.095$) เกิดจากการที่กลุ่มทดลองมีการควบคุมพลังงานที่ได้รับจากอาหารในแต่ละวันให้เหมาะสม และมีการออกกำลังกายแบบแอโรบิกร่วมกับคิตะมวยไทยเป็นประจำ ซึ่งเป็นการเพิ่มอัตราการเผาผลาญไขมันเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของพัสดราภรณ์ เข้มเม่น และจุริรา ดวงสงค์⁽⁶⁾ ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมน้ำหนักของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของโรคอ้วน และการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของสรายุทธ มงคล, พัสวี ห่านสุวรรณากร, สุวัจน์ มิคผล และกมลชนก ศิวะกฤษณะกุล⁽⁷⁾ ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการ

ออกกำลังกายเจ็ดนาทีก่อนอาหารเช้าไขมันในร่างกายน คนอ้วนเพศหญิง พบว่าหลังการออกกำลังกาย มีค่าดัชนี มวลกาย เส้นรอบเอว และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายน ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. จากการศึกษา ทำให้เกิดผลดีต่อกลุ่มทดลองที่ใช้ในการศึกษา ทั้งในด้านการเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักตัวเกิน การรับรู้ ประโยชน์ของการลดความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักตัวเกิน เพิ่มขึ้นแล้ว ยังส่งผลให้มีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายนที่ลดลงด้วย จึงควรมีการ ขยายผลโดยการนำโปรแกรมไปใช้ในพื้นที่อื่นๆที่มี บริบทใกล้เคียงกัน

2. การจัดกิจกรรมในส่วนของการสร้างการรับรู้ อุปสรรคของการลดความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักตัวเกิน ซึ่งเป็นด้านที่เป็นจุดอ่อนเล็กน้อยของการศึกษา ดังนั้น ควรมี การจัดกิจกรรมที่เน้นให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มทดลองได้มีการ ระดมสมอง ฝึกคิดร่วมกัน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เช่น กิจกรรมการแบ่งกลุ่มระดมสมองเพื่อวิเคราะห์หา อุปสรรคของการลดความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักตัวเกิน พร้อมทั้งร่วมกันเสนอแผนการปฏิบัติตัวในการป้องกัน ภาวะน้ำหนักตัวเกิน กิจกรรมการยกตัวอย่างกรณีศึกษา แล้วให้กลุ่มทดลองได้วิเคราะห์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาและพัฒนารูปแบบการออก กำลังกายที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น และให้มีความเหมาะสม ตามช่วงอายุ เพื่อให้เกิดความน่าสนใจมากยิ่งขึ้น

2. การศึกษาในครั้งต่อไปควรใช้ระยะเวลาใน การศึกษาเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เห็นผลการเปลี่ยนแปลงของ ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และเปอร์เซ็นต์ไขมันใน ร่างกายได้อย่างชัดเจนมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาที่เน้นการแนะนำการบริโภค อาหารมากยิ่งขึ้น เนื่องจากการบริโภคอาหารจะส่งผลต่อ เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายนได้มาก รวมทั้งยังส่งผลต่อ น้ำหนักตัวด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ดร.นาฏนภา หีบแก้ว บัณฑิตสาวรณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รอง ศาสตราจารย์ ดร.พรณี บุญชรหัตถกิจ และ ดร.สุทิน ชนะ บุญ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์ประจำสาขาวิชา สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ และคณาจารย์คณะ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งเปือย และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยพร รวมถึงผู้เข้าร่วม การศึกษาทุกท่านที่มีส่วนร่วมทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ท้ายที่สุด ขอขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ให้โอกาส ในการศึกษานี้ คอยสนับสนุนทุนการศึกษา และเป็น กำลังใจที่ดีเสมอมา ผลอันใดที่เป็นประโยชน์ความดีทั้ง ปวงที่เกิดขึ้นจากการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ขอมอบแด่บิดา มารดา คณาจารย์ รวมถึงทุกคนที่คอยให้กำลังใจ และให้ การสนับสนุนเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. **Obesity and overweight (Fact sheet on obesity and overweight Updated February 2018)**. URL <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. August 20, 2019.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ**. URL <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>. สืบค้นเมื่อ 18 สิงหาคม 2562

- 3.กระทรวงสาธารณสุข. **Health Data Center**. URL https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=kpi/kpi.php&cat_id=46522b5bd1e06d24a5bd81917257a93c&id=a75e43f7e044704ec9a993266d3f6704. สืบค้นเมื่อ 18 สิงหาคม 2562
- 4.นฤมล เพิ่มพูน และคณะ. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของพนักงานในสถานประกอบการที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน. **Rama Nurs.** 22(2) : 177-191, 2559.
- 5.พลอยณณารินทร์ ราวีนิจ และอดิศักดิ์ สัตย์ธรรม. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในประชากรตำบลชะแมบ อำเภอลำดวน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. **วารสารวิชาการ สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย (วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)**. 5(2) : 33-47, 2558.
- 6.พัศตราภรณ์ แยมม่น และรุจิรา ดวงสงค์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมน้ำหนักของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. **วารสารวิจัย มข.** 12(1) : 57-67, 2555.
- 7.สรายุทธ มงคล และคณะ. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเจ็ดนาที่ต่อเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายในคนอ้วนเพศหญิง. **ตรีนครินทร์เวชสาร.** 34(1) : 75-82, 2562.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้ทริปปี้ลเอสร่วมกับคิตมวยไทย ในการควบคุมน้ำหนักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จังหวัดมหาสารคาม

Effects of Health Literacy Promotion Program by “Triple S” (Scan, Slim and Smart) and Keta Thai boxing for Weight Control among Village Health Volunteers, Maha Sarakham Province.

สุภาวดี รัตรองใต้¹, พรรณี บัญชรหัตถกิจ²

Supawadee Ratrongtai, Pannee Banchonhattakit

(Received: July 8, 2020 ; Accepted: August 16, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้โปรแกรมทริปปี้ลเอสร่วมกับคิตมวยไทย ในการควบคุมน้ำหนักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 32 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนักที่ประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพกับแรงสนับสนุนทางสังคมและโปรแกรมทริปปี้ลเอสร่วมกับคิตมวยไทย ประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้ประกอบ การสอนและการสาธิตการประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันสมาร์ตโฟนเพื่อปฏิบัติการประเมินภาวะโภชนาการตนเอง คำนวณพลังงาน กิจกรรมกลุ่ม อภิปรายกลุ่ม รวมถึงการใช้กลุ่ม LINE เพื่อการติดต่อสื่อสาร แบ่งปันข้อมูลข่าวสาร มอบหมายไปงานและส่งการบ้าน ใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับบริการสาธารณสุขปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างเชิงอนุมาณด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมารับประทานอาหารและออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนักสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณไขมันในร่างกายต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.035$) ส่วนรอบเอวหลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

คำสำคัญ: การควบคุมน้ำหนัก, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

A quasi-experimental study aimed to investigate effects of Health Literacy by “Triple S Program” (Scan, Slim and Smart) and Keta Thai boxing for Weight Control among Village Health Volunteers, Maha Sarakham Province. Volunteers were 64 village health volunteers, divided into two groups; as an experimental group and a comparison group with 32 participants per group. The experimental group received the food control and exercise behavior modification program with health literacy by “Triple S” (Scan, Slim and Smart) and keta thai boxing for weight control, a program was implemented with many activities such as lectures, demonstration using smartphone applications for daily calorie controlled, group process, discussion, social media were used such as LINE group chat for communication and assignment in homework during 12 weeks. The comparison group participated in regular service. Data were collected before and after the interventions by questionnaires

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

and analyzed by descriptive statistics for general characteristics. Inferential statistics, paired-t test and independent-t test were applied by testing specific objectives. Statistical significance was set at $p\text{-value} < 0.05$.

The results showed that after interventions, the experimental group had higher mean score of health literacy for obesity prevention than those before intervention and higher than the comparison group statistical significance ($p\text{-value} < 0.001$). The mean scores of food consumption and exercise behaviors for obesity prevention had higher than those before interventions and higher than the comparison group statistical significance ($p\text{-value} < 0.001$). After interventions, the experimental group had lower mean score of body fat percentage than those before interventions and lower than the comparison group ($p\text{-value} < 0.001$). The experimental group had lower mean score of body mass index than before intervention and lower than the comparison group statistical significance ($p\text{-value} = 0.035$). The waist after interventions, the experimental group and the comparison group was different not statistical significance ($p\text{-value} > 0.05$).

Keywords: Weight Control, Health Literacy2, Health Volunteers3

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยองค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า โรคอ้วนทั่วโลกเพิ่มขึ้นเกือบสามเท่าตั้งแต่ พ.ศ.2518 ซึ่งใน พ.ศ. 2559 มีผู้ใหญ่ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมากกว่า 1,900 ล้านคน และเป็นโรคอ้วนมากกว่า 650 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 39 ของผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไปมีน้ำหนักเกิน และร้อยละ 13 เป็นโรคอ้วน ซึ่งคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมีส่วนทำให้เสียชีวิตได้มากกว่าคนที่มีความน้ำหนักตัวน้อย⁽¹⁾

ในประเทศไทยจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งล่าสุด ในปี 2557 พบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 23.6 กก./ตร.เมตรในผู้ชาย และ 24.6 กก./ตร.เมตรในผู้หญิง โดยเพิ่มขึ้นจากครั้งก่อนเล็กน้อย แต่หากพิจารณาเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 สิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปคือ ในกลุ่มอายุที่มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นตามอายุจนมีค่าสูงสุด อยู่ในกลุ่มอายุ 30-59 ปี จากเดิมอยู่ในกลุ่มอายุ 45-49 ปี จึงทำให้ทราบว่าคนไทยเริ่มมีภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนในกลุ่มอายุที่น้อยลง ด้วยวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ลักษณะการทำงานที่ใช้แรงงานน้อยลง รวมถึงการเดินทางคมนาคมติดต่อสื่อสารที่สะดวกสบายกว่าเดิม ทำให้คนไทยโดยเฉพาะในสังคมเมือง มีการเคลื่อนไหวร่างกายและมีกิจกรรมทางกายที่ลดลง ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และมะเร็ง⁽²⁾ ข้อมูลภาวะ

น้ำหนักเกินและโรคอ้วนของคนไทยเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดกาฬสินธุ์ ข้อมูลปี 2557-2561 พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความชุกของภาวะอ้วน ($BMI \geq 25$ กก/ตร.เมตร หรือภาวะอ้วนลงพุง(รอบเอวเกิน ชาย 90 ซม. หญิง 80 ซม.) ร้อยละ 23.82, 27.67, 28.85, 28.46 และ 28.10 ตามลำดับ และข้อมูลในปีงบประมาณ 2562 พบว่าจังหวัดมหาสารคามประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความชุกของภาวะอ้วน($BMI \geq 25$ กก/ตร.เมตร หรือภาวะอ้วนลงพุง(รอบเอวเกิน ชาย 90 ซม. หญิง 80 ซม.) ร้อยละ 28.01 ซึ่งมีอัตราสูงเป็นอันดับที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดในเขตสุขภาพเดียวกัน และเมื่อพิจารณาข้อมูลความชุกและอัตราการตายของโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง พบว่าจังหวัดมหาสารคามมีประชากรทั้งหมด 688,676 คน แบ่งเป็นเพศชาย 329,041 คน เพศหญิง 359,635 คน ซึ่งมีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความชุกของภาวะอ้วน($BMI \geq 25$ กก/ตร.เมตร หรือภาวะอ้วนลงพุง(รอบเอวเกิน ชาย 90 ซม. หญิง 80 ซม.) คิดเป็นร้อยละ 28.03 และพบว่าอัตราตายโรคหลอดเลือดหัวใจ 157 คน หรือคิดเป็น 22.21 ต่อแสนประชากร และยังพบว่าประชากรมีอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิต 6,826.63 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวาน 5,600.55 ต่อแสนประชากร⁽³⁾

จากการสำรวจเบื้องต้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 176 คน พบว่ามีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) มากกว่า 23 กก./ตร.เมตรขึ้นไป จำนวน 85 คน คิดเป็น

ร้อยละ 48.29 อยู่ในช่วงอายุ 30 – 55 ปี จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 75.29⁽⁴⁾ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน พ.ศ.2553-2562 ที่มีเป้าหมายให้ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน น้อยกว่าร้อยละ 25⁽⁵⁾ จึงหาแนวทางในการแก้ไขปัญหานี้ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีภาวะโภชนาการเป็นปกติ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังลดลง จากที่ผ่านมารองพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงได้จัดทำโครงการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ออกกำลังกาย ซึ่งผลการดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่บรรลุเป้าประสงค์ แต่กลับมีแนวโน้มของปัญหาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อาจส่งผลกระทบ และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นในระยะยาวได้ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนัก จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่าง

ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส กลุ่มวัยทำงานโดยกองสุขภาพศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ภาพรวมวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. อยู่ในระดับดี และมีระดับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. อยู่ในระดับดีมาก และปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานพบว่า ปัจจัยด้านการจัดการตนเองตามแนวทาง 3อ.2ส. เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพมากที่สุด โดยถ้าประเมินปริมาณและคุณค่าอาหารที่กินในแต่ละมื้อพร้อมวางแผน ออกกำลังกายของตนเอง เพื่อให้ท่านปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวทาง 3อ.2ส. ก็จะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ที่ดี⁽⁶⁾ และจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการได้รับโปรแกรมสุขภาพศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ประกอบด้วย การเข้าถึงเข้าใจเรื่องการลดน้ำหนัก อาหารทางเลือกเพื่อสุขภาพ การสาธิต และฝึกออกกำลังกาย และทบทวนติดตามเป้าหมาย ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม

สุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) หลังการทดลองค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและรอบเอวน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)⁽⁷⁾ และการได้รับโปรแกรมลดน้ำหนักที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ในอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ส่งผลให้ดัชนีมวลกาย และรอบเอวลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$)⁽⁸⁾

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมน้ำหนักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เสี่ยงเป็นโรคอ้วนและเป็นโรคอ้วน (BMI 23.00-29.9 กก./ม²) เพื่อส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย โดยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวเพื่อป้องกันเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยมีแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อต่าง ๆ เป็นตัวช่วยส่งเสริมกระตุ้นผลักดัน และช่วยเสริมสร้างกำลังใจให้สามารถควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้ทริปปี้เลอส์ร่วมกับคิตมวไทย ในการควบคุมน้ำหนักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pre-test post-test two groups design) ซึ่งกลุ่มทดลองนั้นจะ ได้รับ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนัก ที่ประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพและทริปปี้เลอส์ร่วมกับคิตมวไทย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม แต่ยังได้รับบริการสาธารณสุขปกติ ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาวิจัย 12 สัปดาห์

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดมหาสารคาม ที่มีภาว่น้ำหนักเกิน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้จากการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 2 ตำบล ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอายุ 30-59 ปี ที่มีภาว่น้ำหนักเกินและเป็นโรคอ้วน (BMI 23.00-29.9 กก./ม²) มี โทรศัพท์มือถือ (Smart phone) และยินยอม รวมถึงสามารถเข้าร่วมโปรแกรมจนสิ้นสุดกิจกรรม

วิธีการสุ่มตัวอย่าง คัดเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้าร่วมโครงการ โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) มา 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากทั้งหมด 171 แห่งในจังหวัดมหาสารคาม สุ่มครั้งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลองได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเลิงแฝก อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม และสุ่มครั้งที่ 2 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าตามา อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเลิงแฝกมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งหมดจำนวน 176 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าตามามีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งหมด จำนวน 156 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่มีภาว่น้ำหนักเกินและเป็นโรคอ้วน ได้กลุ่มตัวอย่างอยู่ในความรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเลิงแฝก จำนวน 85 คน และกลุ่มที่มีภาว่น้ำหนักเกินได้กลุ่มตัวอย่าง อยู่ในความรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าตามา จำนวน 50 คน ต่อจากนั้นสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ได้กลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 1.เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทรูปเปิ้ลส่วร่วมกับศิษย์มวลไทยในการควบคุม น้ำหนัก 2. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ ใช้ แบบบันทึกคำดัชนีมวลกาย สายวัดรอบเอว เครื่องวัด

ปริมาณไขมันในร่างกาย และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์จากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ซึ่งประกอบด้วย 5 ตอน คือ 1. ข้อมูลทั่วไป 2. แบบประเมินความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 3. แบบประเมินทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อเพื่อควบคุมน้ำหนัก 4. แบบประเมินทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อควบคุมน้ำหนัก 5. แบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหารและออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนัก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าความเที่ยงดังนี้ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักเท่ากับ 0.76 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักเท่ากับ 0.79 ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักเท่ากับ 0.79 ด้านการจัดการตนเองเพื่อควบคุมน้ำหนักเท่ากับ 0.79 ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อควบคุมน้ำหนักเท่ากับ 0.80 ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อควบคุมน้ำหนักเท่ากับ 0.84 ด้านพฤติกรรมมารับประทานอาหารและออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนักเท่ากับ 0.86

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลแบ่งเป็นก่อนการทดลอง (pre-test) และหลังการทดลอง (post-test) โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกัน มีการแจ้งวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการต่าง ๆ และขอความยินยอมการเข้าร่วมโครงการ โดยใช้แบบยินยอมจากอาสาสมัคร โดยกลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมที่จัดขึ้น กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการดูแลตามปกติ และทำการเก็บข้อมูลแบบสอบถามก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 ส่วนหลังการทดลองจะเก็บข้อมูลหลังจากสัปดาห์ที่ 12 โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ขั้นตอนการวิจัย

การจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้ทริปเปลอสในการควบคุมน้ำหนักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จังหวัดมหาสารคาม ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ ซึ่งจะมีการจัดกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่าง สมาชิกในกลุ่มกิจกรรม การบรรยายประกอบสื่อในเรื่องความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน การรับประทานอาหาร และออกกำลังกายแบบคีตะมวลไทยเพื่อควบคุมน้ำหนัก อธิบายถึงทริปเปลอสที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และการสอนใช้งานสมาร์ตโฟนในการใช้ทริปเปลอส ประเมินภาวะโภชนาการตนเอง กิจกรรมคำนวณพลังงาน การตั้งเป้าหมายด้านการบริโภคอาหารและออกกำลังกาย จัดตั้ง Line group เพื่อการติดต่อสื่อสารระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้วิจัย การเลือกบัดดี้ชวนกันผอม สาธิตการออกกำลังกายฝึกปฏิบัติออกกำลังกายโดยใช้คีตะมวลไทย ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะ สรุปเนื้อหาหลังจากนั้นนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 การเสริมสร้างทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนัก โดยการบรรยาย สาธิตและฝึกปฏิบัติ สาธิตการใช้ Application ค้นหาแคลอรีอาหารเพื่อคำนวณแคลอรีที่เหมาะสมต่อวัน โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดาวน์โหลด Calories Diary จากนั้นสาธิตการใช้งาน และให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใช้งานด้วยตนเอง ผู้วิจัยนำออกกำลังกาย 30-60 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยพาฝึกการออกกำลังกาย โดยเปิดเพลงประกอบจังหวะ

สัปดาห์ที่ 3 การเสริมสร้างทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนัก แบ่งกลุ่ม 4 กลุ่มทำกิจกรรมและอภิปรายกลุ่ม การวิเคราะห์สื่อสุขภาพเรื่องการลดน้ำหนักที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสืบค้นจากแหล่งข้อมูล และผู้วิจัยเสนอแนะ ให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกใช้งานสื่อสุขภาพที่เหมาะสม การอภิปรายกลุ่ม โดยจำลองสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อโรคอ้วนและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยนำออกกำลังกาย 30-60 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยพาฝึกการออกกำลังกาย โดยเปิดเพลงประกอบจังหวะ

สัปดาห์ที่ 4 การเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมน้ำหนัก ได้แก่ ปฏิบัติอีกครั้งต่อ

จากกิจกรรมครั้งที่ 1 ในการประเมินภาวะโภชนาการตนเอง กิจกรรมคำนวณพลังงาน และเข้าเป้าหมายด้านการบริโภคอาหารและออกกำลังกาย รวมถึงการจดบันทึกพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าและออกกำลังกาย ให้รางวัลผู้ที่ปฏิบัติเป็นประจำจากการนับคะแนนสะสมปีความตั้งใจตรวจสอบจุดบันทึกพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าและออกกำลังกาย และแจกสะสมปีความตั้งใจกับผู้ที่มีการปฏิบัติเป็นประจำ

สัปดาห์ที่ 5 การเสริมสร้างทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อควบคุมน้ำหนัก โดยการบรรยาย การวิเคราะห์สื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ และการอภิปรายกลุ่ม ให้รางวัลผู้ที่ปฏิบัติเป็นประจำจากการนับคะแนนสะสมปีความตั้งใจ ผู้วิจัยนำออกกำลังกาย 30-60 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยพาฝึกการออกกำลังกาย โดยเปิดเพลงประกอบจังหวะ

สัปดาห์ที่ 6 การเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจเพื่อควบคุมน้ำหนัก ได้แก่ กิจกรรมการวางแผนการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย และการอภิปรายกลุ่ม ให้รางวัลผู้ที่ปฏิบัติเป็นประจำจากการนับคะแนนสะสมปีความตั้งใจ ผู้วิจัยนำออกกำลังกาย 30-60 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยพาฝึกการออกกำลังกาย โดยเปิดเพลงประกอบจังหวะ

สัปดาห์ที่ 7-12 การกระตุ้นเตือนผ่านกลุ่มไลน์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นชื่อกลุ่มเล็งแฝก strong ส่งข้อความภาพต่าง ๆ เพื่อให้กำลังใจ และสอบถามเรื่องต่าง ๆ โดยดำเนินการส่งข่าวสารสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องโภชนาการทุกวันๆ ละ 1 ข้อความ โดยจะส่งข้อความในช่วงเวลา 7.00น.- 8.00น. เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ให้กลุ่มผู้เข้าร่วม โปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติอนุมาน (Inferential statistics) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภายในกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อน และหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญในการทดสอบที่ระดับ 0.05 และคำนวณช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95%CI) และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อน และหลังการทดลองด้วยสถิติ Independent Sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญในการทดสอบที่ระดับ 0.05 และคำนวณช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95%CI)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ ผ่านการรับรองการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE632043 ณ วันที่ 19 มีนาคม 2563

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษานี้ พบว่ากลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.12 และ 93.75 กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 45.78 ปี(SD=2.44) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 44.78 ปี(SD=2.85) กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 59.38 และ 62.50 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 65.63 และ 84.37 กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมี

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,329.68 และ 4,275 บาท กลุ่มทดลองไม่เคยลดน้ำหนัก ร้อยละ 56.25 วิธีที่เคยใช้ลดน้ำหนักคือการออกกำลังกาย ร้อยละ 31.25 รองลงมา คือ กินยาลดน้ำหนัก ร้อยละ 21.88 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเคยลดน้ำหนัก และไม่เคยลดน้ำหนัก จำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 50.00 วิธีที่เคยใช้ลดน้ำหนักคือการออกกำลังกาย ร้อยละ 34.38 รองลงมา คือ คุมอาหาร ร้อยละ 21.88

ส่วนที่ 2 ผลการทดลอง

ภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนัก การเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนัก การสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนัก การจัดการตนเองเพื่อควบคุม น้ำหนัก การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อควบคุมน้ำหนัก การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อควบคุมน้ำหนัก พฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนักสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และปริมาณไขมันในร่างกาย มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ พฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และปริมาณไขมันในร่างกาย ภายในกลุ่มทดลองก่อน และหลังการทดลอง (n=32คน)

ค่าเฉลี่ยของคะแนน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean Difference	95%CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ความรู้ ความเข้าใจ	7.46	1.45	9.43	0.94	1.96	1.43 ถึง 2.50	<0.001
การเข้าถึงข้อมูล	10.71	1.67	14.81	1.28	3.46	2.75 ถึง 4.17	<0.001
การสื่อสาร	10	1.54	13.96	1.57	3.96	3.11 ถึง 4.82	<0.001
การจัดการตนเอง	10.34	1.73	13.81	1.42	3.46	2.56 ถึง 4.37	<0.001
การรู้เท่าทันสื่อ	10.43	1.74	13.62	1.40	3.18	2.46 ถึง 3.91	<0.001

ค่าเฉลี่ยของคะแนน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean Difference	95%CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
การตัดสินใจ	9.90	1.67	11.25	1.13	1.34	0.40 ถึง 2.28	<0.001
ความรู้ 6 ด้าน	58.87	4.50	76.28	2.96	17.40	15.58 ถึง 19.22	<0.001
พฤติกรรมฯ	63.71	8.34	78.68	8.68	14.96	10.15 ถึง 19.77	<0.001
ดัชนีมวลกาย	27.13	1.65	25.97	1.89	1.15	0.93 ถึง 1.37	<0.001
เส้นรอบเอว	88.87	4.35	87.0	4.18	1.87	1.47 ถึง 2.27	<0.001
ปริมาณไขมัน	31.20	2.84	29.62	2.71	1.57	1.36 ถึง 1.79	<0.001

ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อน และหลังการทดลองพบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนัก การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนัก การสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนัก การจัดการตนเองเพื่อควบคุมน้ำหนัก การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อควบคุมน้ำหนัก การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อควบคุมน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และปริมาณไขมันในร่างกายไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p-value > 0.05)

หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนัก การเข้าถึงข้อมูล

และบริการสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนัก การสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนัก การจัดการตนเองเพื่อควบคุมน้ำหนัก การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อควบคุมน้ำหนัก การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อควบคุมน้ำหนัก พฤติกรรมรับประทานอาหารและออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนักกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดัชนีมวลกาย และปริมาณไขมันในร่างกายกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) แต่เส้นรอบเอวกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.363) ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ พฤติกรรมรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และปริมาณไขมันในร่างกาย ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ค่าเฉลี่ยของคะแนน	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=32)		Mean Difference	95%CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ความรู้ ความเข้าใจ							
ก่อนการทดลอง	7.46	1.45	6.81	1.49	0.65	-0.08 ถึง 1.39	0.080
หลังการทดลอง	9.43	0.94	7.71	1.39	1.71	1.12 ถึง 2.31	<0.001
การเข้าถึงข้อมูล							

ค่าเฉลี่ยของคะแนน	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=32)		Mean Difference	95%CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ก่อนการทดลอง	10.71	1.67	10.34	1.77	0.37	-0.48 ถึง 1.23	0.386
หลังการทดลอง	14.81	1.28	10.31	1.39	3.87	3.16 ถึง 4.58	<0.001
การสื่อสาร							
ก่อนการทดลอง	10	1.54	9.25	1.90	0.75	-0.11 ถึง 1.61	0.088
หลังการทดลอง	13.96	1.57	10.53	1.41	3.43	2.68 ถึง 4.18	<0.001
การจัดการตนเอง							
ก่อนการทดลอง	10.34	1.73	9.71	1.74	0.62	-0.24 ถึง 1.49	0.155
หลังการทดลอง	13.81	1.42	10.43	1.16	3.37	2.72 ถึง 4.02	<0.001
การรู้เท่าทันสื่อ							
ก่อนการทดลอง	10.43	1.74	10.03	1.55	0.40	-0.41 ถึง 1.23	0.328
หลังการทดลอง	13.62	1.40	10.62	1.23	3	2.33 ถึง 3.66	<0.001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ พฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และปริมาณไขมันในร่างกาย ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

ค่าเฉลี่ยของคะแนน	ก่อนการทดลอง (n=32)		หลังการทดลอง (n=32)		Mean Difference	95%CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
การตัดสินใจ							
ก่อนการทดลอง	9.90	1.67	9.28	1.87	0.62	-0.39 ถึง 1.64	0.226
หลังการทดลอง	11.25	1.13	9.87	1.00	1.13	0.83 ถึง 1.91	<0.001
ความรอบรู้ 6 ด้าน							
ก่อนการทดลอง	58.87	4.50	55.43	4.22	3.43	1.25 ถึง 5.62	0.002
หลังการทดลอง	76.28	2.96	59.5	3.42	16.78	15.18 ถึง 18.38	<0.001
พฤติกรรมกรรฯ							
ก่อนการทดลอง	63.71	8.34	60.78	7.45	2.93	-1.01 ถึง 6.89	0.142
หลังการทดลอง	78.68	8.68	62.87	8.38	15.81	11.54 ถึง 20.07	<0.001
ค่าดัชนีมวลกาย							

ค่าเฉลี่ยของคะแนน	ก่อนการทดลอง (n=32)		หลังการทดลอง (n=32)		Mean Difference	95%CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ก่อนการทดลอง	27.13	1.65	26.87	1.95	0.26	-0.64 ถึง 1.16	0.565
หลังการทดลอง	25.97	1.89	27.05	2.12	1.08	0.07 ถึง 2.08	0.035
เส้นรอบเอว							
ก่อนการทดลอง	88.87	4.35	88.15	4.35	0.71	-1.76 ถึง 3.19	0.564
หลังการทดลอง	87.0	4.18	88.12	5.54	1.12	-3.57 ถึง 1.32	0.363
ปริมาณไขมัน							
ก่อนการทดลอง	31.20	2.84	31.98	2.20	0.77	0.49 ถึง 2.05	0.226
หลังการทดลอง	29.62	2.71	32.03	2.22	2.40	1.16 ถึง 3.64	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนัก การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนัก การสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนัก การจัดการตนเองเพื่อควบคุมน้ำหนัก การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อควบคุมน้ำหนัก การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อควบคุมน้ำหนัก พฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนักสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ส่วนค่าดัชนีมวลกาย และปริมาณไขมันในร่างกายกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แต่เส้นรอบเอวกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.363$)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา ภายในกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนัก การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนัก การสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนัก การจัดการตนเองเพื่อควบคุมน้ำหนัก การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อควบคุม

น้ำหนัก การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อควบคุมน้ำหนัก พฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนักสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เกิดจากการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้ทริปเปิ้ลเอสร่วมกับจิตมวยไทยในการควบคุมน้ำหนัก โดยการบรรยายประกอบสื่อ power point ในเรื่องภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน การบริโภคอาหาร ออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนัก และการแก้ไขปัญหาโดยการรับประทานอาหารและออกกำลังกายที่เหมาะสม ช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น การฝึกปฏิบัติการใช้สมาร์ตโฟนสืบค้นข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน การบริโภคอาหาร ออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนัก และมีการมอบหมายใบงานและส่งการบ้านผ่านทาง Line Group ที่สร้างขึ้น ซึ่งเป็นการพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพขณะทำกิจกรรม เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ทำการสืบค้นแหล่งข้อมูลได้ทันที เพื่อมาตอบคำถามในใบงานที่กำหนด กิจกรรมการพัฒนาทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ โดยการบรรยาย สาธิต และการฝึกปฏิบัติการใช้งานแอปพลิเคชัน Line และ Facebook เพื่อการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารระหว่างบุคคลและกลุ่ม รวมถึงการทำกิจกรรม

ประจำสัปดาห์ผ่านทางLine Groupที่สร้างขึ้น ซึ่งสามารถแบ่งปันแนวคิดกับเพื่อน และผู้วิจัยได้ การประเมินภาวะโภชนาการตนเอง การใช้งานแอปพลิเคชันคำนวณพลังงาน และการวางแผนการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ปฏิบัติควบคู่กับกิจกรรมการรับประทานอาหารที่บ้าน ไขมันต่ำ และการออกกำลังกายคิดมวยไทย ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเอง รวมถึงการประเมินตนเอง และวางแผนในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมน้ำหนัก การสืบค้นข้อมูล และวิเคราะห์ประเมินเนื้อหาของสื่อสุขภาพที่พบจากอินเทอร์เน็ต อธิบายถึงผลดี ผลเสียของสื่อเลือกมานำเสนอ การเปรียบเทียบข้อมูลชนิดเดียวกันจากหลายแหล่งข้อมูล พร้อมทั้งร่วมกันให้คำแนะนำความน่าเชื่อถือของสื่อสุขภาพที่พบของแต่ละกลุ่ม รวมถึงกระบวนการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมกลุ่ม การนำเสนอตัวอย่างการโฆษณาสินค้า เกี่ยวกับการลดน้ำหนักที่ปรากฏในอินเทอร์เน็ตต่าง ๆ ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับโฆษณานั้น การเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน จึงส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ พุทธปัญญา, นิจธรา ทูลธรรม และนนทิพัฒน์ พัฒนโชติ⁽⁹⁾ ศึกษาโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมการลดน้ำหนัก และน้ำหนักของบุคลากร ที่มีภาวะโภชนาการเกินในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.01$) และมีค่าดัชนีมวลกาย ค่าปริมาณไขมันในร่างกายต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุกชัย สามารถและจุฬารักษ์ โสตะ⁽¹⁰⁾ ศึกษาผลของประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้ความสามารถตนเองร่วมกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อการลดน้ำหนักในกลุ่มวัยทำงานอายุ 40-49 ปีที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน หลังการทดลองพบว่าค่าดัชนีมวลกาย มีค่าคะแนนเฉลี่ย

น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริก อาสานอก และจรรวรณ์ ไตรทิพย์สมบัติ⁽¹¹⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะอ้วนลงพุง พบว่ามีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ลดลงกว่าก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p\text{-value}<0.05$)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ 2 ประเด็น คือข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาวิจัย และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

1.1 การศึกษาครั้งนี้เป็นการประยุกต์แนวคิดการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้ทริปปี้ดเอสที ประกอบด้วย Scan, Slim and Smart ร่วมกับคิดมวยไทย ในการควบคุมน้ำหนักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีผลดีต่อค่าดัชนีมวลกาย และปริมาณไขมันในร่างกายลดลง จึงควรนำไปขยายผลให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลอื่นในพื้นที่ใกล้เคียงได้

1.2 การประยุกต์ใช้กลุ่มไลน์ เพื่อเป็นช่องทางสื่อสารในการทำกิจกรรมในการเพิ่มความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร สามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักได้ โดยเฉพาะองค์ประกอบด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และด้านการสื่อสารเพื่อควบคุมน้ำหนัก รวมถึงเพื่อเป็นช่องทางในการให้กำลังใจ และการกระตุ้นเตือนทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสนใจ ใส่ใจ และมีกำลังใจ ใช้ได้ผลเพราะสามารถนำไปสู่การส่งเสริมพฤติกรรมรับประทาน อาหารและออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนักได้

1.3 ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ระยะสั้นทำให้การวัดการเปลี่ยนแปลงของ เส้นรอบเอว มีการเปลี่ยนแปลงลดลงเพียงเล็กน้อย ควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามออกไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การเปลี่ยนแปลงเส้นรอบเอวให้ลดลงสามารถทำได้โดยการออกกำลังกายที่เหมาะสม จึงควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการควบคุมน้ำหนักเพื่อป้องกันการโรคอ้วนโดยที่ออกแบบกิจกรรมที่เน้นการออกกำลังกายที่สามารถลดพุง และลดเส้นรอบเอวได้

2.2 ควรศึกษาโปรแกรมการควบคุมน้ำหนักเพื่อป้องกันการโรคอ้วน ร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์

2.3 ควรศึกษาโปรแกรมการควบคุมน้ำหนักเพื่อป้องกันการโรคอ้วนโดยออกแบบกิจกรรมที่เน้น 3 S เนื่องจากสามารถทำตามได้ง่าย เข้าใจได้ และ

สะดวก เมื่อปฏิบัติเป็นประจำจะสามารถควบคุมน้ำหนักได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รศ. ดร. พรรณี บัญชรหัตถกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ สาธารณสุขอำเภอดุจรี สาธารณสุขอำเภอบรบือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเลิงแฝก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าตามา พร้อมคณะเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2018) **Obesity and overweight (Fact sheet on obesity and overweight Updated February 2018)**. URL <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> Retrieved. August 31, 2019
2. คณะทำงานโครงการสุขภาพคนไทย. คนไทยอ้วนแค่ไหน. ในสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. **สุขภาพคนไทย 2557: ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองสู่การปฏิรูปประเทศจากรากฐานราก**. (หน้า 10-11). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2557.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. **ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข**. URL https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php. ค้นเมื่อ 31 สิงหาคม 2562
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเลิงแฝก. **รายงานผลการปฏิบัติราชการปีงบประมาณ 2561**. มหาสารคาม: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. 2562
5. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. **คู่มือแนวทางการดูแลผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน**. สมุทรสาคร: หมอชาวบ้าน. 2558
6. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานผลการประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พ.ศ. 2561**. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข. 2561
7. พรรณี ตรีศรีเรือง. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. **วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย**, 8 (2), 191-199. 2561
8. ปาริชาติ สุขสนาน และคณะ. ผลของการใช้โปรแกรมลดน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการลดน้ำหนักของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน. **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้**, 3 (1), 46-59. 2559
9. สุภาพ พุทธิปัญญ และคณะ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมการลดน้ำหนักและน้ำหนักของบุคลากรที่มีภาวะโภชนาการเกินในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด อำเภอมือ จังหวัดร้อยเอ็ด. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลราชชนนี กรุงเทพมหานคร**, 32 (1), 31-43. 2559
10. ศุภชัย สามารถ และจุฬารัตน์ ไสตะ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ความสามารถตนเองร่วมกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อการลดน้ำหนักในกลุ่มวัยทำงานอายุ 40-49 ปีที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ตำบลหนองกุงเงิน อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น**, 23 (3), 34-35. 2559
11. เติรอก อาสานอก และจรรวณ ไตรพิทยสมบัติ. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะอ้วนลงพุง ตำบลทุ่งกระเด็น อำเภอนองที่ จังหวัดบุรีรัมย์. **วารสารวิชาการ สตร. 9 ปี 2561**, 24 (2), 90-99. 2561

ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวร่างกายกับภาวะไขมันในเลือด ผิดปกติของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ASSOCIATION BETWEEN FOOD CONSUMPTION AND PHYSICAL ACTIVITY WITH DYSLIPIDEMIA AMONG TYPE 2 DIABETIC PATIENTS

อุไรพร ชมพูคำ¹, เบญจา มุกตพันธุ์²

Uraiporn Chomphukhum¹, Benja Muktabhant²

(Received: July 2 ,2020 ; Accepted: August 22 ,2020)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์การบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวร่างกายกับระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อำเภอเมือง จังหวัดเลย จำนวน 367 คน เก็บข้อมูลการบริโภคอาหารโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความถี่การบริโภคอาหาร ข้อมูลการเคลื่อนไหวร่างกายใช้แบบสัมภาษณ์กิจกรรมทางกายระดับโลก ข้อมูลระดับไขมันในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดสะสมนำมาจากระบบฐานข้อมูลของรพ.สต.ที่ตรวจในช่วงที่เก็บข้อมูล วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวร่างกายกับระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติ โดยการวิเคราะห์ไขมันแต่ละตัวที่ละโมเดล โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณอิสระ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงร้อยละ 75 อายุเฉลี่ย 62.4 ± 9.9 ปี ค่ามัธยฐานของระยะเวลาป่วยเป็นเบาหวาน 7.7 ปี ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมสูง (HbA1c $\geq 7\%$) พบร้อยละ 77.9 คอเลสเตอรอลสูง (≥ 200 mg/dl) พบร้อยละ 41.2 ระดับไตรกลีเซอไรด์สูง (≥ 150 mg/dl) พบร้อยละ 54.0 ระดับแอลดีแอลในเลือดสูงกว่าค่าที่เหมาะสม (≥ 100 mg/dl) พบร้อยละ 74.0 และระดับเอชดีแอลในเลือดต่ำ (ชาย ≤ 40 mg/dl, หญิง ≤ 50 mg/dl) พบร้อยละ 44.1 การบริโภคอาหารที่พบมีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้แก่ การรับประทานของทอด ≥ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับการมีระดับแอลดีแอลในเลือดสูง (≥ 130 mg/dl) ($OR_{adj} = 1.74$, 95%CI: 1.08 to 2.78) และระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ($OR_{adj} = 1.63$, 95%CI: 1.02 to 2.61) การดื่มเครื่องดื่มรสหวาน ≥ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ($OR_{adj} = 2.63$, 95%CI: 1.43 to 4.84) และการมีกิจกรรมทางกายระดับต่ำ-ปานกลาง ($OR_{adj} = 1.71$, 95%CI: 1.08 to 2.72) มีความสัมพันธ์กับการมีระดับเอชดีแอลต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมสูง (HbA1c $\geq 7\%$) มีความสัมพันธ์กับการมีระดับแอลดีแอลในเลือดสูง ($OR_{adj} = 2.46$, 95%CI: 1.37 to 4.40) และระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ($OR_{adj} = 2.05$, 95%CI: 1.23 to 3.41)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, ไขมันในเลือดผิดปกติ, ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม การเคลื่อนไหวร่างกาย

Abstract

This cross-sectional, analytical study aimed to determine the association between food consumption and physical activity with dyslipidemia among type 2 diabetic (T2DM) patients. A total of 367 T2DM patients, attending sub-district health promotion hospitals, at Mueang District, of the Loei Province, participated in the study. Frequency

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนาการเพื่อสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² กลุ่มวิจัยการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

consumption of food items were collected using a structured questionnaire. Physical activity was collected using GPAQ. HbA1c and lipid profiles, including blood cholesterol, LDL-cholesterol (LDL-c), HDL-cholesterol (HDL-c) and triglyceride were taken from medical records according to the HOSXP program of the Sub-District Health Promotion Hospital. Multiple logistic regression was performed to analyze the association of food consumption and physical activity with dyslipidemia for each lipid item. The majority of participants (75%) were female with the mean age of 62.4 ± 9.9 years. The median duration after being diagnosed with diabetes was 7.7 years. High HbA1c ($\geq 7\%$) had been determined for 77.9%. In terms of their lipid profiles, 41.2% had high blood (total) cholesterol (≥ 200 mg/dl), 54.0% high triglyceride (≥ 150 mg/dl), 74.0% above normal LDL-c (≥ 100 mg/dl), and 44.1% low HDL-c (male ≤ 40 mg/dl, female ≤ 50 mg/dl) levels. Food items found to be statistically associated with dyslipidemia were as follows: having fried food ≥ 1 time/week associated with high LDL-c (≥ 130 mg/dl) ($OR_{adj} = 1.74$, 95%CI: 1.08 to 2.78), and with high triglyceride ($OR_{adj} = 1.63$, 95%CI: 1.02 to 2.61); drinking sweetened drinks ≥ 1 time/week associated with low HDL-c ($OR_{adj} = 2.63$, 95%CI: 1.43 to 4.84). Low to moderate levels of physical activity was statistically associated with low HDL-c ($OR_{adj} = 1.71$, 95%CI: 1.08 to 2.72). High HbA1c level ($\geq 7\%$) was statistically associated with high LDL-c ($OR_{adj} = 2.46$, 95%CI: 1.37 to 4.40) and high triglyceride ($OR_{adj} = 2.05$, 95%CI: 1.23 to 3.41).

Keyword: Type 2 diabetes, dyslipidemia, hemoglobin A1C, food consumption, physical activity

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของไทย โดยความชุกของเบาหวานในประชากรไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้น จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 5 ในปีพ.ศ. 2557 ในประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป พบความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 8.9 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ. 2552 ที่พบร้อยละ 6.9⁽¹⁾ โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นหนึ่งในโรคแทรกซ้อนที่สำคัญและรุนแรงของผู้ป่วยเบาหวาน โดยโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็นสองถึงสี่เท่าของบุคคลทั่วไป⁽²⁾ ซึ่งไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จากรายงานคลังข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีระดับไขมันแอลดีแอลคอเลสเตอรอล (LDL-cholesterol) สูงถึงร้อยละ 69.09⁽³⁾ สำหรับจังหวัดเลยจากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีระดับไขมันแอลดีแอลคอ

เลสเตอรอลในเลือดสูง >100 mg/dl ร้อยละ 53.69 และสำหรับอำเภอเมือง พบไขมันแอลดีแอลคอเลสเตอรอลในเลือดสูง >100 mg/dl ร้อยละ 68.6 ซึ่งพบความผิดปกติสูงที่สุดในจังหวัดเลย และคอเลสเตอรอลรวมในเลือดสูง >200 mg/dl พบร้อยละ 32⁽⁴⁾

การรับประทานอาหารมีผลต่อระดับไขมันในร่างกาย การรับประทานคาร์โบไฮเดรตที่ขัดสีมากเกินไป การรับประทานไขมันอิ่มตัวและไขมันทรานส์มาก เพิ่มความเสี่ยงต่อการมีไขมันในเลือดที่ผิดปกติ⁽⁵⁾ โดยคอเลสเตอรอลได้จากการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ รวมทั้งมาจากการสร้างของร่างกาย สำหรับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดมาจากการรับประทานอาหารไขมัน โดยเฉพาะไขมันสัตว์ และมาจากการรับประทานคาร์โบไฮเดรตมากเกินไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งน้ำตาล ทำให้ร่างกายได้รับพลังงานมากเกินไปความต้องการของร่างกาย พลังงานที่เหลือจะถูกนำไปเก็บเป็น

พลังงานสำรองในรูปของไตรกลีเซอไรด์ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย⁽⁶⁾ นอกจากการรับประทานอาหารแล้ว การออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อระดับไขมันในเลือด โดยมีผลโดยตรงกับการลดระดับไขมันในเลือด⁽⁷⁾ การเคลื่อนไหวร่างกายเป็นการเพิ่มความไวต่ออินซูลิน ถ้ามีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยทำให้เกิดภาวะต้านอินซูลิน ทำให้ไขมันในเลือดสูงได้⁽⁸⁾

ในสภาพสังคมปัจจุบันอำเภอเมืองเลย แม้ประชาชนส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเกษตรกรรม แต่วิถีชีวิตเปลี่ยนไปจากเดิมเนื่องจากความเจริญทางด้านเศรษฐกิจและการคมนาคม **จากรายงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเลย พ.ศ.2561** มีร้านค้าสะดวกซื้อ ตลาดนัดห้างสรรพสินค้าเพิ่มมากขึ้น จากที่เคยประกอบอาหารรับประทานเองใช้วัตถุดิบจากพืชผักธรรมชาติ เปลี่ยนเป็นการซื้ออาหารสำเร็จมารับประทาน การรับประทานขนมหวาน อาหารผัดทอดมีมากขึ้น ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับไขมันในเลือดในระดับปกติมีเพียงร้อยละ 32.0⁽⁴⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ของการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวร่างกายต่อระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับการรักษาในรพ.สต. อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย

เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวร่างกายให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวร่างกายกับระดับไขมันในเลือดผิดปกติของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับการรักษาในรพ.สต. อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย โดยไขมันในเลือดที่ผิดปกติจะประเมินจาก คอเลสเตอรอลรวมในเลือดสูง (total cholesterol) แอลดีแอลคอเลสเตอรอลในเลือดสูง (LDL-c) เอชดีแอลคอเลสเตอรอลในเลือดต่ำ (HDL-c) และ ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง (triglyceride)

วิธีดำเนินการวิจัย : รูปแบบงานวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา: ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองเลย จำนวนทั้งหมด 2,228 ราย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการวิเคราะห์ simple logistic regression ดังนี้ (9)

$$n_p = \frac{P(1-P)(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{[B(1-B)(P_0 - P_1)^2]}$$

หลังจากนั้นปรับด้วยค่า variance inflation factor⁽¹⁰⁾ ด้วยสูตร

$$n = \frac{n}{(1 - \rho_{123...p}^2)}$$

โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ 0.6 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 367 คน การสุ่มตัวอย่างที่ศึกษาโดยวิธี stratified systematic random sampling โดย

เลือกจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละ รพ.สต. จำนวน ทั้งหมด 19 รพ.สต. ให้เป็นสัดส่วนกับจำนวน ผู้ป่วยเบาหวานของ แต่ละ รพ.สต.

การเก็บรวบรวมข้อมูล: เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความถี่การ รับประทานอาหารชนิดต่าง ๆ ข้อมูลการเคลื่อนไหว ร่างกายใช้แบบประเมินกิจกรรมทางกายระดับโลก ขององค์การอนามัยโลก (Global Physical Activity Questionnaire)⁽¹¹⁾ สำหรับไขมันในเลือด 4 ตัว ได้แก่ คอเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ เอชดีแอลคอ เลสเตอรอล และ แอลดีแอลคอเลสเตอรอล และ ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม นำมาจากระบบรายงาน ผลการตรวจเลือดผู้ป่วยเบาหวานใน โปรแกรม HOSXP ของ รพ.สต.ปีงบประมาณ 2562

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกัน 30 คน เพื่อนำมาหาความเชื่อมั่นของ เครื่องมือ ได้ค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) เท่ากับ 0.81

การเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ ผ่านการอบรมทำความเข้าใจในแบบสัมภาษณ์ โดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่บ้าน หรือที่รพ.สต. ทั้ง 19 แห่ง ตาม วัน เวลา ที่ได้นัดกลุ่มตัวอย่างไว้ เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาทีต่อคน เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ.2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์การกำหนดระดับไขมันใน เลือดผิดปกติของการศึกษานี้ได้แก่ คอเลสเตอรอล ในเลือดสูง กำหนดที่ ≥ 200 mg/dl ไตรกลีเซอ ไรด์ในเลือดสูง กำหนดที่ ≥ 150 mg/dl แอลดี แอลคอเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่าค่าที่เหมาะสม กำหนดที่ ≥ 100 mg/dl แต่ค่าแอลดีแอลคอ เลสเตอรอลในเลือดสูงที่ใช้ในการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์จะใช้ที่ค่า ≥ 130 mg/dl เนื่องจาก จำนวน กลุ่มตัวอย่างที่มีค่าแอลดีแอลคอ เลสเตอรอลในเลือด ≥ 100 mg/dl มีจำนวนน้อย สำหรับระดับเอชดีแอลคอเลสเตอรอลในเลือดต่ำ กำหนดที่ ผู้ชาย ≤ 40 mg/dl, ผู้หญิง ≤ 50 mg/dl ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการบริโภค อาหารและการเคลื่อนไหวร่างกายกับระดับไขมัน ในเลือดผิดปกติ โดยแยกวิเคราะห์ไขมันที่ละตัว โดยใช้สถิติการถดถอยพหุแบบลอจิสติก (multiple logistic regression) ใช้วิธีการวิเคราะห์ แบบ ขจัด ออก ที ละ ตัว แปร (Backward elimination) โดยตัวแปรที่จะนำเข้ามาจากการ วิเคราะห์ simple logistic regression ที่มีค่า p-value < 0.25 หรือเป็น ตัวแปร ที่ ทบ ทวน วรรณกรรมแล้วมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม โดยควบคุมตัวแปรเพศ อายุ และการกินยาลด ไขมัน และนำเสนอด้วยค่า Adjusted Odds Ratio, 95% CI, p-value

จริยธรรมการวิจัย: การวิจัยนี้ได้รับการรับรอง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE612386 เมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2562

ผลการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคล

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ศึกษาเป็นเพศหญิง 74.9 อายุเฉลี่ย (SD) 62.4 (9.9) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ 96.2 มีอาชีพเกษตรกรเป็นอาชีพหลักร้อยละ 50.7 และมี

รายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 77.7

ระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานมีค่ามัธยฐาน 7.7 ปี กลุ่มตัวอย่างไม่มีญาติสายตรงที่มีระดับไขมันในเลือดสูง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	92	25.1
หญิง	275	74.9
อายุ (ปี) ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	62.4 (9.9)	
35-60	154	42.0
61-80	201	54.7
> 80	12	3.3
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3	0.8
ประถมศึกษา	353	96.2
มัธยมศึกษาขึ้นไป	11	3
อาชีพ		
เกษตรกร รับจ้าง	210	57.2
แม่บ้าน	117	31.9
ค้าขาย	11	3.0
อื่น ๆ	29	7.9
รายได้ (บาท/เดือน) ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	3,049(369)	
น้อยกว่า 1,000	191	52.1
1,000 – 4,900	94	25.6
5,000 – 9,999	53	14.4
≥10000	29	7.9
ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด)	7.7 (1, 50) 137	37.3

1- 5 ปี		
5- 10 ปี	105	28.6
มากกว่า 10 ปี	125	34.1
ญาติสายตรงในครอบครัวมีระดับไขมันในเลือดสูง		
ไม่มี	293	79.8
มี	74	20.2

ระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิต และภาวะอ้วน

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคอเลสเตอรอลรวมในเลือดสูง (≥ 200 mg/dl) ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง (≥ 150 mg/dl) และระดับแอลดีแอลในเลือดสูงกว่าค่าที่เหมาะสม (≥ 100 mg/dl) พบร้อยละ 41.1, 54.0 และ 74.4 ตามลำดับ และมีระดับเอชดีแอลในเลือดต่ำ (ชาย ≤ 40 mg/dl, หญิง ≤ 50 mg/dl) ร้อยละ 44.1 น้ำตาลสะสมในเลือดอยู่ในระดับควบคุมไม่ได้ (HbA1c $\geq 7\%$) ร้อยละ 77.9 ความดันโลหิตสูงพบร้อยละ 34.4 ภาวะอ้วนและอ้วนลงพุงพบร้อยละ 49.9 และ 65.9 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเคลื่อนไหวร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการเคลื่อนไหวร่างกาย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับเบา	47	12.8
ระดับปานกลาง	79	21.5
ระดับหนัก	240	65.7

การบริโภคอาหารชนิดต่าง ๆ

กลุ่มตัวอย่าง รับประทานข้าวเหนียวประจำวัน ร้อยละ 92.9 ส่วนใหญ่ร้อยละ 76 ไม่รับประทานขนมกรุบกรอบ รับประทานเนื้อสัตว์ติดมันนาน ๆ ครั้ง และไม่เคยรับประทานร้อยละ 41.4 และ 54.2 อาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงรับประทานนาน ๆ ครั้งร้อยละ 54.5 รับประทานอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 13.4 อาหารที่มีไขมันสูงประเภทอาหารผัด อาหารทอด กลุ่มตัวอย่างที่รับประทานอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 21.1 และ 30.8 ตามลำดับ การดื่มเครื่องดื่มรสหวานอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์พบร้อยละ 15.6 กลุ่มตัวอย่างรับประทานผักต่าง ๆ ทุกวันร้อยละ 46.6 และ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ร้อยละ 40.6 รับประทานผลไม้รสหวานจัดบ่อยครั้งร้อยละ 32.9 และรับประทานบางครั้ง 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ร้อยละ 32.2 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับไขมันในเลือด น้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิต ภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X} \pm SD$
ระดับคอเลสเตอรอล (Cholesterol)			193.8 $\pm$ 42.6

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X} \pm SD$
เหมาะสม (<200 มก./ดล.)	216	58.8	
สูง (200 - 239 มก./ดล.)	106	28.9	
สูงมาก (≥ 240 มก./ดล.)	45	12.3	
ระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride)			186.8 ± 114.7
เหมาะสม (< 150 มก./ดล.)	169	46.0	
เริ่มสูง (150 - 199 มก./ดล.)	81	22.1	
สูง (≥ 200 มก./ดล.)	117	31.9	
ระดับแอลดีแอล (Low Density Lipoprotein)			123.2 ± 36.7
เหมาะสม (< 100 มก./ดล.)	94	25.6	
เริ่มสูง (100-129 มก./ดล.)	139	37.9	
สูง (≥ 130 มก./ดล.)	134	36.5	
ระดับเอชดีแอล (High Density Lipoprotein)			50.4 ± 17.0
ต่ำ (ชาย ≤ 40 , หญิง ≤ 50 มก./ดล.)	162	44.1	
สูง (ชาย ≥ 70 , หญิง ≥ 80 มก./ดล.)	205	55.9	
น้ำตาลในเลือดสะสมระดับสูง (HbA1c $\geq 7\%$)	286	77.9	
ความดันโลหิตสูง ($\geq 140/90$ มม.ปรอท)	126	34.4	$133/73 \pm 16.2/10.5$
อ้วน (BMI ≥ 25.0 กก./ม ²)	185	49.9	25.3 ± 0.24
อ้วนลงพุง (รอบเอวชาย >90 ซม., หญิง >80 ซม.)	242	65.9	88.2 ± 10.2

การเคลื่อนไหวร่างกาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายระดับหนักร้อยละ 65.7 และที่มีกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง และเบาพบร้อยละ 21.5 และ 12.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความถี่การรับประทานอาหารชนิดต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง

ชนิดอาหาร		จำนวน (ร้อยละ)			
		ทุกวัน	4-6 ครั้ง/สัปดาห์	1-3 ครั้ง/สัปดาห์	นาน ๆ ครั้ง ไม่เคย
ข้าวเหนียว	341 (92.9)	1(0.3)	11(3.0)	7(1.9)	7(1.9)
ขนมกรุบกรอบ	1(0.3)	0(0)	12(3.3)	75(20.4)	279(76.0)
อาหารประเภทผัก	2(0.5)	72(19.6)	158(43.1)	135(36.8)	2(0.5)
อาหารทอด	2 (0.5)	1(0.3)	110 (30.0)	191 (52.0)	63(17.1)
เนื้อสัตว์ติดมัน	0(0)	1(0.3)	15(4.1)	152(41.4)	199(54.2)

อาหารคอเลสเตอรอลสูง	6(1.6)	5(1.4)	38(10.4)	200(54.5)	118(32.1)
ขนมหวานใส่กะทิ	2(0.5)	5 (1.4)	142(38.7)	119(32.4)	99(27.)
เครื่องดื่มรสหวาน	23 (6.3)	0(0)	34 (9.3)	131(35.7)	179 (48.8)
ผักต่าง ๆ	171(46.6)	15(4.1)	149(40.6)	26(7.1)	6(1.6)
ผลไม้รสหวานจัด	112 (30.5)	9 (2.4)	118 (32.2)	128 (34.9)	0 (0)

ความสัมพันธ์ของการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวร่างกายกับระดับไขมันในเลือดผิดปกติ

การบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างที่พบมีความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเลือดผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ การรับประทานของทอดอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับการมีระดับแอลดีแอลในเลือดสูง (≥ 130 mg/dl) ($OR_{adj} = 1.74$, 95%CI: 1.08 to 2.78) และระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง (≥ 150 mg/dl) ($OR_{adj} = 1.63$, 95%CI: 1.02 to 2.61) การดื่มเครื่องดื่มรสหวานอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ($OR_{adj} = 2.63$, 95%CI: 1.43 to 4.84) และการมีกิจกรรมทางกายระดับต่ำ-ปานกลาง มีความสัมพันธ์กับการมีระดับเอชดีแอลในเลือดต่ำ (ชาย ≤ 40 mg/dl, หญิง ≤ 50 mg/dl) ($OR_{adj} =$

1.71, 95%CI: 1.08 to 2.72) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมสูง ($HbA1c \geq 7\%$) มีความสัมพันธ์กับการมีระดับแอลดีแอลในเลือดสูง ($OR_{adj} = 2.46$, 95%CI: 1.37 to 4.40) และระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ($OR_{adj} = 2.05$, 95%CI: 1.23 to 3.41)

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลที่พบมีความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเลือดผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มที่มีรายได้ < 5,000 บาทต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการมีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง (≥ 200 mg/dl) ($OR_{adj} = 2.06$, 95%CI: 1.15 to 3.69) เพศหญิง ($OR_{adj} = 2.49$, 95% CI: 1.45 to 4.25) อายุ ≥ 60 ปี ($OR_{adj} = 1.74$, 95%CI: 1.10 to 2.76) 1.74 มีความสัมพันธ์กับการมีระดับเอชดีแอลในเลือดต่ำ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวร่างกายกับไขมันในเลือดผิดปกติของกลุ่มตัวอย่าง: วิเคราะห์คร่าวๆหลายปัจจัย

ตัวแปร	Adjusted OR (95% CI)			
	High Cholesterol	High LDL	High Triglyceride	Low HDL
	≥ 200 mg/dl	≥ 130 mg/dl	≥ 150 mg/dl	ชาย ≤ 40 mg/dl, หญิง ≤ 50 mg/dl
เพศ				
ชาย	1	1	1	1
หญิง	0.95 (0.58- 1.56)	0.87 (0.53-1.43)	0.70 (0.43-1.14)	2.49 (1.45-4.25) ^c
อายุ				

< 60 ปี	1	1	1	1
≥ 60 ปี	0.70 (0.44 - 1.14)	0.95 (0.61-1.49)	1.22 (0.79-1.89)	1.74 (1.10-2.76) ^a
การกินยาลดไขมัน				
ไม่ได้กิน	1	1	1	1
กิน	0.73 (0.48-1.12)	0.85 (0.54-1.33)	0.98 (0.64-1.51)	1.19 (0.77 -1.85)
รายได้ต่อเดือน (บาท)				
≥ 5000	1	--	--	--
< 5000	2.06 (1.15 - 3.69) ^a			
การกินอาหารคอเลสเตอรอลสูง				
นาน ๆ ครั้ง	1	--	--	--
≥1 ครั้ง/สัปดาห์	1.74 (0.94 - 3.22)			
การกินอาหารทอด				
นาน ๆ ครั้ง	--	1	1	--
≥1 ครั้ง/สัปดาห์		1.74 (1.08-2.78) ^a	1.63 (1.02-2.61) ^a	
การดื่มเครื่องดื่มรสหวาน				
นาน ๆ ครั้ง	--	--	--	1
บริโภคใน 1 สัปดาห์				2.63 (1.43-4.84) ^b
ระดับการเคลื่อนไหวร่างกาย				
หนัก	--	--	--	1
น้อย-ปานกลาง				1.71 (1.08-2.72) ^a
ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม				
HbA1c < 7 %	--	1	1	--
HbA1c ≥ 7 %		2.46(1.37-4.40) ^b	2.05 (1.23-3.41) ^b	

a: p < 0.05, b: p < 0.01, c: p = 0.001

อภิปรายผล

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่างที่พบมากที่สุดได้แก่ ภาวะแอลดีแอลในเลือดสูงกว่าค่าที่เหมาะสม (≥ 100 mg/dl) ซึ่งพบสูงถึงร้อยละ 74.4 และภาวะแอลดีแอลสูง (> 130 mg/dl) ร้อยละ 36.5 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีคอเลสเตอรอลรวมในเลือดสูง (≥ 200 mg/dl) พบ

ร้อยละ 41.2 ระดับเอชดีแอลในเลือดต่ำ (ชาย ≤ 40 g/dl, หญิง ≤ 50 mg/dl) พบร้อยละ 44.1 และระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง (≥ 150 mg/dl) พบร้อยละ 54.0 ภาวะแอลดีแอลในเลือดสูงที่พบมากนี้อาจเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้ถ้าไม่มีการติดตามการควบคุมภาวะไขมันในเลือดที่ผิดปกติ จะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งโรคหัวใจและ

หลอดเลือดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีความรุนแรงมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและไขมันในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้⁽¹²⁾ สัดส่วนของภาวะไขมันในเลือดที่ผิดปกติของการศึกษานี้ใกล้เคียงกับรายงานการสำรวจระดับประเทศ โดยข้อมูลจากรายงานคลังสุขภาพของไทยปีพ.ศ. 2560, 2561, 2562 พบว่าภาวะแอลดีแอลในเลือดระดับ ≥ 100 mg/dl ในผู้ป่วยเบาหวานพบร้อยละ 74.37, 70.30 และ 67.53 ตามลำดับ แต่ความชุกสูงกว่าการศึกษาของ Narindrarangkura (2019)⁽¹³⁾ ที่เป็นการศึกษาที่ใช้ข้อมูลการสำรวจระดับประเทศของไทยในผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีคอเลสเตอรอลรวมในเลือดสูง แอลดีแอลในเลือดสูง เอชดีแอลในเลือดต่ำ และไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงพบร้อยละ 35.0, 56.5, 59.6 และ 49.9 ตามลำดับ นอกจากนี้ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในผู้ป่วยเบาหวานของการศึกษานี้ก็สูงกว่าข้อมูลการสำรวจของอำเภอเมือง จังหวัดเลย ที่พบภาวะแอลดีแอลในเลือดสูงระดับ ≥ 100 mg/dl ในผู้ป่วยเบาหวานที่พบร้อยละ 53.69⁽⁴⁾ สาเหตุที่ผู้ป่วยเบาหวานของการศึกษานี้มีภาวะไขมันในเลือดสูงมากกว่าผลรายงานระดับประเทศ และของจังหวัดเลย เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นมักพบไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น⁽¹⁴⁾ และส่วนมากกลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมสูงจากความผิดปกติของการสร้างและการออกฤทธิ์ของอินซูลินน้อยลงในผู้ป่วยเบาหวาน การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง กระตุ้นให้ตับสร้างไตรกลีเซอไรด์เพิ่มขึ้น⁽⁷⁾ ผู้ป่วยเบาหวานที่ศึกษานี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นการรักษาระดับปฐมภูมิ ผู้ปฏิบัติงานทั่วไปอาจขาดประสบการณ์และทรัพยากรที่เกี่ยวกับโรค (รวมถึงการตรวจทางห้องปฏิบัติการบางอย่าง) นอกจากนี้หน่วยบริการปฐมภูมิยังมีตัวเลือกยาที่จำกัด และมักไม่สามารถเข้าถึงการบำบัดขั้นสูงหรือการรักษาแบบใหม่ได้จากการศึกษาของ Narindrarangkura (2019)⁽¹³⁾ เป็นการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานระดับประเทศของไทยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาที่รพ.สต.จะมีโอกาสมีภาวะไขมันผิดปกติมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับจังหวัด เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษานี้ ๆ ที่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าจากการศึกษาของนิสา จินเภา (2555)⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ มีความชุกของไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงร้อยละ 45.6 สำหรับอัตราภาวะคอเลสเตอรอลสูง เอชดีแอลต่ำ และไตรกลีเซอไรด์สูง ค่าเฉลี่ยของแอลดีแอล คอเลสเตอรอลในเลือด และเอสดีแอลคอเลสเตอรอลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานของการศึกษานี้ 124 mg/dl และ 50 mg/dl ใกล้เคียงกับผลการศึกษาศรกรด รสโสดา (2559)⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวาน มีค่าเฉลี่ยแอลดีแอลคอเลสเตอรอลในเลือด และเอสดีแอลคอเลสเตอรอลในเลือด 121 mg/dl และ 48 mg/d ตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการที่รพ.สต. เช่นเดียวกัน

ความสัมพันธ์ของการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวร่างกายกับระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ชนิดอาหารที่พบมีความสัมพันธ์กับไขมันในเลือดที่ผิดปกติได้แก่ การบริโภคของทอด และการดื่มเครื่องดื่มรสหวาน โดยกลุ่มผู้ป่วยที่บริโภค

อาหารทอดอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง มีโอกาสมีระดับแอลดีแอลในเลือดสูง (≥ 130 mg/dl) เป็น 1.74 เท่า และมีโอกาสมีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง (≥ 150 mg/dl) เป็น 1.63 เท่าของกลุ่มที่บริโภคอาหารทอดนาน ๆ ครั้ง อาหารทอดเป็นอาหารไขมันสูงอยู่แล้วและมักมีไขมันอิ่มตัวมาก ซึ่งส่งผลให้ร่างกายมีการสร้างแอลดีแอลเพิ่มขึ้น⁽¹⁸⁾ ดังนั้นขอแนะนำด้านการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจจึงมีเป้าหมายให้ลดการบริโภคไขมันอิ่มตัว สำหรับการดื่มเครื่องดื่มรสหวานพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ดื่มเครื่องดื่มรสหวานอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง มีโอกาสมีระดับเอชดีแอลในเลือดต่ำ (ชาย ≤ 40 g/dl, หญิง ≤ 50 mg/dl) เป็น 2.63 เท่าของกลุ่มที่ดื่มนาน ๆ ครั้ง จากการศึกษาแบบติดตามระยะยาวของโครงการ Framingham Heart Study พบว่า การดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงจะทำให้เพิ่มอุบัติการณ์ของการมีเอชดีแอลในเลือดต่ำถึงร้อยละ 98⁽¹⁹⁾ และมีการศึกษาพบว่าการลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลจะเพิ่มระดับเอชดีแอลในร่างกายได้⁽²⁰⁾ ผลการศึกษาอาหารชนิดอื่น ๆ พบว่าการรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงเช่น หมัก กุ้ง ไข่แดง ไขมันแดง กับระดับคอเลสเตอรอลยังไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนกับระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง อาจเนื่องจากการศึกษานี้เก็บข้อมูลเฉพาะความถี่ของการรับประทาน ไม่ได้ศึกษาถึงปริมาณที่รับประทาน จึงยังไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจน อย่างไรก็ตามระดับคอเลสเตอรอลในร่างกายไม่ได้มาจากอาหารที่รับประทานเพียงอย่างเดียว มาจากการสร้างของร่างกายด้วย ซึ่งแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันของปริมาณคอเลสเตอรอลที่สร้างในร่างกาย⁽⁷⁾

ด้านการเคลื่อนไหวร่างกายพบว่ามีความสัมพันธ์กับการมีระดับเอชดีแอลในเลือดต่ำโดยกลุ่มที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายระดับน้อยถึงปานกลางมีโอกาสเกิดเอชดีแอลในเลือดต่ำเป็น 1.71 เท่าของกลุ่มที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายระดับหนัก ซึ่งการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวร่างกายมีผลโดยตรงกับการเพิ่มระดับเอชดีแอลในเลือด⁽⁷⁾ จากการศึกษาผลของการเคลื่อนไหวร่างกายต่ออุบัติการณ์ของการเกิดโรคหัวใจโคโรนารี และการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการศึกษาแบบติดตามระยะยาวเฉลี่ย 16.8 ปี ของโครงการ The British Regional Heart Study พบว่าการเคลื่อนไหวร่างกายในระดับปานกลางช่วยลดความเสี่ยงต่อการมีเอชดีแอลในเลือดต่ำได้ร้อยละ 25 การออกกำลังกายเป็นการเพิ่มความไวต่ออินซูลิน ถ้ามีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลินทำให้เกิด hyperinsulinemia ส่งผลให้เอชดีแอลในเลือดลดต่ำลง⁽⁸⁾ ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานควรมีการปรับวิถีชีวิตโดยการเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญในการเพิ่มเอชดีแอลในเลือดเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

สำหรับปัจจัยอื่น ๆ ที่พบมีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ได้แก่ การมีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมสูง ($\text{HbA1c} \geq 7\%$) มีโอกาสมีระดับแอลดีแอลในเลือดสูงเป็น 2.46 เท่า และมีโอกาสมีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงเป็น 2.05 เท่าของกลุ่มที่ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ กรกต รสโสดา (2559)⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มี

น้ำตาลในเลือดสะสมสูงจะมีระดับแอลดีแอลในเลือดสูงด้วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของ Hussain (2017)⁽²⁰⁾ ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ชาวอัฟกานิสถาน พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม $\geq 7\%$ จะมีระดับแอลดีแอลในเลือดสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมสามารถทำนายระดับแอลดีแอลในเลือดและระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากการศึกษาของ Alzahrani, S.H. (2019)⁽²¹⁾ ก็พบเช่นกันว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม $\geq 7\%$ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการมีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง การมีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมสูงทำให้เกิดภาวะคืออินซูลิน ส่งผลทำให้เกิดภาวะไขมันเลือดผิดปกติเกิดขึ้นเนื่องจากการปลดปล่อยกรดไขมันอิสระจากเซลล์ไขมันที่คืออินซูลิน⁽²²⁾ ส่งผลให้มีการสร้างไตรกลีเซอไรด์เพิ่มขึ้นและไปกระตุ้นให้มีการสร้างไลโปโปรตีน (lipoprotein) รวมถึงการสร้างแอลดีแอลเพิ่มขึ้นด้วย⁽²⁶⁾ ดังนั้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นเป้าหมายหลักของการควบคุมเบาหวาน⁽²⁵⁾ ซึ่งใช้เป็นตัวแทนภาวะไขมันในเลือดผิดปกติได้ดี ซึ่งจะบ่งบอกถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจต่อไป

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลที่พบมีความสัมพันธ์กับการมีไขมันในเลือดผิดปกติพบว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 5000 บาทต่อเดือน มีโอกาสมีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงเป็น 2.06 เท่าของกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า อาจเนื่องจากอาหารที่มีขายตามตลาดนัดเป็นอาหารประเภทผัดและทอดซึ่งมีราคาถูกหาซื้อง่าย ทำให้คนที่มียาได้น้อยซึ่งมักซื้ออาหารจากตลาดนัดเป็นหลัก มีโอกาสได้

กินอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงมีโอกาสมีเอชดีแอลในเลือดต่ำเป็น 2.49 เท่าของเพศชาย โดยเพศหญิงอาจมีการเคลื่อนไหวออกแรงน้อยกว่าเพศชาย จึงส่งผลให้เพศหญิงมีเอชดีแอลในเลือดต่ำมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Narindrarangkura (2019)⁽¹³⁾ เป็นการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานระดับประเทศของไทย พบว่าเพศหญิง มีความสัมพันธ์กับการมีไขมันในเลือดผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านอายุพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสมีเอชดีแอลในเลือดต่ำเป็น 1.74 เท่าของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า อาจเนื่องจากคนที่อายุมากมักมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ซึ่งส่งผลให้มีเอชดีแอลในเลือดต่ำมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ กรกต รัสโสดา (2559)⁽¹⁶⁾ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบต่อระดับเอชดีแอลคอเลสเตอรอลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.046$) แต่ต่างจากผลการศึกษาของ Narindrarangkura (2019)⁽¹³⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่อายุน้อยกว่า 50 ปีกลับมีโอกาสมีไขมันในเลือดผิดปกติมากกว่ากลุ่มที่อายุมากกว่า แต่การศึกษาของ Narindrarangkura (2019)⁽¹³⁾ ไม่ได้ศึกษาความสัมพันธ์แยกไขมันทีละตัว

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีไขมันในเลือดผิดปกติ ที่พบความชุกสูงมากคือระดับแอลดีแอลในเลือดสูงที่พบถึง ร้อยละ 74.0 การบริโภคอาหารที่พบมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติได้แก่ การรับประทานของทอดอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับการมีระดับแอลดีแอลใน

เลือดสูงและการมีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง การดื่มเครื่องดื่มรสหวานอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ และ กิจกรรมทางกายระดับต่ำ-ปานกลาง มีความสัมพันธ์กับการมีระดับเฮโมโกลบินในเลือดต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมสูง ($HbA1c \geq 7\%$) มีความสัมพันธ์กับการมีระดับเฮโมโกลบินในเลือดสูงและการมีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเรื่องชนิดอาหารที่ควรลดหรือจำกัดการบริโภค

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาหารทอด เครื่องดื่มรสหวาน และการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เพื่อเป็นการป้องกันและแก้ไขภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และเป็นการลดหรือชะลอภาวะการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมืออย่างดีในการตอบการสัมภาษณ์ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่รพ.สต.สังกัดอำเภอเมืองเลยทุกแห่ง ที่ช่วยประสานงานกับผู้ป่วยเบาหวาน และขอขอบคุณกลุ่ม วิจัยการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่สนับสนุนทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย เอกพลกร. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี, 2557.
2. สุพัตรา ศรีวนิชชากร. “สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ โรคหัวใจและหลอดเลือด) ในประเทศไทย ในระยะ 5 ปี (2553-2557)”. วารสารควบคุมโรค, 43(4) : 379-390. 2560.
3. กระทรวงสาธารณสุข. (2561). การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ. https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php. ค้นเมื่อ 15 กันยายน 2561.
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเลย. การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ. <https://lei.hdc.moph.go.th>. ค้นเมื่อ 15 กันยายน 2561
5. Kim, Y.; Keogh, et al. “A review of potential metabolic etiologies of the observed association between red meat consumption and development of type 2 diabetes mellitus”. *Metabolism*. 64 : 768–779. 2015.
6. รวมนพ นาคะพงษ์. แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงหัวใจและหลอดเลือด. โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. นนทบุรี, 2553.
7. นัยนา บุญทวีวัฒน์. ชีวิตมีทางโภชนาการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. เจริญคัมภีร์นันทการพิมพ์. กรุงเทพฯ, 2553.
8. Wannamethee, S.G., Shaper, A. et al. “Physical Activity, Metabolic Factors, and the Incidence of Coronary Heart Disease and Type 2 Diabetes”. *Arch Intern Med*. 160(14) : 2108–2116. 2000.
9. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. “A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression”. *Statistics in Medicine*, 17 : 1623-34. 1998.
10. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. Wiley, New York. 2000.

11. World Health Organization. **Guidelines on second- and third-line Medicines and type of insulin for the control of blood glucose levels in non-pregnant adults with diabetes mellitus.** <http://www.who.int/iris/handle/10665/272433>. Retrieved July 1, 2018.
12. กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. **หลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง.** องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกภายในพระบรมราชูปถัมภ์. นนทบุรี, 2559
13. Narindrarangkura, P., et al. “Prevalence of dyslipidemia associated with complications in diabetic patients: a nationwide study in Thailand”. **Lipids Health Dis**, 18: 90. 2019.
14. อรรถพร วีระตระกูลชัย และอรรถพร ชัยมณี. “ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติในบุคลากร โรงพยาบาลนครพนมราชธานี”. **ธรรมศาสตร์เวชสาร**. 17(1): 9-17. 2560.
15. นิสา จินกา. “ความชุกของไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงและปัจจัยที่มีผลต่อไตรกลีเซอไรด์ในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์”. **วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนาการเพื่อสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น**. 2554.
16. กรกต รสโสภา และเบญญา นุกตพันธุ์. “การประเมินระดับน้ำตาลในเลือดและระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาแกวัง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี”. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. 9(2): 29-35, 2559.
17. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. **คอลเลสเตอรอลและกรดไขมันในอาหารไทย.** องค์การ สงเคราะห์ทหารผ่านศึก, นนทบุรี 2557.
18. Haslam, D.E., et al. “Beverage Consumption and Longitudinal Changes in .Lipoprotein Concentrations and Incident Dyslipidemia in US Adults: The Framingham Heart Study”. **Journal of the American Heart Association**. 9(5): e014083. 2020
19. Van Rompay, M. I., McKeown, et al. “Sugar-Sweetened Beverage Intake Is Positively Associated with Baseline Triglyceride Concentrations, and Changes in Intake Are Inversely Associated with Changes in HDL Cholesterol over 12 Months in a Multi-Ethnic Sample of Children”. **The Journal of nutrition**. 145(10): 2389–2395. 2015
20. Hussain, A., et al. “Correlation between hemoglobin A1c and Serum lipid profile in Afghani patients with type 2 diabetes: hemoglobin A1c Prognosticates dyslipidemia”. **Therapeutic advances in endocrinology and metabolism**. 8(4): 51–57. 2017
21. Alzahrani, S.H., Baig, M. et al. “Association between glycated hemoglobin (HbA1c) and the lipid profile in patients with type 2 diabetes mellitus at a tertiary care hospital: a retrospective study”. **Diabetes Metab Syndr Obes**. 12: 1639-1644. 2019.
22. Ginsberg HN. “Insulin resistance and cardiovascular disease”. **The Journal of clinical investigation**. 106(4): 453–458. 2000.
24. Sears, B., & Perry, M. “The role of fatty acids in insulin resistance”. **Lipids in health and disease**. 14: 121. 2015.
25. Ketema, E.B., et al. “Correlation of fasting and postprandial plasma glucose with HbA1c in assessing glycemic control; systematic review and meta-analysis”. **Arch Public Health**. 73: 43. 2015.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเข้ารับบริการทางทันตกรรม
ของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดพิษณุโลก

Factors Influencing Dental Attendance Behavior of Employees in Factory,
Phitsanulok Province

พงศ์ปณต สมบูรณ์พงษ์กิจ¹, สุพัฒน์ คำสอน²

Phongpanot Somboonphongkit¹, Supatana Chomson²

(Received: February 9 ,2021 ; Accepted: March 13 ,2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม จ.พิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม ในจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 295 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis)

ผลการวิจัย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการเข้ารับบริการทันตกรรมของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.25 ได้แก่ อายุ รายได้ ประสบการณ์การเป็นโรคในช่องปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคในช่องปาก การรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับบริการทางทันตกรรม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคในช่องปาก และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม ได้แก่ ประสบการณ์การเป็นโรคในช่องปาก (adjusted OR = 5.842 , 95% CI : 1.941 – 17.580) การรับรู้ความรุนแรงของโรคในช่องปาก (adjusted OR = 2.641 , 95% CI : 1.108 - 6.298) และการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับบริการทางทันตกรรม (adjusted Odds Ratio = 2.800 , 95% CI : 1.326 – 5.912) ได้ร้อยละ 16.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การเข้ารับบริการทางทันตกรรม, วัยทำงาน, พนักงานโรงงานอุตสาหกรรม

Abstract

This research is a cross-sectional analytical research. The objective is to study factors that are related. And have an influence on the dental service behavior of Phitsanulok factory workers, sample of industrial factory workers In 295 persons in Phitsanulok Province. Data were collected by using questionnaires. Data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation. and logistic regression analysis

The results of the study revealed that factors affecting the dental service behavior of industrial workers. with the significance level 0.25, including age, income, experience of oral diseases Perception of severity of oral diseases Perception of obstacles in dental services Recognizing the risk of oral disease And receiving social support from public health officials And the factors that could predict the behavior of the dental service of the industrial workers are the oral disease experience (adjusted OR = 5.842, 95% CI: 1.941 - 17.580), the perception of the severity of the oral disease (adjusted OR = 2.641, 95% CI: 1.108 - 6.298) and perceived barriers to dental care (adjusted Odds Ratio = 2.800 , 95% CI : 1.326 – 5.912) get 16.9% with the significance level 0.05

Keywords : Dental Attendance behavior, Working age, Industrial workers

บทนำ

ประชากรไทยที่มีสัดส่วนประชากรมากที่สุดคือประชากรวัยทำงาน จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีประชากรวัยทำงานคิดเป็นร้อยละ

66.98 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ ซึ่งประชากรวัยทำงานเป็นทรัพยากรที่สำคัญสูงสุดในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย มีความสำคัญในด้านการทำงาน การเพิ่มผลผลิตและนำรายได้มาสู่ประเทศ นอกจากนี้

¹ นิติศาสตร์สุตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ประชากรวัยทำงานจะเป็นกำลังสำคัญในด้านการผลิตทางเศรษฐกิจแล้ว ยังมีความสำคัญในด้านการดูแลเด็กและผู้สูงอายุ เนื่องจากอัตราศึกษาภาพเกื้อหนุน (potential elderly support ratio) ซึ่งหมายถึงจำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ต่อจำนวนประชากรสูงอายุ ได้ลดลงจาก 5 คนทำงาน ต่อผู้สูงอายุ 1 คน ในปี พ.ศ. 2553 เหลืออัตรา 4 ต่อ 1 ในปี พ.ศ. 2558 และจากการคาดการณ์ประชากรของประเทศไทยโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ว่าในปี พ.ศ. 2583 อัตราศึกษาภาพการเกื้อหนุนจะลดลงเหลือเพียง 1 ต่อ 1 เพราะฉะนั้นคุณภาพชีวิตของประชากรวัยทำงานควรได้รับการส่งเสริมทั้งด้านคุณภาพชีวิต ด้านการศึกษา และด้านสุขภาพ เพราะหากประชากรวัยนี้มีปัญหาสุขภาพ ที่เกิดเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ย่อมส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศโดยรวม และส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของวัยทำงานที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคต

สุขภาพช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพโดยรวมของมนุษย์ สุขภาพช่องปากที่ดีนอกจากการที่ปราศจากโรคทางช่องปาก แล้วยังหมายถึง สภาวะช่องปากที่ส่งผลให้บุคคลมีความอยู่ดีมีสุข ทั้งทางร่างกายจิตใจ และสังคมอีกด้วย⁽²⁾ หากคนวัยทำงานมีปัญหาสุขภาพช่องปาก มีอาการปวดฟันจะมีผลกระทบต่อความรู้สึกเป็นสุข มีผลต่อกิจกรรมการดำรงชีวิตประจำวัน อาจมีอาการไม่สบาย เจ็บปวด เคี้ยวอาหารไม่ได้ หากความรุนแรงหรือระยะเวลาที่เป็น โรคยาวนานจนส่งผลเสียต่อการดำเนิน นำไปสู่การขาดงาน สูญเสียรายได้จากการทำงาน ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการต้องเข้ารับการรักษาทางทันตกรรมในระยะของโรคที่รุนแรง และการเข้าสังคมไม่ได้ ก็ย่อมส่งผลถึงคุณภาพชีวิตโดยรวม ปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาที่มีการก่อโรคเป็นไปอย่างช้า ๆ จะทำให้รับรู้ได้ยาก ทำให้บุคคลขาดความตระหนักต่อปัญหาในช่องปาก เพราะว่าหากไม่มีอาการแสดงแล้วก็จะไม่ไปพบทันตแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ตามประเด็นปัญหาทางทันต

สุขภาพเฉพาะกลุ่ม กล่าวคือในกลุ่มสตรีมีครรภ์จะมีการจัดบริการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการทันตกรรมตามความจำเป็นในช่วงไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ ในกลุ่มเด็กปฐมวัยมีการจัดบริการตรวจคัดกรองโดยทันตบุคลากร และทาฟลูออไรด์วานิชในเด็กที่มีรอยโรคฟันผุระยะเริ่มแรก ในกลุ่มเด็กประถมศึกษามีการกำหนดระบบเฝ้าระวังทางทันตสาธารณสุข โดยมีการตรวจคัดกรองในเด็กประถมศึกษา และมีการบริการให้การรักษาทางทันตกรรมตามความจำเป็นโดยทันตบุคลากรที่อยู่ในพื้นที่ สำหรับกลุ่มวัยผู้สูงอายุจะมีการตรวจช่องปากเพื่อฟันสุขภาพช่องปากหากมีการสูญเสียฟัน โดยการใส่ฟันเทียมทดแทนฟันธรรมชาติ ส่วนในกลุ่มวัยทำงานนั้นกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ชัดเจน อีกทั้งไม่มีตัวชี้วัดกำกับงาน ทันตสาธารณสุขในกลุ่มวัยนี้เหมือนกลุ่มวัยอื่น ซึ่งอาจทำให้กลุ่มวัยนี้ไม่ได้รับการบริการ เฝ้าระวังทางทันตสุขภาพที่ครอบคลุมครบถ้วนตามความจำเป็น

จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 พ.ศ.2560⁽³⁾ พบว่ากลุ่มวัยทำงาน เป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์การเป็นโรคฟันผุครอบคลุมเกือบทั้งกลุ่มประชากร โดย ร้อยละ 43.3 มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา และมีการสูญเสียฟัน ร้อยละ 80.9 นอกจากนี้ พื้นที่เหลือในช่องปาก ยังมีปัญหาการผุบริเวณรากฟัน ร้อยละ 4.1 ในส่วนของความจำเป็นที่ต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรมของกลุ่มวัยทำงานอายุ 35-44 ปี พบว่า มีความต้องการการรักษาโดยการอุดฟัน 1 ด้านสูงสุด ร้อยละ 42.8 เมื่อเทียบกับความต้องการการรักษาชนิดอื่น ๆ รองลงมาคือการถอนฟัน ร้อยละ 27.7 ตามลำดับ ซึ่งความต้องการการรักษาในกลุ่มอายุนี้นี้ มีรูปแบบเช่นเดียวกันในทุกภาคส่วนของประเทศ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มวัยผู้ใหญ่ อายุ 35-44 ปี เป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์การเป็นโรคฟันผุครอบคลุมเกือบทั้งกลุ่มประชากร และพบว่าร้อยละ 62 ของคนอายุ 35-44 ปี มีเพียง ร้อยละ 38 ที่เคยไปพบทันตบุคลากร และพบโดยเฉลี่ยคนละ 1.8 ครั้งต่อปี เท่านั้น

วัยทำงานทุกคนมีสิทธิจะได้รับการรักษาพยาบาล ตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประกอบไปด้วยสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งสิทธิการรักษาพยาบาลแต่ละประเภทจะให้ความคุ้มครองสิทธิ ในการได้รับบริการทางทันตกรรมแตกต่างกัน กล่าวคือ กลุ่มผู้มีสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถเบิกค่าบริการทันตกรรมตามความจำเป็นโดยไม่จำกัดวงเงิน ต่างจากกลุ่มผู้มีสิทธิประกันสังคมจะสามารถเบิกค่าบริการรักษาทางทันตกรรมได้เพียง 900 บาท ต่อปี เท่านั้น ข้อกำหนดดังกล่าวทำให้ กลุ่มวัยทำงานที่มีสิทธิประกันสังคม กลายเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการได้รับบริการทางทันตกรรม มากกว่ากลุ่มวัยทำงานที่มีสิทธิการรักษาอื่น จังหวัดพิษณุโลก เป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้ประกันตนตามมาตรา 33 จำนวน มากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 2 จากข้อมูลการใช้สิทธิการรักษาพยาบาลกรณีทันตกรรม พบว่ามีผู้ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลกรณีทันตกรรม โดยเฉลี่ยเพียงคนละ 3.03 ครั้งต่อปี จากจำนวนผู้ประกันตนจำนวน 58,888 คน ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลกรณีทันตกรรม จำนวน 19,434 ราย⁽⁴⁾ พบว่าวัยทำงานในกลุ่มประกันสังคมมีสัดส่วนการได้รับบริการทางทันตกรรมคือการอุดฟัน ขัดฟัน รักษาโรคปริทันต์มากที่สุด รองลงมาคือการได้รับการอุดฟัน ได้รับการถอนฟัน และได้รับการตรวจฟันตามลำดับ ซึ่งก็สอดคล้องกับสาเหตุที่เข้ารับบริการทางทันตกรรม เพราะว่าเมื่อรู้สึกมีปัญหาสุขภาพในช่องปากจึงเข้ารับบริการทางทันตกรรม การบริการที่ได้รับจึงเป็นการรักษา มากกว่า การส่งเสริม ป้องกัน และเข้ารับบริการทางทันตกรรมที่คลินิกเอกชนมากที่สุด⁽⁵⁾

โรงงานอุตสาหกรรมเป็นสถานประกอบการประเภทหนึ่งที่พนักงานซึ่งเป็นลูกจ้างทุกรายจะได้รับการคุ้มครองสิทธิการรักษาพยาบาลด้วยสิทธิประกันสังคม

การเข้ารับบริการทางทันตกรรม นับเป็นการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เนื่องจากบุคคลควรตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง เพื่อการที่มีสุขภาพช่องปากที่ดี ไม่ว่าจะเป็นการเข้าไปรับบริการทางทันตกรรมประเภทใดก็ตามที่

สามารถตอบสนองความจำเป็นของแต่ละบุคคลได้แล้ว นั้น หากพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมสามารถเข้ารับบริการทางทันตกรรมได้ก็จะช่วยลดความรุนแรงของโรค และการสูญเสียฟันได้ เพื่อให้ประชากรวัยทำงานมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดพิษณุโลก เพื่อได้ข้อมูลมาเสนอแนะเป็นแนวทางในการจัดบริการทางด้านทันตกรรมที่เหมาะสมสำหรับวัยทำงานต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ พนักงานโรงงานในอุตสาหกรรมจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 34 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี 2) สามารถสื่อสารอ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก คือ 1) กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ 2) ย้ายออกจากที่ทำงานกะทันหัน ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Wayne, W. D. (1995).⁽⁶⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สำหรับการวิจัยในครั้งนี้คือ จำนวน 345 คน โดยกลุ่มตัวอย่างมีการตอบแบบสอบถามมีครบถ้วนจำนวน 295 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้น ตอน โดยขั้น ตอนแรกจัดกลุ่มของโรงงานอุตสาหกรรมตามขนาดของจำนวนพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมเป็น 3 กลุ่ม ได้เป็นขนาดใหญ่ ขนาดกลาง ขนาดเล็ก จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Sample Random Sampling) โดยจับสลากรายชื่อโรงงานอุตสาหกรรม

ขึ้นมาได้จากโรงงานขนาดใหญ่ 1 แห่ง ขนาดกลาง 1 แห่ง และขนาดเล็ก 3 แห่ง จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) จากทะเบียนรายชื่อพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมโดยเลือกจากทุกๆ ลำดับเลขคู่ในทะเบียนรายชื่อ โรงงานขนาดใหญ่ 1 แห่ง จำนวน 115 คน โรงงานขนาดกลาง 1 แห่ง 115 คน โรงงานขนาดเล็ก 3 แห่ง 115 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามแบบเลือกตอบด้วยตนเอง จำนวน 9 ส่วนดังนี้

- 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษาพยาบาล และรายได้ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายปิด ชนิดเลือกตอบ และเติมข้อความ
- 2) การรับรู้สภาวะช่องปากของตนเอง จำนวน 2 ตอน ซึ่งในตอนที่ 1 มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายปิด ให้ผู้ตอบเลือกตอบ ได้เพียงข้อเดียว ตอนที่ 2 คือ การรับรู้สภาวะอาการของสภาพช่องปากของตนเองว่ามีปัญหาอะไรบ้าง เป็นแบบแบบสอบถามปลายปิดแบบเลือกตอบ สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ
- 3) ความรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปาก จำนวน 13 ข้อ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ
- 4) การรับรู้ความรุนแรงของโรคในช่องปาก จำนวน 3 ข้อ
- 5) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคในช่องปาก จำนวน 4 ข้อ
- 6) ประสิทธิภาพการเป็นโรคในช่องปาก ลักษณะข้อคำถามส่วนนี้เป็นข้อคำถามปลายปิด แบ่งเป็น 2 ตอน ตอนที่ 1 เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบเกี่ยวกับประสิทธิภาพการเป็นโรคในช่องปากว่ากลุ่มตัวอย่างเคยเป็นโรคในช่องปากหรือไม่ หากตอบว่าเคยให้ตอบในตอนที่ 2 หากไม่เคยไม่ต้องตอบในตอนที่ 2 ตอนที่ 2 เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ
- 7) พฤติกรรมการเข้ารับบริการทางทันตกรรม จำนวน 4 ข้อ
- 8) การรับรู้อุปสรรคต่อการเข้ารับบริการทันตกรรม จำนวน 4 ข้อ
- 9) การได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการเข้ารับบริการทันตกรรม จำนวน 4 ข้อ

การหาคุณภาพของเครื่องมือ แบบสอบถามผ่านการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า 1 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับ

พนักงานที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ในอำเภอที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างตัว จำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปาก ได้ค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ 0.86 ส่วนแบบสอบถามการรับรู้สภาวะช่องปากของตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคในช่องปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคในช่องปาก ประสิทธิภาพการเป็นโรคในช่องปาก พฤติกรรมการเข้ารับบริการทางทันตกรรม การรับรู้อุปสรรคต่อการเข้ารับบริการทางทันตกรรม การได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ 0.89, 0.70, 0.94, 0.77, 0.91, 0.89 และ 0.80 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล แจ้งขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยแจกแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง โดยให้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 30 นาที จากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์อำนาจในการทำนายการเกิดพฤติกรรมกรเข้ามารับบริการทางทันตกรรม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ IRB No.1125/60

ผลการวิจัย

พบว่า พนักงานโรงงานอุตสาหกรรมส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.60 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 34.60 อยู่ในกลุ่มอายุ 31-40 ปี โดยอายุน้อยสุดเท่ากับ 20 ปี อายุมากที่สุด

เท่ากับ 55 ปี และมีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 37 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.47 ปี ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 66.80 อยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 39.00 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 – 10,000 โดยมีรายได้เฉลี่ยที่สูงสุดอยู่ที่ 5,000 บาท รายได้สูงสุดที่สุด 37,000 บาท และมีค่าเฉลี่ยรายได้ต่อเดือน 12,999 บาท โดยร้อยละ 81.00 เคยไปพบทันตบุคลากรเพื่อเข้ารับบริการทางทันตกรรม จำนวนครั้งในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมต่อปีมากที่สุดคือ 1 ครั้ง ร้อยละ 71.50 เหตุผลของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม เข้ารับบริการทางทันตกรรม มากที่สุดร้อยละ 61.10 คือการมีเหงือกอักเสบมีหินปูน รองลงมา ร้อยละ 33.50 คือมีฟันผุ ร้อยละ 28.90 มีอาการปวดฟัน ร้อยละ 18.90 เข้ารับการตรวจสุขภาพช่องปาก และร้อยละ 15.90 มีอาการเสียวฟัน ตามลำดับ โดยบริการทางทันตกรรมที่ได้รับมากที่สุดร้อยละ 70.30 คืออุดหินปูน รองลงมา ร้อยละ 57.30 คือการได้รับการอุดฟัน สถานบริการที่เข้ารับบริการทางทันตกรรมมากที่สุดร้อยละ 29.70 ที่คลินิกเอกชน รองลงมา ร้อยละ 29.30 ที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 25.90 ที่โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 23.80 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สถานีอนามัย และ ร้อยละ 12.60 ที่โรงพยาบาลชุมชน

พนักงานโรงงานอุตสาหกรรมส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปากอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.40 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปาก เท่ากับ 10.13 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 5 คะแนน คะแนนสูงสุด เท่ากับ 13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.87 คะแนน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คิดว่าตนเองมีสภาวะช่องปากของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.00 ระดับไม่ดี ร้อยละ 24.70 ระดับดี ร้อยละ 10.10 และไม่ทราบว่าตนเองมีสภาวะช่องปากอย่างไร ร้อยละ 3.10 ในรอบปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 79.7 มีอาการในช่องปาก โดยร้อยละ 41.40 มีอาการเสียวฟัน ร้อยละ 29.90 มีกลิ่นปาก ร้อยละ 29.20 มีอาการปวดฟัน ร้อยละ 27.10 เหงือกบวมมีอาการเจ็บ ร้อยละ 26.10 มีเลือดออกขณะแปรงฟัน และ ร้อยละ 20.30 ไม่มีอาการในช่องปาก พนักงานโรงงานอุตสาหกรรม ร้อยละ 93.20 มี

ประสบการณ์การเป็นโรคในช่องปาก และร้อยละ 6.80 ไม่มีประสบการณ์การเป็นโรคในช่องปาก โดยประสบการณ์การเป็นโรคในช่องปาก ส่วนใหญ่ร้อยละ 80.00 เคยเป็นโรคฟันผุ รองลงมา ร้อยละ 55.90 เคยเป็นร้อนใน ร้อยละ 40.70 เคยเป็นโรคเหงือกอักเสบ มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคในช่องปากของ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 74.90 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.10 มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคในช่องปาก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.60 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 20.00 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 2.40 มีระดับการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับบริการทางทันตกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.50 รองลงมา อยู่ใน ระดับต่ำ ร้อยละ 25.40 และอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 24.10 และมีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการเข้ารับบริการทางทันตกรรม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 90.50 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 9.50

พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P < 0.05$) มี 3 ปัจจัย คือ

1. พนักงานโรงงานอุตสาหกรรมที่มีประสบการณ์การเป็นโรคในช่องปาก จะมีโอกาสเข้ารับ

บริการทางทันตกรรมเป็น 5.842 เท่าของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมที่ไม่มีประสบการณ์การเป็นโรคในช่องปาก (adjusted Odds Ratio = 5.842 , 95% CI : 1.941 – 17.580)

2. พนักงานโรงงานอุตสาหกรรมที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคในช่องปาก ในระดับปาน

กลางจะมีโอกาสเข้ารับบริการทางทันตกรรมเป็น 2.641 เท่าของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคในช่องปากในระดับต่ำ (adjusted Odds Ratio = 2.641 , 95% CI : 1.108 - 6.298)

3. พนักงานโรงงานอุตสาหกรรมที่มีการรับรู้ อุปสรรคของการเข้ารับบริการทางทันต กรรมอยู่ใน

ระดับต่ำ จะมีโอกาสเข้าเกิดพฤติกรรมมารับบริการทางทันตกรรมเป็น 2.8 เท่า ของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมที่มีการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับบริการทางทันตกรรม อยู่ในระดับต่ำ (adjusted Odds Ratio = 2.800 , 95% CI : 1.326 – 5.912)

ทั้งนี้ตัวแปรต้นทั้ง 3 ตัวแปรดังกล่าว สามารถ
ร่วมกันอธิบายการแปรผันของตัวแปรตามคือ การเข้ารับ

ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมารับบริการทางทันตกรรมของพนักงานใน
โรงงานอุตสาหกรรม โดยสถิติวิเคราะห์ ถดถอยโลจิสติก ด้วยวิธี Enter method

บริการทางทันตกรรมของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม
ได้ร้อยละ 16.9 (Nagelkerke $R^2 = 0.169$) และจากการ
ทดสอบความเหมาะสมของแบบจำลอง (Goodness of fit)
โดยใช้สถิติ Hosmer and Lemeshow Test ได้ค่า $X^2 = 13.387$, $df = 8$, $p = 0.099$ ซึ่ง $p\text{ value} > 0.05$ ซึ่งแสดงว่า
แบบจำลอง (สมการ) ที่นำเสนอมีความเหมาะสมและจาก
การทดสอบตัวแปรเข้าสมการ พบว่า ปัจจัยในสมการ
สามารถทำนายได้ถูกต้อง 82.8 % ดังตารางที่ 1

ตัวแปร	B	Wald	Adj.OR ^a	95% C.I.		p-value
				Lower	Upper	
1.อายุ						0.530
20 – 30 ปี**						
31 – 40 ปี	-0.216	0.234	0.629	0.336	1.933	0.806
41 – 50 ปี	-0.655	1.813	0.178	0.200	1.348	0.519
51 – 59 ปี	-0.753	0.576	0.448	0.067	3.293	0.471
2.รายได้						0.110
5,000 - 13,000 บาท**						
13,001 บาท ขึ้นไป	0.606	2.561	1.834	0.837	3.853	
3.ประสบการณ์การเป็นโรค ช่องปาก						0.002*
ไม่เคย**						
เคย	1.765	9.859	5.842	1.941	17.580	
4.การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ในช่องปาก						0.312
ระดับต่ำ**						
ระดับปานกลาง	0.131	0.019	1.140	0.172	7.560	0.892
ระดับสูง	0.646	0.479	1.909	0.306	11.906	0.489
5.การรับรู้ความรุนแรงของโรค ในช่องปาก						0.028*
ระดับต่ำ**						
ระดับปานกลาง	0.971	4.800	2.641	1.108	6.298	
6.การรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับ บริการทางทันตกรรม						0.022*
ระดับสูง**						
ระดับปานกลาง	0.827	3.652	2.286	0.979	5.337	0.567

ระดับต่ำ	1.029	7.286	2.800	1.326	5.912	0.007
7.การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข						0.309
ระดับต่ำ**						
ระดับปานกลาง	0.676	1.036	1.966	0.535	7.220	

Contant = -0.757 , -2 Log likelihood =257.005 , Cox & Snell R Square=0.106 , Nagelkerke R²=0.169 , Percentage Correct = 82.8, Hosmer and Lemeshow Test $\chi^2=13.387$, df=8 , p=0.099

*p<0.05 ; **กลุ่มอ้างอิง

อภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม พบว่า ในรอบปีที่ผ่านมา พนักงานโรงงานอุตสาหกรรมส่วนใหญ่ ร้อยละ 81 เคยไปพบทันตบุคลากรเพื่อเข้ารับบริการทางทันตกรรม และร้อยละ 19 ไม่เคยไปพบทันตบุคลากรเพื่อเข้ารับบริการทางทันตกรรม โดยพบว่าเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่ไปพบทันตบุคลากรเพื่อเข้ารับบริการทางทันตกรรมมากที่สุด ร้อยละ 61.50 คือ การมีหินปูน รองลงมา ร้อยละ 33.50 คือ มีฟันผุ ร้อยละ 33.50 มีอาการปวดฟัน ร้อยละ 28.90 รู้สึกเสียวฟัน ร้อยละ 18.90 ไม่มีอาการไปตรวจเช็คเป็นประจำ จะเห็นได้ว่าสาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างเข้าไปรับบริการทางทันตกรรมมากที่สุดคือการมีปัญหาสุขภาพในช่องปาก แล้วจึงจะไปรับบริการ โดยมีพฤติกรรมในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมแบบการเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของตนเอง คือการไปตรวจสุขภาพช่องปากกรณียังไม่มีปัญหาสุขภาพ ช่องปากค่อนข้างต่ำ และในส่วนของบริการทางทันตกรรมที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการมากที่สุด ร้อยละ 70.30 คือ ขูดหินปูน รองลงมา ร้อยละ 57.30 คือ การได้รับการอุดฟัน ร้อยละ 42.30 ได้รับการถอนฟัน ร้อยละ 23.40 ได้รับการตรวจฟัน ซึ่งก็สอดคล้องกับสาเหตุที่เข้ารับบริการทางทันตกรรม เพราะว่าการกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพในช่องปากจึงเข้ารับบริการทางทันตกรรม การบริการที่ได้รับจึงเป็นการรักษามากกว่า การส่งเสริมป้องกัน ซึ่งสถานบริการที่กลุ่มตัวอย่างเข้าพบทันตบุคลากรเพื่อเข้ารับบริการทางทันตกรรมมากที่สุด ร้อยละ 29.70 ที่คลินิกเอกชน รองลงมา ร้อยละ 29.30 ที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ก็จะได้เห็นว่าสถานบริการที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการทางทันตกรรมมาก

ที่สุดคือสถานบริการของเอกชน ซึ่งจะเป็นสถานบริการที่เปิดในเวลาหลังจากกลุ่มตัวอย่างเลิกงาน และสะดวกต่อการเข้าไปรับบริการ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายการเข้ารับบริการทางทันตกรรม ได้แก่ ประสิทธิภาพการเป็นโรคในช่องปาก มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการเข้ารับบริการทางทันตกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P<0.05$) กล่าวคือ พนักงานโรงงานอุตสาหกรรมที่มีประสิทธิภาพการเป็นโรคในช่องปากมีพฤติกรรมในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมเป็น 5.842 เท่าของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมที่ไม่มีประสิทธิภาพการเป็นโรคในช่องปาก อาจเพราะเมื่อบุคคลเคยเป็นโรคในช่องปากเมื่อมีอาการและความเจ็บป่วยในช่องปากก็จะเกิดพฤติกรรมมารับการรักษาทางทันตกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ จีรทิพย์ ใจดี (2554)⁽⁷⁾ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการไปใช้บริการทันตกรรมคือ การมีประวัติเคยปวดฟัน การศึกษาของ Choi and Yun (2014)⁽⁸⁾ พบว่า ปัจจัยสุขภาพด้านการเคยมีประสบการณ์การเป็นโรคในช่องปากมีความสัมพันธ์กับความต้องการทางทันตกรรม และการศึกษาของ Bommireddy, Koka, Pachava, Sanikommu, Ravoori and Chanbu (2016)⁽⁹⁾ พบว่าประสิทธิภาพการเป็นโรคในช่องปากมีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการทางทันตกรรม

การรับรู้ความรุนแรงของโรคในช่องปาก มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการเข้ารับบริการทางทันตกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P<0.05$) กล่าวคือ พนักงานโรงงานอุตสาหกรรมที่การรับรู้ความรุนแรงของ

โรคในช่องปากระดับปานกลางจะมีโอกาสเข้ารับบริการทางทันตกรรมเป็น 2.641 เท่าของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคในช่องปากในระดับต่ำ เพราะว่าเมื่อได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคในช่องปากจะส่งผลต่อสุขภาพของร่างกายโดยรวม ส่งผลต่ออันตรายแก่ชีวิต และทำให้สูญเสียเศรษฐกิจฐานะในการดำเนินชีวิตประจำวันเพราะอาจต้องเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เสียค่าใช้จ่าย และไม่สามารถจะทำงานได้ ก็จะเกิดพฤติกรรมมารับการรักษาทางทันตกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Osub, Oke, and Asuzu (2014)⁽¹⁰⁾ พบว่าการที่ไม่มีปัญหาในช่องปากในระดับรุนแรงก็จะไม่เข้ารับบริการทางทันตกรรม การศึกษาของ จินตนา รัตนะ, จันทรพิมพ์ หินเทวี่ และสุกัญญา เรือรวิวัฒน์ (2557)⁽¹¹⁾ ที่พบว่ากรณีที่โรคในช่องปากจะส่งผลเสียต่อลูกในท้อง การศึกษาของ Rocha, Arima, Werneck, Moyses and Baldani (2018)⁽¹²⁾ พบว่าความเชื่อว่าการติดเชื้อในช่องปากของมารดาอาจจะส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ซึ่งเป็นการรับรู้ความรุนแรงของโรคในช่องปากที่จะมีผลกระทบต่อระบบอื่นของร่างกายได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Devaraj and Eswar (2012)⁽¹³⁾ พบว่าเหตุผลหลักในการไม่ไปพบทันตแพทย์เพื่อเข้ารับบริการทางทันตกรรมคือการไม่มีปัญหาารุนแรงทางทันตกรรม

การรับรู้อุปสรรคต่อการเข้ารับบริการทางทันตกรรม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเข้ารับบริการทางทันตกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P < 0.05$) กล่าวคือ กล่าวคือ พนักงานโรงงานอุตสาหกรรมที่มีการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับบริการทางทันตกรรมอยู่ในระดับต่ำ จะมีโอกาสเข้าเกิดพฤติกรรมการเข้ารับบริการทางทันตกรรมเป็น 2.8 เท่า ของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมที่มีการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับบริการทางทันตกรรมอยู่ในระดับสูง อาจเพราะถ้าพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมได้รับรู้อุปสรรคของการเข้ารับบริการทางทันตกรรมสูง ก็จะไม่เกิดพฤติกรรมการเข้ารับบริการทางทันตกรรม หรือจะตัดสินใจเข้ารับบริการทางทันตกรรมได้ยากขึ้น อาจจะรับรู้ว่าการรักษาทางทันต

กรรมมีราคาแพงการเดินทางไปเข้ารับบริการทางทันตกรรมมีความยากลำบาก อีกทั้งอาจไม่มีเวลาในการมารับบริการทางทันตกรรม ก็เป็นส่วนสำคัญที่เป็นอุปสรรคในการที่จะให้พนักงานโรงงานอุตสาหกรรมเข้ามารับบริการทางทันตกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Gross-panico and Freeman III (2012)⁽¹⁴⁾ พบว่าอุปสรรคในการเข้ารับบริการคือเมื่อค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการมากขึ้น ความถี่ในการเข้ารับบริการก็จะลดลง การศึกษาของ Marino, Khan, Tham, Khew and Stevenson (2014)⁽¹⁵⁾ พบว่าอุปสรรคมีผลต่อการเข้ารับบริการทันตกรรม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Bahramian, Mohebbi, Khami, Asadi-lari, Shamsheiri and Hessari (2015)⁽¹⁶⁾ พบว่าค่าใช้จ่ายที่สูงเป็นอุปสรรคในการเข้ารับบริการทันตกรรม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อวางรูปแบบสำหรับการจัดบริการทางทันตกรรม ระบบการเบิกจ่ายวงเงินค่ารักษาทางทันตกรรม สำหรับกลุ่มพนักงานในสถานประกอบการ และประชาชนกลุ่มวัยทำงาน
2. เพื่อปรับปรุงรูปแบบการให้บริการทางทันตกรรมในสถานพยาบาลทั้งของรัฐ และเอกชน ในการให้บริการทางทันตกรรมสำหรับกลุ่มพนักงานในสถานประกอบการ และประชาชนวัยทำงาน
3. เพื่อเป็นแนวทางในการให้ทันตสุขศึกษาในกลุ่มพนักงานในสถานประกอบการ และประชาชนวัยทำงาน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ขยายกลุ่มที่ใช้ในการศึกษาไปในระดับเขตหรือระดับภาคต่อไป และกลุ่มประชาชนวัยทำงานที่อยู่นอกสถานประกอบการ
2. ศึกษารูปแบบการเข้ารับบริการทางทันตกรรมเชิงลึกจากฝ่ายผู้ให้บริการ (ความถี่ การได้รับบริการ) ของกลุ่มเป้าหมายที่สถานบริการ เช่น คลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางการเสริม
สิทธิประโยชน์อย่างครอบคลุม

3.ศึกษาสุขภาพช่องปากของผู้ที่เข้ารับบริการ
ทางทันตกรรม กับผู้ที่ไม่เข้ารับบริการทางทันตกรรมว่ามี
สุขภาพช่องปากแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

4.ศึกษาพฤติกรรมในส่วนของการเข้ารับบริการ
ส่งเสริม และป้องกัน โรคในช่องปาก เชิงลึกมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
นเรศวร ที่สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัยครั้งนี้
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สุพัฒนา คำสอน ที่ปรึกษา
ในการวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างสำหรับความ
ร่วมมือเสียสละเวลาเข้าร่วมวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2559.
- World Health Organization (WHO), 1948. Health.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). รายงานผลการสำรวจ สภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 8 พ.ศ.2560.
- กระทรวงแรงงาน สถิติสำนักงานประกันสังคม, 2558.
- วรรัตน์ ใจชื่น. (2559). หลักประกันสุขภาพกับการใช้บริการสุขภาพช่องปากในวัยทำงาน. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 10(1),3-16.
- Wayne, W. D. (1995). Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences (6th ed.), New York: John Wiley & Sons. Page 7. [59].
- จิรทีปต์ ใจดี. (2554). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูญเสียฟันจากโรคฟันผุของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมในนิคมอุตสาหกรรมจังหวัดปทุมธานี และพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ วท.ม., มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Mi-Sook Choi and Hyun-Kyung Yun. (2014). A Study on the Factors Affecting the Unmet Dental Needs of Koreans – Analysis of the Data from the 5th Public Health Nutrition Survey (2010-2012). *The Korean Journal of Health Service Management*, 8(2), 193-148.
- Vikram Simha Bommireddy, Krishna Mohan Koka, Srinivas Pachava, Suresh Sanikommu, Srinivas Ravoori, and Viswa Chaitanya Chandu. (2016). Dental Service Utilization : Patterns and Barriers among Rural Elderly in Guntur District, Andhra Pradesh. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(3), ZC43-ZC47.
- M.E. Osuh, G.A. Oke, and M.C. Asuzu. (2014). Dental Service and Attitudes Towards Its Regular Utilization among Civil Servants in IBADAN, Nigeria. *Annals of Ibadan Postgraduate Medicine*, 12(1), 7-14.
- จินตนา รัตนะ, จันทร์พิมพ์ หินเทาว์, และสุกัญญา เขียววิวัฒน์. (2014). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมในช่วงอายุครรภ์ 4-6 เดือน ของหญิงตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร. *J Dent Assoc Thai*, 64(3), 128-147.
- Juliana Schaia Rocha, Letica Yumi Arima, Renata Iani Werneck, Samuel Jorge Moyses, and Marcia Helena Baldani. (2017). Determinants of Dental Care Attendance during Pregnancy: A Systematic Review, *Caries Research*. 2018(52), 139-152. Doi:10.1159/ 000481407.
- CG Devaraj, and Pranati Eswar. (2012). Reasons for use and non-use of dental services among people visiting a dental college hospital in India: A descriptive cross-sectional study. *European Journal of Dentistry*, 2012(6), 422-427.
- Michelle L. Gross-Panico, RDH, MA, DHSc; Wilbur K. Freeman III, BSE, MBA. (2012). Identifying Barriers to Receiving Preventive Dental Services: Expanding Access to Preventive Dental Hygiene Services Through Affiliated Practice. *The Journal of Hygiene*, 86(4), 306-314.
- RJ Marino, AR Khan, R Tham, C-W Khew, and C Stevenson. (2014). Pattern and factors associated with utilization of dental services among older adults in rural Victoria. *Australian dental journal*, 2014(59), 504-510, Doi:10.111/adj.12216.
- Hoda Bahramian, Simin Z. Mohebbi, Mohammad R. Khami, Mohsen Asadi-lari, Ahmad R. Shamshiri, and Hossein Hessari. (2015). Psychosocial determinants of dental service utilization among adults from a population-based survey (Urban HEART-2) in Tehran, Iran. *European Journal of Dentistry*, 9(4), 542-550.

ความรู้ และ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอด ของผู้ที่สัมผัสร่วมบ้าน กับผู้ป่วยวัณโรคปอด ในจังหวัดกาฬสินธุ์

Knowledge and factors related to pulmonary tuberculosis preventive behavior of people who come are household contract with patients with pulmonary tuberculosis in Kalasin province

รณภูมิ สุรรันนา¹, เกศสุดา สุริยะบุตร², พรชัย โนนจ้อย³

Ronaphum Suranna¹, Kessuda Suriyabutr², Patsa nonjui³

(Received: January 9 ,2021 ; Accepted: March 17 ,2021)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบ cross-sectional analytical research เพื่อศึกษาความรู้ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 143 คน โดยเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามแบบอ่านตอบเอง ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคปอด โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้การหาค่าความถี่และร้อยละ และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดโดยใช้สถิติ qui-square และสถิติ multiple logistic regression ผลงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 77.6 มีความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันวัณโรคในระดับที่ดี และพบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา มีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคดีกว่าระดับไม่เกินประถมศึกษา 8.40 เท่า และปัจจัยด้านการที่เคยตรวจคัดกรองสุขภาพเอ็กซเรย์ปอดปีละ 1 ครั้ง มีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคดีกว่าคนที่ไม่เคยตรวจคัดกรองสุขภาพ 6.78 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.05)
คำสำคัญ : ผู้สัมผัสร่วมบ้าน วัณโรคปอด พฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอด

Abstract

The cross-sectional analytical research aimed to study the relation between knowledge, factors and pulmonary tuberculosis (TB) preventive behaviors among 143 samples. The instruments used were questionnaires asking about personal factors, knowledge and TB preventive behaviors. Personal data were analyzed using frequency, percentage and Correlations were analyzed using qui-square test, multiple logistic regression test. The main results from this research revealed that the most are female (77.6%), the most of samples have good knowledge and TB preventive behavior. The factor graduated from secondary school or higher level related to TB preventive behaviors better than who are primary school or below (adj OR = 8.40; 95%CI=1.64-42.47), and the factor annual chest X-ray TB screening related to TB preventive behaviors better than who are never chest X-ray TB screening (adj OR = 6.78; 95% CI=1.75-26.20), significantly (p-value <.05)

Keywords: household contract, pulmonary tuberculosis, pulmonary tuberculosis preventive behavior

บทนำ

วัณโรค เป็นปัญหาด้านสาธารณสุข ที่สำคัญปัญหาหนึ่งทั่วโลก จากรายงานวัณโรคของโลกปี พ.ศ. 2560 หรือ Global Tuberculosis Report 2017 โดยองค์การอนามัยโลก คาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรคทั้งรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ของโลก สูงถึง 10.4 ล้านคน หรือคิดเป็น 140 ต่อ

แสนประชากร และมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงถึง 1.7 ล้านคน

ในประเทศไทย วัณโรคเป็นปัญหาหลักปัญหาหนึ่ง จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ประเมินปัญหาวัณโรคในปี 2016 - 2020 โดยจัดให้ประเทศไทยเป็นหนึ่งใน 14 อันดับของประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูง (high burden

¹ แพทย์ฝึกปฏิบัติงานเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลยางตลาด

² นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลยางตลาด

³ อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

country) ซึ่งก็คือ วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคคือยาหลายขนานสูง

วัณโรค เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* สามารถเกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย แต่ส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 มักจะเกิดที่ปอด ซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ง่าย ติดต่อกันจากคนสู่คนผ่านทางอากาศ (airborne transmission) โดยเฉพาะ ผู้ที่สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด (household contact) เมื่อผู้ป่วยวัณโรคปอด ไอ จาม พูดคุย ตะโกน หัวเราะหรือร้องเพลง จะทำให้เกิดละอองฝอย (droplet nuclei) ฝุ้งกระจายออกมาสมาชิกในบ้าน ที่ใกล้ชิดกันความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อวัณโรคนั้นได้

มีการศึกษาในต่างประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ทั้งจากทวีปแอฟริกาและเอเชีย เช่น การศึกษาในประเทศเอธิโอเปียพบการติดเชื้อวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดร้อยละ 11 (Habt et al., 2016) ประเทศยูกันดา พบการติดเชื้อวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดร้อยละ 6 (Guwatudde et al., 2003) การศึกษาในประเทศลาว พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ถูกวินิจฉัยเป็นผู้ติดเชื้อวัณโรคแฝงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และทั้งผู้ป่วยวัณโรคปอดและผู้ใกล้ชิดต่างก็มีความตระหนักที่ต่ำต่อการป้องกันการติดต่อวัณโรคปอด (Tuan H Nguyen, et al. 2009)

ในประเทศไทย การศึกษาที่จังหวัดราชบุรี พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมป้องกันการวัณโรคดีกว่าเพศชาย สถานภาพคู่สมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดที่ดี และวุฒิการศึกษาที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันวัณโรคปอดที่ดีขึ้นด้วย (นงนุช เสือภูมิ, 2556) การศึกษาที่จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า สถานภาพคู่สามี/ภรรยา มีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคโดยการแยกห้องนอนของผู้ป่วยมากกว่า สถานภาพอื่นๆอย่างมีนัยสำคัญ (มะลิณี บุตรโท และ พรนภา ศุกรเวชศิริ, 2554) การศึกษาที่จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันวัณโรค การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขและการรับรู้ประโยชน์

ของการป้องกันวัณโรคเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมป้องกันการวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด (วิระพล เมืองกลาง, 2557) นอกจากนี้ มีการศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด ในรูปแบบของแนวคิดแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายได้ สูงสุดได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค รองลงมาคือ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรค และการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค (ขวัญใจ มอนโรสง, 2559)

ข้อมูลจากงานวัณโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2562 มีรายงานผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 1,161 คน พบว่า เป็นผู้ป่วยจากเขตอำเภอขามเฒ่า ร้อยละ 11.5 ซึ่งสูงเป็นอันดับ 2 ของจังหวัดกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลขามเฒ่า อ.ขามเฒ่า จ.กาฬสินธุ์ มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster : PCC) ชื่อ PCC แก้วโนนคำนำสุข โดย PCC แก้วโนนคำนำสุขนั้น ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 4 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.หัวนาคำ รพ.สต.คงบัง รพ.โนนสูง และรพ.สต.บ้านแก มีข้อมูลของปีงบประมาณ 2560-2562 พบว่า มีการติดเชื้อวัณโรคเพิ่มขึ้น ในกลุ่มที่เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยเฉพาะในเขต รพ.สต.บ้านแก พบมากที่สุด นอกจากนี้ จากการสืบค้นข้อมูล ยังไม่มีการศึกษาถึงสัดส่วนของความรู้ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นเขตที่พบผู้ป่วยวัณโรคปอดของแต่ละจังหวัด เป็นอันดับต้นๆของประเทศไทย

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้มีความสนใจทำการศึกษาขึ้น เพื่อสัดส่วนของความรู้ และ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอด ของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด ในเขตคลินิกหมอครอบครัวแก้วโนนคำนำสุข อ.ขามเฒ่า จ.กาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสัดส่วนของ ในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด ในเขต คลินิกหมอครอบครัวแก้วโนนค่านำสุข อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์ ที่มีความรู้และพฤติกรรม การป้องกันวัณโรคปอด ผ่านเกณฑ์

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่อาจสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด ในเขตคลินิกหมอครอบครัวแก้วโนนค่านำสุข อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical research) เพื่อศึกษาความรู้และ พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอด ในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด ในเขต คลินิกหมอครอบครัวแก้วโนนค่านำสุข อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์ และเพื่อศึกษาปัจจัยที่อาจ สัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วม บ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด ในเขต คลินิกหมอครอบครัวแก้ว โนนค่านำสุข อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์

คำจำกัดความงานวิจัย

ผู้ป่วยวัณโรคปอด คือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจาก แพทย์ ว่าเป็นวัณโรคปอด โดยการฉายรังสีเอกซเรย์ปอด และการตรวจเสมหะโดยวิธี Direct smear พบเชื้อ Acid Fast Bacilli (AFB positive) หรือส่ง เสมหะ gene Xpert ได้ผล positive หรือเป็นผู้ที่มีผลเสมหะทั้ง AFB เป็น negative และ gene Xpert ได้ผล negative แต่มีอาการที่เข้าได้กับวัณโรค ปอด และ ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดราย ใหม่ที่โรงพยาบาลยางตลาด

ผู้สัมผัสร่วมบ้าน (household contact) หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยด้านนอกห้อง เดียวกัน (household intimate) มีโอกาสรับและติดเชื้อสูง มากกว่าผู้ที่อาศัยในบ้านเดียวกันแต่นอนแยกห้อง (household regular) ไม่นับรวมญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่คนละ

บ้านแต่ไปมาหาสู่เป็นครั้งคราวและนับระยะเวลาที่อยู่ ร่วมกับผู้ป่วยก็วันก็ได้ในช่วงระหว่าง 3 เดือนที่ผ่านมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria)

เป็นผู้ที่สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด (household contact) ตามคำจำกัดความงานวิจัย

พักอาศัยอยู่ในเขต คลินิกหมอครอบครัวแก้วโนนค่านำสุข

อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป

สามารถอ่านหนังสือและเขียนหนังสือภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ที่ต้องออกจากการศึกษา (Inclusion criteria)

เป็นผู้ที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เช่น เป็นใบ้ หู หนวกทั้งสองข้าง ตาบอดทั้งสองข้าง

ไม่เป็นผู้ที่มึนจิตพื้นเพเดิม วิกลจริต

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้โปรแกรม winpepi โดยมีสูตรคำนวณคือ $n = pqz^2 / d^2$ โดยกำหนดค่า ดังต่อไปนี้ คือ assume proportion = 0.837 (มาจากการ ทบทวนวรรณกรรม), Confidence level = 95%, Acceptable difference = 0.0837, Assumed proportion = 0.837, Expected loss of subjects = 20% จากการคำนวณดังกล่าว จะได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 143 คน

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมทางการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้วว่า เป็นงานวิจัยที่เข้าข่ายสามารถยกเว้น ไม่ต้องขอรับการ พิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมตามประกาศ มหาวิทยาลัยขอนแก่นฉบับที่ 3093/2552 (เลขที่โครงการ : HE631525)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย เป็นแบบสอบถามแบบ อ่านตอบเองโดยอ้างอิงจากการสืบค้นงานวิจัย(นงนุช เสือพู

มี, 2556.) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ โดยใช้ $Kr-20 = 0.73$ และแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค $= 0.85$ โดยประกอบไปด้วยคำถาม รวม 38 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 มีจำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ โรคประจำตัว และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 มีจำนวน 13 ข้อ เป็นความรู้เกี่ยวกับการป้องกันวันโรคปอด เป็นการรับรู้ที่เป็นจริงเกี่ยวกับวิธีการหรือขั้นตอนในการป้องกันวันโรค เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ, การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่, การพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง, การเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวันโรคปอด, การตรวจร่างกายด้วยการเอ็กซเรย์ปอดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เป็นต้น โดยลักษณะแบบสอบถามจะเป็นการวัดแบบ ผิด-ถูก (True-False) ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน และมีเกณฑ์การประเมินระดับความรู้ โดยแบ่งตามคะแนน ดังนี้

ระดับคะแนนความรู้ เกณฑ์ระดับความรู้ (ร้อยละ)

สูง	> 80	> 10 คะแนน
ปานกลาง	60-80	8-10 คะแนน
ต่ำ	< 60	< 8 คะแนน

จากนั้น นำระดับความรู้ดังกล่าว มาแบ่งเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มที่มีระดับความรู้ดี คือกลุ่มที่มีระดับความรู้อยู่ในเกณฑ์สูง และ กลุ่มที่มีระดับความรู้ไม่ดี คือ กลุ่มที่มีระดับความรู้อยู่ในเกณฑ์ปานกลางและต่ำ

ส่วนที่ 3 มีจำนวน 16 ข้อ พฤติกรรมการป้องกันวันโรคปอด เป็นการปฏิบัติหรือการกระทำของประชาชนที่ป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยจากวันโรคปอด เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ, การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่, การพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง, การเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวันโรคปอด เป็นต้น ลักษณะแบบวัดเป็น Likert scale 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

แบบสอบถามด้าน บวก

ปฏิบัติสม่ำเสมอ	5 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	3 คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	1 คะแนน

แบบสอบถามด้าน ลบ

ปฏิบัติสม่ำเสมอ	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	3 คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	4 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	5 คะแนน

เกณฑ์การประเมินพฤติกรรมในการป้องกันวันโรค แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติตัวในการป้องกันวันโรคดีมาก เท่ากับหรือมากกว่า 64 คะแนน

ปฏิบัติตัวในการป้องกันวันโรคดี เท่ากับหรือมากกว่า 56-63 คะแนน

ปฏิบัติตัวในการป้องกันวันโรคปานกลาง เท่ากับหรือมากกว่า 48-55 คะแนน

ปฏิบัติตัวในการป้องกันวันโรคน้อย เท่ากับหรือมากกว่า 40-47 คะแนน

ปฏิบัติตัวในการป้องกันวันโรคน้อยมาก เท่ากับหรือน้อยกว่า 39 คะแนน

จากนั้น นำระดับพฤติกรรมในการป้องกันวันโรคดังกล่าว มาแบ่งเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มที่มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันวันโรคที่ดี คือกลุ่มที่มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันวันโรคอยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีมากและกลุ่มที่มีพฤติกรรมในการป้องกันวันโรคที่ไม่ดี คือ กลุ่มที่มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันวันโรคอยู่ในเกณฑ์น้อยมากถึงปานกลาง

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics 19 โดยการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้าน

ความรู้ และข้อมูลด้านพฤติกรรมการป้องกันวันโรค ใช้การหาค่าความถี่และร้อยละ ในส่วนของการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันวันโรค กับพฤติกรรมการป้องกันวันโรคปอด ใช้การวิเคราะห์โดยสถิติไคสแควร์ (chi-square test) จากนั้นจะนำตัวแปรที่

มีความสัมพันธ์ทางสถิติ ($p < 0.05$) มาวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณโลจิสติกส์ (Multiple logistic regression) และนำเสนอข้อมูลด้วยค่า Adjusted odds ratio (adj OR) และช่วงความเชื่อมั่น 95% (95%CI)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ความรู้วันโรคปอด และพฤติกรรมการป้องกันวันโรคปอด ของกลุ่มตัวอย่าง ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 143)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	32	22.4
หญิง	111	77.6
อายุ		
อายุ 18-30 ปี	4	2.8
อายุ 31-40 ปี	10	7.0
อายุ 41-60 ปี	84	58.7
อายุ มากกว่า 60 ปี	45	31.5
ระดับการศึกษา		
ไม่เกินประถมศึกษา	60	42.0
มัธยมศึกษาขึ้นไป	83	58.0
สถานภาพ		
โสด	12	8.4
แต่งงาน/เคยแต่งงาน	131	91.6
อาชีพ		
ประกอบอาชีพ	141	98.6
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	1.4
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	103	72.0
มีโรคประจำตัว	40	28.0
ความสัมพันธ์		
ญาติสายตรง	72	50.3
ไม่ใช่ญาติสายตรง	71	49.7

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 143)	ร้อยละ
การสวมหน้ากากอนามัยในช่วงที่คนไข้เริ่มกินยารักษาวันโรค 2 สัปดาห์แรก		
เคยสวมใส่	141	98.6
ไม่เคยสวมใส่เลย	2	1.4
การไปตรวจสุขภาพ เพื่อคัดกรองวันโรค เช่น เอ็กซเรย์ปอด อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ที่โรงพยาบาล		
เคยตรวจสุขภาพ	114	79.7
ไม่เคยตรวจสุขภาพ	29	20.3
ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันวันโรคปอด		
ดี	127	90.1
ไม่ดี	14	9.9
พฤติกรรมในการป้องกันวันโรค		
ดี	132	92.3
ไม่ดี	11	7.7

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 143 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงร้อยละ 77.6 โดยมีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปีมากที่สุดร้อยละ 57.8 การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป เป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 58.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพแต่งงานหรือเคยแต่งงาน ร้อยละ 91.6 ส่วนมากประกอบอาชีพถึงร้อยละ 98.6 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นในลักษณะเป็นญาติสายตรงและไม่ใช่วินิจฉัยสายตรงใกล้เคียงกัน ร้อยละ 50.3 และ 49.7 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 98.6 จะเคยสวมหน้ากากอนามัยช่วงที่คนไข้เริ่มกินยารักษาวันโรค 2 สัปดาห์แรก และส่วนใหญ่ร้อยละ 79.7 เคยไปตรวจสุขภาพ เพื่อคัดกรองวันโรค เช่น เอ็กซเรย์ปอด อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ที่โรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.1 มีระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันวันโรคปอดที่ดี และส่วนใหญ่ ร้อยละ 92.3 มีพฤติกรรมในการป้องกันวันโรคที่ดี

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละความรู้เรื่องการป้องกันวันโรคปอดของกลุ่มจำแนกตามรายข้อ

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันวันโรคปอด	จำนวน (N=143)	ร้อยละ
1. วันโรคปอดสามารถติดต่อได้ง่ายโดยผ่านทางระบบทางเดินหายใจ	139	92.7
2. เชื้อวันโรคปอดสามารถแพร่กระจายในอากาศ	127	88.8
3. วันโรคปอดไม่ได้เป็นโรคติดต่อทางพันธุกรรม	106	74.1
4. การอยู่ในสถานที่แออัดสามารถรับเชื้อวันโรคเข้าสู่ร่างกายได้ง่าย	138	96.5
5. ผู้ชายมีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อวันโรคปอดได้มากกว่าผู้หญิง	113	79.0
6. การสัมผัสและคลุกคลีกับผู้ป่วยวันโรคปอดทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	140	97.9
7. อาการของวันโรคปอด คือ ไอติดต่อกันนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป หรือไอมีเลือดปน	142	99.3

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันวันโรคปอด	จำนวน (N=143)	ร้อยละ
8. หากสงสัยว่าจะเป็นวันโรคปอด ควรปรึกษาแพทย์	140	97.9
9. การที่มีผู้ป่วยวันโรคปอดในบ้าน ควรพาสมาชิกคนอื่นไปพบแพทย์เพื่อตรวจคัดกรองโรค	137	95.8
10. การแยกของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วยวันโรคปอดเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคสู่บุคคลอื่น	141	98.6
11. การจัดบ้านผู้ป่วยวันโรคปอดให้สะอาดมีอากาศถ่ายเทเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคสู่บุคคลอื่น	137	95.8
12. การออกกำลังกายสม่ำเสมอสามารถป้องกันการเจ็บป่วยจากวันโรคปอด	129	90.2
13. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ สามารถป้องกันการเจ็บป่วยจากวันโรคปอด	115	80.4

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 99.3 รู้ว่า อาการของวันโรคปอด คือ ไอติดต่อกันนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป หรือไอมีเลือดปน รองลงมา ร้อยละ 98.6 รู้ว่า การแยกของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วยวันโรคปอดเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคสู่บุคคลอื่น ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 74.1 ที่รู้ว่าการป้องกันวันโรคปอดไม่ได้เป็นโรคติดต่อทางพันธุกรรม

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละพฤติกรรมในการป้องกันวันโรคปอดของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายชื่อ

พฤติกรรมในการป้องกันโรควันโรคปอด	จำนวน (N=143)	ร้อยละ
1. ออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์	85	59.4
2. เลือกรับประทานอาหารที่สะอาดถูกสุขอนามัย	101	70.6
3. ขณะรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นใช้ช้อนกลางเสมอ	106	74.1
4. ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังรับประทานอาหาร	116	81.1
5. ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งหลังใช้ห้องน้ำ	115	80.4
6. จัดที่อยู่อาศัยให้อากาศถ่ายเทได้สะดวกและแสงสว่างส่องถึง	113	79.0
7. ทำความสะอาดบ้านและบริเวณรอบบ้านเป็นประจำทุกวัน	104	72.7
8. นำที่นอน, ผ้าห่ม, และหมอนผึ่งแดดอย่างน้อยอาทิตย์ละ 1 ครั้ง	97	67.8
9. ปิดปากและจมูกทุกครั้ง ไอหรือจาม	112	78.3
10. บ้วนเสมหะลงในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด	98	68.5
11. พานูทรหลานหรือแนะนำให้คนอื่นพานูทรหลานไปรับวัคซีน BCG	108	75.5
12. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยจะไม่ซื้อยารับประทานเอง	81	56.6
13. ไปรับบริการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	97	67.8
14. เมื่อมีปัญหาสุขภาพจะไปปรึกษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	102	71.3
15. เมื่อสมาชิกในบ้านเจ็บป่วยได้แนะนำให้ไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	111	77.6
16. รับประทานยาตามแพทย์สั่งทุกครั้งเมื่อเจ็บป่วย	111	77.6

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81.1 มีล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง รองลงมาคือ ร้อยละ 80.4 มีพฤติกรรมล้างมือให้สะอาดทุกครั้งหลังใช้ห้องน้ำ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.3 มีพฤติกรรมปิดปากและจมูกทุกครั้ง ไอหรือจาม ในขณะที่มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 59.4 มีพฤติกรรม ออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นประจำ

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ กับพฤติกรรมการป้องกันวันโรคของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันวันโรค โดยสถิติ qui-square

	พฤติกรรมการป้องกันวันโรค		P
	ดี จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			
ชาย	29(90.6)	3(9.4)	.710
หญิง	103(92.8)	8(7.2)	
อายุ			
อายุ 18-30 ปี	4(100)	0(0)	.329
อายุ 31-40 ปี	9(90.0)	1(10.0)	
อายุ 41-60 ปี	80(92.5)	4(4.8)	
อายุ มากกว่า 60 ปี	39(86.7)	6(13.3)	
การศึกษา			
ไม่เกินระดับประถมศึกษา	51(85.0)	9(15.0)	.008***
ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป	81(97.6)	2(2.4)	
สถานภาพ			
โสด	12(100)	0(0)	.599
เคยแต่งงาน	120(91.6)	11(8.4)	
อาชีพ			
ประกอบอาชีพ	130(92.2)	11(7.8)	1.000
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2(100)	0(0)	
โรคประจำตัว			
มีโรคประจำตัว	36(90.0)	4(10.0)	.501
ไม่มีโรคประจำตัว	96(93.2)	7(6.8)	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยวันโรค			
ญาติสายตรง	64(88.9)	8(11.1)	.208
ไม่ใช่ญาติสายตรง	68(95.8)	3(4.2)	

การสวมหน้ากากอนามัยในช่วงที่คนไข้เริ่มกินยารักษาวันโรค 2 สัปดาห์แรก

	พฤติกรรมการป้องกันวัณโรค		P
	ดี จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	
เคยสวม	130(92.2)	11(7.8)	1.000
ไม่เคยสวม	2(100)	0(0)	
การตรวจสุขภาพ เพื่อคัดกรองวัณโรค เช่น เอ็กซเรย์ปอด อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง ที่โรงพยาบาล			
เคยตรวจสุขภาพ	109(95.6)	5(4.4)	.009***
ไม่เคยตรวจสุขภาพ	23(79.3)	6(20.7)	
ความรู้การป้องกันวัณโรค			
ดี	117(92.1)	10(7.9)	1.000
ไม่ดี	13(92.9)	1(7.1)	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่4 พบว่า ปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังกำวันโรคของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีสองปัจจัยคือ ระดับการศึกษาและ การตรวจสุขภาพเพื่อกัดครองวันโรค เช่น เอ็กซเรย์ปอด อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง ที่โรงพยาบาล โดยผู้มีระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไปมีพฤติกรรมกำบังกำวันโรคที่ดีกว่าผู้มีระดับการศึกษาไม่เกินประถมศึกษา ($p<.05$) และ ผู้ที่เลขตรวจสุขภาพเพื่อกัดครองวันโรค มีพฤติกรรมกำบังกำวันโรคที่ดีกว่าผู้ที่ไม่เลขตรวจสุขภาพ ($p <.05$) ส่วนปัจจัยอื่นๆ เช่น เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และการสวมหน้ากากอนามัยในช่วงที่คนไข้เริ่มกินยารักษาวันโรค 2 สัปดาห์แรก นั้น ต่างไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังกำวันโรคของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกำบังกำวันโรค โดยสถิติ multiple logistics regression

ตัวแปร	พฤติกรรมกำบังกำวันโรค		Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p
	ดี จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)			
การศึกษา					
ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป	81(97.6)	2(2.4)	7.15 (1.48-34.41)	8.40 (1.64-42.47)	.008***
ไม่เกินระดับประถมศึกษา	51(85.0)	9(15.0)	1	1	
การตรวจสุขภาพ เพื่อกัดครองวันโรค เช่น เอ็กซเรย์ปอด อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง ที่โรงพยาบาล					
เลขตรวจสุขภาพ	109(95.6)	5(4.4)	5.69 (1.60-20.23)	6.78 (1.75-26.20)	.006***
ไม่เลขตรวจสุขภาพ	23(79.3)	6(20.7)	1	1	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 5 พบว่า เมื่อนำตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันวันโรคของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จากตารางที่ 4) จำนวน 2 ตัวแปร มาวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistics regression) พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันวันโรคของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้ง 2 ตัวแปร คือ ระดับการศึกษาและการตรวจสุขภาพ เพื่อคัดกรองวันโรค เช่น เอ็กซเรย์ปอด อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง ที่โรงพยาบาล โดยผู้มีการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไปมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันวันโรคที่ดีกว่าผู้มีการศึกษาไม่เกินประถมศึกษา 8.40 เท่า (Adj. OR = 8.40; 95% CI = 1.64-42.47) และ ผู้ที่เคยตรวจสุขภาพ เพื่อคัดกรองวันโรค มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันวันโรคที่ดีกว่าผู้ที่ไม่เคยตรวจสุขภาพ 6.78 เท่า (OR = 6.78; 95% CI = 1.75-26.20)

การสรุปผลและอภิปราย

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการป้องกันวันโรคในระดับที่สูง โดยร้อยละ 99.3 รู้ว่า อาการของวันโรคปอด คือ ไอ ติดต่อกันนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป หรือไอมีเลือดปน อาจเนื่องจาก โรงพยาบาลยางตลาดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอยางตลาด โดย PCC แก้วโนนคำนำสุข มีการให้ข้อมูลความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันวันโรคปอด และส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันวันโรคปอดและเป็นนโยบายในการดำเนินงานคัดกรองผู้ป่วยวันโรครายใหม่ในแต่ละปี ประชาสัมพันธ์ถึงอาการและการป้องกันวันโรคแก่ประชาชนในชุมชน ทำให้มีการรับรู้ถึงการป้องกันวันโรคมามากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 74.1 ที่รู้วันโรคปอดไม่ได้เป็นโรคติดต่อทางพันธุกรรม โดยเป็นข้อคำถามที่มีกลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรียา สินธุระวิทย์ และวันเพ็ญ ปันราช 2555 ที่พบว่า ผู้ป่วยวันโรค พี่เลี้ยงผู้ป่วยวันโรค และองค์กรในชุมชน มีความรู้ไม่เพียงพอ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องยังขาดแนวทางในการควบคุมวันโรคที่เหมาะสม ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับ

ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดวันโรคที่มากครอบคลุมมีผลให้ประชาชนเข้าใจว่าวันโรคปอดไม่ได้เป็นโรคทางพันธุกรรม และวันโรคปอดเป็นการติดเชื้อที่ปอดสอดคล้องกับการศึกษาของอุมาวัลย์ จ้านสกุลและคณะ 2553 ที่พบว่า การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับวันโรคด้วยภาษาที่เข้าใจได้ง่ายจะส่งผลต่อการรักษาวันโรคที่หายได้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันวันโรคอยู่ในระดับที่ดีถึงดีมาก โดยร้อยละ 81.1 มีล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังรับประทานอาหารทุกครั้งและร้อยละ 80.4 มีพฤติกรรมล้างมือให้สะอาดทุกครั้งหลังใช้ห้องน้ำซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุมาวัลย์ จ้านสกุล และคณะ 2553 ที่พบว่า ผู้ที่สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวันโรคปอดมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันวันโรคที่ดี เป็นผลมาจาก เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ที่ในส่วนของโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลอดจนส่วนท้องถิ่นมีแผนการคัดกรอง และดำเนินการป้องกันวันโรคในชุมชนพร้อมทั้งให้ความรู้แก่ประชาชน และสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา สารบุญ และนิรมล เมืองโสม 2555 ที่ใช้โปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม ในการส่งเสริมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวันโรคปอด พบว่าทำให้การปฏิบัติตัวและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวันโรคดีขึ้น

ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นก็สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันวันโรคที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการได้รับการศึกษา เป็นโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร ในการป้องกันวันโรค ซึ่งในปัจจุบันทางโรงพยาบาลยางตลาดและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของ PCC แก้วโนนคำนำสุข ได้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารวันโรค ในรูปแบบเอกสาร แผ่นพับ โปสเตอร์ และการบรรยายให้ความรู้ ดังนั้นหากความสามารถในการฟัง พูด อ่าน เขียน ที่ดีพอ ก็อาจส่งผลให้การรับการถ่ายทอดความรู้ได้ดี มาเป็นพฤติกรรมกรรมการป้องกันวันโรคที่ดีตามมาได้

สอดคล้องกับ การศึกษาของ บาร์เมษฐ์ ภิราล้า และคณะ.2555 ที่กล่าวว่า การศึกษานั้นเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวัณโรคของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างที่เคยการตรวจสุขภาพ เพื่อคัดกรองวัณโรค เช่น เอ็กซเรย์ปอด อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ที่โรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสที่ตัวเองมีความเสี่ยงต่อการติดต่อวัณโรคจากสมาชิกในบ้าน จึงทำให้เกิดพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันวัณโรค เช่นการไปโรงพยาบาลเพื่อรับการคัดกรองวัณโรคเช่น เอ็กซเรย์ปอด อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ มอนโธง 2560 ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคจะเป็นปัจจัยชักนำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคที่ดี

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการจัดโครงการส่งเสริมพฤติกรรมวัณโรคในชุมชน และการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยวัณโรคอย่างถูกต้อง และเหมาะสมโดยเน้นกลุ่มประชากรเป้าหมายที่มีระดับการศึกษาไม่เกินประถมศึกษา และควรรณรงค์พัฒนารูปแบบ วิธีการให้ความรู้วัณโรคแก่ชุมชน ด้วยวิธีการและภาษาที่เข้าใจได้ง่าย เหมาะสมกับประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ครอบคลุมเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรค

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลยางตลาด สาธารณสุขอำเภอยางตลาด ที่สนับสนุนและอนุญาตในการลงพื้นที่เก็บข้อมูลงานวิจัย ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ประจำรพ.สต.บ้านแก รพ.สต.ดงบัง รพ.สต.หัวนาคำ และรพ.สต.โนนสูง และอสม. ตำบลอีตื้อ ตำบลหัวนาคำ ตำบลโนนสูง อำเภอยางตลาด ตลอดจนผู้นำชุมชน ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลงานวิจัยในแต่ละพื้นที่ ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. D. Guwatudde et al. Tuberculosis in Household Contacts of Infectious Cases in Kampala, Uganda. American Journal of epidemiology. 158(9): 887-98, 2003.
2. Ferdous Jahan et al. Factors related to tuberculosis preventive behaviors among tuberculosis patient Attendants in Dhaka, Bangladesh. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal. 9(2): 68-74, 2014.
3. M. Legesse et al. Knowledge and perception of pulmonary tuberculosis in pastoral communities in The middle and Lower Awash Valley of Afar region, Ethiopia. MC Public Health. 10(187): 1-11, 2010.
4. T.H. Ngyuen et al. Risk of latent tuberculosis infection in children living in households with Tuberculosis patients: a cross sectional survey in remote northern Lao People's Democratic Republic. BMC Infectious Diseases. 2(96): 1471-2334, 2009.
5. T.R. Khan et al. Active case finding of sputum positive pulmonary tuberculosis in household contacts of tuberculosis patients in Karachi, Pakistan. Jac Journal 2(1): 25-31, 2014.
6. World Health Organization. Global tuberculosis report. 16-18, 2017.
7. Z. Jia et al. Tuberculosis burden in China: a high prevalence of pulmonary tuberculosis in household contacts with and without symptoms. BMC Infectious Diseases. 14(64), 2014.
8. ขวัญใจ มอนโธง. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคที่พักรักษาในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสารพยาบาลทหารบก. 18: 306-14, 2560.
9. นงนุช เสือพุมิ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดของประชาชน ตำบลสวนกล้วย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 13: 79-93. 2557.

10. มะลิณี บุตรโท และ พรนภา ศุกรเวชศิริ. การป้องกันวันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวันโรคปอดเสมหะพบเชื้อที่ขึ้นทะเบียนรักษาอำเภอประโคนชัย อำเภอกระสัง และอำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น. 18(3): 11-21, 2554.
11. บารเมษฐ์ ภิราล้าและคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวันโรคปอดในผู้ป่วยปอดอักเสบชุมชนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของจังหวัดนครพนม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 5: 85-98, 2555.
12. ปรียา สันธุระวิทย์ และวันเพ็ญ ปิ่นราช. การพัฒนาแนวทางการควบคุมวันโรคในชุมชนของโรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 30: 33-42, 2555.
13. รัตนา สารบุญ และนิรมล เมืองโสม. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวันโรคปอดในโรงพยาบาลวังสะพุง จังหวัดเลย. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (บศ.). 12(3): 29-37, 2555.
14. สำนักวันโรค. แนวทางการควบคุมวันโรคประเทศไทย. กรมควบคุมวันโรค. 1: 3-27, 2561.

บทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์เด็กช่วงอายุ 3-5 ปี ในจังหวัดตรัง

Parent' Roles in Promoting Children 3-5 Years Creativity in Trang Province

โสภิต สุวรรณเวลา¹, เพ็ญภา เพ็ชรเล็ก², พิรวิชญ์ สุวรรณเวลา³Sopit suwanvala¹, Pennapa Petlek², Perawit suwanvala³

(Received: October 7 ,2020 ; Accepted: December 1 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้เป็นการหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์สำหรับเด็ก ช่วงอายุ 3-5 ปี ในจังหวัดตรัง 3 ด้านประกอบด้วย ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก ด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่สร้างสรรค์ และด้านการสนับสนุนการเล่นที่ใช้จินตนาการ ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ปกครองของเด็กที่มีอายุ 3-5 ปี ในจังหวัดตรัง จำนวน 23,992 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองของเด็กอายุ 3-5 ปี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปเครชีและมอร์แกน จำนวน 475 คน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการคำนวณค่าจำนวน ร้อยละ ความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และประเมินระดับ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square)

ผลการวิจัยพบว่าระดับบทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์สำหรับเด็ก ช่วงอายุ 3-5 ปี ในจังหวัดตรัง ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=4.35$) รองลงมาคือด้านการสนับสนุนการเล่นที่ใช้จินตนาการ และด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่สร้างสรรค์มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}=3.74$) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์เด็กช่วงอายุ 3-5 ปี ในจังหวัดตรัง คือ วุฒิการศึกษา อาชีพของผู้ปกครอง และรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์เด็กช่วงอายุ 3-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

คำสำคัญ : บทบาทของผู้ปกครอง, การส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์, เด็กช่วงอายุ 3-5 ปี

Abstract

This study correlates with the role of participant in promoting creativity for children aged 3-5 years in Tang province. The creation and support of playing games that use the imagination of people in this study is the administration of children of 3-5 years in Tran province, consisting of 23,992 people. The sample group is the parents of children aged 3-5 years. The sample size is calculated by Using 475 prepared and Crazy preparation tables at 95% confidence level. The research instruments consisted of questionnaire. Part 1 was general information of the sample consisting of educational background, occupation and family income. Part 2 questionnaire about parents' participation in promoting creativity of children under the age of 3. -5 years, which has been validated by content (Content validity) by 3 experts, then the results of the experts to calculate the content validity index (CVI) can calculate the content validity index is equal to 1.00 The researcher brought the updated equipment to confidence. (Reliability) by trial (Try out) with parents of children aged 3-5 years that are similar to a group of 30 people to analyze the reliability of By calculating the Cronbach's alpha coefficient Get a value equal to .95. Analyze the data by calculating the percentage, frequency, standard deviation. And assess the level Analyze the factors that are related by using chi-square statistics.

The results showed that the level of the parents' role in promoting creativity for children aged 3-5 years in Trang province The interaction with children was the highest mean ($\bar{X}= 4.35$), followed by the support for imaginative play. And the aspect of creative environment management had the least average score ($\bar{X}= 3.74$). The variable that has relationship with the role of parents in promoting creativity of children aged 3-5 years

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

² พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

³ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

in Trang province is educational background, occupation. Of parents And family income There is a statistically significant positive relationship between parents' role in promoting creativity among children aged 3-5 years (p-value <0.05).

Keywords: Parental role, Creativity thinking promotion, Children aged 3-5 years

บทนำ

เด็กเป็นบุคคลที่อยู่ระหว่างการเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา วัยเด็กเป็นวัยที่มีพัฒนาการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและต่อเนื่อง การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กเป็นไปอย่างมีระบบและมีลำดับขั้น⁽¹⁾ จำนวนเด็กวัยอายุ 0-5 ปี ในประเทศไทยลดลงต่อเนื่องในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา จาก 5.4 ล้านคนในปี 2540 เหลือเพียง 4.2 ล้านคนในปี 2561⁽²⁾ ซึ่งจำนวนเด็กช่วงอายุ 3-5 ปี ในประเทศไทย ในช่วงระหว่างปี 2555-2560 มีแนวโน้มลดลงประมาณ ร้อยละ 6.25 โดยในปี 2556 มีจำนวน 2,302,089 คน และลดลงในปี 2561 เหลือเพียง 2,158,972 คน⁽³⁾ แต่หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กในช่วงวัยนี้ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขเล็งเห็นความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เพราะเป็นช่วงที่เด็กมีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการหลายด้าน ทั้งด้านความคิด ภาษา การสื่อสาร ด้านกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหว และการช่วยเหลือตนเอง⁽⁴⁾ เด็กช่วงอายุ 3-5 ปี มีการพัฒนาทางสมองและการเรียนรู้เป็นไปอย่างรวดเร็วที่สุดในชีวิต เป็นช่วงชีวิตที่มีการพัฒนาทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญาและการเรียนรู้เกิดขึ้นมากที่สุด หากในช่วงนี้เด็กได้รับการเลี้ยงดูการ และส่งเสริมพัฒนาที่ดี จะทำให้เด็กเติบโตอย่างมีรากฐานชีวิตที่ดี เกิดประโยชน์ในระยะยาวทั้งต่อตัวบุคคล สังคมและประเทศต่อไป⁽⁵⁾ โดยเฉพาะการพัฒนาของความคิดสร้างสรรค์ที่มีความสำคัญสำหรับเด็กและสำหรับคนไทยทุกคนเพื่อการพัฒนาประเทศ ความคิดสร้างสรรค์เป็นความสามารถทางสมองของเด็กที่ไวต่อความคิดได้หลากหลายทิศทาง เป็นการค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาคาราคาเข่งต่าง ๆ สามารถคิดริเริ่ม คิดคล่องแคล่ว คิดละเอียดลออ กว้างไกล มีความยืดหยุ่นในการคิดเป็นความสามารถในการมองเห็นความสัมพันธ์ของสิ่งต่าง ๆ รอบตัวโดยนำความรู้ และประสบการณ์มาเป็นพื้นฐานใน

การทำให้เกิดความคิดใหม่ อันจะนำไปสู่การประดิษฐ์คิดค้นสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁶⁾ ซึ่งความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ของเด็กวัยนี้กำลังได้รับการพัฒนา หากเด็กได้รับการจัดประสบการณ์หรือกิจกรรมที่ส่งเสริมอย่างต่อเนื่องตามลำดับ ก็เท่ากับเป็นการวางรากฐานที่มั่นคงสำหรับการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ ในทางตรงกันข้ามถ้าเด็กถูกจำกัดควบคุมการคิด และการกระทำ เด็กก็จะรู้สึกอายและไม่กล้าทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง ซึ่งจะมีผลเสียต่อการพัฒนาขั้นต่อไป การพัฒนาทักษะความคิดสร้างสรรค์ของเด็กช่วงอายุ 3-5 ปี เริ่มแรกมาจากบิดา มารดาหรือผู้ปกครอง ฉะนั้นหากเด็กได้รับการสนับสนุนที่ดีจากบิดา มารดาหรือผู้ปกครอง ให้ทำกิจกรรมต่างๆ ให้อิสระกับเด็ก ก็จะช่วยให้ความคิดริเริ่มของเด็กกลายเป็นสิ่งสร้างสรรค์ขึ้นมาได้ บิดา มารดา ผู้ปกครอง หรือผู้ที่เกี่ยวข้องเลี้ยงดูเด็กก็ต้องคอยให้คำแนะนำที่ดีที่เหมาะสมกับเด็กด้วย แต่ทั้งนี้จะต้องไม่เป็นคำแนะนำที่บั่นทอนกำลังใจเด็ก ควรให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจกับเด็กด้วยว่าสิ่งที่เขากำลังทำอยู่นั้นจะเป็นจริงขึ้นมาได้ถ้าอยู่บนพื้นฐานของความถูกต้อง^(4,7)

การส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ของเด็กช่วงอายุ 3-5 ปี อย่างถูกต้องเหมาะสมนั้น มีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายปัจจัย ซึ่งปัจจัยที่สำคัญคือการเลี้ยงดูจากผู้ปกครอง⁽⁸⁾ ผู้ปกครองที่มีความพร้อมในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก ที่มีการให้ความรัก ความอบอุ่น ยอมรับ ความคิดเห็นของเด็ก ให้ความสำคัญในการอบรมสั่งสอน มีความสม่ำเสมอในบทบาทของการให้รางวัลและการลงโทษ ตลอดจนให้การศึกษากับเด็กและดูแลในเรื่องของความปลอดภัย จะช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้ที่เหมาะสม มีการปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมต่างๆ ได้ดี นอกจากนี้พบว่าปัจจัยด้านการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ครอบครัวที่มีผู้ปกครองมีการศึกษาสูง และมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี มีอาชีพที่มั่นคงและมีรายได้ที่พอเพียง มีโอกาสส่งเสริมให้เด็กมี

พัฒนาการด้านสติปัญญาสูงกว่าครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ^(8,9) ซึ่งผู้ปกครองสามารถแสดงบทบาทในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ของเด็กได้หลากหลายวิธี วิธีที่สำคัญคือให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Provide emotional support) การส่งเสริมการเล่นที่ใช้จินตนาการ (Encourage imaginative play) และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่บ้านอย่างสร้างสรรค์ (Creative Home Environment)^(8,10) สิ่งเหล่านี้จะเป็นการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ทั้งนี้เนื่องจากการแสดงความรักที่เอาใจใส่ทำให้เด็กได้รับความอบอุ่นปลอดภัย กล้าที่จะแสดงความรู้สึกนึกคิดของตนเอง ก่อให้เกิดพัฒนาการด้านความคิดสร้างสรรค์อย่างต่อเนื่อง^(4,8)

บทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์มีหลายวิธี แต่พบว่าวิธีการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์โดยการจัดสภาพแวดล้อมที่สร้างสรรค์ มีการจัดพื้นที่สำหรับการเรียนรู้ จัดหาอุปกรณ์ที่หลากหลายให้เด็กเล่นหรือสร้างสรรค์ผลงาน การจัดเตรียมอุปกรณ์ใหม่ๆ เพื่อให้เด็กทดลองปฏิบัติ การจัดหาวัสดุเหลือใช้ให้เด็กได้เล่นหรือสร้างสรรค์ผลงาน การมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก มีการสนับสนุนการเล่นที่ใช้จินตนาการอย่างสร้างสรรค์ สำหรับการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อเด็ก แสดงอารมณ์ความรู้สึกร่วมกัน ขวนเด็กพูดคุยสิ่งต่างๆ รวมถึงการที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็ก และการการสนับสนุนการเล่นที่ใช้จินตนาการอย่างสร้างสรรค์ เป็นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้เด็กได้ศึกษาด้วยตนเอง โดยให้เด็กได้ใช้จินตนาการ ความคิดของตนเอง และปล่อยให้เด็กได้เป็นอิสระกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน สิ่งเหล่านี้จะส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ในเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹¹⁻¹⁵⁾

การที่ผู้ปกครองทำหน้าที่ดูแลความเป็นอยู่ พื้นฐานในการดำรงชีวิต รวมทั้งคอยชี้แนะแนวทางและคอยสนับสนุนช่วยเหลือส่งเสริมสิ่งที่ดีให้แก่เด็ก ดังนั้นผู้ปกครองหรือผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กวัยนี้ จึงควรเข้าใจ และยอมรับถึงลักษณะเฉพาะของเด็กแต่ละวัยอย่างถูกต้อง เพื่อสามารถสนับสนุนและดูแลเด็กได้เหมาะสม ซึ่ง

ประสบการณ์และพัฒนาการของเด็ก ล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีและการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ ดังนั้นสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว โดยเฉพาะจากบิดามารดา หรือผู้ปกครองซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมแรกที่สำคัญที่สุดที่จะสร้างประสบการณ์ให้แก่เด็ก นับตั้งแต่แรกเกิดเพื่อให้เกิดการเรียนรู้อันเป็นประโยชน์ต่อพัฒนาการที่ดี และเหมาะสมต่อไป⁽¹⁶⁾ การส่งเสริมความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในเด็กวัยนี้ ผู้ปกครองจึงมีบทบาทสำคัญ และจำเป็นต้องเข้ามามีบทบาทผ่านการจัดสภาพแวดล้อมที่สร้างสรรค์ การมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก มีการสนับสนุนการเล่นที่ใช้จินตนาการอย่างสร้างสรรค์ การสนับสนุนทางสังคม และรูปแบบการเลี้ยงดูเด็กที่บ้าน ซึ่งจะส่งผลต่อพัฒนาการด้านความคิดสร้างสรรค์ในเด็กต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าบทบาทของผู้ปกครองมีความสำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ในเด็กวัย 3-5 ปี ซึ่งการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ในเด็กช่วงอายุ 3-5 ปี ที่สำคัญคือจัดสภาพแวดล้อมที่สร้างสรรค์ การมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก การสนับสนุนการเล่นที่ใช้จินตนาการอย่างสร้างสรรค์ ทั้งนี้เพื่อการพัฒนาที่เป็นผู้ใหญ่มีคุณภาพต่อไป ดังนั้นการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์เด็กช่วงอายุ 3-5 ปี จึงมีความสำคัญในการนำข้อมูลมาเป็นแนวทางสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำบทบาทของผู้ปกครองมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ในเด็ก พร้อมทั้งนำมาวางแผน ดำเนินกิจกรรมต่างที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์สำหรับเด็กช่วงอายุ 3-5 ปี ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก ด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่สร้างสรรค์ และด้านการสนับสนุนการเล่นที่ใช้จินตนาการ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์เด็กช่วงอายุ 3-

5 ปี ปัจจัยด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย การศึกษา อาชีพ และ รายได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาเรื่องบทบาทผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์เด็กช่วงอายุ 3-5 ปี ในจังหวัดตรัง ผู้วิจัยได้นำบทบาทผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ตามแนวทฤษฎีความคิดสร้างสรรค์ ที่กล่าวว่า ครอบครัวมีอิทธิพลต่อการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ในเด็ก โดยบิดามารดาที่ให้โอกาสเด็กแสดงความสามารถต่างๆ ให้ความสนใจในความในความต้องการต่างๆของเด็กและครอบครัวที่มีการศึกษาสูง เศรษฐฐานะดี มีมนุษยสัมพันธ์ มีความเชื่อมั่นและมั่นใจในความสามารถของเด็ก ดูแลให้เด็กมีความรับผิดชอบต่อตนเองด้วยอิสระ สิ่งเหล่านี้ล้วนมีความสัมพันธ์กับความคิดสร้างสรรค์ของเด็ก โดยสามารถสรุปกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังนี้

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์ (Correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์เด็กช่วงอายุ 3-5 ปี ในจังหวัดตรัง

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ปกครองของเด็กที่มีอายุ 3-5 ปี ในจังหวัดตรัง จำนวน 23,992 คน⁽¹⁷⁾ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970)⁽¹⁸⁾ โดยยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างเท่ากับ .05 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 475 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 5 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่หนึ่งแบ่งกลุ่มอำเภอเป็นกลุ่มอำเภอที่มีประชากรเด็กช่วงอายุ 3-5 ปี ขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก ขั้นตอนที่สองสุ่ม 1 อำเภอจากกลุ่มอำเภอที่มีประชากรเด็กช่วงอายุ 3-5 ปี โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) แบบจับฉลากไม่แทนที่ จำนวน 1 อำเภอได้อำเภอเมืองตรัง และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตาม

สัดส่วนของจำนวนเด็กช่วงอายุ 3-5 ปี ในอำเภอเมืองตรัง ขั้นตอนที่สาม แบ่งกลุ่มโรงเรียนในเขตอำเภอเมืองตรังเป็นโรงเรียนที่มีประชากรเด็กช่วงอายุ 3-5 ปี ขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก ขั้นตอนที่สี่ สุ่มอย่างง่ายจำนวน 2 โรงเรียน และขั้นตอนที่ห้าสุ่มกลุ่มตัวอย่างเด็กช่วงอายุ 3-5 ปี ในโรงเรียนเขตอำเภอเมืองตรัง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างเชิงระบบ (Systematic random sampling) ตามลำดับบัญชีรายชื่อของเด็กในแต่ละโรงเรียน จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงเรียน เท่ากับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด 475 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง จำนวน 3 ข้อ ดังนี้ วุฒิการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามการแสดงบทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์สำหรับเด็กอายุ 3-5 ปี จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้านคือการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก ด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่สร้างสรรค์ ด้านการสนับสนุนการเล่นที่ใช้จินตนาการ แบ่งระดับของคะแนนโดยค่า Rating scale) มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มากปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด⁽¹³⁾ ดังนี้

ระดับ 5 หมายถึง ผู้ปกครองมีการปฏิบัติในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์เป็นประจำทุกวัน

ระดับ 4 หมายถึง ผู้ปกครองมีการปฏิบัติในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ 5-6 วัน / สัปดาห์

ระดับ 3 หมายถึง ผู้ปกครองมีการปฏิบัติในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ 3-4 วัน / สัปดาห์

ระดับ 2 หมายถึง ผู้ปกครองมีการปฏิบัติในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ 1-2 วัน / สัปดาห์

ระดับ 1 หมายถึง ผู้ปกครองไม่มีการปฏิบัติในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ด้านนั้นเลย

การแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนนระดับบทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์⁽¹³⁾ ดังนี้

4.51 - 5.00 หมายถึง ผู้ปกครองมีการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์อยู่ในระดับมากที่สุด

3.51 - 4.50 หมายถึง ผู้ปกครองมีการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์อยู่ในระดับมาก

2.51 - 3.50 หมายถึง ผู้ปกครองมีการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์อยู่ในระดับปานกลาง

1.51 - 2.50 หมายถึง ผู้ปกครองมีการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์อยู่ในระดับน้อย

1.00 - 1.50 หมายถึง ผู้ปกครองมีการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์อยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปหาความเที่ยงตรง (Content validity) โดยการพิจารณาเครื่องมือของผู้เชี่ยวชาญ 3 คน จากนั้นนำผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าเท่ากับ .98 หลังจากนั้นนำเครื่องมือที่ได้มีการปรับปรุงแก้ไขไปหาความเชื่อมั่น (Reliability โดยการทดลองใช้ (Try out) กับผู้ปกครองของเด็กช่วงอายุ 3-5 ปี ที่มีลักษณะใกล้เคียงเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง วันที่ 2 สิงหาคม 2562 เอกสารเลขที่ 2/2559 ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิผู้ยินยอมโดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์อธิบายขั้นตอนและวิธีการวิจัย แจ้งการเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีการระบุชื่อในผลการวิจัย ผู้ยินยอมเข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวได้โดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดผลเสียร้ายทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของเด็กของผู้ปกครอง และไม่มีผลกระทบต่อการเรียนใดๆของเด็ก หลังจากผู้ปกครองยินยอมได้ลงลายมือชื่อ ถ้าผู้ปกครองมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้ถือ

เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรังแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ถึงโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงเรียนและครูประจำชั้นของโรงเรียน ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือจากครูประจำชั้นประสานงานกับผู้ปกครองเด็กในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพบผู้ปกครอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ชี้แจงรายละเอียดการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ หลังจากผู้ปกครองยินยอม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากผู้ปกครอง จำนวน 475 ชุด โดยเก็บข้อมูลระหว่าง เดือนกันยายน พ.ศ.2562 ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2562 เป็นเวลา 3 เดือน ผู้ปกครองจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 25-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา สำหรับการพรรณนาข้อมูลทั่วไป โดยข้อมูลวุฒิการศึกษา อาชีพ ใช้สถิติหาค่าความถี่และร้อยละ ข้อมูลรายได้ใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเกี่ยวกับการพบทาการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์สำหรับเด็กช่วงอายุ 3-5 ปี ในจังหวัดตรัง วิเคราะห์โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พร้อมทั้งประเมินระดับ และวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านวุฒิการศึกษาผู้ปกครอง อาชีพ และรายได้ของผู้ปกครอง (เฉลี่ยต่อเดือน) โดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi – square Test)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 70.90) ประกอบอาชีพพนักงานเอกชนและรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 39.80) รายได้ของครอบครัว (เฉลี่ย/เดือน) มีรายได้ระหว่าง 10,001-30,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 66.10) ดังตาราง 1 แสดงจำนวนร้อยละของข้อมูลปัจจัยพื้นฐาน จำแนกตาม วุฒิการศึกษา อาชีพและรายได้ของครอบครัว (N=475)

70.90) ประกอบอาชีพพนักงานเอกชนและรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 39.80) รายได้ของครอบครัว (เฉลี่ย/เดือน) มีรายได้ระหว่าง 10,001-30,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 66.10) ดังตาราง 1

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. วุฒิการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	337	70.9
ปริญญาตรีขึ้นไป	138	29.1
2. อาชีพ		
รับราชการ	25	5.3
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	21	4.4
พนักงานเอกชน / รับจ้าง	189	39.8
ธุรกิจส่วนตัว	101	21.3
เกษตรกร	98	20.6
อื่น ๆ	41	8.6
3. รายได้ของครอบครัว (Mean=1.80, SD=.55)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	129	27.2
ตั้งแต่ 10,001-30,000 บาท	314	66.1
มากกว่า 30,000 บาทขึ้นไป	32	6.7
รวม	475	100.0

2. บทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์เด็กช่วงอายุ 3-5 ปี ในจังหวัดตรัง โดยรวมและรายข้อทุกข้ออยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.13$, SD =.48) เมื่อพิจารณารายข้อแล้วเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก ($\bar{X}=4.35$, SD =.49) ด้านการสนับสนุนการเล่นที่ใช้จินตนาการ ($\bar{X}=4.28$, SD=.51) และด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่จินตนาการ ($\bar{X}=4.28$, Mean=.51) และด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่สร้างสรรค์ ($\bar{X}=3.74$, Mean=.61) ตามลำดับ ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับบทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์เด็กช่วงอายุ 3-5 ปี ในจังหวัดตรัง (N=475)

บทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์เด็กช่วงอายุ 3-5 ปี	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก	4.35	.49	มาก
2. ด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่สร้างสรรค์	3.74	.61	มาก
3. ด้านการสนับสนุนการเล่นที่ใช้จินตนาการ	4.28	.51	มาก
รวม	4.13	.48	มาก

2. ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์เด็กช่วงอายุ 3-5 ปี ในจังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ วุฒิการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์เด็กช่วงอายุ 3-5 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์เด็กช่วงอายุ 3-5 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์เด็กช่วงอายุ 3-5 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 3

ตาราง 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานของผู้ปกครองกับบทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์เด็กช่วงอายุ 3-5 ปี ด้วยไคสแควร์ ($n=475$)

บทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์เด็ก	χ^2	p-value
ปัจจัยพื้นฐานของผู้ปกครอง		
วุฒិการศึกษา	212.720	.00
อาชีพ	976.307	.00
รายได้ของครอบครัว	381.530	.00

P-value <.000

สรุปและอภิปรายผล

บทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์เด็กช่วงอายุ 3-5 ปี ในจังหวัดตรัง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.13$, SD. = .48) และเมื่อพิจารณาด้านอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยบทบาทของผู้ปกครองด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่สร้างสรรค์ และด้านการสนับสนุนการเล่นที่ใช้จินตนาการ ตามลำดับ ($\bar{X}=4.13$, SD=0.48, $\bar{X}=4.28$, SD=0.51; $\bar{X}=3.74$, SD=.61) สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก ($\bar{X}=4.35$, SD=.49) พบว่า ผู้ปกครองมีบทบาทในการเป็นแบบอย่างที่ดีในการ

ใช้คำถามปลายเปิด-ปิดในการตั้งคำถาม และการไม่กลัวที่จะให้เด็กลองทำสิ่งแปลกใหม่ เนื่องจากผู้ปกครองกลุ่มนี้มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี จึงมีรูปแบบการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Freeman & Cheshire⁽⁸⁾ ผลการวิจัย พบว่า การสนับสนุนให้เด็กแก้ปัญหาค้นหาของตัวเองโดยมีผู้ปกครองคอยช่วยเหลือ นอกจากนี้เพื่อพัฒนาทักษะการคิดสร้างสรรค์ของเด็ก ครูควรมีความกระตือรือร้นและควรมีส่วนสนับสนุนผู้ปกครองให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ของเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณี เมืองน้อย⁽⁴⁾ และพิชญภา ยืนยาว⁽¹⁹⁾ ผลการวิจัย พบว่า ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์มา

จากความฉลาดในการคิด และเริ่มมีมาตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่งจะปรากฏเด่นชัดออกมาเมื่อเด็กได้เริ่มถูกป้อน หรือถูกพัฒนาด้วยทักษะที่ดีที่ได้มาจากบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง ดังนั้น หากเด็กได้รับการสนับสนุนที่ดีจากบิดา มารดา ผู้ใหญ่รอบข้าง ให้ทำกิจกรรมต่างๆ อย่างอิสระเกี่ยวกับสิ่งที่เขาได้คิดออกมา ก็จะช่วยให้ความคิดริเริ่มของเด็กกลายเป็นสิ่งสร้างสรรค์ขึ้นมาได้ บิดา มารดาหรือครูที่ปรึกษา ก็จะต้องคอยให้คำแนะนำที่ดีและเหมาะสมกับเด็ก แต่ทั้งนี้จะต้องไม่เป็นคำแนะนำที่บั่นทอนกำลังใจเด็ก ควรให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจกับเด็กด้วยว่าสิ่งที่เขากำลังทำอยู่นั้น จะเป็นจริงขึ้นมาได้ถ้าอยู่บนพื้นฐานของ ความถูกต้อง ซึ่งความผูกพันรัก ไต่ระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก ถือเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาความสามารถด้านการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นต่อไปในอนาคตของเด็กอย่างสมวัย ซึ่งจะพัฒนาต่อเนื่องอย่างมากในระยะแรกเกิดจนถึง 2 ปีแรก ดังนั้น การสร้างสัมพันธภาพที่เหมาะสมระหว่างผู้ปกครองกับเด็กจึงมีอิทธิพลต่อการพัฒนาการในแต่ละช่วงวัยของเด็ก

2. ด้านการสนับสนุนการเล่นที่ใช้จินตนาการ ($\bar{X}=4.28$, S.D.=.51) พบว่า ผู้ปกครองที่ประกอบอาชีพรับราชการ เนื่องจากเป็นอาชีพที่มีมั่นคงและมีเวลาเล่นกับลูกที่เหมาะสม จึงมีบทบาทในการตอบสนองต่อเด็กในการแสดง ความชื่นชมกับผลงานและความสามารถของลูก เพื่อสร้างความภาคภูมิใจและความมั่นใจในตนเองของเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ Freeman & Cheshire⁽⁸⁾ ผลการวิจัย พบว่า การส่งเสริมการเล่นที่ใช้จินตนาการผ่านการเล่นที่แปลกใหม่มีความสัมพันธ์ในทางบวก กับการแสดงความรักของมารดาโดยการอุ้มหรือการเล่นด้วยกัน เมื่อเด็กมีการสร้าง และทำตามสิ่งที่เด็กได้สังเกตเห็น ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็นจินตภาพเมื่อเด็กมีการสมมติกำหนดเวลาและกำหนดตัวละคร การเข้าไปมีส่วนร่วมในการเล่นที่สร้างสรรค์ของเด็ก จะสามารถช่วยให้เด็กสามารถเรียนรู้และพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ได้ ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและบุตรที่มีความคิดสร้างสรรค์เข้ามาเกี่ยวข้อง สิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อความคิดสร้างสรรค์ของเด็กต่อไป สอดคล้องกับการศึกษา

ของ ชนิดาภา สว่างศรี⁽²⁰⁾ ที่พบว่า การจัดการเรียนรู้แบบนักวิจัย ส่งผลต่อความคิดสร้างสรรค์ในเด็ก เนื่องจากเป็น การจัดการเรียนรู้ที่让孩子ได้ศึกษาค้นคว้าจากแหล่งเรียนรู้จริงด้วยตนเอง มีการค้นคว้าหาความรู้และคำตอบจากหนังสือ จากสารคดีตามหัวเรื่องนั้นๆ และค้นคว้าหาคำตอบจากผู้ปกครอง ส่งผลให้เด็กกล้าคิด กล้าแสดงออก พร้อมกันนี้ครูได้ตั้งคำถามกระตุ้นให้เด็กเกิดความคิด และคำตอบ หลากหลายจากจินตนาการของตนเอง ให้เวลา และความอิสระในการทำกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนของเด็กนักวิจัย เด็กจึงเกิด ความคิดสร้างสรรค์และจินตนาการจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง หลังจากทำกิจกรรมผลงาน ครูกระตุ้นให้เด็กมีความภาคภูมิใจในเรื่องที่ ตนเองศึกษาค้นคว้า พร้อมทั้งสร้างแนวคิดให้เด็กนำผลความรู้และผลงานที่ศึกษาไปใช้ประโยชน์ต่อไปซึ่งการจัดการเรียนรู้แบบเด็กนักวิจัย เป็นผลทำให้ ความคิดสร้างสรรค์ของเด็กมากขึ้น และการที่ผู้ปกครอง ควรกระตุ้นให้เด็กมีความภาคภูมิใจในเรื่องที่ตนเองศึกษาค้นคว้า พร้อมทั้งสร้างแนวคิดให้เด็กนำความรู้และผลงานที่ศึกษาไปใช้ประโยชน์ต่อไปซึ่งการจัดการเรียนรู้ที่มีผู้ปกครองให้การสนับสนุนและส่งเสริมการเล่น และได้รับการจัด ประสิทธิภาพตามแผนการจัดประสบการณ์การเล่นแบบ จินตภาพและความคิดสร้างสรรค์สูงกว่าเด็กที่ได้รับการ จัดประสบการณ์การเล่นแบบอิสระ สอดคล้องกับการศึกษา ของ Freeman & Hale⁽⁸⁾ ที่ศึกษาพบว่าเด็กที่มีความสามารถทางสติปัญญา มีความต้องการอย่างเต็มที่ในการพัฒนา ความคิดสร้างสรรค์ที่เริ่มต้นตั้งแต่แรกเกิด การเล่นอย่าง ร่วมมือกันระหว่างเด็กและผู้ปกครอง และการจัด สิ่งแวดล้อมการเล่นที่เหมาะสม จะสามารถส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ในเด็กได้

3. ด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่สร้างสรรค์ ($\bar{X}=3.74$, S.D.=.61) พบว่าผู้ปกครองสามารถจัดหาอุปกรณ์ที่ หลากหลายให้เด็กเล่นหรือสร้างสรรค์ผลงานให้เด็กเล่น โดยผู้ปกครองกลุ่มนี้สามารถจัดหาอุปกรณ์ได้หลากหลาย เนื่องจากครอบครัวมี เนื่องจากมีรายได้ ที่สามารถจัดหาได้ พร้อมทั้งมีเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกับเด็กในแต่ละวัน

สอดคล้องกับการศึกษา⁽¹³⁾ ที่พบว่า การจัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์และกิจกรรมที่มีความหลากหลายเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ของเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อนุวัฒน์ เอี่ยมแสน นกคณ วรธนาคม และ สมคิด แสนเสนา⁽²¹⁾ ที่พบว่า องค์ประกอบของการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาใน เขตบางกะปิ ในการจัดสภาพแวดล้อมและทรัพยากร การเรียนรู้ เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญในการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ในเด็ก สำหรับเด็กวัย 3-5 ปี การจัดสภาพแวดล้อม มีจุดมุ่งหมายเพื่อกระตุ้นให้เด็กเกิดการเรียนรู้ และได้รับประสบการณ์ตรงจากการอยู่ร่วมกัน การจัดสภาพแวดล้อมสำหรับเด็กวัยนี้ ควรมีพื้นที่สำหรับศูนย์การเรียนรู้หรือมุมต่าง ๆ เพราะเด็กจะเรียนรู้ได้ดีที่สุดผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนมวีริดา ยาแก้ว⁽²²⁾ ที่พบว่าบิดา มารดาหรือผู้ปกครองเป็นผู้ที่มีบทบาทที่สำคัญในการดูแล แนะนำ สั่งสอน ฝึกฝน กล่อมเกลาดลอดจนการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาการของเด็ก

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์เด็กช่วงอายุ 3-5 ปี ปัจจัยด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย วุฒิ การศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์เด็กช่วงอายุ 3-5 ปี มีดังนี้

1. ปัจจัยด้านวุฒิการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์เด็กช่วงอายุ 3-5 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .000$) เนื่องจากผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไปจะมีรูปแบบการเลี้ยงดูบุตรในรูปแบบที่เอาใจใส่ จึงมีผลต่อการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ของเด็กช่วงอายุ 3-5 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา พัฒนพงศ์ ธร ชัยชนะ บุญสุวรรณ และนฤมล ธนเจริญวัชร⁽²³⁾ ที่ได้ศึกษาพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยพบว่า มารดาที่มีการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรีจะมีโอกาสที่เด็กในการ

ดูแลมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า มารดาที่ไม่ได้เรียน หรือมารดาที่มีการศึกษาดำกว่าปริญญาตรี ทั้งนี้เนื่องจากการดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีการศึกษาสูงขึ้น เป็นโอกาสให้เข้าถึงองค์ความรู้และมีช่องทางมากขึ้นในการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริม พัฒนาการเด็ก ทั้งคนที่มีความรู้ย่อมนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น

2. ปัจจัยด้านอาชีพ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์เด็กช่วงอายุ 3-5 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .000$) เนื่องจากผู้ปกครองที่ประกอบอาชีพพนักงานเอกชน และอาชีพรับราชการ จะมีรูปแบบสังคมที่ดี ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ในเด็กช่วงอายุ 3-5 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา พัฒนพงศ์ ธร ชัยชนะ บุญสุวรรณ และนฤมล ธนเจริญวัชร⁽²³⁾ ที่พบว่าอาชีพของมารดามีผลต่อการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก จากการวิจัยพบว่า มารดาที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจจะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่ามารดาไม่มีอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน เกษตรกรรม รับจ้าง ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี มีอาชีพที่มั่นคงมีรายได้ที่พอเพียง จะมีโอกาสทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านสติปัญญา สูงกว่าครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ

3. ปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัว พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์เด็กช่วงอายุ 3-5 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .000$) เนื่องจากผู้ปกครองที่มีรายได้มากกว่า 30,000 บาท จะสามารถจัดหาอุปกรณ์ในการเล่นกับลูกได้หลากหลาย จึงมีผลต่อการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์เด็กช่วงอายุ 3-5 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธรรม นันทมงคลชัย⁽¹²⁾ กล่าวว่า ครอบครัวที่มีบิดามารดาที่มีการศึกษาสูง มีฐานะทางเศรษฐกิจและมีรายได้ที่ พอเพียง มีโอกาสทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านสติปัญญาสูงกว่าครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ และ

ครอบครัวก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ของเด็ก เนื่องจากการมีเศรษฐกิจระดับดีทำให้พ่อแม่มีความพร้อมที่จะตอบสนองความต้องการ การความถนัดในด้านต่าง ๆ ให้กับลูก และการมีสถานที่อยู่อาศัยของครอบครัวในแหล่งที่เหมาะสมทำเลและสิ่งแวดล้อมมีความสวยงามมีสนามให้วิ่งเล่นและมีขนาดของบ้านที่ไม่แออัดจนเกินไป มีความปลอดภัยเป็น ปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการเกิดความคิดสร้างสรรค์ของเด็กเป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 โรงเรียนควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับบทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์เด็กช่วงอายุ 3-5 ปี โดยเน้นการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กให้มาก เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์มีความสัมพันธ์กับบทบาทด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก ซึ่งถือเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาความสามารถด้านความคิดสร้างสรรค์ต่อไป

1.2 โรงเรียนควรสื่อสารกับผู้ปกครองเกี่ยวกับบทบาทของผู้ปกครองในการจัดสภาพแวดล้อมที่สร้างสรรค์ การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ การสร้างบรรยากาศในบ้าน เพื่อกระตุ้นให้เด็กเกิดการเรียนรู้ และได้รับประสบการณ์ตรงจากการอยู่ร่วมกัน ส่งเสริมความเป็นอิสระ การตัดสินใจและที่สำคัญเป็นการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับเด็กนักเรียนในสถาบันอื่นๆ เช่น โรงเรียนอนุบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ศูนย์พัฒนาเด็ก

เล็ก เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลบทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์เด็กช่วงอายุ 3-5 ปี และทราบบทบาทด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก ด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่สร้างสรรค์ และด้านการสนับสนุนการเล่นที่ใช้จินตนาการในวงกว้างมากขึ้น เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ในเด็กต่อไป

2.2 ควรมีการศึกษาทดลองเพื่อหาแนวทางในการสร้างความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์เด็กช่วงอายุ 3-5 ปี ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก ด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่สร้างสรรค์ และด้านการสนับสนุนการเล่นที่ใช้จินตนาการ เพื่อนำไปสู่แนวทางในการปฏิบัติในการสร้างความร่วมมือระหว่างโรงเรียนและผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ของเด็กได้อย่างเหมาะสม

2.3 ควรมีการศึกษาโดยการประเมินความคิดสร้างสรรค์ในเด็กปฐมวัยด้านต่างๆ ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนในการส่งเสริม และพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ในเด็กต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง สถาบันพระบรมราชชนก ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อำนวยการโรงเรียน ครูประจำชั้นนักเรียนและกลุ่มตัวอย่างทุกท่านสำหรับการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. พรทิพย์ ศิริบุรณทิพย์พัฒนาและคณะ. การพยาบาลเด็ก เล่ม 1. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี : บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2558
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานสุขภาพคนไทย 2561: พุทธศาสนากับการสร้างเสริมสุขภาพ. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล : นครปฐม; 2561
3. พัชรา เอี่ยมกิงการ. พัฒนาการเด็กปฐมวัยรากแก้วแห่งชีวิต. กรุงเทพฯ : บริษัท สมมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2557.
4. ปราณี เมื่อน้อย, สุรชาติย์ เอมเปรมศิลป์, พญ. โรจน์มัทนามงคล, วินัดดา ปิยะศิลป์, และอิสราภา ชื่นสุวรรณ. (บรรณาธิการ). คู่มือสำหรับพ่อแม่เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านการดูแลและพัฒนาเด็ก. กรุงเทพฯ : ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย; 2560.
5. World health Organization. Maternal, newborn, child and adolescent health. [Internet] 2019 [cited Aug 20, 2019]. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/10facts/en/.
6. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. การคิดเชิงสร้างสรรค์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน; 2559. [cited 2562 Aug 18]. Available from: <https://www.ocsc.go.th/sites/default/files/document/ocsc-2017-eb13.pdf>.
7. พรณี เกษมกล. สร้างความคิดให้เฉียบคมด้วยการคิดอย่างเฉียบแหลม. กรุงเทพฯ :สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต; 2558.
8. Freeman JF, Hale, Cheshire. The early years: preparation for creative thinking. A B Academic Publishers. Gifted Education International 1985; 3: 100-104.
9. สุธรรม นันทมงคลชัย. ครอบครัว การอบรมเลี้ยงดูและพัฒนารูปแบบการเด็กปฐมวัยในประเทศไทย. วารสารสาธิตศึกษาศาสตร์ 2559; 46(3): 205-208.
10. Lew KH, Cho J. Relationship among Creativity, Motivation and Creative Home Environment of Young Children. SERSC. 20, 106-110. 2013. AST 2013; 20:106 - 110.
11. Taneri PO. Roles of parents in enhancing children's creative thinking skills. International Journal of Human science 2012; 9 (2): 90-108.
12. นาดชา สุดจ้อย และธนัช กนกเทศ. ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองกับระดับพัฒนาการเด็ก 3 – 5 ปี อำเภอกองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [cited 20 Aug 2562]. Available from: <http://gnru 2017.psu.ac.th/proceeding/310-25600831133859.pdf>.
13. รติมา พิพัฒน์กุลสวัสดิ์ และศศิลักษณ์ ชัยนิจ. บทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์สำหรับเด็กอนุบาล โรงเรียนอนุบาลสายรุ้ง. วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา 2558; 1(10): 419-428.
14. รัตติกานต์ ห่วงรักษ์. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลคลองสี่ อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [cited 2562 Aug 20]. Available from: [http://www.ptu.ac.th/StudentServe/ input/thesis/\[1\]\[080217113314\].pdf](http://www.ptu.ac.th/StudentServe/ input/thesis/[1][080217113314].pdf).
15. สุกัญญา สอนสี, ญี่ พงศ์จตุรวิทย์ และนุจิ ชัยมงคล. พฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในบุตรวัยก่อนเรียนและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า 2558; 28(1): 90-97.
16. จุติมา ชูใหม่. การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล 2559; 2(1): 18-32.
17. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. รายงานประจำปี 2562. [อินเทอร์เน็ต]. [cited 2562 July 10]. Available from: <http://www.tro.moph.go.th/index2.php>.
18. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30(3): 607-610.
19. พิษณุภา ยืนยาว. ปัจจัยความฉลาดที่ส่งผลต่อคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาหลักสูตรศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ 2560; 10(3): 1906-3431.

20. ชนิดาภา สว่างศรี. การศึกษาผลการจัดการเรียนรู้แบบเด็กนักวิจัยที่มีต่อความคิดสร้างสรรค์สำหรับเด็กปฐมวัย โรงเรียนเทศบาลท่าโขลง 1 อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. การประชุมวิชาการระดับชาติ “วลัยลักษณ์วิจัย” ครั้งที่ 10; วันที่ 27-28 มีนาคม 2561; หัวข้อ มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ Available from: <http://wjst.wu.ac.th/index.php/wjstresearch> หน้า 1-11.
21. อนุวัฒน์ เอี่ยมแสน นกคณ วรธนาคม และ สมคิด แสนเสนา. การศึกษารูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ ของนักเรียน ระดับชั้นมัธยมศึกษาในเขตบางกะปิ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [cited 2562 July 10]; 13 (1): 25-34. Available from:<http://www3.rbac.ac.th/rbacjournal/papersubmission/paperjournal/CT61070231.pdf>
22. ชนม์ธิดา ยาแก้ว และคณะ. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตพื้นที่ภาค ตะวันออก. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสวนดุสิต; 2560.
23. จินตนา พัฒนพงษ์ศรี และ;วันสาห์ แก้วแข็งขัน. รายงานการศึกษาระดับมัธยมศึกษาที่มีผลต่อการพัฒนาการ เด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560 [รายงาน วิจัย]. กรุงเทพฯ : กลุ่มสนับสนุนวิชาการและการวิจัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2558.

คุณภาพการให้บริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจลูกค้าเพศที่สามของคลินิกเวชกรรมเสริมความงาม ในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

Service Quality on the Third Gender Customer Satisfaction of Beauty Clinic in Maha Sarakham Municipality, Maha Sarakham Province

ปติชา แหลมครบุรี¹ เฌมิกา แสนโสม² กิตติชัย เจริญชัย³

Palicha Laemkhonburi¹ Kemika SanSom² Kittichai Jaroenchai³

(Received: October 3 ,2020 ; Accepted: December 11 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาคุณภาพการให้บริการและความพึงพอใจของลูกค้าเพศที่สามของคลินิกเวชกรรมเสริมความงามในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 2) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการให้บริการและความพึงพอใจของลูกค้าเพศที่สามของคลินิกเวชกรรมเสริมความงามในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนและอาชีพที่แตกต่างกัน และ 3) เพื่อศึกษาคุณภาพการให้บริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจลูกค้าเพศที่สามของคลินิกเวชกรรมเสริมความงามในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรเพศที่สามของคลินิกเวชกรรมเสริมความงาม จำนวน 240 คน และใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ANOVA และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัย พบว่า 1) ประชากรเพศที่สามของคลินิกเวชกรรมเสริมความงาม มีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการโดยรวมและเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านความน่าเชื่อถือ ด้านความมั่นใจ ด้านสิ่งที่จับต้องได้ ด้านความใส่ใจ ด้านการตอบสนองความต้องการ มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจของลูกค้า มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก 2) ประชากรเพศที่สามของลูกค้าคลินิกเวชกรรมเสริมความงามที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนและอาชีพที่แตกต่างกัน มีคุณภาพการให้บริการและความพึงพอใจของลูกค้าไม่แตกต่างกัน และ 3) คุณภาพการให้บริการ ได้แก่ ด้านความน่าเชื่อถือ ด้านความมั่นใจ ด้านสิ่งที่จับต้องได้ ด้านความใส่ใจ ด้านการตอบสนองความต้องการ มีความสัมพันธ์และผลกระทบเชิงบวกกับความพึงพอใจของลูกค้า

คำสำคัญ: คุณภาพการให้บริการ, ความพึงพอใจลูกค้า, เพศที่สาม, คลินิกเวชกรรมเสริมความงาม

ABSTRACT

This research was aimed at 1) studying the service quality of beauty clinics in Mahasarakham Municipality, Mahasarakham Province and their transgender customer satisfaction, 2) making comparisons among those beauty clinics on their service quality and the satisfaction of the transgender customers with differences in ages, educational levels, monthly incomes and careers and 3) finding out how the service quality affects the satisfaction of the transgender customers of the beauty clinics in Mahasarakham Municipality, Mahasarakham Province. Data collection was conducted with 240 transgender customers of the beauty clinics together with employing a questionnaire as the tool. Statistics for data analysis were provided with calculations of frequency, percentage, mean, standard deviation, ANOVA, and multiple regression analysis. The findings revealed 1) the transgender population of the beauty clinics evaluated the service quality of the clinics in the overall picture and in each aspect based on credibility, confidence, concreteness, attention, and demand fulfillment. It was shown that the service quality of those clinics meets the "High" level of the criteria as well as customer satisfaction. 2) The transgender population of the beauty clinics' customers with differences in

¹ นักศึกษาปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

³ อาจารย์ประจำ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ages, educational levels, monthly incomes, and careers have got undifferentiated service quality and customer satisfaction. And 3) the service quality including credibility, confidence, concreteness, attention, and demand fulfillment associated and had a positive effect on customer satisfaction.

Keywords: service quality, customer satisfaction, transgender, beauty clinic

บทนำ

ในปัจจุบันกระแสความตื่นตัวในเรื่องของการดูแลสุขภาพและความงาม ได้รับความสนใจจากคนเป็นจำนวนมากทั่วโลก ประกอบกับการที่รัฐบาลไทยได้มีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2560-2567) ขึ้น ส่งผลให้ในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมาธุรกิจเกี่ยวกับบริการสุขภาพและความงามได้รับความนิยมมากขึ้นตามไปด้วย (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560) คลินิกเวชกรรมเสริมความงามในประเทศไทยมีการเติบโตอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากภาพรวมธุรกิจสุขภาพและความงามในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีการขยายตัวอย่างรวดเร็วและเติบโตไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100 สวนทางกับการศัลยกรรมที่เติบโตช้าราว ร้อยละ 10 ถึง 20 เนื่องจากมีข้อจำกัดเกี่ยวกับบุคลากรทางการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการศัลยกรรมในด้านต่างๆ ปัจจุบันตลาดคลินิกความงามมีมูลค่ารวมประมาณ 20,000 ถึง 30,000 ล้านบาท โดยมีผู้จัดตั้งคลินิกครองตลาดส่วนแบ่งไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50 และผู้จัดตั้งคลินิกยังมีแนวโน้มขยายตัวต่อปีสูงถึงร้อยละ 15-20 (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2560)

ดังนั้น คลินิกเวชกรรมเสริมความงามจึงเป็นการให้บริการของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผิวหนังทำการรักษาและดูแลผิวพรรณ คอยให้คำปรึกษาการดูแลรักษาผิวด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวมถึงการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น อาทิเช่น สิว ฝ้า กระ จุดด่างดำหรือโรคต่างๆ ที่เกิดจากผิวหนังอักเสบเป็นต้น แต่ในปัจจุบันผู้บริโภคส่วนใหญ่หันมาให้ความสำคัญกับคลินิกเวชกรรมเสริมความงามประเภทเวชกรรมเปลี่ยนไปจากในอดีต ที่มุ่งเน้นในเรื่องการรักษาอาการทางผิวหนังเป็นหลัก โดยปัจจุบันได้มุ่งเน้นในเรื่องของการเสริมความงาม การทำให้ผิวพรรณดูดีขึ้น เช่น การลดรอยตีนกา การทำหน้าใส การลดไขมัน หรือแม้กระทั่ง

การจัดหรือลดหน้าด้วยเครื่องมือต่างๆ ที่จะทำให้ผิวพรรณสดใสมากยิ่งขึ้น ด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีใหม่ๆ รวมถึงคอร์สหรือโปรแกรมต่างๆ ที่แต่ละสถานประกอบการจะนำมาเสนอเพื่อใช้เป็นจุดเด่นในการสื่อสารการตลาดและแข่งขันลูกค้า (ฐานเศรษฐกิจ, 2560 : ออนไลน์) อย่างไรก็ตามตลาดเสริมความงามที่เติบโตทำให้คลินิกเวชกรรมเสริมความงามเผชิญกับการแข่งขันที่รุนแรงจากภาวะตลาดโดยเฉพาะด้านการดูแลรักษาผิวและศัลยกรรม อีกทั้งมีการขยายสาขาและการพัฒนาของผู้ประกอบการเดิมเพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็นคลินิกเวชกรรมเสริมความงาม โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านความงามและศัลยกรรมรวมทั้งโรงพยาบาลได้เริ่มหันมาเปิดศูนย์ผิวพรรณศูนย์ศัลยกรรมความงามและศูนย์ anti-aging มากขึ้นซึ่งส่วนมากจะมีรูปแบบการให้บริการและเครื่องมืออุปกรณ์ที่คล้ายคลึงกัน จึงส่งผลให้ตลาดเสริมความงามมีการแข่งขันด้านราคาที่สูงขึ้นและผลักดันให้คลินิกเวชกรรมเสริมความงามเริ่มหันมาจับตลาดเฉพาะกลุ่ม (Niche Market) มากขึ้น โดยการสร้างจุดเด่นในการเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านเช่น ศัลยกรรมแปลงเพศซึ่งไทยเริ่มมีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักในตลาดโลกมากขึ้น (ธนาพร เล้าโสภากิริมย์, 2559) โดยสังคมไทยในปัจจุบันได้ให้การยอมรับเรื่องความหลากหลายทางเพศมากขึ้น บุคคลที่เป็นกลุ่มความหลากหลายทางเพศหรือที่สังคมไทยยังเรียกว่า “เพศที่สาม” นั้นปรากฏตัวและแสดงตนในสังคมมากขึ้นและได้มีการนำศัพท์ภาษาอังกฤษบางคำมาใช้ในการนิยามตัวตนในภาษาไทยมากขึ้นเช่น Gay, Lesbian, Bisexual, Transgender และ Intersex โดยมีการปรับความหลายให้เข้ากับบริบททางวัฒนธรรม (บุษกร สุริยสาร, 2557)

การศึกษาที่ผ่านมาของอดิสรพร ลอพอพันธ์สกุล และ อภิญา ศักดาศิริโรจน์ (2559) ยังได้ศึกษากลุ่มบุคคลที่

มีความหลากหลายทางเพศ: ตลาดเฉพาะกลุ่ม (ศักยภาพสูง) ที่ผู้ประกอบการไทยไม่ควรมองข้าม พบว่า LGBT (Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender) หรือที่เรียกว่า กลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศถือเป็นตลาดเฉพาะกลุ่มใหม่ที่กำลังเติบโตและมีบทบาทสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก โดยในปี พ.ศ. 2558 ที่ผ่านมานั้นมีจำนวนประชากรสูงถึง 450 ล้านคนทั่วโลก มีจีดีพีหรือมูลค่าตลาดของสินค้าและบริการรวมกว่า 3.7 ล้านล้านเหรียญสหรัฐฯ จึงไม่น่าแปลกใจที่ผู้ประกอบการจำนวนไม่น้อยหันมาให้ความสำคัญกับการทำการตลาดกลุ่ม LGBT ดังนั้น ผู้ประกอบการไทยจำเป็นต้องให้ความสำคัญในด้านการศึกษาข้อมูลและทำความเข้าใจต่อความต้องการของผู้บริโภคกลุ่มนี้อย่างถ่องแท้ เพื่อนำสิ่งเหล่านี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสินค้าและบริการ รวมถึงสร้างกลยุทธ์ทางการตลาดในธุรกิจของตนให้ตอบโจทย์กลุ่มรสนิยมชาว LGBT ซึ่งมีฐานลูกค้าทั่วโลกที่รองรับสินค้าและบริการอย่างต่อเนื่อง

จังหวัดมหาสารคาม ตั้งอยู่บริเวณตอนกลางของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีความสำคัญทางด้านเศรษฐกิจอีกจังหวัดหนึ่ง เพราะเป็นจังหวัดศูนย์กลางการศึกษาที่สำคัญในภาคอีสาน มีนักศึกษาจำนวนมากเดินทางมาเพื่อศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย ทำให้มีนักลงทุนสนใจที่จะเข้ามาลงทุนธุรกิจหลากหลายประเภทในจังหวัดมหาสารคาม ในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคามมีคลินิกเวชกรรมเสริมความงามจำนวน 14 แห่ง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2561) มีลักษณะการจัดการของคลินิกเวชกรรมเสริมความงามแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) มีการจัดการที่เป็นระบบสาขามีเจ้าหน้าที่และแพทย์จำนวนมากคอยให้บริการมีการจัดตกแต่งสถานที่ทันสมัย และมีการบริการที่ครบวงจรโดยกลุ่มประเภทคลินิกเวชกรรมเสริมความงามเวชกรรมเฉพาะทางด้านผิวพรรณ มีผู้ประกอบการรายใหญ่ที่เป็นระบบสาขา เช่น แพนคลินิก วุฒิสกดิ์คลินิก นิติพลคลินิก เป็นต้น และ 2) มีแพทย์ผู้รักษาเป็นเจ้าของกิจการ ไม่มีการจัดตกแต่งสถานที่ให้ทันสมัย เน้นการรักษามากกว่าการบริการ

เนื่องด้วย การแข่งขันของธุรกิจคลินิกเวชกรรมมีการแข่งขันสูงขึ้นเนื่องจากมีผู้ประกอบการรายใหม่เข้ามาในตลาดมากขึ้น ผู้เข้ามาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น โดยกลุ่มอายุของผู้ที่เข้ารับบริการเสริมความงามในปัจจุบันก็ไม่ได้จำกัดแต่เพียงกลุ่มคนวัยทำงานหรือผู้ใหญ่เท่านั้นแต่กลุ่มวัยรุ่นนักเรียนนักศึกษาต่างก็ให้ความสนใจใช้บริการกันมากขึ้น ซึ่งนับเป็นลูกค้าเป้าหมายที่ผู้ประกอบการคลินิกเวชกรรมเสริมความงามต้องการแย่งชิงมาเป็นลูกค้า รวมไปถึงลูกค้าเพศที่สามที่หันมาสนใจในการทำศัลยกรรมความงามเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้ประกอบการจึงจำเป็นต้องหาแนวทางการดำเนินงานที่ช่วยสร้างความพึงพอใจของลูกค้า ทำให้ลูกค้าเข้ามาใช้บริการ รวมทั้งสร้างความแตกต่างและความได้เปรียบเหนือกว่าคู่แข่ง ซึ่งแนวทางนั้นคือ คุณภาพการบริการที่มีผลต่อความพึงพอใจของลูกค้า

จากข้อมูลข้างต้นทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะทำการศึกษาคูณภาพการให้บริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจลูกค้าเพศที่สามของคลินิกเวชกรรมเสริมความงามในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ประกอบการและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผน และปรับปรุงกลยุทธ์ทางการตลาดให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่มาใช้บริการได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคูณภาพการให้บริการและความพึงพอใจของลูกค้าเพศที่สามของคลินิกเวชกรรมเสริมความงามในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อเปรียบเทียบคูณภาพการให้บริการและความพึงพอใจของลูกค้าเพศที่สามของคลินิกเวชกรรมเสริมความงามในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนและอาชีพที่แตกต่างกัน
3. เพื่อศึกษาคูณภาพการให้บริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจลูกค้าเพศที่สามของคลินิกเวชกรรมเสริมความงามในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคามจังหวัดมหาสารคาม

สมมติฐานการวิจัย

1. ประชากรเพศที่สามของลูกค้าคลินิกเวชกรรมเสริมความงามในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคามที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนและอาชีพที่แตกต่างกัน มีคุณภาพการให้บริการที่แตกต่างกัน

2. ประชากรเพศที่สามของลูกค้าคลินิกเวชกรรมเสริมความงามในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคามที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนและอาชีพที่แตกต่างกัน มีความพึงพอใจของลูกค้าที่แตกต่างกัน

วิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่องคุณภาพการให้บริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจลูกค้าเพศที่สามของคลินิกเวชกรรมเสริมความงามในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคามเป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชากรเพศที่สามในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ไม่สามารถระบุจำนวนประชากรได้ โดยพิจารณาจากอายุที่เหมาะสม ตั้งแต่ 17 ปีขึ้นไป เพราะช่วงวัยนี้ถือว่าร่างกายเจริญเติบโตเต็มที่แล้ว พร้อมทั้งการสังเกตและสอบถามเกี่ยวกับเรื่องเพศที่สาม

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ประชากรเพศที่สามที่มาใช้บริการคลินิกเวชกรรมเสริมความงามในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 240 คน (40 ผลคูณของค่าตัวแปรอิสระทุกตัว เท่ากับ $40 \times 6 = 240$) โดยใช้เกณฑ์พิจารณาของ Hair et al. (2010) คือ การเก็บข้อมูลไม่ต่ำกว่า 20 เท่าของจำนวนตัวแปร ซึ่งผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 เท่าของจำนวนตัวแปร เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพมากขึ้น โดยพิจารณาจากอายุที่เหมาะสม ตั้งแต่ 17

ปีขึ้นไป เพราะช่วงวัยนี้ถือว่าร่างกายเจริญเติบโตเต็มที่แล้ว พร้อมทั้งการสังเกตและสอบถามเกี่ยวกับเรื่องเพศที่สาม

3. ผู้วิจัย ได้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Accidental Sampling) ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะเลือกบริเวณภายในร้านคลินิกเวชกรรมเสริมความงามในระหว่างช่วงเวลา 12.00 - 20.00 น. โดยผู้วิจัยเป็นผู้แจกแบบสอบถามด้วยตนเองและการจ้างผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และมีการสอบถามความสะดวกและเต็มใจของผู้ตอบแบบสอบถามก่อน เพื่อให้ได้ความร่วมมือเต็มที่และเพื่อความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูลด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับการสร้างแบบสอบถามเป็นขั้นตอนดังนี้

1. การศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีที่นำมาใช้จากตำราเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์
2. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปเสนอต่อ

ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านเพื่อขอคำแนะนำและตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมเนื้อหา

3. ผู้วิจัยรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์ความสอดคล้อง โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Item-objective Congruence)

4. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับลูกค้าเพศที่สามของคลินิกเวชกรรมเสริมความงาม ในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach)

5. ทำการปรับปรุงและนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาอนุมัติก่อนแจกแบบสอบถามจำนวน 240 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยโปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ANOVA และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยมีผลการศึกษาดังนี้

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพการให้บริการภาพรวมและเป็นรายด้านของประชากรเพศที่สามของลูกค้าคลินิกเวชกรรมเสริมความงามในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม

คุณภาพการให้บริการ		$\bar{X}$	S.D.	ระดับคุณภาพ
1.	ด้านความน่าเชื่อถือ	4.11	0.78	มาก
2.	ด้านความมั่นใจ	4.08	0.75	มาก
3.	ด้านสิ่งที่จับต้องได้	4.06	0.77	มาก
4.	ด้านความใส่ใจ	4.00	0.75	มาก
5.	ด้านการตอบสนองความต้องการ	4.16	0.76	มาก
ภาพรวม		4.08	0.76	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่า ประชากรเพศที่สามของลูกค้าคลินิกเวชกรรมเสริมความงามในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม มีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการภาพรวม อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.08 โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ด้านการตอบสนองความต้องการ มีค่าเฉลี่ย 4.16 ด้านความน่าเชื่อถือ มีค่าเฉลี่ย 4.11 ด้านความมั่นใจ มีค่าเฉลี่ย 4.08 ด้านสิ่งที่จับต้องได้ มีค่าเฉลี่ย 4.06 และด้านความใส่ใจ มีค่าเฉลี่ย 4.00 และเมื่อพิจารณาองค์ประกอบตัวแปรพบว่า อยู่ในระดับมากทุกองค์ประกอบตัวแปร

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจของประชากรเพศที่สามของลูกค้าคลินิกเวชกรรมเสริมความงามในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม

ความพึงพอใจ		$\bar{X}$	S.D.	ระดับคุณภาพ
1.	ท่านมีความพึงพอใจต่อการวินิจฉัยโรคและรักษาของคลินิก	3.93	0.81	มาก
2.	ท่านมีความพึงพอใจต่อความละเอียดและชัดเจนของข้อมูลก่อนและหลังเข้ารับบริการ	3.71	0.79	มาก
3.	ท่านมีความพึงพอใจในมาตรฐานการบริการของคลินิก	3.88	0.85	มาก
4.	ท่านมีความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์เสริมความงามของคลินิก	4.17	0.73	มาก
5.	ท่านมีความพึงพอใจต่อบุคลิกภาพของแพทย์และพนักงาน	4.04	0.79	มาก
6.	ท่านมีความพึงพอใจในการแนะนำคลินิกต่อผู้อื่น	3.92	0.79	มาก
7.	ท่านมีความพึงพอใจโดยรวมของการบริการของคลินิก	4.03	0.82	มาก
ภาพรวม		3.95	0.80	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า ประชากรเพศที่สามของ ลูกค้าคลินิกเวชกรรมเสริมความงามในเขตเทศบาล เมืองมหาสารคาม มีความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจภาพรวม อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.95 โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ท่านมีความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์เสริมความงามของคลินิก มีค่าเฉลี่ย 4.17 ท่านมีความพึงพอใจต่อบุคลิกภาพของแพทย์และพนักงาน มีค่าเฉลี่ย 4.04 ท่านมีความพึงพอใจโดยรวมของการบริการของคลินิก มีค่าเฉลี่ย 4.03 ท่านมีความพึงพอใจต่อการวินิจฉัยโรคและรักษาของคลินิก มีค่าเฉลี่ย 3.93 ท่านมีความพึงพอใจในการแนะนำคลินิกต่อผู้อื่น มีค่าเฉลี่ย 3.92 ท่านมีความพึงพอใจในมาตรฐานการบริการของคลินิก มีค่าเฉลี่ย 3.88 ท่านมีความพึงพอใจต่อความละเอียดและชัดเจนของข้อมูลก่อนและหลังเข้ารับบริการ มีค่าเฉลี่ย 3.71 และเมื่อพิจารณาตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบตัวแปรพบว่า อยู่ในระดับมากทุกตัวบ่งชี้

ผลการทดสอบสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ จะทำการทดสอบสมมติฐานตามแบบจำลองในการวิเคราะห์คุณภาพการให้บริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจลูกค้าเพศที่สามของคลินิกเวชกรรมเสริมความงาม ในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม หลังจากผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลว่ามีความถูกต้องตามข้อกำหนดในการใช้เทคนิควิธีวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุในการนำมาทดสอบสมมติฐานได้ถูกต้องตาม

$$Sati = a + \beta_1 Reli + \beta_2 Assu + \beta_3 Tang + \beta_4 Empa + \beta_5 Resp$$

หลักวิชาการแล้ว ผู้วิจัยจึงได้ทำการทดสอบสมมติฐานที่ผู้วิจัยสร้างจากกรอบแนวคิดในงานวิจัย

ผู้วิจัยได้มีการกำหนดชื่อตัวแปร ดังนี้ คุณภาพการให้บริการ (Serv) ได้แก่ ด้านความน่าเชื่อถือ (Reli) ด้านความมั่นใจ (Assu) ด้านสิ่งที่จับต้องได้ (Tang) ด้านความใส่ใจ (Empa) ด้านการตอบสนองความต้องการ (Resp) และความพึงพอใจของลูกค้า (Sati)

การทดสอบสมมติฐานตามแบบจำลองการวิเคราะห์คุณภาพการให้บริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจลูกค้าเพศที่สามของคลินิกเวชกรรมเสริมความงาม ในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ในการพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสามารถวัดได้จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 3 คุณภาพการให้บริการส่งผลเชิงบวกต่อความพึงพอใจของลูกค้าคลินิกเวชกรรมเสริมความงามในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

1) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการให้บริการ (Serv) ได้แก่ ด้านความน่าเชื่อถือ (Reli) ด้านความมั่นใจ (Assu) ด้านสิ่งที่จับต้องได้ (Tang) ด้านความใส่ใจ (Empa) ด้านการตอบสนองความต้องการ (Resp) กับความพึงพอใจของลูกค้า (Sati) โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการให้บริการ กับความพึงพอใจของลูกค้าของ
ประชากรเพศที่สามของลูกค้าคลินิกเวชกรรมเสริมความงามในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม

ตัวแปร	Reli	Assu	Tang	Empa	Resp	Sati	Tolerance	VIF
Reli	1.000	0.587*	0.430*	0.595*	0.531*	0.686*	0.486	2.056
Assu		1.000	0.357*	0.518*	0.554*	0.602*	0.541	1.848
Tang			1.000	0.426*	0.252*	0.472*	0.763	1.310
Empa				1.000	0.422*	0.588*	0.573	1.745
Resp					1.000	0.552*	0.624	1.602
Sati						1.000		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 5 ด้าน มีความสัมพันธ์กันระหว่างตัวแปร จึงได้มีการวิเคราะห์ค่า Tolerance อยู่ระหว่าง 0.486 - 0.763 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำที่ต้องมากกว่า 0.1 ส่วนค่า VIF มีค่าระหว่าง 1.310 - 2.056 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 10 แสดงว่าทุกตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันแต่ไม่ก่อให้เกิดปัญหา Multicollinearity (Black, 2006) ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปร มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการให้บริการกับความพึงพอใจของลูกค้า พบว่า ด้านความน่าเชื่อถือ (Reli) มีค่า $r = 0.686$ ด้านความมั่นใจ (Assu) มีค่า $r = 0.602$ ด้านสิ่งที่จับต้องได้ (Tang) มีค่า $r = 0.472$ ด้านความใส่ใจ (Empa) มีค่า $r = 0.588$ ด้านการตอบสนองความต้องการ (Resp) มีค่า $r = 0.552$ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจของลูกค้า (Sati) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 ค่าสถิติที่ได้จากการค้นหาตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของคุณภาพการให้บริการกับความพึงพอใจของลูกค้าของประชากรเพศที่สามของลูกค้าคลินิกเวชกรรมเสริมความงามในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน

Model	R	R ²	R ² _{adj}	SE _{est}	F
1	0.686	0.470	0.468	0.327	211.037
2	0.729	0.531	0.527	0.308	30.928
3	0.747	0.559	0.553	0.300	14.747
4	0.759	0.576	0.569	0.294	9.719
5	0.771	0.595	0.586	0.288	10.662

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1. Predictors: (Constant), Reli
2. Predictors: (Constant), Reli, Assu
3. Predictors: (Constant), Reli, Assu, Empa
4. Predictors: (Constant), Reli, Assu, Empa, Resp
5. Predictors: (Constant), Reli, Assu, Empa, Resp, Tang

จากตารางที่ 4 พบว่า การวิเคราะห์หาค่าคงที่เชิงพหุแบบขั้นตอน เพื่อพยากรณ์ตัวแปรคุณภาพการให้บริการ (Serv) ได้แก่ ด้านความน่าเชื่อถือ (Reli) ด้านความมั่นใจ (Assu) ด้านสิ่งที่จำเป็นต้องได้ (Tang) ด้านความใส่ใจ (Empa) ด้านการตอบสนองความต้องการ (Resp) กับความพึงพอใจของลูกค้า (Sati) สามารถอธิบายได้ดังนี้

รูปแบบที่ 1 เมื่อนำตัวแปรอิสระที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับตัวแปรตามมากที่สุด ได้แก่ ด้านความน่าเชื่อถือ (Reli) แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าคงที่เชิงพหุแบบขั้นตอน พบว่า สามารถอธิบายความแปรปรวนต่อตัวแปรตามความพึงพอใจของลูกค้า (Sati) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ 0.470 ($R^2 = 0.470, p < 0.05$) แสดงว่าตัวแปรอิสระ ด้านความน่าเชื่อถือ (Reli) สามารถพยากรณ์อิทธิพลที่มีต่อตัวแปรตามความพึงพอใจของลูกค้า (Sati) ได้ร้อยละ 47.00

รูปแบบที่ 2 เมื่อนำตัวแปรอิสระที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับตัวแปรตามมากที่สุด ได้แก่ ด้านความน่าเชื่อถือ (Reli) และด้านความมั่นใจ (Assu) แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าคงที่เชิงพหุแบบขั้นตอน พบว่า สามารถอธิบายความแปรปรวนต่อตัวแปรตามความพึงพอใจของลูกค้า (Sati) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ 0.531 ($R^2 = 0.531, p < 0.05$) แสดงว่าตัวแปรอิสระ ด้านความน่าเชื่อถือ (Reli) และด้านความมั่นใจ (Assu) สามารถพยากรณ์อิทธิพลที่มีต่อตัวแปรตามความพึงพอใจของลูกค้า (Sati) ได้ร้อยละ 53.10

รูปแบบที่ 3 เมื่อนำตัวแปรอิสระที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับตัวแปรตามมากที่สุด ได้แก่ ด้านความน่าเชื่อถือ (Reli) ด้านความมั่นใจ (Assu) และด้านความใส่ใจ (Empa) แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าคงที่เชิงพหุแบบขั้นตอน

พบว่า สามารถอธิบายความแปรปรวนต่อตัวแปรตามความพึงพอใจของลูกค้า (Sati) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ 0.559 ($R^2 = 0.559, p < 0.05$) แสดงว่าตัวแปรอิสระ ด้านความน่าเชื่อถือ (Reli) ด้านความมั่นใจ (Assu) และด้านความใส่ใจ (Empa) สามารถพยากรณ์อิทธิพลที่มีต่อตัวแปรตามความพึงพอใจของลูกค้า (Sati) ได้ร้อยละ 55.90

รูปแบบที่ 4 เมื่อนำตัวแปรอิสระที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับตัวแปรตามมากที่สุด ได้แก่ ด้านความน่าเชื่อถือ (Reli) ด้านความมั่นใจ (Assu) ด้านความใส่ใจ (Empa) และด้านการตอบสนองความต้องการ (Resp) แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าคงที่เชิงพหุแบบขั้นตอน พบว่า สามารถอธิบายความแปรปรวนต่อตัวแปรตามความพึงพอใจของลูกค้า (Sati) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ 0.576 ($R^2 = 0.576, p < 0.05$) แสดงว่าตัวแปรอิสระ ด้านความน่าเชื่อถือ (Reli) ด้านความมั่นใจ (Assu) ด้านความใส่ใจ (Empa) และด้านการตอบสนองความต้องการ (Resp) สามารถพยากรณ์อิทธิพลที่มีต่อตัวแปรตามความพึงพอใจของลูกค้า (Sati) ได้ร้อยละ 57.60

รูปแบบที่ 5 เมื่อนำตัวแปรอิสระที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับตัวแปรตามมากที่สุด ได้แก่ ด้านความน่าเชื่อถือ (Reli) ด้านความมั่นใจ (Assu) ด้านความใส่ใจ (Empa) ด้านการตอบสนองความต้องการ (Resp) และด้านสิ่งที่จำเป็นต้องได้ (Tang) แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าคงที่เชิงพหุแบบขั้นตอน พบว่า สามารถอธิบายความแปรปรวนต่อตัวแปรตามความพึงพอใจของลูกค้า (Sati) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ เท่ากับ 0.595 ($R^2 = 0.595, p < 0.05$) แสดงว่าตัวแปรอิสระ ด้านความน่าเชื่อถือ (Reli) ด้านความมั่นใจ (Assu) ด้านความใส่ใจ (Empa) ด้านการตอบสนองความต้องการ (Resp) และด้านสิ่งที่จำเป็นต้องได้ (Tang) สามารถพยากรณ์อิทธิพลที่มีต่อตัวแปรตามความพึงพอใจของลูกค้า (Sati) ได้ร้อยละ 59.50

ตารางที่ 5 ค่าสถิติที่ได้จากการวิเคราะห์คุณภาพการให้บริการกับความพึงพอใจของลูกค้าของประชากรเพศที่สามของลูกค้าคลินิกเวชกรรมเสริมความงามในเขตเทศบาล

เมืองมหาสารคาม โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน

Predictors	Unstandardized (b)	S.E.	Standardized Beta (β)	t-value	p-value
(Constant)	0.048	0.225		0.212	0.832
Reli	0.330	0.060	0.326	5.471	0.000*
Assu	0.165	0.054	0.174	3.075	0.002*
Empa	0.162	0.054	0.164	2.991	0.003*
Resp	0.185	0.056	0.174	3.298	0.001*
Tang	0.135	0.041	0.156	3.265	0.001*

N = 240, R = 0.771 R² = 0.595, Adjusted R² = 0.586, SE_{est} = 0.288, F = 10.662*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอนของตัวแปรพยากรณ์ พบว่า ตัวแปรอิสระ ด้านความน่าเชื่อถือ (Reli) ด้านความมั่นใจ (Assu) ด้านความใส่ใจ (Empa) ด้านการตอบสนองความต้องการ (Resp) และด้านสิ่งที่จำเป็นต้องได้ (Tang) สามารถพยากรณ์อิทธิพลที่มีต่อตัวแปรตาม ความพึงพอใจของลูกค้า (Sati) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) เท่ากับ 0.330, 0.165, 0.162, 0.185, และ 0.135 ตามลำดับ ตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ 0.326, 0.174, 0.164, 0.174, และ 0.156 ตามลำดับ และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 0.771 มีค่าอำนาจในการพยากรณ์ (R²) เท่ากับ 0.595 และมีอำนาจในการพยากรณ์ได้ ร้อยละ 59.50 มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ (SE_{est}) เท่ากับ 0.288 และมีค่าคงที่ของสมการในรูปคะแนนดิบ (a) เท่ากับ 0.048

การสร้างสมการพยากรณ์ปัจจัยที่มีผลต่อตัวแปรตาม ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ พบว่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) หรือสัมประสิทธิ์ตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) ส่งผลต่อตัวแปรเกณฑ์ในทางบวกมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

จึงสามารถสร้างสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ และในรูปคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$\hat{Y} = 0.330 \text{ Reli} + 0.165 \text{ Assu} + 0.162$$

Empa + 0.185 Resp + 0.135 Tang

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\hat{Z} = 0.326 \text{ Reli} + 0.174 \text{ Assu} + 0.162$$

Empa + 0.164 Resp + 0.156 Tang

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า ขอมรับสมมติฐานในการวิจัย คุณภาพการให้บริการส่งผลเชิงบวกต่อความพึงพอใจของลูกค้าคลินิกเวชกรรมเสริมความงามในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษานี้ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Bloemer, De Ruyter, and Peeters (1998) ได้ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์คุณภาพการบริการและความพึงพอใจที่มีผลขับเคลื่อนให้เกิดความภักดีต่อธนาคารพาณิชย์จากผลการศึกษาพบว่า ภาพลักษณ์มีความสัมพันธ์ทางอ้อมกับความภักดีต่อธนาคารแต่กลับพบว่า คุณภาพการบริการนั้นมีความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมกับความภักดีต่อธนาคารนอกจากนี้

คุณภาพการบริการด้านมิติความเชื่อถือได้และภาพลักษณ์ด้านตำแหน่งในตลาดมีความสัมพันธ์ในการขับเคลื่อนให้เกิดความภักดีต่อธนาคารพาณิชย์และจากการทดสอบอิทธิพลของภาพลักษณ์ธนาคารที่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพการบริการ พบว่าภาพลักษณ์ของธนาคารโดยรวมมีอิทธิพลทางบวกต่อการรับรู้คุณภาพการบริการและจากการทดสอบภาพลักษณ์ธนาคารรายด้านที่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพการบริการ พบว่า ภาพลักษณ์ด้านการขับเคลื่อนทางสังคมมีอิทธิพลทางบวกต่อการรับรู้คุณภาพการบริการด้านความเอาใจใส่ภาพลักษณ์ด้านการติดต่อลูกค้ามีอิทธิพลทางบวกต่อการรับรู้คุณภาพการบริการด้านความเอาใจใส่และด้านความเชื่อถือได้และภาพลักษณ์ด้านตำแหน่งในตลาดมีอิทธิพลทางบวกต่อการรับรู้คุณภาพการบริการด้านความมีประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของ พรประภา ไชยอนุกุล (2557 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาคุณภาพการให้บริการของสถานที่ท่องเที่ยวที่มีผลต่อความพึงพอใจของนักท่องเที่ยวชาวไทยในอำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษา พบว่า นักท่องเที่ยวชาวไทยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 20 - 30 ปี มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ประกอบอาชีพพนักงานมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,001 - 35,000 บาท และให้ระดับความคิดเห็นของปัจจัยคุณภาพการให้บริการของสถานที่ท่องเที่ยวที่มีผลต่อความพึงพอใจของนักท่องเที่ยวชาวไทย โดยรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก และมีความพึงพอใจด้านการเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการมากทุกจุด รองลงมาคือด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจและด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า นักท่องเที่ยวชาวไทยที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกัน มีผลต่อความพึงพอใจในอำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรีที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และ 0.01 ในส่วนของปัจจัยคุณภาพการให้บริการที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ พบว่ามีความสัมพันธ์กันทุกด้านและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ จูติมา นิยม (2556 : บทคัดย่อ) ได้

ศึกษาคุณภาพในการให้บริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคเขตคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ ผู้ใช้บริการของการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคเขตคลองหลวงจังหวัดปทุมธานี จำนวน 420 คน โดยการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานประกอบด้วย Independent Samples t-test , One-way ANOVA และ สมการถดถอยพหุเชิงเส้นตรง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการศึกษา พบว่า ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุต่ำกว่า 30 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี มีอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน / พนักงานโรงงาน และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่ 10,001 - 20,000 บาท ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า เพศ อายุ อาชีพและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่แตกต่างกันของผู้ใช้บริการส่งผลต่อความพึงพอใจการให้บริการของการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคของเขตคลองหลวงแตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ความถดถอยพหุคูณ พบว่า คุณการให้บริการ คือ ด้านความน่าเชื่อถือ ด้านความสามรถ ด้านการเข้าถึงผู้ให้บริการส่งผลในเชิงบวกกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคเขตคลองหลวง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาผลกระทบและความสัมพันธ์ด้านอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการ เช่น สักยภาพทางการแข่งขัน และความยั่งยืนขององค์กร เป็นต้น เพื่อสามารถนำข้อมูลจากการวิจัยไปประยุกต์ใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรใช้กลุ่มตัวอย่างระดับภาค และระดับประเทศ เพื่อให้สามารถนำผลของการวิจัยไปพัฒนานโยบายเกี่ยวกับอุตสาหกรรมความงามในระดับประเทศต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2560). ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (MEDICAL HUB) (พ.ศ.2560 - 2569). กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
2. ฐานเศรษฐกิจ. (2560). ธุรกิจศักยภาพความรุ่งเรือง. จาก <http://www.thannews.th.com/news/2404.pdf>, ค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2561.
3. จิตติมา นิยม. (2556). คุณภาพในการให้บริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคเขตคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท : มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
4. ชันยาพร เล้าโสภณกรมย์. (2559). ปรับกลยุทธ์ คลินิกเสริมความงาม พลิกวิกฤติให้เป็นโอกาส. กรุงเทพฯ : ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน). วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
5. บุญชม ศรีสะอาด. (2553). การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.
6. บุญกร สุริยสาร. (2557). อัตลักษณ์และวิถีทางเพศในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : องค์การแรงงานระหว่างประเทศ.
7. พรประภา ไชยอนุกุล. (2557). คุณภาพการให้บริการของสถานที่ท่องเที่ยวที่มีผลต่อความพึงพอใจของนักท่องเที่ยวชาวไทยในอำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท : มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. ราชภัฏ.
8. ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. (2560). Health Tourism คึกคักไทยขึ้นฮับสุขภาพทะลวงรายได้ 5 หมื่นล้าน, จาก <https://www.kasikornresearch.com/th/K-EconAnalysis/Pages/Search.aspx>, ค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2561.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (2561). ระบบสารสนเทศ. ค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2561, จาก <http://mkho.moph.go.th/mko/frontend/web/index.php/site/index>.
10. อิศราพร ลอพันธุ์สกุล และอภิญญา ศักดาศิริวัฒน์. (2559). กลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ : ตลาดเฉพาะกลุ่ม (ศักยภาพสูง) ที่ผู้ประกอบการไทยไม่ควรมองข้าม. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยฟาร์อีสเทอร์น, 10 (1) : 7-20.
11. Bloemer, J. De Ruyter, K. and Peeters, P. (1998). Investigating drivers of bankloyalty: the complex relationship between image, service quality and satisfaction. International Journal of Bank Marketing, 16(7) : 276-286.

ผลของโปรแกรมการจัดการทางการพยาบาลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง แบบเร่งด่วน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

Effectiveness of the Nursing Management Program on Recovery of Patients with Urgent Abdominal Postoperative Sunpasitthiprasong Hospital

เกษร ราชีวงศ์¹, เรณูการ์ ทองคำรอด², นุสรา ประเสริฐศรี³

Kasorn Rachiwong, Renuka Thongkamrod, Nusara Prasertsri

(Received: December 25 ,2020 ; Accepted: February 19 ,2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการทางการพยาบาลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปที่เลือกตามเกณฑ์กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 16 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 1) โปรแกรมการจัดการทางการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ (1) การสร้างสัมพันธภาพ (2) การชี้แจงวัตถุประสงค์ (3) การอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด (4) การฝึกทักษะปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพอย่างเป็นองค์รวม (5) การทบทวนกิจกรรมฟื้นฟูสภาพ และ (6) การประเมินผลการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามการประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน มีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.97 ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติทดสอบที เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการจัดการทางการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน มีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วนโดยรวม และรายด้านมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ การผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด การฟื้นตัวหลังผ่าตัด

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effectiveness of a new nursing management program for postoperative recovery among patients who underwent urgent abdominal surgery at Sunpasitthiprasong Hospital Samples were 32 patients who had received urgent abdominal surgery and were admitted to surgical wards according to the inclusion criteria. They were divided into 2 groups, experimental group and comparison group, and each group was 16 patients. The research instrument was a nursing management program for postoperative recovery of patient with urgent abdominal surgery, which consists of 6 steps: (1) relationship building; (2) clarifying objectives; (3) explaining the process of postoperative rehabilitation; (4) practicing rehabilitation; (5) review rehabilitation practice; and (6) evaluation of rehabilitations. The data collection tool was a postoperative urgent abdominal surgery questionnaire. Content validity index value was 0.97 and content reliability index value was 0.79 the research data were analyzed by using descriptive statistics and t-test.

Results of the study indicated that patients patient in the experimental group had statistically statistics significant higher mean score of postoperative recovery, both overall and for every category, higher than those in the comparison group.

Keywords: Urgent Abdominal Operative, Rehabilitation Postoperative, Recovery Postoperative

บทนำ

การรักษาโรกระบบทางเดินอาหารทางศัลยกรรม
เป็นการผ่าตัดใหญ่ การลงมีดผ่าตัดเปิดผนังหน้าท้องจะ

ไปกระตุ้นระบบการตอบสนองต่อการบาดเจ็บของ
เนื้อเยื่อ ทำให้เกิดการอักเสบ ดึงรั้งและทำให้กล้ามเนื้อหด
เกร็ง เกิดการกระตุ้นไขประสาทขนาดเล็กที่รับและส่ง

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² อาจารย์สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

³ คอกเคอร์วิทยาลัยพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

สัญญาความปวดไปยังสมอง ผู้ป่วยจึงรับรู้และแปลผลอาการปวด ความปวดจะไปกระตุ้นการหลั่งสารแคทีโกลามีน ทำหัวใจเต้นแรง กล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มความต้องการใช้ออกซิเจน (Liu & Grooper, 2003) การหดเกร็งของกล้ามเนื้อหน้าท้องจะขัดขวางการเคลื่อนตัวของกระบังลมและการขยายของปอด

จากการศึกษาของ ปีลันธรณ์ ลิขิตกำจร, 2546 พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจะรู้สึกปวดแผลผ่าตัดมากในช่วง 1-3 วันแรก รู้สึกทุกข์ทรมานเมื่อมีการขยับตัวและเคลื่อนไหวร่างกาย รวมทั้งระหว่างการผ่าตัดจะได้รับ การใส่ท่อทางเดินหายใจและให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ส่งผลให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อทางเดินหายใจ (การณพันธ์ สุรพงศ์, 2550) ส่งผลให้หลีกเลี่ยงการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง และทรงอกในการหายใจ หรือไอ ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ปอดขยายตัวไม่เต็มที่ มีเสมหะคั่งค้าง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะปอดแฟบ ปอดอักเสบ ขณะเดียวกันการให้ยาบรรเทาปวดมาก ถ้าใช้มีการเคลื่อนไหวช้า เกิดอาการท้องอืด และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ จากการผ่าตัด ภาวะเหล่านี้ที่เกิดขึ้นจะส่งผลให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดช้า

การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเป็นการกลับคืนสภาพจากภาวะเจ็บป่วยเข้าสู่ภาวะปกติ เทียบเท่าหรือใกล้เคียงกับสภาวะผ่าตัดก่อนผ่าตัด หรือดีที่สุดตามสภาพร่างกายหลังผ่าตัดครอบคลุม ด้านอาการแสดงทางร่างกาย ด้านการทำหน้าที่ของอวัยวะภายใน ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Allvin, 2009) การรับรู้ระบบร่างกายทำหน้าที่ที่ดีขึ้น มีความสุขสบาย ความปวดน้อย มีภาวะจิตใจที่เป็นสุขสงบ ปราศจากความหุนหันเหิม และระยะเวลาการฟื้นตัวของผู้ป่วยแต่ละคนต่างกัน ซึ่งเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฟื้นตัว เช่น อายุ เพศ ลักษณะการเจ็บป่วย โรคร่วม สภาวะจิตใจ ชนิดการผ่าตัด ระยะเวลาในการให้ยาระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

การผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน (urgent abdominal surgery) เป็นการผ่าตัดผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้อง และเยื่อช่องท้องเข้าไปยังอวัยวะภายในช่องท้อง

ได้แก่ กระเพาะอาหาร ตับ ตับอ่อน ลำไส้ ถุงน้ำดี ม้าม และ อวัยวะในอุ้งเชิงกราน เพื่อวินิจฉัยหาความผิดปกติ และรักษาพยาธิสภาพต่างๆ แล้วเย็บปิด (Fairchild, 1993) ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดภายใน 24-48 ชั่วโมง เนื่องจากเป็นการผ่าตัดที่ไม่ได้เตรียมตัวล่วงหน้า ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูง

ฉะนั้นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวที่ดีและเร็ว คือการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ด้วยวิธีการหายใจเข้าออกลึกๆ ช้าๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหวร่างกายและการลุกนั่ง เดินโดยเร็วใน 24-48 ชั่วโมง การปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วนที่ถูกต้อง สม่าเสมอจะช่วยให้ร่างกายกลับสู่ภาวะโดยเร็ว และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินจะมีอาการปวดรุนแรง ร่างกายอ่อนเพลีย มีความวิตกกังวลจากสภาวะเจ็บป่วย ถึงแม้ได้ข้อมูลคำแนะนำ การปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด แต่ก็ไม่ได้ฝึกหรือทบทวนการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และพบว่าหลังผ่าตัดผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง จำไม่ได้ว่าต้องทำอะไร และไม่เห็นความสำคัญประโยชน์ของการเคลื่อนไหวร่างกาย ระยะเวลาจำกัดส่งผลต่อการรับรู้ข้อมูล อาการรบกวนทางด้านร่างกาย ความกลัว ความวิตกกังวลและการปฏิบัติตัว ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งเดียวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง รับผิดชอบเป็นแม่ข่ายการดูแลสุขภาพเขต 10 มีศักยภาพในการรักษาโรกระบบทางเดินอาหารในระดับเลิศ มีแพทย์เฉพาะทางทุกสาขา จึงเป็นโรงพยาบาลที่รับการส่งผู้ป่วยเข้ามาเป็นจำนวนมาก โดยมีผู้ป่วยโรกระบบทางเดินอาหารระหว่างปี พ.ศ. 2559-2561 จำนวน 15014, 16430, 13421 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าจำนวนผู้ป่วยจะลดลง แต่สภาพการเจ็บป่วยก็ยังรุนแรงและมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลมากขึ้น จุดมุ่งหมายของการรักษาเพื่อให้หายจากโรคด้วยวิธีผ่าตัด นอกจากนั้นก็ยังเน้นการ

ส่งเสริมการฟื้นฟูตัวหลังการผ่าตัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย กลับคืนสู่ภาวะปกติได้เร็วปราศจากภาวะแทรกซ้อน

จากการตรวจสอบเวชระเบียน รายงานประจำปี ของทีมสหสาขาวิชาชีพ และทบทวนกิจกรรม การดูแล ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน ผู้วิจัยพบว่า การที่ ผู้ป่วยนอนนิ่งๆ ไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายนั้น เนื่องจากการผ่าตัดแบบเร่งด่วนมีข้อจำกัดในการเตรียม ความพร้อมก่อนผ่าตัด ประกอบกับผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และอาการปวดมาก รวมถึงการใส่อุปกรณ์ทางด้านการรักษา เช่น สายระบายสิ่งคัดหลั่ง สายสวนปัสสาวะ และสายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยและญาติกลัว สายเลื่อนหลุด แผลผ่าตัดฉีกขาด และกลัวว่าผู้ป่วยจะ ได้รับอันตรายมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ป่วย ต้องนอนนิ่งๆเป็นส่วนใหญ่ เมื่อมีการลุกนั่งครั้งแรก ภายหลังการนอนนานโดยไม่ค่อยมีการเคลื่อนไหว จะเกิด อาการหน้ามืดคล้ายจะเป็นลม ผู้ป่วยก็ไม่กล้าลุกเดิน ยิ่งเพิ่มโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากขึ้น เพราะฉะนั้นรูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่ พยาบาลต้องมีการจัดการการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เพื่อให้ ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการ ปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัด โดยพยาบาลต้องทำ หน้าที่ให้คำแนะนำ กระตุ้น สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถ ปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัดอย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ

การพยาบาลที่สนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญ กับภาวะเครียด และอันตรายจากการผ่าตัด ทำให้มีการ ฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดเร็วขึ้น (Phipps et al.,1995) ดังมี รูปแบบการพยาบาลวิธีการต่างๆ ที่มีผลต่อการฟื้นฟู สภาพหลังผ่าตัด เช่น รุ่งนภา ชัยรัตน์ (2545) ศึกษา เกี่ยวกับกระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายต่อ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ดลชนา อิศริยานันท์ (2546) ศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้ก่อนผ่าตัด และการบริหาร หลังผ่าตัดต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่น และ อิงอร พงศ์พุททชาติ (2546) ศึกษาเกี่ยวกับการ

เสริมแรงเพื่อการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผล การศึกษาพบว่าช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพดีขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป จึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมการจัดการ ทางพยาบาลต่อการฟื้นฟูตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน เพื่อให้บุคลากรมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นไปในแนวเดียวกัน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการทางการ พยาบาลต่อการฟื้นฟูตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบ เร่งด่วน โดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูตัวหลัง ผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วนของกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ

วิธีการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ การฟื้นฟู ตัวหลังผ่าตัดของอัลวิน (Allvin, 2009) ที่กล่าวถึง กระบวนการใช้พลังงานของร่างกาย เพื่อให้กลับสู่สภาวะ ปกติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสามารถกลับไป ทำหน้าที่ได้เหมือนปกติเทียบเท่าสุขภาพก่อนเจ็บป่วย หรือก่อนการผ่าตัด ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่

1. การฟื้นฟูตัวด้านอาการแสดงทางกาย (Physical symptoms dimension) คือสภาวะการกลับมาทำงาน ได้ตามปกติของร่างกายภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ การ ควบคุมการทำงานของส่วนต่างๆของร่างกาย ไม่มีอาการ ปวด คลื่นไส้ อาเจียน อาการเหนื่อยอ่อนแรง หรือความ อยากับประทานอาหารลดลง สามารถนอนหลับพักผ่อน ได้
2. การฟื้นฟูตัวด้านการทำงานของอวัยวะในร่างกาย (Physical functions dimension) คือสภาวะการกลับมา ทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ การทำงานระบบทางเดินอาหาร การทำงานระบบ ทางเดินปัสสาวะ การเคลื่อนไหวร่างกาย และความ แข็งแรงของกล้ามเนื้อ
3. การฟื้นฟูตัวด้านจิตใจ (Psychological dimension) คือ การกลับมาที่มีความผาสุกด้านจิตใจอย่างสมบูรณ์ ภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ความโกรธ

ความวิตกกังวล ภาวะเหนื่อยล้า และมีสมาธิสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้

4. การฟื้นตัวด้านสังคม (Social dimension) คือ ภาวะการกลับมาทำหน้าที่ทางสังคมภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ การฝึกรับประทานอาหารให้มีความเป็นอิสระมีความมั่นคง การทำงานด้านสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นความสนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว การพึ่งพาคนอื่นน้อยลง

5. การฟื้นตัวด้านการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity dimension) คือ ภาวะการกลับมาทำงานได้อย่างเต็มศักยภาพ ได้แก่ การรับผิดชอบและควบคุมกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลความสะอาดร่างกาย สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ กลับไปสู่การทำงานและสามารถขับถ่ายได้

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคลำไส้อุดตัน โรคกระเพาะอาหารทะลุ เชื้อนช่องท้องอักเสบ โรคถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน หลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบเร่งด่วน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป 1, 2, 3, 4 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2563

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ แผนกศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยโรคลำไส้อุดตัน กระเพาะอาหารทะลุ ลำไส้ทะลุ เชื้อนช่องอักเสบ และถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 1) โปรแกรมการจัดการทางการแพทย์ต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษา

ตำรา ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ (1) การสร้างสัมพันธภาพ (2) การชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด (3) การประเมินสภาพและความพร้อมการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด (4) การฝึกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด (5) การทบทวนและกระตุ้นฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และ (6) การประเมินผลการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด 2) คู่มือการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วนสำหรับ พยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน 3) แผ่นพับข้อควรปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วนสำหรับผู้ป่วยและญาติ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ประกอบด้วย อายุ เพศ ส่วนสูง น้ำหนัก ค่าธรรมเนียมวกลาย สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา สิทธิในการรักษา ประสบการณ์ผ่าตัด

2. แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย

ประกอบด้วย วินิจฉัยโรค ชนิดการผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด

3. แบบประเมินการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลัง

ผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน ผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัดการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของอัลวิน (Allvin, 2009) ผู้วิจัยได้ขออนุญาตดัดแปลงมาจากเจ้าของเครื่องมือเพื่อนำมาใช้และผู้วิจัยแปลเอง โดยผู้วิจัยตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญเครื่องมือ ประกอบด้วย การประเมิน 5 ด้าน รวมคำถาม 19 ข้อ ได้แก่ 1) การฟื้นตัวด้านอาการแสดงทางกาย 2) ด้านการทำงานของร่างกาย 3) ด้านจิตใจ 4) ด้านสังคม 5) ด้านการมีกิจกรรม หรือการปฏิบัติตัว กำหนดความรู้สึกรู้สึกมีอาการเป็น 4 ระดับ โดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเองหลังผ่าตัด 2 ครั้ง ก่อนการทดลอง 1 ครั้ง และ หลังการทดลอง 1 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มา ตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วนก่อน
นำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยสถิติเชิง
พรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนน
เฉลี่ยการฟื้นฟูหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน ระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง (วัดครั้ง
สรุปและอภิปรายผล

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ดัชนีมวลกาย (BMI) การศึกษา อาชีพ ประวัติการผ่าตัดช่องท้อง

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 16)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 16)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	10	62.5	7	43.8
หญิง	6	37.5	9	56.3
อายุ (ปี)				
18 – 28 ปี	2	12.5	2	12.5
29 – 39 ปี	1	6.3	0	0.0
40 – 50 ปี	2	12.5	3	18.8
51 – 60 ปี	8	50.0	4	25.0
61 – 70 ปี	3	18.8	7	43.8
สถานภาพสมรส				
คู่	11	68.8	10	62.5
โสด	2	12.5	3	18.8
หม้าย	3	18.8	2	12.5
แยกกันอยู่	0	0.0	1	6.3

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 16)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 16)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย (BMI)				
น้อยกว่า 18.5	4	25.0	5	31.25
18.5-22.99	6	37.5	8	50.0
23-24.99	5	31.25	3	18.75

ที่ 1) หลังการทดลอง (วัดครั้งที่ 2) โดยผู้วิจัยนำข้อมูลมา
วิเคราะห์ด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ-สไมนอฟ
(Kolmogorov-Smirnov Test) พบว่า มีการแจกแจงเป็น
โค้งปกติ จึงใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test) และพบว่า มีการ

3. ผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาล
สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี หมายเลขอนุมัติ 069/62
C รับรองวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2563

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 16)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n= 16)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มากกว่า 25	1	6.25	0	0
การศึกษา				
ไม่ได้ศึกษา	0	0.0	2	12.5
ประถมศึกษา	12	75.0	10	62.5
มัธยมศึกษา	3	18.8	3	18.8
ปริญญาตรี	1	6.3	1	6.3
อาชีพ				
เกษตรกร	10	62.5	11	68.8
รับจ้าง	5	31.3	3	18.8
ค้าขาย	1	6.3	2	12.5
ประวัติการผ่าตัดช่องท้อง				
เคย	2	12.5	3	18.75
ไม่เคย	14	87.5	13	81.25

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะคล้ายคลึงกันคือ กลุ่มทดลอง เพศชาย ร้อยละ 62.5 เพศหญิง ร้อยละ 37.5 อายุระหว่าง 50-60 ปี ร้อยละ 50 กลุ่มเปรียบเทียบ เพศชาย ร้อยละ 43.8 เพศหญิง 56.3 อายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 43.8 มีสถานะภาพสมรส ร้อยละ 68.8 และร้อยละ 62.5 ครรชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระหว่าง 18.5 – 22.99 ร้อยละ 37.5 และร้อยละ 50 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.0 และร้อยละ 62.5 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 62.5 และร้อยละ 68.8 ไม่เคยมีประสบการณ์ผ่าตัดช่องท้อง ร้อยละ 87.5 และร้อยละ 81.25

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลการวินิจฉัยโรคและการผ่าตัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ลักษณะข้อมูลการรักษา	กลุ่มทดลอง (n = 16)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n= 16)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. วินิจฉัยโรค				
1 ลำไส้อุดตัน	6	37.5	8	50.0
2 กระเพาะอาหารทะลุ	4	25.0	2	12.5
3 ถุงน้ำดีอักเสบ	3	18.8	3	18.8
4 ช่องท้องอักเสบ	3	18.8	3	18.8
รวม	16	100.0	16	100.0
2. ชนิดการผ่าตัด				

ลักษณะข้อมูลการรักษา	กลุ่มทดลอง (n = 16)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n= 16)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1 ผ่าตัดเลาะพังผืด	4	25.0	5	31.25
2 ตัดลำไส้	3	18.8	3	18.8
3 เปิดทวารเทียมหน้าท้อง	2	12.5	3	18.8
4 ผ่าตัดเย็บซ่อมรูทะลุ	4	25.0	2	12.5
5 ผ่าตัดถุงน้ำดีทิ้ง	3	18.8	3	18.8
รวม	16	100.0	16	100.0

จากตารางที่ 2 กลุ่มโรคที่ผู้ป่วยเป็นส่วนมากทั้งเพศชายและเพศหญิงเป็นมีจำนวนใกล้เคียงกัน คือลำไส้อุดตัน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 37.5 และร้อยละ 50.0 ได้รับการผ่าตัดโดยผ่าตัดเปิดหน้าท้องเลาะพังผืด ร้อยละ 4 และ ร้อยละ 5

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อมูลการรักษา

	กลุ่มทดลอง (n = 16)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n= 16)	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1.อายุ	50.38	14.44	54.00	14.31
2.ดัชนีมวลกาย	21.46	2.68	19.67	2.90
3.ระยะเวลาในการผ่าตัด	65.31	32.94	66.88	28.17
4.ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัด	93.75	51.23	114.69	117.10

จากตารางที่ 3 จะเห็นว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของท้องค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุเฉลี่ย $\bar{X} = 50.38$, S.D = 14.14 และ $\bar{X} = 54.00$, S.D = 14.31 ดัชนีมวลกายน้อยทั้ง 2 กลุ่ม $\bar{X} = 21.46$, S.D = 2.68 และ $\bar{X} = 19.67$, S.D = 2.90 ตามลำดับ ระยะเวลาการผ่าตัดเกือบเท่ากัน $\bar{X} = 65.31$, S.D = 32.94 และ $\bar{X} = 66.88$, S.D = 28.17 ตามลำดับ เสียเลือดขณะผ่าตัดปริมาณใกล้เคียงกัน $\bar{X} = 93.75$, S.D = 51.23 $\bar{X} = 114.69$, S.D = 117.10 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการการฟื้นตัวสุขภาพ

ผู้วิจัยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการการฟื้นตัวสุขภาพและกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้การทดสอบค่าที (Independent t-test) ก่อนการทดสอบค่าที ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติด้วย Komogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง

คะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ช่องท้องแบบเร่งด่วน ก่อนการทดลอง	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 16)	32.25	4.99	-0.38	30	.704
กลุ่มทดลอง (n = 16)	32.88	4.21			
ผลต่างของคะแนน	0.63				

จากตารางที่ 4 พบว่าคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองเท่ากับ 32.25 และ 32.88 ตามลำดับ โดยแปลผลคะแนนได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วนไม่แตกต่างกัน

เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน หลังการทดลองระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง

คะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ช่องท้องแบบเร่งด่วน หลังการทดลอง	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 16)	50.94	5.37	-2.63	30	.013
กลุ่มทดลอง (n = 16)	55.50	4.38			
ผลต่างของคะแนน	4.56				

จากตารางที่ 5 พบว่าคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน หลังการทดลองระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองเท่ากับ 50.94 และ 55.50 ตามลำดับ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน หลังการทดลองระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการการฟื้นฟูภายในกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับการ โปรแกรมการจัดการการฟื้นฟูสภาพด้วยสถิติ paired simple t test ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง

คะแนนการฟื้นฟูหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ช่องท้องแบบเร่งด่วน	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 16)					
ก่อนการทดลอง	32.25	4.99	-17.72	15	.000
หลังการทดลอง	50.94	5.37			
กลุ่มทดลอง (n = 16)					
ก่อนการทดลอง	32.88	4.21	-17.44	15	.000
หลังการทดลอง	55.50	4.38			

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นฟูหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน เท่ากับ 32.25 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นฟูหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน เท่ากับ 50.94 เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ paired simple t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นฟูหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วนมีค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นฟูหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน เท่ากับ 32.88 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นฟูหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นฟูหลังผ่าตัดรายด้าน 5 ด้าน หลังการทดลองระหว่างกลุ่ม

ทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

การฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัดรายด้าน	Mean	SD	t	P - value
1. การฟื้นฟูตัวด้านอาการแสดงทางกาย			-1.379	.179
กลุ่มทดลอง	14.00	2.033		
กลุ่มเปรียบเทียบ	13.06	1.806		
2.การฟื้นฟูตัวด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย			-2.956	.006
กลุ่มทดลอง	16.06	1.482		
กลุ่มเปรียบเทียบ	14.06	2.265		
3.ด้านจิตใจ			-1.781	.085

เท่ากับ 55.50 เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ paired simple t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นฟูหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการการฟื้นฟู มีผลต่อค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นฟูหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน โดยค่าเฉลี่ยคะแนนฟื้นฟูหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้น

สรุปได้ว่า คะแนนการฟื้นฟูหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการการฟื้นฟูแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มทดลอง	11.75	.931		
กลุ่มเปรียบเทียบ	10.94	1.569		
4. ด้านสังคม และการพึ่งพาผู้อื่น			-1.362	.183
กลุ่มทดลอง	8.50	1.095		
กลุ่มเปรียบเทียบ	7.94	1.237		
5. การฟื้นตัวด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน				
กลุ่มทดลอง	5.38	.957	-1.872	.071
กลุ่มเปรียบเทียบ	4.75	.931		

จากตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดรายด้าน 5 ด้าน แต่ละด้าน หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติทดสอบที เป็นอิสระต่อกัน เมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน รายด้าน 5 ด้าน พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทั้ง 5 ด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุดตามลำดับ ได้แก่ ด้านที่ 2 การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านที่ 1 การฟื้นตัวด้านอาการแสดงทางกาย ด้านที่ 3 ด้านจิตใจ ด้านที่ 4 ด้านสังคม และด้านที่ 5 การฟื้นตัวด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยการฟื้นตัวด้านที่ 5 มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด

สรุปว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดรายด้าน ด้านที่ 2 ด้านการทำงานของร่างกาย ของกลุ่มทดลอง มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านที่ 1 ด้านอาการแสดงทางกาย ด้านที่ 3 ด้านจิตใจ ด้านที่ 4 ด้านสังคม และการพึ่งพาผู้อื่น ด้านที่ 5 การฟื้นตัวด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการทางการแพทย์ต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วนหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการวิจัยพบว่า พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน หลังการทดลองระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเป็นไปตามสมมุติฐาน

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากโปรแกรมการจัดการทางการแพทย์ต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน พัฒนามาจากแนวคิด ของ อัลวิน (Allvin, 2009) ในการประเมินการฟื้นตัว 5 ด้าน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด 3) การประเมินสภาพและความพร้อมการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด 4) การฝึกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด 5) การทบทวนและกระตุ้นฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และ 6) การประเมินผลการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

งานวิจัยนี้ได้จัดกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ที่เป็นผลดีต่อการฟื้นตัว หลังผ่าตัดช่องท้อง ประกอบกับใช้แนวคิดการประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน

การสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยได้นำมาเป็นขั้นตอนแรกในโปรแกรมฯ ทำให้เกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจ กลุ่มทดลองได้พูดคุยการเปิดโอกาสให้ตัดสินใจ สื่อสาร การ

ให้กำลังใจ การรับฟัง การดูแลด้านสังคม บอกความต้องการ และสอบถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังได้คำนึงถึงปัจเจกของบุคคล ได้แก่ เพศ ผู้สูงอายุ ประสพการณ์เจ็บป่วย เพราะมีผลต่อการรับรู้การปฏิบัติ

การผ่าตัดช่องท้องแบบแรงดัน เป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและวิตกกังวลมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ปีลันธน์ ลิขิตกำจร (2546) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องระยะหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมงแรก จะมีอาการปวดแผลผ่าตัดอยู่มาก ซึ่งอาการปวดจะมีผลให้ระดับความต้องการการพยาบาลโดยรวมสูง และจากการศึกษาของ อัญชลี ศิริ (2549) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบเบญจกั้น มีความต้องการการพยาบาลด้านร่างกายอยู่ในระดับสูงมาก กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการได้รับ ได้แก่ การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัด ต้องการความช่วยเหลือเพื่อไม่ให้เกิดภาวะท้องอืด ความต้องการการพยาบาลด้านจิตใจ และสังคมอยู่ในระดับรองลงมา

โปรแกรมการจัดการทางการพยาบาลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบแรงดัน ที่จัดให้กลุ่มทดลอง มีการสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยได้นำมาเป็นขั้นตอนแรกในโปรแกรมฯ ทำให้เกิดความคุ้นเคยไว้วางใจ กลุ่มทดลองได้พูดคุย บอกความต้องการ และสอบถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังได้คำนึงถึงปัจเจกของบุคคล ได้แก่ เพศ ผู้สูงอายุ ประสพการณ์เจ็บป่วย เพราะมีผลต่อการรับรู้การปฏิบัติ และได้ให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายและเคลื่อนไหวร่างกายภายใน 12 ชั่วโมงแรกกระตุ้นให้ลุกเดินเร็วหลังผ่าตัด 1 วัน ซึ่งผู้วิจัยได้เข้าพูดคุย แนะนำ กระตุ้น พาผู้ป่วยทำกิจกรรมเพื่อให้ฟื้นตัวหลังผ่าตัดทุกวัน พร้อมกับแจกแผ่นพับข้อควรปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช่องท้องแบบแรงดัน สำหรับผู้ป่วยไว้ทบทวน ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว มีทักษะ สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนางานให้มีคุณภาพ เป้าหมายการดูแลในบทบาทพยาบาลคือ การส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยในทุกมิติ

ดังเช่น Meleis และคณะ กล่าวไว้ว่า พยาบาลมีหน้าที่ให้การบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนผ่านสู่ภาวะสุขภาพที่ดีได้

การฝึกเทคนิคการหายใจผ่อนคลาย เพื่อลดความวิตกกังวล รู้สึกผ่อนคลายและสบาย จากการดำเนินงานกลุ่มทดลองปฏิบัติได้ ทุกคน และรู้สึกผ่อนคลาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ตวิยา มณีรัตน์ ศึกษาผลของการฟังเพลงเทคนิคหายใจผ่อนคลายร่วมกับเสียงดนตรีต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดต่อมลูกหมาก โดผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง สบายใจ และ โล่ง ตัว เบา คิดเป็นร้อยละ 96.67 – 100

การฝึกหายใจ การไอที่ถูกวิธี การบริหารกาย กระตุ้นการไหลเวียน และกระตุ้นลูกนั่งและเดินภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งผู้วิจัยได้เข้าให้กำลังใจ ส่งเสริม กระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวทุกวัน รวม 4 ครั้ง พบว่ากลุ่มทดลองที่อายุไม่เกิน 60 ปี สามารถลุกนั่งและเดินได้ ใน 24 ชั่วโมงแรก สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภาภรณ์ สังขวัฒน์ (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบแรงดัน 72 ชั่วโมงแรก ต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดลำไส้เล็กอุดตันที่ได้รับการผ่าตัดแบบแรงดัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบแรงดัน 72 ชั่วโมงแรก มีค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด วันที่ 1, 2 และ 3 สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มีค่าเฉลี่ยอาการท้องอืดน้อยกว่าในหลังผ่าตัด วันที่ 1, 2 และ 3 และมีค่าคะแนนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านอาการทางร่างกาย ด้านการทำงานของร่างกาย และด้านกิจกรรมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องแบบแรงดัน 5 ด้าน พบว่ากลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทั้ง 5 ด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุดตามลำดับได้แก่ ด้านที่ 2 ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านที่ 1 ด้านอาการแสดงทางกาย ด้านที่ 3 ด้าน

จิตใจ ด้านที่ 4 ด้านสังคม และด้านที่ 5 ด้านกาปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยการพินตัวด้านที่ 5 มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด

โดยด้านที่ 2 ด้านการทำงานของร่างกาย ของกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านที่ 1 ด้านอาการแสดงทางกาย ด้านที่ 3 ด้านจิตใจ ด้านที่ 4 ด้านสังคม และด้านที่ 5 ด้านกาปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของสุภาภรณ์ สังข์วัฒน์ (2554) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน 72 ชั่วโมงต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดลำไส้ดูดตัน ผลการวิจัยพบว่า การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านอาการทางร่างกาย ด้านการทำงานของร่างกาย และด้านการมีกิจกรรม ของกลุ่มทดลอง มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 3 ครั้ง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนทางด้านจิตใจ พบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมเฉพาะวันที่ 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านสังคม พบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมเฉพาะวันที่ 2 และวันที่ 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในการศึกษาของ Taher et al. (2009) ได้จัดให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย การออกกำลังกาย และการลุกเดิน พบว่าผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด มีการทำงานของอวัยวะต่างๆกลับสู่สภาพปกติดีขึ้นหลังผ่าตัด ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในกลุ่มทดลองจึงสูงกว่ากลุ่มควบคุม

จากการศึกษาวิจัยมีประเด็นที่เป็นข้อสังเกตในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย สิ่งที่จะช่วยสนับสนุนกระตุ้นส่งเสริม ให้ผู้ป่วยเข้าใจ รับฟังคำแนะนำ ร่วมปฏิบัติ คือ กลุ่มทดลองที่มีผู้ดูแลใกล้ชิด จะปฏิบัติกิจกรรมได้ดีกว่า กลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแล และกลุ่มทดลองที่เป็นผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเปราะบาง มีขบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และพึ่งพาผู้อื่น ร่วมอยู่ด้วย ก็ต้องมีการติดตาม

และกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง เข้าใจและคำนึงถึงความต้องการจำเป็นของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

สรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการทางการพยาบาลต่อการฟื้นฟูตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน มีผลต่อการฟื้นฟูตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วนดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษารังนี้ มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับผลการวิจัย ดังนี้

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. การใช้โปรแกรมการจัดการการฟื้นฟูสภาพต่อการฟื้นฟูตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน ช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัดเร็วขึ้น จึงควรนำโปรแกรมนี มาใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน สามารถเริ่มโปรแกรมได้ทันทีหลังผ่าตัด
2. กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติในการให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน และมีการประเมินการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
3. พยาบาลควรให้ความสำคัญ และมอบหมายผู้รับผิดชอบจัดกิจกรรมให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีศึกษาเฉพาะกลุ่มโรค เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้สูญเสียภาพลักษณ์ ที่กระทบต่อบทบาทในสังคม
2. ควรมีการศึกษาการดำรงชีวิตหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านสังคม

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการทางการพยาบาลต่อการฟื้นฟูตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ สามารถดำเนินการจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำ

รอด อาจารย์ ดร.นุสรา ประเสริฐศรี ที่ได้กรุณาให้ความรู้
ข้อคิด ข้อเสนอแนะ และปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

- 1.การุณพันธุ์ สุรพงศ์. (2550). ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีวิทยา. ใน ปวีณา บุญบุรพพงศ์, อรุณฯ เกี้ยวข้อง และเทวรักษ์ วีระวัฒนกันนัท (บรรณาธิการ). วิสัญญีวิทยาเบื้องต้น. (หน้า 210-227). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 2.ฉลาด แสงอาทิตย์.ปาริชาติ กางร่มกลาง. เดชา ทำดี. การวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเคลื่อนไหวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 10 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารพยาบาลสวนดอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ 2559, 22. 18-27.
- 3.ชญาณิศ ขอบอรุณสิทธิ, สายพิน เกษมกิจ วัฒนา และวัลย์ลดา ฉันทน์เรืองวนิชย์. (2551). ผลของการส่งเสริมสมรรถนะของบุคลากรต่อการฟื้นหายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลพระพุทธบาทสระบุรี. วารสารสภาการพยาบาล, 23(1), 100-113.
- 4.ดลชนา อิศริยานันท์. (2546). ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหารหลังผ่าตัดต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 5.ทิพวรรณ วัฒนเวช. (2545). อิทธิพลของปัจจัยคัดสรรและพฤติกรรมมารดาตนเองต่อการให้อาหารที่งอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 6.ชนิด วัชรพุทก์. (2550). Preoperative and postoperative care. ใน ชานวัญ ดันดีพัฒน์ และชนิด วัชรพุทก์. (บรรณาธิการ), ตำราศัลยศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- 7.นันทาดี ศรีจันทร์. (2551). การศึกษาอาการท้องอืด และการจัดการอาการท้องอืดในผู้ป่วย หลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชธานี. บ.ราไทย เพรส จำกัด.
- 8.บุญใจ ศรีสถิตนรา. (2550). ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 4).
- 9.ปิ่นธน์ ลิขิตกัจจ. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับ ความปวด และผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- 10.พรหมทิพย์ เกียรติสิน และคณะ. (2552). การฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง: การสังเคราะห์วรรณกรรม. วารสารสภาการพยาบาล ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 โรงพยาบาลแม่สอด
- 11.รุ่งนภา ชัยรัตน์. (2545). ผลของกระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายต่อการฟื้นสภาพหลัง ผ่าตัดและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- 12.วิยะดา รัตนสุวรรณ. (2535). ผลของการออกกำลังอย่างมีแบบแผนต่อการให้อาหารที่งอืดและอาการปวดท้อง จากแก๊สในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- 13.ศรัณญา จุฬาริ. (2560). อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนการจัดการทางการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใน ห้องฟักฟื้น สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- 14.ศิริพรรณ ภูมิพล. (2556). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวด้านการนำที่ของลำไส้ภายหลังผ่าตัด. ภาควิชาพยาบาลพื้นฐานและ บริหารการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย ปีที่ 6 ฉบับที่ 1
- 15.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล.(2556). ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการวิจัยทางการพยาบาล. ใน ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยทางการพยาบาล สถิติและ เทคโนโลยีสารสนเทศ (หน่วยที่ 2, น. 2-47). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- 16.สมพร ชินโนรส. (2557). การพยาบาลทางศัลยศาสตร์ เล่ม 1(ฉบับปรับปรุง), พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ:
- 17.สราวุธ สีถาน. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง วารสาร มจร. วิชาการ 2560; 20: 101-113.

การพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวัง COVID-19 อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

Development of COVID-19 Surveillance network , Na Kae District, Nakhon Phanom Province.

ไอศวรรย์ รักษาดี¹

Aisawan Rakchat

(Received: January 14 ,2021 ; Accepted: February 20 ,2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในเครือข่ายและพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวัง COVID-19 อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรในเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม จำนวน 775 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ทะเบียน รายงาน และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test , F-test ด้วยเทคนิค One way ANOVA และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า หลังการดำเนินการ ระดับความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value เท่ากับ .000) โดยที่ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการมีค่ามากกว่า ผลการปฏิบัติการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Quarantine) ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ระหว่างเดือนมีนาคม 2563 – พฤษภาคม 2563 มีแนวโน้มดีขึ้น โดยที่ในเดือนพฤษภาคม 2563 สามารถปฏิบัติตามมาตรการได้ทุกตำบลในทุกข้อและ ผลการติดตามเฝ้าระวังสถานบริการ ในเขตอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม พบว่า การปฏิบัติตามมาตรการมีแนวโน้มดีขึ้น โดยเฉพาะในเดือน พฤษภาคม 2563 ที่พบการปฏิบัติตามมาตรการเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : เครือข่ายการเฝ้าระวังโรค COVID-19

ABSTRACT

This research was research and development aimed to studied comprehension of network stakeholder and development of COVID-19 surveillance network , Na Kae District, Nakhon Phanom Province. Sample size were 775 network stakeholder surveillance network , Na Kae District, Nakhon Phanom Province. Data were collected by Register , Reports and Questionnaires. Data analysis frequency , percentage , mean , standard deviation , paired t-test , -test by One way ANOVA technique and content analysis.

The results of the study showed that after operation comprehension level of network stakeholder surveillance network , Na Kae District, Nakhon Phanom Province had statistically significant difference at the .05 level (p-value of .000), where the post-processing mean score was better. Results of the Home Quarantine in the situation of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) outbreak in Na Kae District, Nakhon Phanom Province. Between March 2020 - May 2020 there is a better trend. In which in May 2020, the measure could be implemented in every district in every condition. And the results of monitoring and surveillance services In the district Na Kae Nakhon Phanom Province found that compliance with the measures tended to improve, especially in May 2020, where the implementation of the measures increased.

Keyword : COVID-19 Surveillance network

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ที่เพิ่งค้นพบ ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นตระกูลของไวรัสที่ก่อให้อาการป่วยตั้งแต่โรคไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงโรคที่มีความรุนแรงมาก โดยเชื้อไวรัสนี้พบครั้งแรกในการระบาดในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ในช่วงปลายปี 2562 ผู้ป่วยโรค COVID-19 มีอาการทั่วไป ได้แก่ อาการระบบ

ทางเดินหายใจ มีไข้ ไอ หายใจถี่ หายใจลำบาก ในกรณีมีอาการรุนแรงมาก อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิต การแพร่ระบาดของโรค ไวรัสที่ทำให้เกิดโรค COVID-19 จะแพร่กระจายผ่านฝอยละอองเป็นหลัก ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อผู้ติดเชื้อ ไอ จาม หรือหายใจออก ฝอยละอองเหล่านี้มีน้ำหนักมากเกินกว่าจะลอยอยู่ในอากาศและจะตกลงบนพื้นหรือพื้นผิวอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยสามารถติดเชื้อได้จากการหายใจเอาไวรัสเข้าสู่ร่างกายเมื่ออยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรค

¹ พบ. โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม

วิด-19 หรือโดยการสัมผัสพื้นผิวที่มีเชื้อไวรัสแล้วสัมผัสตา จมูก หรือปากของตนเอง⁽¹⁻³⁾ มาตรการที่แนะนำในการป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ การหมั่นล้างมือ การเว้นระยะห่างทางกายกับผู้อื่น (โดยเฉพาะจากผู้ที่มิมีอาการ) การปิดการไอและจามด้วยกระดาษทิชชูหรือข้อพับศอก และงดนำมือที่ไม่ได้ล้างและใบหน้าแนะนำให้ใช้หน้ากากอนามัย⁽⁴⁻⁶⁾

สำหรับประเทศไทย มาตรการสำคัญที่กำหนดไว้ตามความเหมาะสมซึ่งประกอบด้วย การคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ด่าน สถานพยาบาล และชุมชน การดูแลรักษาผู้ป่วย และป้องกันการติดเชื้อ การติดตามผู้สัมผัสโรคและควบคุมการระบาดในชุมชน การสื่อสารความเสี่ยง การใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย และการประสานงานและจัดการข้อมูลจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ซึ่งมีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ส่งผลกระทบในวงกว้างทั้งด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม ความมั่นคงตลอดจนการดำรงชีวิตของประชาชนชาวไทยและชาวต่างชาติ⁽⁷⁾

สถานการณ์การเฝ้าระวังโรค COVID 19 ของอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม พบว่า บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจด้านการเฝ้าระวังและควบคุมโรค อยู่ในระดับ ปานกลาง โดยประเด็นที่ค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ การให้บริการขนส่งผู้โดยสาร รองลงมาคือ การแข่งขันงานอาชีพนักกีฬาชีวิต และผู้ที่มิโรคประจำตัว ตามลำดับ ส่วนประเด็นที่ค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ ธนาคาร รองลงมาคือ แนวทางการปฏิบัติด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ ศาสนสถาน (วัด โบสถ์ มัสยิด ศาลเจ้า และสถานที่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาอื่นๆ) ตามลำดับ⁽⁸⁾

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอนาแก จังหวัดนครพนมเป็นกระบวนการในการพัฒนาเครือข่ายในการเฝ้าระวัง โรค COVID-19 อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดขอบเขต การศึกษาและสร้างความรู้ความเข้าใจ กำหนดโครงสร้างบทบาทหน้าที่ เครือข่ายเฝ้าระวังโรค COVID-19 และติดตามประเมินผลถอดบทเรียน เพื่อให้เกิดเครือข่ายที่เข้มแข็ง และเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังและควบคุมโรค COVID-19 และโรคติดต่ออุบัติใหม่ ของอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม
2. เพื่อพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวัง COVID-19 อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

วิธีการวิจัย

การพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวัง COVID-19 อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มีนาคม 2563 – มิถุนายน 2563 รวมทั้งสิ้น 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ บุคลากรในเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรในเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม จำนวน 775 คน ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 106 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 12 ตำบลๆ ละ 20 คน รวมทั้งสิ้น 240 คน ผู้นำชุมชน 12 ตำบล 143 หมู่บ้านๆ ละ 3 คน รวมทั้งสิ้น 429 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวัง COVID-19 อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้ การฝึกทักษะ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในกิจกรรม การกำหนดขอบเขตในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 ของเครือข่าย การสร้างความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม การดำเนินงานตามขอบเขตในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 ของเครือข่ายและการติดตามประเมินผลถอดบทเรียน ความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ผลการดำเนินงานในการเฝ้าระวัง COVID-19 และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน เดือนละ 1 ครั้ง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 รายงานผลการดำเนินงานในการเฝ้าระวัง COVID-19

2.2 แบบวัดความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอเกาะ จังหวัดนครพนม เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับความคิดเห็นท่านมากที่สุด

มาก หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับความคิดเห็นท่านมาก

ปานกลาง หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับความคิดเห็นท่านปานกลาง

น้อย หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับความคิดเห็นท่านน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับความคิดเห็นท่านน้อยที่สุด

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

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .717

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวัง COVID-19 อำเภอเกาะ จังหวัดนครพนม มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. กำหนดขอบเขตในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 ของเครือข่าย

2. ศึกษาระดับความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอเกาะ จังหวัดนครพนม

3. สร้างความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอเกาะ จังหวัดนครพนม

4. ดำเนินงานตามขอบเขตในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 ของเครือข่าย

5. ติดตามประเมินผลถอดบทเรียน ความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอเกาะ จังหวัดนครพนม ผลการดำเนินงานในการเฝ้าระวัง COVID-19 และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน เดือนละ 1 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้นำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป จำนวน โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ paired t-test , F-test ด้วยเทคนิค One way ANOVA โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

ผลการวิจัย

1. ระดับความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอเกาะ จังหวัดนครพนม

1.1 ก่อนการดำเนินการ โดยรวม อยู่ในระดับ ปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอเกาะ จังหวัด

นครพนม ก่อนการดำเนินการ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน (p-value เท่ากับ .902)

ตาราง 1 การเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอนาแก

จังหวัดนครพนม ก่อนการดำเนินการ (F-test ด้วยเทคนิค One way ANOVA)

ความรู้ความเข้าใจ	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
Between Groups	.003	2	.002	.103	.902
Within Groups	11.317	758	.015		
Total	11.320	760			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 การเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ก่อนการดำเนินการ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน (p-value เท่ากับ .902)

1.2 หลังการดำเนินการ โดยรวม อยู่ในระดับ มาก และเมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม หลังการดำเนินการ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน (p-value เท่ากับ .955)

ตาราง 3 การเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอนาแก จังหวัด

นครพนม หลังการดำเนินการ (F-test ด้วยเทคนิค One way ANOVA)

ความรู้ความเข้าใจ	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
Between Groups	.001	2	.000	.046	.955
Within Groups	6.547	758	.009		
Total	6.548	760			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4.4 การเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม หลังการดำเนินการ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน (p-value เท่ากับ .955)

แ่ง จังหวัดนครพนม ก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value เท่ากับ .000) โดยที่ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการมีค่ามากกว่า (t มีค่าเป็นลบ)

1.3 การเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอนา

ตาราง 4.5 การเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอนาแก จังหวัด

นครพนม ก่อนและหลังการดำเนินการ(Dependent t-test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ความรู้ความเข้าใจ	2.81	0.12	3.97	0.09	760	-193.916	.000	-1.17192	-1.14843

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4.5 การเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอ นากะ จังหวัดนครพนม ก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value เท่ากับ .000) โดยที่ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการมีค่ามากกว่า (t มีค่าเป็นลบ)

2. การกำหนดขอบเขตในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 ของเครือข่าย และการสร้างความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอ นากะ จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย ขอบเขตในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 ของ ร้านอาหาร ตลาดสด ร้านสะดวกซื้อ เช่น ซูเปอร์มาเก็ต มินิมาร์ท ร้านขายของชำ รถเร่จำหน่ายอาหาร และการจัดบริการอาหารในรูปแบบเดลิเวอรี่ (Delivery) การให้บริการขนส่งผู้โดยสาร ได้แก่ รถโดยสารประจำทาง รถทัวร์ รถตู้ รถไฟ เป็นต้น ศาสนสถาน ได้แก่ วัด โบสถ์ มัสยิด ศาลเจ้า และสถานที่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาอื่น ๆ สถานที่ราชการ อาคารสาธารณะและสถานประกอบการ ธนาคาร ที่พักอาศัย

3. ผลการปฏิบัติการแยกสังเกตอาการที่บ้าน (Home Quarantine) ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอ นากะ จังหวัดนครพนม ระหว่างเดือนมีนาคม 2563 – พฤษภาคม 2563 มีแนวโน้มดีขึ้น โดยที่ในเดือนพฤษภาคม 2563 สามารถปฏิบัติตามมาตรการได้ทุกตำบลในทุกข้อ

4. ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขการปฏิบัติการแยกสังเกตอาการที่บ้าน (Home Quarantine) ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอ นากะ จังหวัดนครพนม ส่วนใหญ่เป็นเรื่อง วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ การขาดความรู้ความเข้าใจ และได้รับการแก้ไขในทุกกิจกรรม

5. ผลการติดตามเฝ้าระวังสถานบริการ ในเขตอำเภอ นากะ จังหวัดนครพนม พบว่า การปฏิบัติตามมาตรมีแนวโน้มดีขึ้น โดยเฉพาะในเดือน พฤษภาคม 2563 ที่พบการปฏิบัติตามมาตรการเพิ่มขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ระดับความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอ

นากะ จังหวัดนครพนม ก่อนการดำเนินการ โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธาณี กล่อมใจ และคณะ (2563)⁽⁹⁾ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ และมีพฤติกรรม การป้องกันโรค ในระดับมาก แต่ยังพบรายชื่อที่มีค่าคะแนน น้อย ซึ่งอาจส่งผลให้มีการแพร่กระจายของโรคได้ จึงควรมี การสร้างความตระหนักแก่ประชาชนในการปฏิบัติตัวเพื่อ ป้องกันการแพร่กระจายของโรค เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ ความเข้าใจของบุคลากรในเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอ นากะ จังหวัดนครพนม ก่อนการดำเนินการ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน (p-value เท่ากับ .902) ทั้งนี้ เนื่องจากยังขาดการสื่อสารที่ชัดเจนในการกำหนดบทบาท หน้าที่รวมถึงการกำหนดขอบเขตในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 ของเครือข่าย และการสร้างความรู้ความเข้าใจของบุคลากร ในเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 จึงได้กำหนด ขอบเขตในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 ของเครือข่าย โดย ศึกษาจากความเห็นชอบของคณะกรรมการ ในการประชุมเมื่อ วันที่ 24 มีนาคม 2563 และตามคำแนะนำของผู้บริหารและ นักวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ได้ประกาศ สถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการใน สถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 จากการแพร่ระบาดของโรคติด เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และได้มีข้อกำหนดออก ตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการ ในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 จำนวน 2 ฉบับ โดยฉบับที่ 1 มีผลบังคับในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 และฉบับที่ 2 มีผลบังคับตั้งแต่วันที่ 3 เมษายน 2563 เป็นต้นไป⁽¹⁰⁾ โดยศึกษาร่วมกับบุคลากรในเครือข่ายใน การเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอ นากะ จังหวัดนครพนม จน สามารถกำหนดขอบเขตในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 ของ เครือข่าย และสร้างความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในเครือข่าย ในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอ นากะ จังหวัดนครพนม **โดยใช้กระบวนการการประชุมเชิงปฏิบัติการและการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้^(11,12)** ทำให้ได้ขอบเขตในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 ของเครือข่าย และการสร้างความรู้ความเข้าใจของ บุคลากรในเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอ นากะ จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย ขอบเขตในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 ของ ร้านอาหาร ตลาดสด ร้านสะดวกซื้อ เช่น ซูเปอร์มาเก็ต มินิมาร์ท ร้านขายของชำ รถเร่จำหน่ายอาหาร

และการจัดบริการอาหารในรูปแบบเดลิเวอรี่ (Delivery) การให้บริการขนส่งผู้โดยสาร ได้แก่ รถโดยสารประจำทาง รถทัวร์ รถตู้ รถไฟ เป็นต้น ศาสนสถาน ได้แก่ วัด โบสถ์ มัสยิด ศาลเจ้า และสถานที่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาอื่น ๆ สถานที่ราชการ อาคารสาธารณะและสถานประกอบการ ธนาคาร ที่พักอาศัย จากผลการดำเนินงาน พบว่า หลังการดำเนินการ โดยรวม อยู่ในระดับ มากและเมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอ นาทะ จังหวัดนครศรีธรรมราช หลังการดำเนินการ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน (p-value เท่ากับ .955) และระดับความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอ นาทะ จังหวัดนครศรีธรรมราช ก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value เท่ากับ .000) โดยที่ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการมีค่ามากกว่า และยังพบว่า ผลการปฏิบัติการแยกสังเกตอาการที่บ้าน (Home Quarantine) ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอ นาทะ จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่าง เดือนมีนาคม 2563 – พฤษภาคม 2563 มีแนวโน้มดีขึ้น โดยที่ในเดือนพฤษภาคม 2563 สามารถปฏิบัติตามมาตรการได้ทุกตำบล ในทุกข้อ เนื่องจากการปฏิบัติตามมาตรการการปฏิบัติการแยกสังเกตอาการที่บ้าน (Home Quarantine) ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)^(13,14) ผลการติดตามเฝ้าระวังสถานบริการ ในเขตอำเภอ นาทะ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า การปฏิบัติตามมาตรมีแนวโน้มดีขึ้น โดยเฉพาะในเดือน พฤษภาคม 2563 ที่พบการปฏิบัติตามมาตรการเพิ่มขึ้น เนื่องจากการปฏิบัติตามมาตรการการติดตามเฝ้าระวังสถานบริการ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)^(13,14) สอดคล้องกับการศึกษาของ ประเสริฐ ไหลหาโคตร (2559)⁽¹⁵⁾ พบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านโดยทีม SRRT ระดับตำบล รวม 9 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) จัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน 2) สร้างเครือข่าย 3) อบรมภาคีเครือข่าย 4) จัดทำโครงการสร้างทีมงานของทีมเฝ้าระวังโรค 5) ผนึกกำลังทำความเข้าใจและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย 6) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก 7) เครือข่ายทีมระดับตำบล การสำรวจประเมินความชุกของน้ำยุงลาย 8) ทีมที่เลี้ยงออก

นิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงาน 9) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้สรุปผลการดำเนินงานและคืนข้อมูลให้กับชุมชนและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การปฏิบัติตัว และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านก่อนและหลังมีความแตกต่างกัน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาลี จุทอง⁽¹⁶⁾ ผลการศึกษาพบว่า สำนักงานเขตบางกะปิ ได้นำมาตรการควบคุมและป้องกันโรคโควิด 19 มาปฏิบัติ โดยหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและประชาชนร่วมเป็นทีมงานในศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด 19 (ศบค.กทม.) ขับเคลื่อนนโยบายของกรุงเทพมหานครให้เกิดผลสำเร็จ โดยดำเนินงานเชิงรุก อาทิ การค้นหาผู้ป่วยในพื้นที่เสี่ยง ตรวจสอบควบคุม กำกับ กิจการหรือกิจกรรมที่เสี่ยงชั่วคราวหรือได้รับการผ่อนคลาย การตั้งจุดตรวจคัดกรอง การทำความสะอาดพื้นที่สาธารณะ จัดหาถังขยะและจัดสถานที่ที่วางถังติดเชื้อ จัดเก็บขยะติดเชื้อไปทำลาย สร้างการรับรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคโควิด 19 ในทุกช่องทาง และประสานความร่วมมือกับประชาชน เจ้าของกิจการให้ช่วยในการควบคุมและป้องกันโรคโควิด 19 ส่วนในชุมชนริมคลอง หัวหมากน้อย พบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 1 คน หลังจากนั้นไม่พบผู้ติดเชื้อเพิ่มเติมอีก

ข้อเสนอแนะ

1. สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นสถานการณ์ของโรคติดต่ออุบัติใหม่ จึงควรมีการศึกษาแนวทางเฝ้าระวัง มาตรการในการป้องกันควบคุมโรค ซึ่งในที่นี้ ได้แก่ ความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี ในการประชุมเมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2563 และตามคำแนะนำของผู้บริหารและนักวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ได้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 จากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และได้มีข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 จำนวน 2 ฉบับ โดยฉบับที่ 1 มีผลบังคับในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 และฉบับที่ 2 มีผลบังคับตั้งแต่

วันที่ 3 เมษายน 2563 เป็นต้นไป จนนำไปสู่การกำหนดขอบเขตในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 ของเครือข่าย

2. การสร้างความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอเกาะ จันทบุรีนครพนม ควรกำหนดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ฝึกทักษะ และซักซ้อมการปฏิบัติ

มาตรฐานขอบเขตในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 ของเครือข่าย ตลอดจนการถอดบทเรียนเพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางแก้ไขที่มีประสิทธิภาพต่อไป

3. ควรมีการศึกษาเครือข่ายเฝ้าระวัง COVID-19 ในระยะยาวเพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมโรคที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). [อินเทอร์เน็ต] เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/faq_more.php. สืบค้นเมื่อวันที่ 3 มิถุนายน 2563.
2. Bikdeli B, Madhavan MV, Jimenez D, Chuich T, Dreyfus I, Driggin E, และคณะ. "COVID-19 and Thrombotic or Thromboembolic Disease: Implications for Prevention, Antithrombotic Therapy, and Follow-up". *Journal of the American College of Cardiology*, 2020.
3. Velavan TP, Meyer CG. "The COVID-19 epidemic". *Tropical Medicine & International Health*. 25 (3): 278–280.2020
4. Tait R. "Czechs get to work making masks after government decree". *The Guardian*. ISSN 0261-3077. Archived from the original on 30 March 2020. สืบค้นเมื่อ 31 มีนาคม 2563.
5. Feng S, Shen C, Xia N, Song W, Fan M, Cowling BJ. "Rational use of face masks in the COVID-19 pandemic". *The Lancet Respiratory Medicine*. 8 (5): 434–436. 2020.
6. When and how to use masks". World Health Organization (WHO). Archived from the original on 7 March 2020. สืบค้นเมื่อ 24 เมษายน 2563.
7. ข้าราชการสาธารณสุขโควิด-19. สธ.เผยคนไทยขกการคัดสูงขึ้นอีกครั้ง. https://www.thaigov.go.th/news/contents/ministry_details/32367
8. โรงพยาบาลนาแก. รายงานผลการศึกษาระดับความรู้ความเข้าใจของบุคลากรในเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค COVID-19 อำเภอเกาะ จันทบุรีนครพนม. นครพนม : โรงพยาบาลนาแก. 2561 (เอกสารอัดสำเนา).
9. ธาณี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญและทักษิณี ชัชวรัตน์. ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเอง จากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ. 21(2) พฤษภาคม - สิงหาคม 2563.
10. ราชกิจจานุเบกษา. ข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 16).
11. อภิญา หนูมี. กระบวนการจัดประชุมอย่างมีประสิทธิภาพ : กรณีศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยาปีที่ 11 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน 2560), 2560.
12. จิรายุ โพธิ์ศรี, การประชุม. <http://nkw0576105761.circlecamp.com/> สืบค้นเมื่อ 16 กุมภาพันธ์ 2560.
13. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย, 2563.
14. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1).

15. ประเสริฐ ไหลหาโคตร. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน โดยทีม SRRT ระดับตำบล บ้านหนองหญ้าปล้อง ตำบลบ่อใหญ่ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 13 (3) (กันยายน - ธันวาคม) พ.ศ. 2559.
16. สุมาลี จูทอง. การจัดการภัยพิบัติโรคระบาดโควิด 19 ในพื้นที่ชุมชนริมคลองหัวหมากน้อย สำนักงานเขตบางกะปิ. การค้นคว้าอิสระ. หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง. 2563.

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลนาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

Development of model for promoting health behaviors through the participation process of diabetic patients in

Na Kae Community Health Center, Na Kae District, Nakhon Phanom Province.

ไอศวรรย์ รัชชาติ¹

Aisawan rakchat¹

(Received: January 14 ,2021 ; Accepted: February 20 ,2021)

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนนาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาจากผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 216 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาบริบทของพื้นที่และแบบสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) การประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้เทคนิคการประชุมระดมแนวคิดเพื่อสร้างอนาคตร่วม (Future Search Conference:FSC) และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้วิธีการให้ผู้ป่วยตอบแบบสำรวจ โดยมีขอบเขตในการศึกษาด้านเนื้อหาที่เป็นประเด็นในการศึกษา 3 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และ ด้านการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 2 รูปแบบ คือ **รูปแบบที่ 1** รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกเบาหวานโดยพัฒนากิจกรรมดังนี้ 1) กิจกรรมการให้ความรู้ หรือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานเพื่อสร้างความตระหนักต่อสภาพปัญหาโรคเบาหวานและเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยยึดกรอบเนื้อหา 3 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และ ด้านการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน 2) กิจกรรมสาธิตรูปแบบการออกกำลังกาย และ กิจกรรมคลายเครียด เพื่อเสริมสร้างสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ **รูปแบบที่ 2** รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนโดยพัฒนากิจกรรม ดังนี้ 1) กิจกรรมเยี่ยมบ้านเพื่อบริการเวชปฏิบัติครอบครัวติดตามดูแลและประเมินภาวะสุขภาพในผู้ป่วยที่มีปัญหา 2) กิจกรรมการสร้างเครือข่ายในชุมชนเพื่อให้ชุมชนและผู้ป่วยเกิดความตระหนักต่อสภาพปัญหาโรคเบาหวานสามารถจัดการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวได้อย่างเหมาะสมโดยการจัดอบรมผู้ดูแล เพื่อเป็นหมอประจำบ้านและการจัดเข้าค่ายเบาหวาน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล

คำสำคัญ: พัฒนารูปแบบ , พฤติกรรมสุขภาพ , การมีส่วนร่วม

Abstract

This research is research and development with objectives. To develop a model for promoting health behaviors through the participation process of diabetic patients in Na Kae Community Health Center, Na Kae District, Nakhon Phanom Province. The sample group used in this research was a study of 216 people with diabetes mellitus. The tools used in the study consisted of instruments used to study the context of the area and the health behavior survey. With the collection of qualitative data By using in-depth interview, focus group discussion, workshops using the concept of Future Search Conference (FSC), and collecting quantitative data. By using the method for patients to answer

¹ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลนาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

the survey The scope of the content of the study was the subject of the study in 3 areas: food consumption. The exercise and the use of diabetes drugs The quantitative data were analyzed by distributing frequency, percentage, mean, minimum, maximum and standard deviation, and the qualitative data were analyzed by content analysis. The results of the research were as follows:

There were two types of health behavior promotion models, namely, pattern 1, a model for promoting health behaviors by the participation process of diabetic patients in the diabetes clinic. Or providing information about diabetes in order to raise awareness of diabetes problems and to control blood sugar levels by adhering to three content frameworks: food consumption Exercise and diabetes drug use 2) exercise demonstration activities and stress relief activities To promote physical and mental health, model 2, a model of promoting healthy behaviors through the participation process of diabetic patients in the community, by developing the following activities: 1) Home visit activities for family practice services. Monitoring and assessing health status in patients with problems 2) Community networking activities to raise awareness of the diabetes problem communities and patients to be able to manage and promote the quality of life of patients and family members appropriately. By organizing training for caretakers To be a doctor at home and to organize a diabetes camp To modify health risk behaviors among patients and caregivers.

Keywords: develop patterns, healthy behaviors, participation

บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อที่ตับอ่อน ซึ่งไม่สามารถผลิตหรือหลั่งฮอร์โมนอินซูลินออกมาให้มากเพียงพอที่จะใช้เปลี่ยนน้ำตาลที่ร่างกายได้รับจากอาหารจำพวกแป้ง ไขมันและโปรตีนให้เกิดเป็นพลังงาน จึงมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่าปกติ น้ำตาลส่วนเกินจะถูกขับออกมาในปัสสาวะพร้อมกับน้ำ ทำให้ปัสสาวะบ่อยจำนวนมาก ปัสสาวะมีรสหวาน เราจึงเรียกโรคนี้ว่า โรคเบาหวาน จากข้อมูลของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (IDF: International Diabetes Federation) พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยเบาหวาน รวม 425 ล้านรายทั่วโลก แบ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 98 ล้านรายและช่วงอายุ 20-64 ปี จำนวน 327 ล้านราย และคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านรายทั่วโลก โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 191 ล้านราย หรือมีอัตราการเพิ่มอยู่ที่ร้อยละ 94.8 และในช่วงอายุ 20-64 ปี จำนวน 438 ล้านราย หรือมีอัตราการเพิ่มอยู่ร้อยละ 33.9 ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราการเพิ่มของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุจะสูงกว่าช่วงวัยทำงาน โดยปัจจัยหนึ่งมาจากทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงทำให้ประชากรมีอายุเฉลี่ยยืนยาวขึ้น⁽¹⁾

สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่ป่วยเป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็น

อันดับ 4 รองจาก จีน อินเดีย ญี่ปุ่น และจากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2552 กับปี 2557 พบคนไทยเป็นเบาหวานมากขึ้นทุกช่วงอายุ จากร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 8.9⁽²⁾ สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานของประชากรในพื้นที่จังหวัดนครพนม ปี 2562 มีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ทั้งหมด 37,751 ราย อัตราป่วยคิดเป็น 51,88.06 ต่อประชากรแสนคน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 -พ.ศ. 2562 พบว่าในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจำนวน 2,399 คน อัตราการเจ็บป่วยคิดเป็น 240.12 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ.2561 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจำนวน 3,915 คน อัตราการเจ็บป่วยคิดเป็น 366.42 ต่อแสนประชากร และในปี พ.ศ.2562 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจำนวน 4,528 คน อัตราการเจ็บป่วยคิดเป็น 809.73 ต่อแสนประชากร⁽³⁾

สถานการณ์โรคเบาหวานในอำเภอนาแก คลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนาแก ได้สรุปผลการดำเนินงานประจำปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 -พ.ศ.2562 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาขึ้นทะเบียนรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจำนวน 375 คนอัตราการเจ็บป่วยคิดเป็น 413.44 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจำนวน 551 คนอัตราการเจ็บป่วย คิดเป็น 469.58 ต่อแสนประชากร และในปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจำนวน 560 คนอัตราการเจ็บป่วยคิดเป็น 608.74 ต่อแสน⁽⁴⁾

ศูนย์สุขภาพชุมชนนาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ได้จัดตั้งคลินิกเบาหวานตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน โดยมีรูปแบบการจัดระบบการให้บริการตามรูปแบบของกระทรวงสาธารณสุขกำหนด จากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนนาแก พบว่ายังขาดรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ในประเด็นการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยารักษาโรค เกี่ยวกับการรับรู้และความเข้าใจในพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งในปัจจุบันมีความจำเป็นจะต้องพิจารณาถึงสภาพและปัญหาในการดำเนินงานและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งในระดับบุคคล ระดับครอบครัวและชุมชน การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเป็นพื้นฐานของแนวความคิดในการจัดการตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงของการดำเนินของโรค ปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นล้วนมีความเชื่อมโยงเป็นเหตุและผลต่อกัน เป็นผลรวมมาจากการปฏิสัมพันธ์ทั้งระบบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นมาตรการที่สำคัญและจำเป็นอย่างหนึ่งในการควบคุมป้องกัน ลดอัตราการป่วยและตายจากโรคเบาหวาน และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ควบคุมภาวะน้ำตาลในเลือด และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือด โรคไต โรคหัวใจ และหลอดเลือด อัมพาต อัมพฤกษ์ แผลเท้าเน่าดำต้องตัดขาโรคไตและตาบอดทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก⁽⁵⁾

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานใน ศูนย์สุขภาพชุมชนนาแก ซึ่งผลการศึกษาสามารถนำองค์ความรู้ ไปเป็นพื้นฐานในการพัฒนาระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในการควบคุมป้องกันโรค และให้การสนับสนุนการดำเนินงานทั้งภาครัฐและภาคประชาชนให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนนาแก อำเภอนาแก อันจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินงานการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในศูนย์สุขภาพชุมชนนาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในศูนย์สุขภาพชุมชนนาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผู้วิจัยได้ใช้การผสมผสานทั้งวิธีการเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยเชิงปริมาณใช้แบบสำรวจ และเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้เทคนิคการประชุมระดมแนวคิดเพื่อสร้างอนาคตร่วม (Future Search Conference : FSC) เพื่อการพัฒนารูปแบบ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้มีประสิทธิภาพ โดยเนื้อหาที่จะนำเสนอในบทนี้ประกอบด้วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาอย่างต่อเนื่อง ของศูนย์สุขภาพชุมชนนาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม จำนวน 473 คน กลุ่มตัวอย่างในที่นี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางสำเร็จรูปของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970 : 609 อ้างถึงใน ภัทรธิรา ผลงาม , 2549 : 78) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 216 คน ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ตามบัญชีรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาอย่างต่อเนื่องของศูนย์สุขภาพชุมชนนาแก

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ในการศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง ในการสนทนากลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวม 10 คน ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี 5 คน 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 5 คน กำหนดเป็นผู้ป่วยชายจำนวน 5 คน และผู้ป่วยหญิงจำนวน 5 คน

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการสัมภาษณ์เจาะลึก จำนวน 4 กลุ่มรวม 10 คนประกอบด้วย 1) หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนโรงพยาบาลโรงพยาบาลนาแก 1 คน 2) หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลนาแก 1 คน 3) ผู้รับผิดชอบงานคลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลนาแก 2 คน 4) นักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบหมู่บ้าน 6 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้เทคนิคการประชุมระดมแนวคิดเพื่อสร้างอนาคตร่วม (FSC) จำนวน 3 กลุ่ม รวม 15 คน ประกอบด้วย 1) กลุ่มหัวหน้างาน 2 คน 2) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในทีมสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนนาแก 3 คน 3) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 แบบสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งมี 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ สภาพทั่วไปของผู้ตอบแบบสำรวจและแบบแผนการรักษาโรคเบาหวาน มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) โดยมีหัวข้อ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนของครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคแทรกซ้อนที่เป็นร่วมกับโรคเบาหวาน สิทธิในการรักษาพยาบาล การเดินทางไปรับการรักษา และ วิธีการรักษาโรคเบาหวานในปัจจุบัน ซึ่งมีค่าความเที่ยง 0.79 ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบบสำรวจมีข้อความทั้งหมด 29 ข้อ ข้อคำถามด้านบวกได้แก่ข้อ 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.10, 1.11, 1.12, 1.13, 1.14, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 3.1, 3.3, 3.5, 3.8 ส่วนข้อคำถามด้านลบได้แก่ข้อ 1.1, 1.8, 1.9, 3.2, 3.4, 3.6, 3.7, 3.9 ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับคือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ซึ่งมีค่าความเที่ยง 0.79 โดยในแต่ละระดับมีความหมายดังต่อไปนี้

น้อยที่สุด หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้น น้อยมากหรือไม่ได้ปฏิบัติเลย (น้อยกว่า 20%)

น้อย หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้น น้อย (น้อยกว่า 40%)

ปานกลาง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นเป็นบางครั้ง (น้อยกว่า 60%)

มาก หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นเป็นประจำ (น้อยกว่า 80%)

มากที่สุด หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นเป็นประจำหรือปฏิบัติทุกครั้ง (80% ขึ้นไป)

เกณฑ์การให้คะแนนเป็นดังนี้

คำถามด้านบวก คำถามด้านลบ

น้อยที่สุด	1	5
น้อย	2	4
ปานกลาง	3	3
มาก	4	2
มากที่สุด	5	1

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 แบบสัมภาษณ์เจาะลึก เพื่อทราบสภาพการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งข้อเสนอแนะถึงแนวทางแก้ไข ปัญหา แนวทางการพัฒนารูปแบบ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีหัวข้อสำคัญเช่น สภาพการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินงานอะไรบ้าง มีข้อเสนอแนะในการดำเนินงานอย่างไรบ้าง เป็นต้น

2.2 แนวทางสนทนากลุ่ม ได้กำหนดประเด็นหรือข้อคำถามให้ผู้ตอบได้แสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับสภาพพฤติกรรมสุขภาพ และแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนนาแก มีขั้นตอนดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นศึกษาสภาพและปัญหา การดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสนทนากลุ่ม เพื่อทราบความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพพฤติกรรม รวมถึงข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพที่คิดว่าเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของผู้ป่วยในศูนย์สุขภาพชุมชนนาแก

กิจกรรมที่ 2 การสัมภาษณ์เจาะลึก เพื่อทราบสภาพการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งข้อเสนอแนะถึงแนวทางแก้ไขปัญหา แนวทางการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนนาแก

กิจกรรมที่ 3 การประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้เทคนิคการประชุมระดมแนวคิดเพื่อสร้างอนาคตร่วม เป็นการจัดการประชุมผู้แทนกลุ่มต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มาร่วมกันแสดงความคิดเห็นโดยนำเอาประสบการณ์และบทเรียนของแต่ละกลุ่มแต่ละคนมา เพื่อสร้างรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในกรอบพฤติกรรม 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายและด้านการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน

ขั้นตอนที่ 2 นำผลจากขั้นตอนที่ 1 มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ร่วมกันกับแบบสำรวจเพื่อหารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบจากขั้นตอนที่ 2 ไปทดลองปฏิบัติกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งประเมินผลโดยการเจาะหาระดับน้ำตาลในเลือดและสัมภาษณ์ความพึงพอใจ ปรับปรุงรูปแบบ

ขั้นตอนที่ 4 สรุปรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชนนาแก

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้วิธีการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ การหาค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เอกสารและการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

1. สภาพ และปัญหา การดำเนินงานการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.1 สภาพการดำเนินงานการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนนาแก

การบริหารจัดการบุคคล ศูนย์สุขภาพชุมชนนาแกได้แบ่งบุคลากรทีมสุขภาพออกเป็น 2 ทีม คือ 1) ทีมเจ้าหน้าที่หมู่บ้าน ทำหน้าที่จัดหน่วยบริการออกไปให้บริการเชิงรุกในชุมชน 2) ทีมเจ้าหน้าที่คลินิก ทำหน้าที่ให้บริการเชิงรับ จัดตั้งคลินิกเบาหวาน จัดกิจกรรมคลินิกพิเศษเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวาน แต่พบว่าเจ้าหน้าที่ที่จัดมาปฏิบัติงานก่อนเวลาราชการ(06.00-08.30น.)ในวันนัดผู้ป่วยเบาหวานคือวันศุกร์ที่ 2 และวันศุกร์ที่ 4 ของเดือน นั้นยังไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นในทุกๆปีและภาระงานที่เพิ่มขึ้นตามมาตรฐานงานบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ต้องให้บริการแบบครบวงจรและบูรณาการ องค์ความรู้แบบสหวิชาชีพให้แล้วเสร็จภายในเวลาอันจำกัดคือต้องใช้เวลาในการบริการ/คน/ครั้งให้น้อยที่สุดแต่งานต้องสมบูรณ์และมีคุณภาพมากที่สุด ซึ่งทำให้เกิดภาวะเครียดและกดดันในกลุ่มเจ้าหน้าที่มาก

การบริหารจัดการเงิน ศูนย์สุขภาพชุมชนนาแก ยังขาดการประสานแผนงาน/โครงการเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์สุขภาพชุมชนนาแกใช้งบประมาณที่ได้รับจัดสรรตามกรอบการใช้งานงบประมาณของ PCU คืองบแก้ไขปัญหาคือ PCU นาแก เพื่อใช้จ่ายในการจัดซื้อวัสดุทำอาหารเสริมสุขภาพในคลินิกเบาหวาน ซึ่งพิจารณาแล้วถือว่าไม่เพียงพอ และพบว่ายังขาดการประสานแผนงาน/โครงการเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น งบประมาณที่ได้รับจัดสรรตามกรอบการใช้งานงบประมาณของ PCU ยังถือว่าไม่เพียงพอ และปัญหาการบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์ ขาดเครื่องมือตรวจทางห้องชันสูตรบางตัวที่ทันสมัย และตรวจยืนยันผลเลือดได้ดี

การบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์ ศูนย์สุขภาพชุมชนนาแก ได้รับการสนับสนุนจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานจากโรงพยาบาลนาแกเนื่องจากเป็นหน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลจึงสะดวกในการบริหารจัดการในส่วนนี้ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ตรวจทางห้องชันสูตรบางตัวที่ทันสมัยและตรวจยืนยันผลเลือดได้ดี เช่น เครื่องตรวจ ฮีโมโกลินวันซี และเครื่องตรวจเท้า

การบริหารจัดการกระบวนการดำเนินงานการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในศูนย์สุขภาพ

ชุมชนนาแก ได้เน้นการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในกระบวนการดำเนินงานทั้งในสถานบริการ และในชุมชน โดยมุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และญาติในเรื่อง การบริโภครักษา การออกกำลังกาย และการใช้ยารักษาโรค โดยเชื่อมโยงการบริหารจัดการการดำเนินงาน กับหน่วยงานสถานบริการของภาครัฐ และประสานความร่วมมือในส่วนของภาคประชาชน เพื่อร่วมเป็นเครือข่ายสุขภาพในชุมชน และได้เน้นการผสมผสานระหว่าง การให้บริการที่คลินิก กับการเยี่ยมบ้าน เพื่อพัฒนากระบวนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน สอดคล้องกับวัฒนธรรมและสภาพสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้แล้วในส่วนของผู้ป่วยที่ทีมสุขภาพเองก็ได้ร่วมกันศึกษาประเมินความต้องการ ศึกษาข้อมูลชุมชน วิเคราะห์สภาพปัญหา และค้นหาแนวทางแก้ไขโดยวิธีการระดมความคิดเห็น การเสวนากลุ่ม เพื่อกำหนดรูปแบบการดำเนินงานร่วมกัน และปรับกลยุทธ์การดำเนินงานให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับสถานการณ์อยู่ตลอดเวลา แต่ยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นสถานที่คับแคบไม่เพียงพอ และไม่มีห้องน้ำต้องเดินมาเข้าห้องน้ำตึก อีกทั้งปัญหาผู้ป่วยไม่ตระหนักเรื่องโรคและภาวะแทรกซ้อนให้สุขภาพก็ไม่ดีจึงเพราะมีแค่คนแก่ และปัญหาผู้ป่วยมาแต่เช้าในวันนัดผู้ป่วยจะเดินทางมาถึงโรงพยาบาลแล้วไม่ยอมหลับไม่ยอมนอนรีบมาเอาคิว ทำให้เครียดทั้งคนไข้และเจ้าหน้าที่ เพราะเจ้าหน้าที่ก็กลัวตื่นสายกลัวคนไข้บ่นว่ามาสาย และยังพบปัญหาคนไข้แก่ๆ ไม่มีญาติพามาหาหมอ ต้องเป็นภาระของทีมนสุขภาพที่จะต้องส่งเจ้าหน้าที่ออกไปเจาะเลือดถึงบ้านผู้ป่วย นำเลือดเข้ามาตรวจในโรงพยาบาล ส่งผลเลือดให้แพทย์สั่งยา แล้วก็นำไปส่งให้ถึงบ้าน ทำให้กระทบต่อระบบการให้บริการและกรอบอัตราค่าจ้างของเจ้าหน้าที่

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2.1 การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1) พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าด้านการบริโภคอาหารและด้านการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน ผู้ป่วยมีระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องอยู่

ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.83 และ 3.52 ตามลำดับ) ส่วนด้านการออกกำลังกายนั้นผู้ป่วยมีระดับของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง(ค่าเฉลี่ย3.49)แต่เมื่อวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยในภาพรวมพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีระดับของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย3.59)

2) พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้านการบริโภคอาหาร พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการบริโภคอาหารในเรื่องการกินอาหารครบ 3 มื้อทุกวัน และการกินอาหารครบ 5 หมู่ทุกมื้อ มีระดับของพฤติกรรมมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.65 และ 4.47 ตามลำดับ) ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการบริโภคอาหารในเรื่องของการนำอาหารหรือลูกอมรสหวานติดตัวไว้เสมอ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการรับประทานจุลินทรีย์ไม่ตรงเวลานั้นพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย3.41, 3.32 และ 2.87ตามลำดับ) แต่เมื่อวิเคราะห์ในภาพรวมด้านการบริโภคอาหารพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้องในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.83)

2.2 ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนนาแก พบว่ารูปแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตตามบริบททางสังคม วัฒนธรรมท้องถิ่น ของผู้ป่วย ครอบครัว และ ชุมชน เพื่อแก้ปัญหาและลดข้อจำกัดในการดำเนินงานในระบบบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้พัฒนารูปแบบ 2 รูปแบบ ดังนี้

1) รูปแบบที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานใน คลินิกเบาหวาน

1.1) กิจกรรมให้ความรู้ หรือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพื่อสร้างความตระหนักต่อสภาพปัญหาโรคเบาหวานและเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยยึดกรอบเนื้อหา 3 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน ได้แก่

(1) การให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร่วมกับผู้ดูแลหรือ

บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย โดยการจัดกลุ่มผู้ป่วยแยกออกมาให้มีความรู้ต่างหาก เน้นในเรื่องการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม แนวทางการปฏิบัติตัวและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โดยอาจจะเชิญผู้ป่วยที่ปฏิบัติตัวดี มีผลน้ำตาลในเลือดปกติ มาเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อเป็นตัวอย่างแก่กลุ่ม กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความตระหนักต่อสภาพปัญหาโรคเบาหวานและเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล

(2) จัดทำแผ่นพับหรือเอกสารเกี่ยวกับเมนูอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานไว้สำหรับแจกผู้ป่วยในคลินิกเพื่อผู้ป่วยจะได้ใช้เป็นคู่มือและเป็นแนวทางปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

(3) การให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คลินิกเบาหวาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความตระหนักต่อสภาพปัญหาของการออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม และเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละไม่ต่ำกว่า 30 นาที

(4) จัดทำแผ่นพับหรือเอกสารเกี่ยวกับรูปแบบการออกกำลังกายไว้สำหรับแจกผู้ป่วยในคลินิกเพื่อผู้ป่วยจะได้ใช้เป็นคู่มือนำไปฝึกปฏิบัติที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

(5) การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาโรคเบาหวานโดยเภสัชกรอย่างต่อเนื่องที่คลินิกเบาหวาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความตระหนักต่อสภาพปัญหาของการใช้ยาไม่ถูกวิธีและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการใช้ยา กินและยาฉีดอินซูลินด้วยตนเอง

(6) จัดทำแผ่นพับหรือเอกสารเกี่ยวกับการใช้ยาโรคเบาหวานไว้สำหรับแจกผู้ป่วยในคลินิกเพื่อผู้ป่วยจะได้ใช้เป็นคู่มือและเป็นแนวทางปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

1.2) กิจกรรมสาธิตรูปแบบการออกกำลังกาย และกิจกรรมคลายเครียดเพื่อเสริมสร้างสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจโดยมีลักษณะกิจกรรมดังนี้

(1) แบ่งกลุ่มผู้ป่วยในคลินิกเบาหวานเข้าร่วมกิจกรรมสาธิตรูปแบบการออกกำลังกายโดยใช้เกณฑ์อายุร่วมกับการพิจารณาสมรรถภาพความพร้อมทางร่างกายประกอบกันโดยแบ่งผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 50 ปี รวมกับผู้ที่มีแข็งแรงให้ออกกำลัง

ภายในกิจกรรมที่ต้องใช้กำลังกล้ามเนื้อมาก เช่น การดึงหนังยาง การเดินแอโรบิก การทำกายบริหารแบบยืดัดคน การทำกายบริหารแบบโยคะ การวิ่งเหยาะ ส่วนอีกกลุ่มคือกลุ่มผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปรวมกับผู้ที่มีสมรรถภาพความพร้อมทางร่างกายอ่อนแอให้ออกกำลังภายในกิจกรรมที่ต้องใช้กำลังกล้ามเนื้อน้อย เช่น การรำไม้พลอง การทำกายบริหารแบบยืดเหยียด การเดินเหียงแขน การเหยียบกะลา การรำมวยจีน เป็นต้น และเพื่อให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ก็อาจจะให้ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการเป็นผู้นำได้ออกมาเป็นผู้นำการออกกำลังกาย และให้ผู้ป่วยผลิตอุปกรณ์ การออกกำลังกายเองโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเช่น การถักหนังยาง การตัดหาไม้ไผ่มาทำไม้พลอง การทำกะลาไว้สำหรับเหยียบเพื่อบนวดฝ่าเท้า เป็นต้น

(2) จัดกิจกรรมสันทนาการและกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ที่คลินิกเบาหวาน เพื่อคลายเครียดโดยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมให้มากที่สุด เช่น การเล่นเกมสควอช การเล่นเกมพื้นบ้าน การขับร้องเพลง การถาม-ตอบปัญหาลำรางวัล หรือจัดกิจกรรมเกี่ยวกับวันสำคัญ ๆ ของไทย เช่น กิจกรรมรดน้ำขอพรในวันสงกรานต์ กิจกรรมแลกเปลี่ยนของขวัญในวันปีใหม่ กิจกรรมปลูกต้นไม้ ไม้ดอกไม้ประดับในสถานที่สาธารณะในวันพืชมงคล กิจกรรมพบกันวันพระเพื่อทำบุญตักบาตรร่วมกัน เป็นต้น

2) รูปแบบที่ 2 รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน

2.1) กิจกรรมเยี่ยมบ้านเพื่อบริการเวชปฏิบัติครอบครัวติดตามดูแลและประเมินภาวะสุขภาพในผู้ป่วยที่มีปัญหาลักษณะกิจกรรม เป็นรูปแบบการดำเนินงานด้านเวชปฏิบัติครอบครัว ติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยที่มีปัญหาที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องในด้านการแพทย์และการพยาบาล ความถี่ของการดูแลขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแล สัปดาห์ละ 1 วัน หรือสัปดาห์ละ 2 วัน ตามลำดับความเร่งด่วน พร้อมด้วยการบันทึกข้อมูลในแฟ้มครอบครัว บันทึกข้อมูลสภาพปัญหา สภาพจิตสังคมโดยใช้เครื่องมือศึกษาชุมชน การจัดทำแผนที่เดินดิน ผังเครือญาติระบบสุขภาพครอบครัว ปฏิทินครอบครัวและประวัติชีวิต

2.2) การสร้างเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้ชุมชนและผู้ป่วยเกิดความตระหนักต่อสภาพปัญหาโรคเบาหวาน สามารถนำเอารูปแบบที่ค้นพบไปใช้ในการควบคุมป้องกัน

โรคเบาหวาน จัดการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม กิจกรรมการสร้างเครือข่ายในชุมชน มี 2 กิจกรรม คือ (1) การจัดอบรมผู้ดูแล เพื่อเป็นหมอประจำบ้าน (2) การจัดเข้าค่ายเบาหวาน เพื่อสร้างความตระหนักต่อสภาพปัญหาโรคเบาหวานและเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล

3. ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนนาคำเมืองนครพนม

3.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีผลน้ำตาลอยู่ในช่วงที่ยอมรับได้ คือ 80-140 mg%

3.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอันเป็นผลจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทั้งที่เป็นผลโดยตรงหรือโดยอ้อม

3.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพในการปฏิบัติตน ในภาวะที่เป็นโรคเบาหวานที่เหมาะสม และสอดคล้องกับวิถีชีวิตตามบริบททางสังคม และวัฒนธรรมท้องถิ่น

3.4 กิจกรรมบริการสุขภาพมีความหลากหลาย และสอดคล้องกับวิถีชีวิตตามบริบททางสังคม และวัฒนธรรมท้องถิ่น ของผู้ป่วย ครอบครัว และ ชุมชน

3.5 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ครอบครัว และชุมชน มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัวเพื่อเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ และเป็นการเสริมสร้างสุขภาพอันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.6 บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รูปแบบ ได้แนวทาง เพื่อแก้ปัญหาและลดข้อจำกัดในการดำเนินงานในระบบบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนกลุ่มนี้ อาจจะสามารคนนำไปพัฒนาให้เหมาะสมกับระบบการรักษาโรคอื่นได้

3.7 ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพียงพอใจในการดำเนินชีวิตตามเงื่อนไขที่เป็นข้อจำกัดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน

3.8 หน่วยงานที่รับผิดชอบมีการพัฒนาองค์กร เพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับวิถีชีวิตตาม

บริบททางสังคม และวัฒนธรรมท้องถิ่น ของผู้ป่วย ครอบครัว และ ชุมชน

3.9 ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน และเป็นเครือข่ายในการดำเนินงานภาคประชาชน

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สภาพและปัญหาการดำเนินงานการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในศูนย์สุขภาพชุมชนนาคำเมืองนครพนม พบว่ามีปัญหาในการบริหารจัดการบุคคล คือจำนวนเจ้าหน้าที่ ที่จัดมาปฏิบัติงานก่อนเวลา ยังไม่เพียงพอ ต้องรับผิดชอบงานหลายอย่างพร้อมกัน ทำให้เกิดภาวะเครียดและกดดันในกลุ่มเจ้าหน้าที่คลินิกมาก ส่วนปัญหาในการบริหารจัดการการเงินคืองบประมาณที่ได้รับจัดสรรยังไม่เพียงพอในการสนับสนุนกิจกรรมในคลินิกบริการยังขาดการประสานแผนงาน/โครงการเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อนำมาสนับสนุนกิจกรรมในคลินิกบริการ เช่นเดียวกันกับปัญหาในการบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์คือ ขาดเครื่องมือตรวจทางห้องชันสูตรบางตัวที่ทันสมัยและตรวจยืนยันผลน้ำตาลในเลือดได้ดีรวมทั้งปัญหาด้านสถานที่ไม่เหมาะสม ตัวอาคารชำรุดทรุดโทรม และไม่มีห้องน้ำไว้บริการ สำหรับปัญหาระบบการบริหารจัดการ พบว่าผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ให้สุกศึกษาก็ไม่จำเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และปัญหาผู้ป่วยขาดนัดทำให้ขาดยาเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานหลายอย่างตามมา ทำให้เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพต้องคอยติดตามแก้ไขปัญหาคือให้ผู้ป่วยนัด และยังคงพบปัญหาผู้ป่วยไม่มีญาติพามาหาหมอต้องเป็นภาระของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพที่จะต้องส่งเจ้าหน้าที่ออกไปเจาะเลือดถึงบ้านผู้ป่วย นำเลือดเข้ามาตรวจในโรงพยาบาล ส่งผลให้แพทย์สั่งยา แล้วก็นำไปส่งให้ถึงบ้าน ทำให้กระทบต่อระบบการให้บริการและกรอบอัตรากำลังที่มีอยู่อย่างจำกัด ที่เป็นเช่นนี้เพราะ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานยังไม่ตระหนักต่อสภาพปัญหาของโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน จึงไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่ บางรายขาดนัด บางรายก็ฝากญาติมารับยา 2) การสื่อสาร เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ทำให้การสื่อสารยากลำบาก ทำความเข้าใจได้ยากไม่จดจำคำแนะนำ 3) ความเชื่อ

และความรู้ของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลและมีผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นอย่างมากโดยเฉพาะผู้ป่วยที่สูงอายุ มีความเชื่อพื้นฐานว่าการออกกำลังกายคนเดียวเป็นคนที่ผิดปกติจนทำให้เกิดความรู้สึกอาย ที่จะออกกำลังกายต่อเนื่องที่บ้าน และเมื่อไปทำนุญตักบาตรที่วัดก็ต้องรับประทานอาหารที่เหลือจากการทำนุญร่วมกับเพื่อนคนอื่นๆ จึงเป็นผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาและการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน บนพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมของท้องถิ่นอีสานของ ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ (2546) ที่อธิบายไว้ว่า ผู้ให้บริการมีความคิดเห็นว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานยังมีปัญหาเกี่ยวกับเรื่อง 1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ คือผู้ป่วยไม่มาพบแพทย์ตามนัด ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ผู้ป่วยฝากญาติมารับยาแทนไม่เห็นความสำคัญในการปฏิบัติ 2) การสื่อสาร คือผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ทำให้การสื่อสารยากลำบากทำกิจกรรมใดๆ ไม่จดจำคำแนะนำ 3) การคมนาคม บ้านไกลทำให้ลำบากมารับยา 4) ความเชื่อและความรู้ของผู้ป่วย การขาดความรู้ความเข้าใจตนเองในการดูแลสุขภาพตนเอง 5) ระบบบริหารจัดการ เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีน้อยต้องรับผิดชอบงานหลายอย่างพร้อมกัน ผู้บริหารเห็นความสำคัญน้อยทำให้ไม่มีการจัดสรรให้มีผู้รับผิดชอบโดยตรงไม่สามารถจัดสรรงบประมาณในการทำกิจกรรมกับผู้ป่วยอย่างเพียงพอ 6) ระบบบริการ สถานที่คับแคบไม่เหมาะสมไม่มีสื่อในการเผยแพร่ความรู้ไม่มีคู่มือในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ขาดระบบบริการติดตามต่อเนื่อง ขาดมาตรฐานในการทำงาน ประกอบกับมีจำนวนผู้ป่วยจำนวนมากไม่มีเวลาให้คำแนะนำปรึกษา ระบบการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีอนามัยไม่ดีพอ 7) ทักษะและศักยภาพของบุคลากรในเรื่องการขาดความรู้และประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การให้คำปรึกษาส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ยังเน้นเฉพาะความรู้ไม่เน้นการปฏิบัติจริง ระบบการจัดการข้อมูลไม่มีประสิทธิภาพ 8) ทีมสหวิชาชีพสุขภาพ ไม่เห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจึงส่งผลให้เจ้าหน้าที่บางคนมีทัศนคติทางลบในการปฏิบัติงาน และไม่ให้ความสำคัญในการให้บริการ และการส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนนาแกอำเภอนาแกจังหวัดนครพนม ได้พัฒนารูปแบบ 2 รูปแบบดังนี้

รูปแบบที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกเบาหวานโดยพัฒนากิจกรรมหลัก 3 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการให้ความรู้หรือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานโดยยึดกรอบเนื้อหา 3 ด้านคือ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายและด้านการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน 2) กิจกรรมการสาธิตรูปแบบการออกกำลังกายและ กิจกรรมคลายเครียด และ 3) การจัดทำแผ่นพับหรือเอกสารเกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกายและการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน เพื่อเป็นคู่มือในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล รูปแบบนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างความตระหนักต่อสภาพปัญหาของโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งการดูแลสุขภาพและเสริมสร้างสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะเกิดประโยชน์ในด้านการปฏิบัติ คือผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ดูแลสามารถนำองค์ความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติตัวเพื่อเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ และเป็นการเสริมสร้างสุขภาพ อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

รูปแบบที่ 2 รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนโดยมีกิจกรรมหลัก 2 กิจกรรมคือ 1) กิจกรรมการเยี่ยมบ้านเพื่อบริการเวชปฏิบัติครอบครัว ติดตามดูแล และประเมินภาวะสุขภาพในผู้ป่วยที่มีปัญหา 2) กิจกรรมการสร้างเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้ชุมชนและผู้ป่วยเกิดความตระหนักต่อสภาพปัญหาโรคเบาหวาน โดยการจัดอบรมผู้ดูแล เพื่อเป็นพยาบาลประจำบ้านคอยดูแลเอาใจใส่ให้ผู้ป่วยได้มีการบริโภคอาหาร ทำกิจกรรมการออกกำลังกายและได้ใช้ยารักษาโรคเบาหวานอย่างถูกต้อง และ การจัดเข้าค่ายเบาหวาน เพื่อสร้างความตระหนักต่อสภาพปัญหาและเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งรูปแบบนี้เป็นกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือกลุ่มบุคคล องค์การในการร่วมคิดร่วมทำร่วมใช้ประโยชน์ เป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างยั่งยืน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

ซึ่งรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้ง 2 รูปแบบนี้ สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ของชัยณรงค์ สุระชัยปัญญา และคณะ (2545)⁽⁷⁾ ที่กล่าวถึง กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมว่า การเสริมสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือกลุ่มบุคคล องค์กรในการร่วมคิดร่วมทำ ร่วมใช้ประโยชน์ เป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งการออกแบบในการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อหาวิธีที่เหมาะสมและการวางแผนส่งเสริมการมีส่วนร่วม นั้น ขึ้นอยู่กับลักษณะการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูล ตลอดจนความคาดหวังของสาธารณชนที่มีต่อกระบวนการหรือการพัฒนา นั้น จากผลการดำเนินงานดังกล่าว ส่งผลให้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีผลน้ำตาลอยู่ในช่วงที่ยอมรับได้ คือ 80-140 mg% ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอันเป็นผลมาจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทั้งที่เป็นผลโดยตรงหรือโดยอ้อม ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพในการปฏิบัติตน ในภาวะที่เป็นโรคเบาหวานที่เหมาะสม และสอดคล้องกับวิถีชีวิตตามบริบททางสังคม และวัฒนธรรมท้องถิ่น กิจกรรมบริการสุขภาพมีความหลากหลายสอดคล้องกับวิถีชีวิตตามบริบททางสังคม และวัฒนธรรมท้องถิ่น ของผู้ป่วย ครอบครัว และ ชุมชน และผู้ป่วยโรคเบาหวาน ครอบครัว และชุมชน มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัว เพื่อเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลวร้ายด้านสุขภาพ และเป็นการเสริมสร้างสุขภาพอันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รูปแบบ ได้แนวทาง เพื่อแก้ปัญหาและลดข้อจำกัดในการดำเนินงานในระบบบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนกลุ่มนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีพึงพอใจในการดำเนินชีวิตตามเงื่อนไขที่เป็นข้อจำกัดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน หน่วยงานที่รับผิดชอบมีการพัฒนาองค์กร เพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับวิถีชีวิตตามบริบททางสังคม และวัฒนธรรมท้องถิ่น ของผู้ป่วย ครอบครัว และ ชุมชน และเกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน และเป็นเครือข่ายใน

การดำเนินงานภาคประชาชน สอดคล้องกับการศึกษาของ ประชุมพร กวีกรณ์, ประเสริฐ ประสมรักษ์.(2559)⁽⁸⁾ ได้ทำการศึกษาการพัฒนากระบวนการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ผลการศึกษพบว่ารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในระดับบุคคลครอบครัว และชุมชน ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามลักษณะปัญหาภายหลังการทดลอง ทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ทั้งความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาล พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและระดับน้ำตาลในเลือด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. จากการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เหมาะสม ควรมีการเพิ่มเติมเนื้อหาให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย มีการจัดตั้งกลุ่ม ชมรม ที่เน้นการทำกิจกรรมร่วมกัน ควรปรับเปลี่ยนผู้สอนให้เป็นเจ้าหน้าที่ที่มีทักษะในการถ่ายทอดความรู้และสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยเป็นภาษาท้องถิ่น ได้ และควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารและการให้ความรู้ เช่น การให้สุขศึกษารายบุคคล/รายกลุ่มทั้งในคลินิกและในชุมชน การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน การจัดการทางเสียงตามสายใน โรงพยาบาล การจัดการทางวิทยุชุมชน และการเผยแพร่ความรู้ทางสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ
2. ควรมีการวิจัยการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย
3. ควรมีการวิจัยการพัฒนากระบวนการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานใน ศูนย์สุขภาพชุมชน
4. ควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เชื่อมโยงการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ระบบบริการสาธารณสุข และผู้ให้บริการ เพื่อเป็นการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตชนบท

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. สถานการณ์โรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2560 (2019).ออนไลน์ (URL: <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18054>) สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2562
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. ความชุกของโรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2557. (2558) ออนไลน์ (URL: <https://dmthai.org/index.php/knowledge/the-chart/the-chart-1/550-2018-02-09-00-17-33>) สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2562
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. สถานการณ์โรคเบาหวานจังหวัดนครพนม. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม, 2562.
4. โรงพยาบาลนาแก. สถานการณ์โรคเบาหวานในอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม. โรงพยาบาลนาแก, 2562.
5. ศูนย์สุขภาพชุมชนนาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม. รายงานผลการปฏิบัติงานศูนย์สุขภาพชุมชนนาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม. ศูนย์สุขภาพชุมชนนาแก, 2562.
6. ขนิษฐา นันทบุตรและคณะ. การศึกษาและการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานบนพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมของท้องถิ่นอีสาน. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์, 2546.
7. ชัยณรงค์ สระชัยปัญญา และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : กรณีศึกษาบ้านวังไผ่ ตำบลหนองหญ้าปล้อง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย. เลข : สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเลย, 2545.
8. ประชุมพร กวีกรณ์, ประเสริฐ ประสมรักษ์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา. วารสารการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 3(4) กรกฎาคม – กันยายน 2559. 308-24

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดเตียงแบบบูรณาการ จังหวัดสงขลา A Model of an Integrated Health Care for Bed-Bound Older Adults, Songkhla Province

ณรงค์ ดัวงปาน¹, รัตน์ชนก ไตรวรรณ², รุ่งนภา จันทรา³

Narong Douangpan¹, Ratchanok Traiwan², Rungnapa Chanttra³

(Received: January 6,2021; Accepted: February 22,2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและสถานการณ์การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา และ 3) เพื่อประเมินประสิทธิผลรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา ดำเนินการการพัฒนา ดังนี้ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 10 คน และวิเคราะห์เนื้อหา เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลาจำนวน 285 คน 2) พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา โดยประยุกต์กรอบแนวคิดการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง นำเสนอในที่ประชุมผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสงขลา นำไปทดลองใช้เดือนพฤศจิกายน 2562- กันยายน 2563 และ 3) ประเมินประสิทธิผลรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา พบว่า

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมีปัญหาด้านการดูแลสุขภาพด้านการได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับ การใส่ยา อาหารและการออกกำลังกาย มากที่สุดร้อยละ 95.55 มีปัญหาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารร้อยละ 97.00 ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพ ด้านสวัสดิการสังคม ปัญหาเสียค่าใช้จ่ายที่เดินทางไปมารับการรักษา

2. รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง 6 องค์ประกอบ คือ 1) ระบบสุขภาพ 2) การออกแบบระบบการให้บริการ 3) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ 4) ระบบข้อมูลสารสนเทศหรือข้อมูลข่าวสารทางคลินิก 5) ระบบสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง 6) การมีส่วนร่วมของชุมชน

3. ประสิทธิภาพการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา

3.1 ผลลัพธ์การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุระยะยาวบรรลุตัวชี้วัดทุกตัว

3.2 การรับรองรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา โดยการสัมมนาผู้เชี่ยวชาญพบว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา มีความสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา ได้จริง

¹ นักวิชาการชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหอยโข่ง อำเภอกาบัง จังหวัดสงขลา

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ(ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรภู่ราชบุรี

ผลจากวิจัยนี้ได้ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดการระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในแต่
ละพื้นที่อย่างเหมาะสม จะช่วยให้สามารถดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้อย่างเหมาะสม และส่งผลให้ผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลมี
ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
คำสำคัญ การดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุติดเตียง

Abstract

This research and development aimed to 1) study problem and situational conditions of healthcare for bed-bound older adults, Songkhla province, 2) develop a model of an integrated healthcare for bed-bound older adults, Songkhla province, 3) evaluate effectiveness of a model of an integrated healthcare for bed-bound older adults, Songkhla province. Process of development was implemented as follows; 1) A study of the need for an integrated healthcare for bed-bound older adults, Songkhla province. Qualitative data were obtained from 10 those who were responsible for caring bed-bound older adults. Data were analyzed using content analysis. Quantitative data were collected through a questionnaire of the need for an integrated healthcare for bed-bound older adults. Sample were 285 bed-bound older adults, Songkhla province. 2) Development of a model of an integrated healthcare for bed-bound older adults, Songkhla province. A conceptual framework of healthcare management of patients with chronic diseases was applied, which had 6 components. A model was presented at a meeting of older adult care consortium, Songkhla province for obtaining suggestions and revised model for pilot study. A pilot study was undertaken from November, 2019 to September, 2020. 3) Evaluation of effectiveness of a model of an integrated healthcare for bed-bound older adults, Songkhla province. Results revealed as follows;

1) Caregivers of bed-bound older adults had the most healthcare problem in terms of advice regarding use of medication, food and exercise (95.55%), problem of informational perception (97.00%). Older adults also had problems of health, social welfare, and expense of transporting to medical services.

2) A model of an integrated healthcare for bed-bound older adults, Songkhla province, applied from a conceptual framework of healthcare management of patients with chronic diseases, had 6 components including 1) Health system 2) Delivery system design 3) Decision support 4) Clinical information systems 5) Self-management support 6) The community. A model was revised by suggestions from those who were responsible for caring bed-bound older adults.

3) Effectiveness of using a model of an integrated healthcare for bed-bound older adults, Songkhla province which was found as follows;

3.1 Outcome of long-term healthcare of older adults, found that achieve all KPIS.

3.2 An approval of a model of an integrated healthcare for bed-bound older adults, Songkhla province, was obtained from expert seminar which was found that a model of an integrated healthcare for bed-bound older adults, Songkhla province, was consistent with reality, suitable and could be used for an integrated healthcare for bed-bound older adults, Songkhla province.

From research findings, a model of an integrated healthcare for bed-bound older adults, Songkhla province placed great emphasis on physical, psychological, and social care for bed-bound older adults by using concept of healthcare management of patients with chronic diseases. Policy recommendations are that organizations that are responsible for caring bed-bound older adults should provide an appropriate system of older adult care in each area. From this, it could enhance an appropriate care of bed-bound older adults and result in better quality of life of bed-bound older adults and their caregivers.

Keyword : Health Care, Bed-Bound Older Adults

บทนำ

จากสถานการณ์ในปัจจุบันสังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรคือการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยสัดส่วนจำนวนประชากรในวัยทำงานและวัยเด็กลดลง เนื่องจากอัตราการเกิดและอัตราการตายของประชากรลดลงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่จำนวนของผู้สูงอายุของไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2555 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.8 ของประชากรรวม (8.3 ล้านคน) ในปี 2557 ร้อยละ 14.7 (9.5 ล้านคน) จากข้อมูลประชากรปี 2556 ประชากรไทยมีจำนวน 64.6 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุมากถึง 9.6 ล้านคน ส่วนในปี 2562 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 1.11 ล้านกว่าคน คิดเป็นร้อยละ 16.73 ของประชากรทั้งหมด ส่วนในปี 2564 เป็นสังคมสูงอายุเต็มตัว (ผู้สูงอายุเกินร้อยละ 20) และคาดการณ์ว่าในปี 2568 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 20 (14.4 ล้าน) ⁽¹³⁾ ซึ่งถือว่าประเทศไทยจะก้าวเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2568 และคาดว่าในปี 2573 จะมีจำนวนผู้สูงอายุ 17.6 ล้านคน (ร้อยละ 26.3) และปี 2583 จะมีจำนวนถึง 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) จากข้อมูลการคาดประมาณ ประชากรของประเทศไทยปี 2558-2573 จะเห็นว่าภาพรวม ประเทศไทยอยู่ในสถานการณ์ “สังคมสูงวัย” (Aged society) และในอีก 10 ปีข้างหน้าจะเริ่มเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Completed aged society) ⁽⁵⁾ ทำให้เกิดปัญหาความเปราะบาง ด้านสุขภาพตามกลุ่มอายุขาด

ผู้ดูแล ซึ่งสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลให้ลักษณะการพึ่งพิงทางเศรษฐกิจระหว่างประชากรวัยต่าง ๆ เปลี่ยนไป

จากข้อมูลการสำรวจโรคไม่ติดต่อ รายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2550-2556 พบว่า จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต และ โรคเบาหวาน ⁽¹⁾ พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกโรคอย่างต่อเนื่อง ซึ่งโรคเรื้อรังกลุ่มนี้มักพบในผู้สูงอายุที่มีการใช้ชีวิตที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การสูบบุหรี่ทำให้มีผู้เสียชีวิต 6 ล้านคนทุกปี รวมถึงผู้ที่เสียชีวิตจากการสูดควันบุหรี่จากผู้อื่น และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 8 ล้าน นอกจากนี้ยังมีผู้เสียชีวิต 3.2 ล้านคน จากการที่ออกกำลังกายไม่เพียงพอ มีผู้เสียชีวิต 2.5 ล้านคน จากการดื่มแอลกอฮอล์ 1.7 ล้านคน เสียชีวิต จากการรับประทานผลไม้และผักน้อย 7 นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มพิการมากขึ้น จากร้อยละ 5.8 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 15.3 ในปี 2550 โดยความพิการที่พบมาก คือ สายตา เลื่อนรางทั้งสองข้าง หูตึงสองข้าง และอัมพฤกษ์ ปัญหาด้านการมองเห็นเป็นอีกประเด็นที่สำคัญและเป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ⁽⁵⁾ และต้องการการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน และดูแลสุขภาพต่อเนื่อง โดยที่ผู้สูงอายุต้องการให้มีผู้ดูแลอาศัยอยู่ด้วยร้อยละ 37.3 ไม่ต้องการผู้ดูแลให้อาศัยอยู่ด้วย ร้อยละ 62.7 จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 ⁽⁹⁾ พบว่า ผู้สูงอายุมี

ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน และมีข้อจำกัดเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นทุกขนาดกิจกรรม โดยเฉพาะผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปมีข้อจำกัดสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ 5-10 เท่า ข้อจำกัดเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขรวมทั้งบริการสาธารณสุขและด้านสังคม และส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงผู้อื่นและต้องการผู้ดูแล

ในปีงบประมาณ 2559 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ครอบคลุมทุกมิติเพิ่มขึ้นและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติเพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องตามปัญหาสุขภาพ และเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽¹⁴⁾ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข คือ “ประชาชนทุกภาคส่วนมีความรอบรู้ ด้านสุขภาพมีส่วนร่วมในการวางระบบในการดูแลสุขภาพได้รับโอกาสที่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ภายใต้ระบบสาธารณสุขที่เป็นเอกภาพและการอภิบาลที่ดี” ซึ่งจะเป็นการทำงานประสานกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสาธารณสุขในทุกระดับ กลุ่มอาสาสมัคร เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) รวมถึงชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งในทุกพื้นที่ ทั้งนี้การนำนโยบายไปพัฒนาเพื่อให้เกิดรูปแบบอย่างเป็นรูปธรรมอาจมีข้อจำกัดในด้านงบประมาณ ทรัพยากรต่างๆ รวมทั้งข้อจำกัดด้านบุคลากร รวมทั้งการส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนได้มีการทำงานที่สอดคล้องกัน มีการบูรณาการกันอย่างเป็นรูปธรรม จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยแห่ง

ความสำเร็จการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเกิดจากการพัฒนาจากข้อมูลพื้นฐานของชุมชนผ่านแนวทางการจัดการคุณภาพ และทฤษฎีการสร้างการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่จนทำให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมและนำไปปฏิบัติได้จริง⁽⁸⁾ ในขณะเดียวกัน พบว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่มีการประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้และมีการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพแลป้องกันโรคอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽⁶⁾ นอกจากการใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแล้ว องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นก็มีบทบาทสำคัญในการวางนโยบายและแผนการดำเนินการการพัฒนาผู้ดูแลเพื่อให้ประชาชนในท้องถิ่นได้พัฒนาศักยภาพด้วยการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและทักษะการดูแลผู้สูงอายุเพื่อประโยชน์ของครอบครัว⁽⁴⁾ ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่กล่าวว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมของกลไกต่างๆ ในชุมชน ทั้งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจิตอาสา ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน พระครูผู้ดูแลในครอบครัว และคนในชุมชน จะทำให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นองค์รวม โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างพื้นที่เมือง ชนบท และสังคมวัฒนธรรม เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนภายใต้การจัดการเครือข่ายความร่วมมือของกลไกต่างๆ ทั้งจากในและนอกชุมชน⁽³⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมจึงพบว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต้องมีการบูรณาการทุกภาคส่วนทั้งกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน พระครูผู้ดูแลในครอบครัว และคนในชุมชน

ในขณะเดียวกันการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในสถานะปัจจุบัน พบว่า การกำหนดนโยบายด้าน

ผู้สูงอายุที่ผ่านมายังอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน ซึ่งมีความพยายามจากผู้บริหารในระดับนโยบายที่จะผลักดันการกำหนดนโยบายสู่การปฏิบัติการขับเคลื่อน ไปยังผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคประชาชน ตลอดจนหน่วยงานและภาคที่เกี่ยวข้องให้ทำงานประสานกัน แต่ยังสามารถล่าช้า เป็นระบบที่เน้นด้านสุขภาพมากกว่าด้านสังคม มีลักษณะเป็นเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ยังไม่ครอบคลุมการป้องกัน รักษา ส่งเสริม และฟื้นฟู รวมทั้งปัญหาสำคัญประการหนึ่งของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ผ่านมามีคือ การบริหารจัดการที่ต่างคนต่างทำ การรวมศูนย์ไว้ส่วนกลาง และการทำงานที่ขับเคลื่อนล่าช้า ทำให้การดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว จึงควรมีการบูรณาการบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วม เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีปัญหาเจ็บป่วยเรื้อรังให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และครอบคลุมได้ดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

จังหวัดสงขลามีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่ ปี พ.ศ.2559 – 2561 มีจำนวน 195,539, 202,796 และ 210,921 คน ตามลำดับ ⁽¹²⁾ ข้อมูลประชากรผู้สูงอายุจังหวัดสงขลาปี 2562 มีประชากรผู้สูงอายุ(60 ปีขึ้นไป) 186,206 คน ได้รับการคัดกรองจำนวน 166,126 คน คิดเป็นร้อยละ 89.22 ในจำนวนนี้เป็นกลุ่มติดสังคม จำนวน159,018 คน ร้อยละ 95.72 ติดบ้านจำนวน 5,958 คน ร้อยละ 3.59 และติดเตียงจำนวน 1,150 คน ร้อยละ 0.69 พบปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากความชรา เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้แก่เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ข้อเข่าเสื่อม ภาวะสมองเสื่อม ปัญหาสุขภาพจิต ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งอยู่ลำพัง ⁽¹⁵⁾ ซึ่งจังหวัดสงขลาได้ดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขด้านการดูแลผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี 2559 ในขณะเดียวกันยังพบผู้สูงอายุติดเตียงยังคงมีปัญหาภาวะสุขภาพรวมทั้งปัญหาด้านสังคม จากการสำรวจมีผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา พบว่ามีผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 1,148 คน คิดเป็นร้อยละ 2.99 ⁽¹⁵⁾ ผู้วิจัยเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการพัฒนาส่งเสริมคุณภาพชีวิต

ของผู้สูงอายุติดเตียง จึงได้พัฒนาการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา ซึ่งเน้นการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการและประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้องเป็นระบบ โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอยู่ในพื้นที่ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อสนับสนุนในการจัดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ร่วมกับการใช้แนวคิดการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (The Chronic Care Model) ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ทำให้การดำเนินงานระบบการดูแลสุขภาพระยะยาว บรรลุเป้าหมาย มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและสถานการณ์การดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการ 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ดังนี้

ศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม มีรายละเอียดดังนี้ 1) ศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย ผู้สูงอายุติดเตียง 10 คน ผู้ดูแลหลัก 10 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 16 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ ในประเด็น ความต้องการในการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และปัญหาและอุปสรรคการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) สรุปเนื้อหาประเด็นหลัก 2) ศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประชากร คือ กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา ในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 1,148 คน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา จำนวน 285 คน คำนวณขนาดตัวอย่างจากการใช้สูตรยามาเน่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความต้องการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง ประยุกต์แบบสอบถามของ อิงทิตา วงศ์จินดา และจิตพนธ์ ชุมเกตุ (2561)⁽¹⁷⁾ มีข้อความเกี่ยวกับความต้องการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง 5 ด้าน คือ ด้านบริการสุขภาพ ด้านสังคม ด้านรายได้ ด้านนันทนาการ ด้านการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งหมดจำนวน 24 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of congruence) ระหว่าง .67 – 1.00 จากนั้น นำแบบสอบถามมาทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ได้ค่า

ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา ดำเนินการดังนี้

นำผลที่ได้จากการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 กำหนดกรอบแนวคิดเบื้องต้นในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา โดยประยุกต์กรอบแนวคิดการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (The chronic care model: CCM)⁽¹⁹⁾ เนื่องจากผู้สูงอายุติดเตียงเป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากความชรา เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม ภาวะสมองเสื่อม ปัญหาสุขภาพจิต ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงนี้จำเป็นต้องมีผู้ดูแล ที่ต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงสามารถมีชีวิตอยู่ได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจึงมีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ได้เสนอรูปแบบการ จัดระบบดูแลโรคเรื้อรังซึ่งปรับจากการดูแลสุขภาพในระดับบุคคลมาเป็นการดูแลแบบบูรณาการเข้าถึง ประชากรและเน้นการป้องกันมากขึ้น โดยมีเป้าหมาย เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งองค์ประกอบหลักของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง มี 6 องค์ประกอบ คือ 1) ระบบสุขภาพ (Health system) 2) การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery system design) 3) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) 4) ระบบข้อมูลสารสนเทศหรือข้อมูลข่าวสารทางคลินิก (Clinical information systems) 5) ระบบสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self-management support) 6) การมีส่วนร่วมของชุมชน (The community)

2.2 ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา นำเสนอในที่ประชุมผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล อาจารย์ พยาบาล ผู้ดูแล ผู้จัดการรายกรณี ผู้สูงอายุและเยาวชน บริบาล จังหวัดสงขลา เพื่อขอข้อเสนอแนะ และ ข้อคิดเห็นต่าง ๆ จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จากนั้นนำมา ปรับปรุง และพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบ บูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการดูแล สุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัด สงขลา และประเมินประสิทธิผลรูปแบบการดูแล

สุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัด สงขลา

การทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบ บูรณาการของผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา ผู้วิจัยได้ ประกาศการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ ของผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา ไปใช้ในพื้นที่นำ ร่องในทุกอำเภอของจังหวัดสงขลา ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2562- เดือนกันยายน 2563 โดยรูปแบบ การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการของผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา ที่มีการพัฒนาแล้ว ดังตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา

องค์ประกอบหลักของ รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง	แบบเดิม	รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา
ระบบสุขภาพ	- มีนโยบาย - มีระบบงานที่เกี่ยวข้องกับ การเยี่ยมบ้าน	- กำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ ชัดเจน - กำหนดบุคคลและบทบาทหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุติด เตียง - จัดทำแผนปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง - จัดระบบงาน ระบบงานที่เกี่ยวข้องกับการเยี่ยมบ้าน - กำหนดทีมเยี่ยมบ้านแบบสหวิชาชีพ
ระบบการให้บริการ	- งาน Home Health Care เยี่ยมบ้าน	- ดำเนินการเยี่ยมบ้านแบบสหวิชาชีพ - ให้บริการเยี่ยมบ้านตามบริบทและแผนการดูแลตาม กระบวนการ - การบันทึกทางการพยาบาลและสรุปผลการดูแล - ประเมินผลการดูแลเยี่ยมบ้าน
ระบบสนับสนุนการ ตัดสินใจ	- ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล	- อบรมให้ความรู้โดยใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจ และการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างเครือข่ายชมรม และดำรงกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง - การให้คำปรึกษาด้านต่าง ๆ
ระบบข้อมูลสารสนเทศ หรือข้อมูลข่าวสารทาง คลินิก	มีศูนย์การดูแลต่อเนื่อง มีการส่งต่อข้อมูล	- การประสานการดูแลที่บ้าน - มีศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (OCC) - การเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างหน่วยบริการ - มีเครือข่ายสารสนเทศในการเชื่อมโยงข้อมูล เช่น LineFB โปรแกรมลิงค์เพื่อเรียกรถฉุกเฉิน
ระบบสนับสนุนการ	- ให้ความรู้ผู้ดูแล	- สนับสนุนให้ความรู้แกนนำ/อาสาสมัครสาธารณสุข

จัดการดูแลตนเอง		ในการดูแล ผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง - บริหารจัดการ การจัดโซนอาคาร สิ่งแวดล้อมเพื่อ ดูแลผู้สูงอายุตามสภาพได้อย่างเหมาะสม
การมีส่วนร่วมของชุมชน	- ประสานความร่วมมือกับ ชุมชน/อปท. - มีชมรมผู้สูงอายุ	- ประสานความร่วมมือกับชุมชน/อปท. ชมรม ผู้สูงอายุ - มีหน่วยประสานรณรงค์ของ อปท. - มีการจัดตั้งกองทุนจากชุมชน - มีระบบการส่งต่อผู้สูงอายุที่ดี ส่งต่อผู้สูงอายุจาก บ้านมาที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ

3.2 การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการดูแล
สุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง
จังหวัดสงขลา ประเมินจากผลลัพธ์ตัวชี้วัดการดูแล
สุขภาพของผู้สูงอายุระยะยาว และการรับรอง
รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ
ติดเตียง จังหวัดสงขลา โดยการสัมมนาผู้เชี่ยวชาญ
(Connoisseurship)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์หมายเลข 13 พ.ศ.2562 จากคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดสงขลา

ผลการวิจัย

1.ศึกษาสภาพปัญหา และสถานการณ์การ ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา พบว่า

จากการศึกษาความต้องการการดูแล
สุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา ด้วยการ
เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ดูแล
สูงอายุให้ข้อคิดเห็นว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาการให้
คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา อาหารและการออกกำลังกาย
การตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตแพทย์ การ
บรรยายความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุโดยเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ปัญหาด้าน

สวัสดิการสังคมอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว
ได้รับความสะดวกโดยมีช่องทางพิเศษสำหรับผู้
สูงอายุในโรงพยาบาล ให้มีการจัดบริการรถรับ ส่ง
ผู้สูงอายุ จากบ้าน ไปยังสถานพยาบาล การมี
หน่วยงานที่ให้การรักษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย
ปัญหาด้านการรับรู้และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง การได้รับการอบรมให้ความรู้
จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ การ
อำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการการ
รักษาพยาบาลในหน่วยงานของรัฐ การมีการเผยแพร่
ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์หรือสิทธิการคุ้มครอง
ด้านบริการทางการแพทย์แก่ผู้สูงอายุ

ศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพของ
ผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา ด้วยการเก็บรวบรวม
ข้อมูลโดยแบบสอบถาม พบว่า ความต้องการของ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงต้องการให้มีการตรวจ
สมรรถภาพทางกายปีละ 1 ครั้ง ต้องการการให้
คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา อาหารและการออกกำลังกาย
ต้องการการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันต
แพทย์อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง การบรรยายความรู้
เกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ความต้องการด้านการรับรู้และ
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง
การได้รับการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
เกี่ยวกับการ มี การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เป็น

ประโยชน์หรือสิทธิการคุ้มครองด้านบริการทางการแพทย์แก่ผู้สูงอายุและการอำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการการรักษาพยาบาลในหน่วยงานของรัฐจากการสอบถามด้วยแบบสอบถามความต้องการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา จำนวน 285 คน พบว่า ความต้องการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา ด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียง ในหัวข้อการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา อาหารและการออกกำลังกายมากที่สุด ร้อยละ 95.55 ด้านการรับรู้และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ในหัวข้อมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์หรือสิทธิการคุ้มครองด้านบริการทางการแพทย์แก่ผู้สูงอายุมากที่สุดร้อยละ 97.00

2. รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา มีดังนี้

ระบบสุขภาพ (Health system) มีการพัฒนาระบบสุขภาพ ดังนี้ 1) การกำหนดบุคคลและกำหนดบทบาทหน้าที่การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงที่ชัดเจน มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่ กำหนดให้มีนักสุขภาพครอบครัว (นสค.) และอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (อสค.) พร้อมอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในพื้นที่รับผิดชอบ 2) จัดทำแผนปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงและแผนการดูแล (Care Plan) ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในจังหวัดสงขลา 3) จัดระบบงานที่เกี่ยวข้องกับการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย การจัดระบบบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง (Home Ward) จัดทำขั้นตอนการปฏิบัติงานแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง และแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยตามข้อบ่งชี้จาก JHCIS และแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านใน Family folder, ประสานงานภาคีเครือข่าย/ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงระบบงานและแผนการดำเนินงาน 4) กำหนดทีมเยี่ยมบ้านแบบสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นัก

กายภาพบำบัด โภชนาการ ทันตแพทยพยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร ซึ่งสามารถติดต่อขอรับคำปรึกษาได้โดยตรงทางโทรศัพท์/Skype/Line และการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery system design) 1) ระบบบริการ มีทีมเยี่ยมบ้านแบบสหวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบโดยจากหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ การวางระบบการอำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการการรักษาพยาบาลในหน่วยงานของรัฐ การอบรมผู้จัดการรายกรณี และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว 2) ให้บริการเยี่ยมบ้านตามบริบทและแผนการดูแลตามกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการทั้งครอบครัว การประเมินผู้รับบริการแบบ INHOMESSS การให้บริการตามกระบวนการพยาบาล ได้แก่การประเมินรายโรค การประเมินความเครียดฯ การทำหัตถการต่าง ๆ เช่น การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง การดูแลสายสวนปัสสาวะแบบคา การดูแลท่อเจาะคอ การออกกำลังกาย การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา อาหารและการออกกำลังกาย ฯลฯ และการยุติบริการเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่าย 3) มีการประชุมปรึกษาปัญหาร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และวางแผนการดูแลต่อเนื่องในครั้งต่อไป การบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน จัดทำแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน และแฟ้มประวัติผู้รับบริการ (Home-nursing chart) บันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านหลังจากการเยี่ยมและการปรึกษาปัญหาร่วมกันทุกครั้ง

ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) เนื่องจากผู้สูงอายุติดเตียงเป็นกลุ่มบุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดังนั้นการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองจึงได้มีเป้าหมายที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เช่นการเสริมสร้างกำลังใจ การให้

คำปรึกษาด้านต่าง ๆ เช่น การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา อาหารและการออกกำลังกาย

ระบบข้อมูลสารสนเทศหรือข้อมูลข่าวสารทางคลินิก (Clinical information systems) 1) การประสานการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง กรณีที่ต้องการการสนับสนุนจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมทีมเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยรายที่มีความยุ่งยากซับซ้อน โดยประสานงานผ่านทางศูนย์การดูแลต่อเนื่อง เพื่อนัดทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมให้บริการ (ทุกช่องทาง ได้แก่ e-Mail/Line/Skype/โทรศัพท์) 2) มีศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of nursing Care: COC) ทำหน้าที่เชื่อมโยงระบบการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และส่งต่อจากชุมชนมายังโรงพยาบาล 3) การเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างหน่วยบริการ กรณีมีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ของผู้รับบริการ มีการโทรศัพท์ติดต่อประสานงานไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบเพื่อส่งต่อข้อมูลและแผนการดูแล มีการวางแผนงานเพื่อขยายความร่วมมือไปยังหน่วยบริการนอกเขต(เช่น โรงพยาบาลชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ เพื่อจัดระบบการดูแลให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด)

ระบบสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self- management support) เน้นด้วยผู้สูงอายุติดเตียงเป็นกลุ่มบุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

ดังนั้นการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองจึงได้มีเป้าหมายที่ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุติดเตียง ดังนี้ 1) สนับสนุนปัจจัยการจัดการบริการ ประกอบด้วย ด้านวัสดุอุปกรณ์ เครื่องใช้และยานพาหนะ มีระบบสนับสนุนเครื่องมือเครื่องใช้ครบถ้วน เช่น เตียงผู้ป่วย รถเข็นไม้เท้า สามารถขอรับ การสนับสนุนได้จากโรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ หรือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง และโครงการบ้านสุขภาพของเทศบาลนครสงขลา 2) สนับสนุนด้านบุคลากร ได้แก่ ญาติ อาสาสมัครสาธารณสุข และจิตอาสาในชุมชน รวมทั้งภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน

การมีส่วนร่วมของชุมชน (The community) ดำเนินการโดยการประสานความร่วมมือกับชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง การประสานงานกับชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดสงขลา

จากการใช้รูปแบบฯ ผู้วิจัยได้ประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา ได้ผลดังนี้

ผลลัพธ์การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุระยะยาว เมื่อเปรียบเทียบก่อนการใช้รูปแบบ ได้ผลลัพธ์ดังนี้

ตาราง 2 ร้อยละของผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง

ผลลัพธ์	ก่อนใช้รูปแบบฯ ปี 2562	หลังใช้รูปแบบฯ ปี 2563
1. ความครอบคลุมของการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียงตามเกณฑ์	ร้อยละ 75	ร้อยละ 100
2. ความพึงพอใจ ผู้รับบริการและผู้ให้บริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100
3. การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุติดเตียงที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน	ร้อยละ 70	ร้อยละ 50
4. ผู้สูงอายุติดเตียงที่ได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมภาวะโรคและดูแลตนเองได้	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80
5. ผู้สูงอายุติดเตียงที่ได้รับการเยี่ยมบ้านและจำเป็นต้องส่งต่อ ได้รับการส่งต่อได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา	ร้อยละ 60	ร้อยละ 100
6. ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการคัดกรองประเมิน	ร้อยละ 60	ร้อยละ 90

ผู้สูงอายุในพื้นที่		
7. ผู้สูงอายุติดเตียง ได้รับการประเมินการประเมินสถานะของผู้สูงอายุตาม ADL, TAI และเกณฑ์ LTC ของ สปสช.	ร้อยละ 75	ร้อยละ 90
8. มีการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan)	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90
10. ผู้สูงอายุติดเตียง ได้รับการดูแลจากผู้จัดการรายกรณี ตามกระบวนการ 7 ขั้นตอน	ร้อยละ 70	ร้อยละ 100
11. ผู้สูงอายุติดเตียงและกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมหมอครอบครัว ระดับตำบลตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80
12. ผู้สูงอายุติดเตียงมี ADL ดีขึ้น	ร้อยละ 60	ร้อยละ 75
13. ผู้สูงอายุติดเตียงไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น	ร้อยละ 50	ร้อยละ 80

การรับรองรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา โดยการสัมมนาผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseur) ความสอดคล้องกับการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา ความสามารถในการนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลาและประโยชน์ในการนำผลการพัฒนาไปใช้ในการดำเนินการต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาสภาพปัญหา และสถานการณ์การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา
พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงในจังหวัดสงขลา มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ เช่น ปัญหาด้านช่องปาก ปัญหาการไม่ได้รับความสะดวกในการไปรับบริการที่สถานบริการของรัฐ ปัญหาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องสวัสดิการภาครัฐหรือสิทธิการคุ้มครองด้านบริการทางการแพทย์แก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความต้องการการได้รับการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ต้องการให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสมรรถภาพร่างกายปีละ 2 ครั้ง การตรวจทางพันธุกรรมโดยทันตแพทย์อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพจริงถึงทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจะให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง แต่ก็ยังพบปัญหาในทางปฏิบัติจริง จากผลการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ปวงนิม, นงนภัทร รุ่งเนย, และอุไร

รัชต์ บุญแท้ (2562)⁽¹¹⁾ ที่พบว่า การขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปสู่การปฏิบัติบางส่วน ไม่ครอบคลุมทุกมิติของการดูแลสุขภาพ และการประสานงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนไม่ชัดเจน รวมถึงการประชาสัมพันธ์เชิงรุกมีน้อย ซึ่งการดูแลโดยเครือข่ายชุมชนและหน่วยงานภาครัฐส่วนใหญ่เป็นการดูแลเรื่องการรักษาพยาบาลแต่การดูแลสุขภาพยังมีน้อย⁽²⁾ สอดคล้องกับผลที่ได้ว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องการคำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา อาหาร และการออกกำลังกาย การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุติดเตียง ทั้งนี้ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัวที่มีความผูกพันกับผู้สูงอายุติดเตียง มีการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทยที่มีการดูแลภายใต้ครอบครัวที่ต้องดูแลให้ดีที่สุดด้วยความกตัญญู⁽¹⁰⁾ ในขณะเดียวกันปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงขาดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวมีความซับซ้อน และต้องการบริการที่มีความเฉพาะ การเตรียมบุคลากร ผู้ดูแล และครอบครัวเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงระยะยาว จึงเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อให้เกิดภาระและผลกระทบกับผู้ดูแลและครอบครัวที่อยู่ท่ามกลางความไม่พร้อมของครอบครัว

และระบบการสนับสนุนในชุมชน ดังนั้นการพัฒนา
ระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและการ
ออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มี
ทางเลือกให้สำหรับผู้ดูแลและครอบครัวในชุมชน

**ผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ
สำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา** โดยใช้กรอบ
แนวคิดการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง 6
องค์ประกอบ คือ 1) ระบบสุขภาพ (Health system)
2) การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery
system design) 3) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ
(Decision support) 4) ระบบข้อมูลสารสนเทศหรือ
ข้อมูลข่าวสารทางคลินิก (Clinical information
systems) 5) ระบบสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง
(Self-management support) 6) การมีส่วนร่วมของ
ชุมชน (The community) การที่ผู้วิจัยได้นำแนวคิด
การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมาใช้ในการดูแล
ผู้สูงอายุติดเตียงเนื่องด้วยผู้สูงอายุติดเตียงเป็นผู้ที่มี
ปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากความชรา เจ็บป่วยด้วย
โรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ไม่
สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม
ภาวะสมองเสื่อม ปัญหาสุขภาพจิต ผู้สูงอายุกลุ่มติด
เตียงนี้จำเป็นต้องมีผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลอย่าง
ต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงสามารถมีชีวิตอยู่ได้
และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
(The Chronic care model) จึงมีความเหมาะสม
สำหรับผู้สูงอายุติดเตียง โดยการจัดระบบการ
ให้บริการสุขภาพเพื่อสนับสนุนการทำงานร่วมกัน
ของทีมสหสาขาวิชาชีพ ใช้ผู้จัดการรายกรณี การ
ประสานงานกับองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน การส่งต่อ
ผู้ป่วย เป็นต้น⁽¹⁷⁾ ในการดำเนินการของการดูแล
สุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง
จังหวัดสงขลา นั้นได้มีการทำงานแบบประสานงาน
ร่วมกันระหว่างผู้ที่ทำงานด้านบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
ติดเตียงโดยตรง คือ มีการกำหนดนโยบายการ
ดำเนินงานในระดับจังหวัดสู่การดำเนินงานในพื้นที่
คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ อาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน ต้องทำงานเชื่อมโยงผ่านความร่วมมือ
จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุน
การสนับสนุนอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่มีการกำหนดบทบาท
หน้าที่และโครงสร้างของการบริการ พัฒนาทีมสห
สาขาวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านใน
ผู้ป่วยรายที่มีความยุ่งยากซับซ้อน โดยประสานงาน
ผ่านทางศูนย์การดูแลต่อเนื่อง เพื่อนัดทีมสหสาขา
วิชาชีพร่วมให้บริการ โดยมีภารกิจเป้าหมายร่วมกันใน
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง มีศูนย์การดูแล
ต่อเนื่องทำหน้าที่เชื่อมโยงระบบการดูแลจาก
โรงพยาบาลสู่ชุมชน และส่งต่อจากชุมชนมายัง
โรงพยาบาล และการประสานงานด้านการส่งต่อ
ข้อมูลและแผนการดูแลเพื่อขยายความร่วมมือไปยัง
หน่วยบริการนอกเขต เพื่อจัดระบบการดูแลให้เป็น
แนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด จากที่กล่าวมาการใช้
รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับ
ผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา นี้ได้สอดคล้องกับผล
การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบ
จังหวัดเพชรบุรี⁽¹¹⁾ ใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วย
โรคเรื้อรังมีประสิทธิภาพในการดำเนินงานการดูแล
สุขภาพระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ
สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการ
โรคเรื้อรังในชุมชนคลองเตย น.ตะกั่วทุ่ง จ.พังงา⁽¹⁶⁾
ที่พบว่ารูปแบบการจัดการโรคเรื้อรังมีความเหมาะสม
ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีการผสมผสานเข้า
ไปในกระบวนการดูแลผู้ป่วยประจำวันในรูปแบบ
ของการเสริมพลัง และการกระตุ้นเตือนโดยผ่าน
ระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพ ภายใต้การเชื่อมโยง
เสริมพลังจากชุมชนโดยทุนทางทรัพยากรและทุนที่มี
อยู่ในชุมชนมาเชื่อมโยงกัน นอกจากนี้รูปแบบการ
ดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง
จังหวัดสงขลา ได้ให้ความสำคัญกับญาติหรือผู้ดูแล
หลักของผู้สูงอายุติดเตียงที่ได้รับผลกระทบด้านลบ
ทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์และสังคม ส่งผลให้ญาติ
ผู้ดูแลประสบความเครียดเรื้อรัง เกิดผลเสียต่อภาวะ

สุขภาพของผู้ดูแลหลักโดยตรง ดังนั้นระบบการให้บริการสุขภาพที่ดีจึงต้องมุ่งเน้นการเตรียมผู้ดูแล เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเป็นหลัก กล่าวโดยสรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา ที่ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความเหมาะสมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง

ประสิทธิผลรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา จากการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา ผู้วิจัยได้ประเมินโดยประเมินผลลัพธ์การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุระยะยาว พบว่า การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุระยะยาวมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในทุกตัวชี้วัด อธิบายได้ว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา มีความเหมาะสมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง ผลการวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง⁽¹⁹⁾ กล่าวคือ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียงที่มีนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ชัดเจน กำหนดบุคคลและบทบาทหน้าที่การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง จัดทำแผนปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง กำหนดการเชื่อมบ้านแบบทีมสหวิชาชีพ มีแผนการดูแลตามกระบวนการและประเมินผลการดูแลเชื่อมบ้าน อบรมให้ความรู้แกนนำในชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านโดยใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจและการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างเครือข่ายชมรม และดำรงกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีศูนย์การดูแลต่อเนื่อง มีเครือข่ายสารสนเทศในการเชื่อมโยงข้อมูล เช่น แอปพลิเคชันไลน์ เฟสบุ๊ก โปรแกรมลิงค์เพื่อเรียกรถฉุกเฉิน มีหน่วยประสานรถกู้ชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดตั้งกองทุนกายอุปกรณ์เพื่อขอรับบริจาค

กายอุปกรณ์จากชุมชน จัดระบบการส่งต่อผู้สูงอายุจากบ้านมาที่ศูนย์ดูแล กิจกรรมที่ดำเนินการต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ของรูปแบบที่ดีในการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง สอดคล้องกับการรับรองรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา โดยการสัมมนาผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ได้ให้ความคิดเห็นร่วมกันว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและสภาพพื้นที่ในจังหวัดสงขลา ความสามารถในการนำไปใช้การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลาและประโยชน์ในการนำผลการพัฒนาไปใช้ในการดำเนินการต่อไป จังหวัดสงขลา

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัย รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง จังหวัดสงขลา มุ่งเน้นเพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายจิตใจ และสังคม โดยใช้แนวคิดการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผลการวิจัยทำให้ได้ข้อเสนอเชิงนโยบาย คือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียง ควรมีการจัดการระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่อย่างเหมาะสม รวมทั้งการพัฒนาระบบฐานข้อมูลทางคลินิกให้เกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ และการพัฒนาศักยภาพทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้สามารถให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้สามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม และส่งผลให้ผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2562. ค้นจาก <http://thaincd.com>
2. กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์, จิตติมา โกศลวิตร, และนฤมล บุญญนิवारวัฒน์. 2558. รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงบังอำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี. *มนุษยสังคมสาร*, 17(1), 1-20.
3. เกียรติศักดิ์ ธรรมอภิพล, เสาวภา พรศิริพงษ์, พัชรินี วินิจจะกุล, และสุพัตรา ศรีวณิชชากร. 2557. การวิจัยการปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 8(2), 120-131.
4. ขวัญสุมาณา พินราช, สุนันทา สิทธิพงษ์สกุล, ศรีสุรางค์ พัฒนานุรักษ์, อัญชลี นวลคล้าย, และสุวิทย์ วรรณ. 2561. *การพัฒนารูปแบบผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีจิตสาธารณะ*. ค้นจาก <https://www.western.ac.th/media/attachments/2019/02/09/mind.pdf>
5. จินตนา อาจสันเทียะ และรัชณีย์ ป้อมทอง. 2561. แนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21: ความท้าทายในการพยาบาล *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 39-48.
6. จีวรรณ อุปมานะ. 2561. *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี*. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 3 “นวัตกรรมที่พลิกโฉมสังคมโลก” 564-576.
7. เนติมา คูณีย์. 2557. *การทบทวนวรรณกรรม: สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด
8. พิศมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และสุภาวดี แถวเพ็ญ. 2559. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โลก อำเภอกะหรัง วิทย จังหวัดร้อยเอ็ด. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*, 23(2), 79-87.
9. วิชัย โชควิวัฒน์. 2560. *การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
10. ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และคณิศร เต็งรัง. 2556. *ผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย*. รายงานวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
11. สุกัญญา ปวงนิม, นงนภัทร รุ่งเนย, และอุไรรัชย์ บุญแท้. 2562. การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 38(3), 178-195.
12. สถิติผู้สูงอายุ ระบบสถิติ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2561. ค้นจาก <http://www.dop.go.th/th>
13. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2562. *แผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562*. ค้นจาก https://www.skto.moph.go.th/document_file/yudtasad20y.pdf
14. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2561. *รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2560*. กรุงเทพฯ
15. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. 2561. *สถิติผู้สูงอายุ จังหวัดสงขลา*.
16. อรัญญารักหาบ, พูนทรัพย์ ทุ่กุด โกมลพผล, คมสันต์ เหลี่ยมมะ, อุทิศ มัจฉาเวช, ประเสริฐ นันทบุตร, และสุรพล สงวนนาม. 2561. *การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชนคลองเคียน อ. ตะกั่วทุ่ง จ. พังงา*. รายงานวิจัย. มปท.

- 17.อิงทิตา วงศ์จินดาและจิตพนธ์ ชุมเกตุ. 2561. การศึกษาความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ตำบลสะพลี อำเภอบึงสามพัน จังหวัดชุมพร. สารนิพนธ์ศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาการจัดการธุรกิจและภาษาอังกฤษ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตสารสนเทศเพชรบุรี.
- 18.Kodner D. 2009. All Together Now: A Conceptual Exploration of Integrated Care. *Healthc Q*. 13(special issue): 6-15
- 19.Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. 1999. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature?. *Manage Hlth C*; 7(3):56-66.

ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวม แนวพุทธในชุมชนอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

Effects of a Buddhist Holistic Competency Rehabilitation Program for Cerebrovascular Accident

Patients in Community at Pak Kret District, Nonthaburi Province

เพ็ญศรี แสนสุข¹, มุกดา หนูศรี², นภาพัญ จันทรัมย์³

Pensri Saensuk, Mukda Nuysri, Napaphen Jantacumma

(Received: November 3, 2020; Accepted: December 15, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ การเคลื่อนไหว และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเอง การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังใช้โปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระยะเวลาป่วยไม่เกิน 12 เดือน ซึ่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ (กลุ่มทดลอง) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตลาด (กลุ่มเปรียบเทียบ) ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ในการคัดเลือก แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมแนวพุทธในชุมชน ที่ผู้วิจัยพัฒนาพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1996) และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมแนวพุทธ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถาม 2) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และ 3) แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติการทดสอบไคสแควร์ การทดสอบทีซนดิอิสระและไม่อิสระ การทดสอบวินคอกซ์ชันชายแรงค และสถิติการทดสอบแมนวิทนียู ผลการศึกษาพบว่า 1) หลังใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวม การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีกว่าก่อนใช้โปรแกรม และมีความทุกข์น้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 2) หลังใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวม การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีความทุกข์น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ: โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โรคหลอดเลือดสมอง ทฤษฎีความสามารถตนเอง องค์รวมแนวพุทธ

Abstract

The objectives of this quasi-experimental research were 1) to compare self-care behaviors, daily activities ability, restoration of movement and emotional distress from stroke of an experimental group before and after using the program; and 2) to compare of self-care behaviors, daily activities ability, restoration of movement and emotional distress from stroke between the experimental and comparison groups after using the program. The samples were diagnosed as cerebrovascular patients for less than 12 months prior to the study who received care at Ban Mai Sub-District Health Promoting Hospital (experimental group) and Bang Talat Sub-District Health Promoting Hospital (comparison group). They were selected by purposive sampling technique as per the inclusion criteria to be in the experimental group and comparison group, with 30 persons in each group. The experimental tool was the Buddhist Holistic Competency Rehabilitation Program for Cerebrovascular Accident Patients developed by the researcher based on the Self Efficacy Theory of Bandura (1996) and Buddhist holistic care concepts. Study period was 8

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

³ อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

weeks. The data collection tools were: 1) questionnaires including 3 parts: (1) general data of stroke patients and caregivers, (2) self-care behaviors, and (3) distress thermometer, (the Cronbach alpha coefficients of parts 2 and part 3 were 0.99 and 0.98, respectively); 2) Barthel Activities of Daily Living (ADL); and 3) Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM). Data were analyzed by descriptive statistics, independent and dependent t-tests, Wilcoxon Signed Ranks test and Mann-Whitney U test. The results found as follows. 1) After using the program, samples in the experimental group were significantly better with self-care behaviors, daily activities ability, restoration of movement and had lower emotional distress from stroke than before using the program. 2) After using the program, samples in the experimental group were significantly better with self-care behaviors, daily activities ability, restoration of movement and had lower emotional distress from stroke than samples in the comparison group ($p < 0.01$).

Key words: Rehabilitation Program, Activities of Daily Living, Cerebrovascular Disease, Self-Efficacy Theory, Buddhist Holistic Care Concept

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากเส้นเลือดในสมองแตก ตีบหรือตัน ทำให้สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง ส่งผลให้สมองสูญเสียสมรรถภาพ และในรายที่หลอดเลือดในสมองแตกบางรายเสียชีวิต องค์การอนามัยโลก⁽²⁾ รายงานว่า ใน พ.ศ. 2557-2558 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นเป็น 17 ล้านคนทั่วโลก และรายงานสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นอันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปีทั่วโลก ส่วนผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักมีความสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย เช่น เป็นอัมพาตครึ่งซีก พูดไม่ชัด สูญเสียการทรงตัว กลืนอาหารลำบาก เป็นต้น⁽¹⁾ โรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2563 (ค.ศ. 2020) คนทั่วโลกจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองถึง 6.5 ล้านคน⁽²⁾ และคาดว่าใน ค.ศ. 2030 จะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 7.8 ล้านคน สำหรับประเทศไทยจากสถิติกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2550⁽³⁾ พบว่า โรคนี้มีความชุก 206 ต่อแสนประชากร หรือคนไทยจะเป็นโรคสมองขาดเลือด 1 คน ในทุก ๆ 3 นาที โดยร้อยละ 80 เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ และร้อยละ 20 เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก และพบว่า โรคนี้มีอัตราการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นจาก พ.ศ. 2540 ถึง 2.75 เท่า และโรคนี้เมื่อเป็นแล้วจะมีการเสียชีวิตร้อยละ 10 และอีกร้อยละ 50-60 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตมี

ความพิการหลงเหลืออยู่ โดยเกิดความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวและการทรงตัว ด้านประสาทการรับรู้และการเรียนรู้ ด้านการสื่อความหมาย ด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ส่งผลให้เกิดเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลและต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในครอบครัวอีกด้วย จังหวัดนนทบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีแนวโน้มของอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากเป็นชุมชนเมืองที่มีประชากรมาอาศัยอยู่เพิ่มขึ้นมากทั้งประชากรดั้งเดิมและประชากรแฝง จึงทำให้สถิติอัตราป่วย และอัตราตายสูงขึ้นตามลำดับ จากการศึกษาอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดนนทบุรี เท่ากับ 266.08, 301.05, 358.85 และ 369.86 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 31.08, 33.17, 35.11 และ 37.17 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁽⁴⁾ จะเห็นได้ว่า ทั้งอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในจังหวัดนนทบุรีมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในส่วนของอำเภอปากเกร็ด ใน พ.ศ. 2557-2560 อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 166.08, 240.54, 270.96, และ 302.25 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองของอำเภอปากเกร็ด เท่ากับ 29.9, 31.70, 31.93 และ 38.95 ต่อแสนประชากร ตามลำดับซึ่งจะเห็นได้ว่า ทั้งอัตราป่วยและอัตราตายโรคหลอดเลือดสมองของอำเภอปากเกร็ดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ส่วนตำบลบ้านใหม่ จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการตั้งแต่ พ.ศ. 2557-2560

พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 59.85, 62.68, 65.63 และ 70.45 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วน อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 24.12, 30.65, 32.07 และ 34.77 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่, 2561) ซึ่งจะเห็นได้ว่า ทั้ง อัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองของตำบลบ้านใหม่ก็มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกับสถานการณ์ของโรคนี้ในอำเภอปากเกร็ด เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอปากเกร็ด เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ โรงพยาบาลชลประทานเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวออกตรวจโรคทุกวันพุธต่อ 1 สัปดาห์ จำนวนประชาชนที่เจ็บป่วยและอยู่ในพื้นที่อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี จึงมารับบริการมากขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีเป็นปัญหา คือ เมื่อกลับมาจากโรงพยาบาลแล้ว การดูแลของญาติ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเองยังไม่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต้องกลับไปนอนโรงพยาบาลอีกและเกิดภาวะเครียดตามมา ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมแนวพุทธในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี เพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอปากเกร็ดที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังใช้โปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็น การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิด 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest- posttest design)

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน หรือแตก ซึ่งมารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี จำนวน 60 คน กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน หรือแตก ซึ่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตลาด โดยมีกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แนวคิด Power Analysis สำหรับสถิติที่ใช้ทดสอบความแตกต่างของข้อมูล (t-test) โดยใช้ขนาดอิทธิพล (effect size) ที่คำนวณจากผลการวิจัยของ วาสนา มูลฐิ (2559) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองจำนวน 30 คู่ และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คู่ พบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลอง 34.13 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.27 คะแนน และค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มเปรียบเทียบ 28.57 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.96 คะแนน ได้ค่าขนาดอิทธิพล 1.7226 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลที่มีขนาดใหญ่มาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ (Large effect size) = .80 โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) = .92 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = .05 กำหนดได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน

การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่เป็นกลุ่มทดลอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตลาดเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือแตกเป็นครั้งแรก ไม่เกิน 12 เดือน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับ (Bathel ADL index) ได้คะแนน 5-11 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน (กรมอนามัย, 2557) เปรียบเทียบด้วยอายุ (± 2 ปี) เพศ แขนขาข้างที่อ่อนแรง และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (± 3 คะแนน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ มี 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ที่ผู้วิจัยพัฒนาพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1996) โดยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง 4 วิธี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถาม มี 3 ส่วน (1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล (2) พฤติกรรมในการดูแลตนเอง ด้านอาหาร จำนวน 22 ด้านการขับถ่าย จำนวน 4 ข้อ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยผู้ป่วยทำเอง จำนวน 21 ข้อ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยผู้ดูแลจำนวน 10 ข้อ การนัดสัมผัสและการประคบโดยผู้ดูแล จำนวน 7 ข้อ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจำนวน 13 ข้อ และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จำนวน 8 ข้อ การจัดการความทุกข์จำนวน 6 ข้อ รวมทั้งสิ้น 102 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (5 คะแนน=ปฏิบัติ

ทุกครั้ง) (1 คะแนน=ปฏิบัติน้อยมาก) การแปลผลระดับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรา, 2553, น. 502) คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00ระดับพฤติกรรมมากที่สุด 1.00-1.49น้อยที่สุด ความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 0 หมายถึง ไม่ทุกข์ใจเลย 10 หมายถึง มีความทุกข์ใจแสนสาหัส โดยการวัดความทุกข์ แบ่งเป็น 2 ครั้งคือ ครั้งแรก วัดความทุกข์ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ครั้งที่ 2 วัดความทุกข์หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ข้อมูล ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค 0.99 และ 0.98 ตามลำดับ 2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 3) แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติการทดสอบไคสแควร์ การทดสอบทีชนิดอิสระและไม่อิสระ การทดสอบวินคอกชันซายแรงค และสถิติการทดสอบแมนวิทนียู

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเองความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ โดยใช้สถิติการทดสอบทีชนิดไม่อิสระ (Paired t-test)

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเองความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว และความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังใช้โปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

โดยใช้สถิติการทดสอบทีชนิดอิสระ (Independent t-test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

สรุปและอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมี 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบตัวแปรที่ทำการศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย**ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล** เพศ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.67 เท่ากัน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 67.50 ปี และ 65.20 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 60.00 และร้อยละ 63.33 ตามลำดับ **สถานภาพสมรส** ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 53.33 และร้อยละ 73.33 ตามลำดับ **ศาสนา** กลุ่มตัวอย่างทุกคนนับถือศาสนาพุทธ **ระดับการศึกษา** ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 33.33 และร้อยละ 40.00 ตามลำดับ **อาชีพ** ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 43.33 และร้อยละ 53.33 ตามลำดับ **รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน** กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 15,843.33 บาท และ 13,746.67 บาท ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 26.67 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 40.00 **ความพอเพียงของรายได้** พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 60.00 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 46.67 **บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว** ส่วนใหญ่เป็นผู้อาศัย ร้อยละ 53.33 เท่ากัน **สภาพร่างกายและพฤติกรรมสุขภาพ** ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน ร้อยละ 70.00 และร้อยละ 76.67 ตามลำดับ **สภาพร่างกายเมื่อเป็นโรคหลอดเลือดสมอง** ใบหน้า ส่วนใหญ่ไม่มี

ปากขาตก ร้อยละ 43.34 และร้อยละ 60.00 ตามลำดับ ลำตัว ส่วนใหญ่มีภาวะลำตัวซีกขวาอ่อนแรง ร้อยละ 60.00 และร้อยละ 53.33 ตามลำดับ **การสื่อสาร** ส่วนใหญ่พูดปกติ ร้อยละ 70.00 และร้อยละ 60.00 ตามลำดับ **การฟังปกติ** ร้อยละ 93.33 และร้อยละ 96.67 ตามลำดับ **การกลืนปกติ** ร้อยละ 83.33 และร้อยละ 96.67 ตามลำดับ **การมองเห็น** ร้อยละ 83.33 และร้อยละ 80.00 ตามลำดับ **การขับถ่ายปัสสาวะ** ส่วนใหญ่ กลั้นปัสสาวะได้ ร้อยละ 66.67 และร้อยละ 73.33 ตามลำดับ **การขับถ่ายอุจจาระ** ส่วนใหญ่ถ่ายอุจจาระปกติ ร้อยละ 66.67 และร้อยละ 76.66 ตามลำดับ **โรคประจำตัว** ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 46.66 และร้อยละ 53.34 ตามลำดับ **การรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับ** ทุกคนได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูง และส่วนใหญ่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด ร้อยละ 70.00 และร้อยละ 76.67 ตามลำดับ **การรับประทานยาตามแผนการรักษา** กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มรับประทานยาอย่างต่อเนื่องทุกชนิด **การไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ตามนัด** ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ตรงตามนัด ร้อยละ 83.33 และร้อยละ 80.00 ตามลำดับ **การบริหารร่างกายด้านที่อ่อนแรงด้วยตนเอง** ส่วนใหญ่ไม่บริหารและบริหารไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 80.00 และร้อยละ 76.67 ตามลำดับ **การบริหารร่างกายด้านที่อ่อนแรงโดยผู้ดูแล** ส่วนใหญ่ไม่บริหารและบริหารให้ผู้ป่วยไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 83.33 และร้อยละ 80.00 ตามลำดับ **การออกกำลังกายด้วยวิธีอื่นในปัจจุบัน** ร้อยละ 56.67 และร้อยละ 50.00 ไม่ออกกำลังกายที่เหลือส่วนใหญ่ออกกำลังกาย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 23.33 และร้อยละ 33.34 ตามลำดับ โดย ทุกคนออกกำลังกายด้วยการเดิน ระยะเวลาในการออกกำลังกายเฉลี่ยวันละ 44.60 นาที และ 45.33 นาที ตามลำดับ **การสูบบุหรี่ก่อนมีอาการอัมพาต/อัมพฤกษ์** ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 76.67 และร้อยละ 83.33 ตามลำดับ **การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนมีอาการอัมพาต/อัมพฤกษ์** ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 73.33 เท่ากัน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนใช้โปรแกรมฯ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		t / Z	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. เพศ						
ชาย	17	56.67	17	56.67	0.000 ^a	1.000
หญิง	13	43.33	13	43.33		
2. อายุ (ปี)	$\bar{X} = 67.50$, S.D. = 7.601		$\bar{X} = 65.20$, S.D. = 6.299			
51-60	4	13.33	5	16.67	-1.366 ^c	.172
61-70	18	60.00	19	63.33		
> 70	8	26.67	6	20.00		
3. สถานภาพสมรส						
โสด	8	26.67	3	10.00	3.31 ^a	.191
คู่	16	53.33	22	73.33		
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	6	20.00	5	16.67		
4. ศาสนา						
พุทธ	30	100.00	30	100.00	0.000 ^a	1.000
5. ระดับการศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา	0	0.00	1	3.34	2.912 ^a	.714
ประถมศึกษา	10	33.33	12	40.00		
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	30.00	9	30.00		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	5	16.67	4	13.33		
อนุปริญญา/ ปวศ./ปริญญาตรีและ สูงกว่าปริญญาตรี	6	20.00	4	13.33		
6. อาชีพ						
เกษตรกร	2	6.67	2	6.67	4.910 ^a	.555
รับจ้างทั่วไป	13	43.33	16	53.33		
ค้าขาย	3	10.00	6	20.00		
พนักงานบริษัทเอกชน	3	10.00	2	6.67		
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	1	3.33	0	0.00		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	20.00	4	13.33		

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t / Z	p-value
	(n = 30)		(n = 30)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อื่น ๆ	2	6.67	0	0.00		
7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท)	$\bar{X} = 15,843.33$, S.D. = 11,184.709		$\bar{X} = 13,746.67$, S.D. = 5,719.219			
≤ 5,000	3	10.00	0	0.00	-.540 ^c	.689
5,001-10,000	7	23.33	12	40.00		
10,001-15,000	8	26.67	8	26.67		
15,001-20,000	6	20.00	6	20.00		
> 20,000	6	20.00	4	13.33		
8. ความพอเพียงของรายได้						
เพียงพอ เหลือเก็บ	9	30.00	14	46.67	4.910 ^a	.179
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	18	60.00	11	36.67		
ไม่เพียงพอ แต่ไม่เป็นหนี้	2	6.67	1	3.33		
ไม่เพียงพอ เป็นหนี้	1	3.33	4	13.33		
9. บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว						
หัวหน้าครอบครัว	14	46.67	14	46.67	0.000 ^a	1.000
ผู้อาศัย	16	53.33	16	53.33		
10. ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง						
หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	21	70.00	23	76.67	0.341 ^a	.559
หลอดเลือดสมองแตก	9	30.00	7	23.33		
11. สภาพร่างกาย						
11.1 ใบหน้า						
มุมปากขวาตก	13	43.34	18	60.00	0.421 ^a	.517
มุมปากซ้ายตก	10	33.33	11	36.67		
มุมปากปกติ	7	23.33	1	3.33		
11.2 ลำตัว						
ซีกขวาอ่อนแรง	18	60.00	16	53.33	0.271 ^a	.602
ซีกซ้ายอ่อนแรง	12	40.00	14	46.67		
11.3 การสื่อสาร						
11.3.1 การพูด						
พูดปกติ	21	70.00	18	60.00	0.659 ^a	.417
พูดผิดปกติ (ซ้ำ ไม่ชัด)	9	30.00	12	40.00		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		t / Z	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
11.3.2 การฟัง						
ฟังเข้าใจ	28	93.33	29	96.67	2.069 ^a	.150
ฟังไม่เข้าใจ	2	6.67	1	3.33		
11.4 การกลืน						
กลืนปกติ	25	83.33	26	86.67	2.455 ^a	.074
กลืนลำบาก	5	16.67	4	13.33		
11.5 การมองเห็น						
ปกติ	25	83.33	24	80.00	2.155 ^a	.080
ผิดปกติ	5	16.67	6	20.00		
11.6 การถ่ายปัสสาวะ						
กลั้นได้	20	66.67	22	73.33	2.667 ^a	.077
กลั้นไม่ได้	10	33.33	8	26.67		
11.7 การถ่ายอุจจาระ						
ปกติ	20	66.67	23	76.66	1.495 ^a	.474
กลั้นไม่ได้	5	16.67	2	6.67		
ท้องผูก ต้องสวนระบาย	5	16.67	5	16.67		
12. โรคประจำตัว						
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	11	36.67	10	33.33	0.292 ^a	.864
โรคความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง	14	46.66	16	53.34		
โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง	5	16.67	4	13.33		
13. ยารักษาโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับ						
ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง	30	100.00	30	100.00	0.000 ^a	1.00
ยาต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด	21	70.00	23	76.67	0.141 ^a	.708
ยารักษาโรคเบาหวาน	16	53.33	14	46.67	0.267 ^a	.606
ยาลดระดับไขมันในเลือด	17	56.67	14	46.67	0.601 ^a	.438
อื่น ๆ เช่น วิตามิน เป็นต้น	21	70.00	22	73.33	0.082 ^a	.774

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		Z / t/ Z	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
14. การรับประทานยาตามแผนการรักษา						
รับประทานอย่างต่อเนื่องทุกชนิด	30	100.00	30	100	0.000 ^a	1.00
15. การไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ตามนัดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา						
พบแพทย์ตรงตามนัด	25	83.33	24	80.00	0.111 ^a	.739
พบแพทย์ไม่ตรงตามนัด	5	16.67	6	20.00		
16. การบริหารร่างกายด้านที่อ่อนแรงด้วยตนเอง						
ไม่บริหาร	13	43.33	11	36.67	0.287 ^a	.866
บริหาร ไม่สม่ำเสมอ	11	36.67	12	40.00		
บริหารสม่ำเสมอ	6	20.00	7	23.33		
17. การบริหารร่างกายด้านที่อ่อนแรงโดยผู้ดูแล						
ไม่บริหาร	12	40.00	10	33.33	0.310 ^a	.857
บริหาร ไม่สม่ำเสมอ	13	43.33	14	46.67		
บริหารสม่ำเสมอ	5	16.67	6	20.00		
18. การออกกำลังกายด้วยวิธีอื่นต่อสัปดาห์ในปัจจุบัน (ครั้ง/สัปดาห์)						
ไม่ออกกำลังกายเลย	17	56.67	15	50.00	0.268 ^a	.606
ออกกำลังกาย 1-2 ครั้ง/สัปดาห์	1	3.33	1	3.33		
ออกกำลังกาย 3-4 ครั้ง/สัปดาห์	7	23.33	10	33.33		
ออกกำลังกาย 5-6 ครั้ง/สัปดาห์	3	10.00	3	10.00		
ออกกำลังกายทุกวัน	2	6.67	1	3.33		
19. ประเภทของการออกกำลังกาย/เคลื่อนไหวร่างกาย						
เดิน	13	100.00	15	100.00	0.000 ^a	1.00
20. ระยะเวลาออกกำลังกาย (นาที/วัน) $\bar{X} = 44.60$, S.D.= 10.417 $\bar{X} = 45.33$, S.D.= 11.666						
30-40	5	38.46	5	33.33	-0.291 ^c	.771
41-50	4	30.77	5	33.33		
51-60	4	30.77	5	33.34		
21. การสูบบุหรี่ก่อนมีอาการอัมพฤกษ์/อัมพาต						
ไม่สูบ	23	76.67	25	83.33	0.426 ^a	.808

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Z / t/ Z	p-value	
	(n = 30)		(n = 30)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว	4	13.33	3	10.00			
สูบบุหรี่เป็นประจำ	3	10.00	2	6.67			
22. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนมีอาการอาเจียน/อาพาธ							
ไม่ดื่ม		2	73.33	22	73.33	0.000 ^a	1.00
		2					
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว		8	26.67	8	26.67		

* p < .05

a หมายถึง ค่า χ^2 จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

b หมายถึง ค่า t จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการทดสอบทีชนิดอิสระ (Independent t-test)

c หมายถึง ค่า Z จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติการทดสอบแมนวิทนียู (Mann Whitney U test)

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมี 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลส่วนบุคคลคล้ายคลึงกัน ดังนี้

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.67 เท่ากัน อายุ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 67.50 ปี (S.D.= 7.601) และ 65.20 ปี (S.D.= 6.299) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 60.00 และร้อยละ 63.33 ตามลำดับ สถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 53.33 และร้อยละ 73.33 ตามลำดับ ศาสนา กลุ่มตัวอย่างทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 33.33 และร้อยละ 40.00 ตามลำดับ อาชีพ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 43.33 และร้อยละ 53.33 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 15,843.33 บาท (S.D.= 11,184.709) และ 13,746.67

บาท (S.D.= 5,719.219) ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 26.67 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 40.00 ความพอเพียงของรายได้ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ แต่ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 60.00 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 46.67 บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นผู้อาศัย ร้อยละ 53.33 เท่ากัน

สภาพร่างกายและพฤติกรรมสุขภาพ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน ร้อยละ 70.00 และร้อยละ 76.67 ตามลำดับ สภาพร่างกายเมื่อเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ในหน้า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีภาวะลำตัวซีกขวาอ่อนแรง ร้อยละ 60.00 และร้อยละ 53.33 ตามลำดับ การสื่อสาร กลุ่มทดลองและกลุ่ม

ตัวแปร	ก่อนใช้โปรแกรมฯ			หลังใช้โปรแกรมฯ			t / Z	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	3.76	0.682	มาก	3.93	0.597	มาก	-4.295 ^b	.000***
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.09	.210	ปานกลาง	3.15	0.209	ปานกลาง	-1.000 ^a	.326
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน								
กลุ่มทดลอง	8.67	1.124	ติดบ้าน	12.07	0.868	ติดสังคม	-4.357 ^b	.000***
กลุ่มเปรียบเทียบ	8.83	1.053	ติดบ้าน	8.93	1.112	ติดบ้าน	-0.021 ^b	.983
การฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหว								
กลุ่มทดลอง	55.70	2.842	ปานกลาง	63.90	1.668	มาก	-4.796 ^b	.000** *
กลุ่มเปรียบเทียบ	60.40	2.836	ปานกลาง	60.60	2.647	ปานกลาง	-4.322 ^b	.061
ความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง								
กลุ่มทดลอง	3.50	2.529	น้อย	1.10	1.125	น้อยมาก	-4.141 ^b	.000** *
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.60	.770	น้อย	3.70	.828	น้อย	-2.000 ^b	.072

*** $p\text{-value} < .001$

** a หมายถึง ค่า t จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Paired t – test

b หมายถึง ค่า Z จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Wilcoxon Signed Ranks Test

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมก่อนใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.76$, S.D.= 0.682) หลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับมากเช่นเดิม แต่มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น ($\bar{X} = 3.93$, S.D.= 0.597) โดยหลังใช้โปรแกรมฯ พฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($Z = -4.295$, $p\text{-value} = .000$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.09$, S.D. = 0.210 และ $\bar{X} = 3.15$, S.D. = 0.209 ตามลำดับ) โดยพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -1.000$, $p\text{-value} = .326$)

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อนใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับติดบ้าน ($\bar{X} =$

8.67, S.D.= 1.124) หลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับติดสังคม ($\bar{X} = 12.07$, S.D.= 0.868) โดยหลังใช้โปรแกรมฯ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($Z = -4.357$, $p\text{-value} = .000$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับติดบ้าน ($\bar{X} = 8.83$, S.D. = 1.053 และ $\bar{X} = 8.93$, S.D. = 1.112 ตามลำดับ) โดยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -0.021$, $p\text{-value} = .983$)

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวก่อนใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 55.70$, S.D.= 2.842) หลังใช้โปรแกรมฯ มีการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 63.90$, S.D.= 1.668) โดยหลังใช้

โปรแกรมฯ มีการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวมากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -4.796$, $p\text{-value} = .000$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 60.40$, $S.D. = 2.836$ และ $\bar{X} = 60.60$, $S.D. = 2.647$ ตามลำดับ) โดยการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวก่อนและหลัง ใช้โปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -4.322$, $p\text{-value} = .061$)

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความทุกข์ก่อนใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 3.50$, $S.D. = 2.529$) หลังใช้โปรแกรมฯ มีความทุกข์อยู่ในระดับน้อยมาก ($\bar{X} = 1.10$, $S.D. = 1.125$) โดยหลังใช้โปรแกรมฯ มีความทุกข์น้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -4.141$, $p\text{-value} = .000$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความทุกข์ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 3.60$, $S.D. = 0.770$ และ $\bar{X} = 3.70$, $S.D. = 0.828$ ตามลำดับ) โดยความทุกข์ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.000$, $p\text{-value} = 0.072$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาพบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมดีกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หรือหลังใช้โปรแกรมฯ พฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมากและมากที่สุดถึงร้อยละ 80.00 มีเพียงร้อยละ 20.00 ที่อยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับปานกลางสูงถึงร้อยละ 96.67 และอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 3.33 ส่วนการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 หรือหลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองทุกคนมีการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับมาก ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีการฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 76.67 และอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 23.33 และยังพบว่า

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหลังใช้โปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 หรือหลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับคิดสังคม ร้อยละ 76.67 และระดับติดบ้าน ร้อยละ 23.33 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับติดบ้าน ร้อยละ 100 เช่นเดิม ส่วนด้านจิตใจ พบว่า ความทุกข์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 หรือหลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความทุกข์ระดับน้อย ร้อยละ 90.00 และที่เหลือร้อยละ 10 มีความทุกข์อยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีความทุกข์ในระดับน้อยเพียงร้อยละ 36.67 และมีความทุกข์ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.33 แสดงว่า โปรแกรมนี้ใช้ได้ผลดีในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลางหรือติดบ้านในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี จึงควรนำโปรแกรมฯ นี้ไปประยุกต์ใช้ในตำบลอื่น ๆ ของอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีสมรรถภาพสามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุข แม้ศักยภาพจะลดลงจากเดิม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ใช้เวลาดำเนินการวิจัยเพียง 8 สัปดาห์ ซึ่งทำให้มีระยะเวลาในการทำกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูลค่อนข้างสั้น ประกอบกับระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละคนก็แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของพยาธิสภาพในสมอง ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรใช้ระยะเวลาดำเนินการวิจัยอย่างน้อย 3 เดือน และศึกษาดูตามอย่างต่อเนื่องในระยะยาวโดยมีการประเมินผลเป็นระยะในช่วง 6, 9 และ 12 เดือน เพื่อเปรียบเทียบความต่อเนื่องของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.มุกดา หนูศรี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ พ.ต.หญิง ดร.นภาพีญ์ จันทขัมมา อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้ให้ความกรุณาให้คำแนะนำ และติดตามการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้อย่างใกล้ชิดตลอดมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกทราบบ้างในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ในความกรุณาของท่านที่ให้ข้อชี้แนะ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ และข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อปรับปรุงเครื่องมือให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ รวมทั้ง

เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวก ในการทำวิจัยครั้งนี้ขอขอบพระคุณ พระอาสาศิลาธรรม วัดชลประทานรังสฤษฎ์ และขอขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่าน ผู้ดูแล แกนนำสโตนัสได้คและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อนนักศึกษาและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ทุกท่านที่ได้กรุณาให้การสนับสนุนช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดมา

นาง เพ็ญศรี แสนสุข

ตุลาคม 2563

เอกสารอ้างอิง

1. นฤกุล ตะบูนพงค์, ช่อลัดดา พันธุเสนา, และนิตยา ดากวิริยะนันท์. (2537). ภูมิหลังและปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 14(4), 1-13.
3. Hanchaiphiboolkul, S., Pongvarin, N., Nidhinandana, S., Suwanwela, N.C., Puthkhao, P., Towanabut, S., . . . Samsen, M. (2011). Prevalence of stroke and stroke risk factors in Thailand: Thai Epidemiologic Stroke (TES) Study. *J Med Assoc Thai*, 94, 427-436.
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมอง*. สืบค้นจาก <http://bps.moph.go.th>
2. World Stroke Organization. (2010). *World stroke day*. Available from: <https://www.worldstrokecampaign.org/world-stroke-day-2010.html.2>.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของเกษตรกรที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2
ตำบลยางสักกระโหล่ม อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

THE FACTORS ASSOCIATED WITH GLYCOSYLATED HEMOGLOBIN CONTROL AMONG
FARMERS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AT YANGSAKKRAPOLUM
SUBDISTRICT, MUANGSAMSIP DISTRICT,
UBONRATCHATHANI PROVINCE.

กนกวรรณ ท้าวมา¹, พรพิมล ชูพานิช²

Kanokwan Thaoma , Pornpimon Chupanit

(Received: November 21 ,2020 ; Accepted: December 11 ,2020)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของเกษตรกรที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เขตพื้นที่ตำบลยางสักกระโหล่ม อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือเกษตรกรที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 255 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ ตามพื้นที่ความรับผิดชอบของ รพ.สต. หลังจากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง การเข้าถึงบริการและการได้รับข้อมูลข่าวสาร สำหรับข้อมูลระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างนำมาจากเวชระเบียนและสมุดสุขภาพประจำตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.8 มีอายุเฉลี่ย 62.0 ± 11.5 ปี เกือบครึ่งหนึ่งประกอบอาชีพเกษตรกรมากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 49.5 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 39.6 และกลุ่มตัวอย่างใช้การรักษาโรคเบาหวาน 2 ชนิด ร้อยละ 50.9 กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่งมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ($HbA1c$) ≥ 7 mg% กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.4 และ ร้อยละ 67.9 สำหรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.7 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการใช้ยาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 79.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.0 และด้านการเข้าถึงบริการและได้รับข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 92.6 สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี จะมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้เป็น 1.86 เท่าของกลุ่มที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี (95% CI = 1.08-3.21) กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะอ้วนลงพุงมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้เป็น 1.97 เท่าของกลุ่มที่ไม่อ้วนลงพุง (95% CI = 1.13-3.43) และกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยา 2 ชนิดมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้เป็น 2.41 เท่าของกลุ่มที่รับประทานยาเพียงชนิดเดียว (95% CI = 1.42 – 4.09)

Abstract

Type 2 diabetes mellitus (DM) is a major public health problem and its tendency is still increasing. In Thailand, the majority of population are mainly working in agriculture. The objective in this study is to identify factors associated with glycosylated hemoglobin (HbA1c) control among farmers with type 2 DM who came to receive services at the Health Promotion Hospital in Yangsakkapolum Subdistrict, Muang Sam Sip District, Ubon Ratchathani Province. The research design was the cross-sectional analytical study. The sample was 255 farmers with type 2 DM. The stratified random sampling was used according to the area of the Health Promotion Hospital. After that, the systematic sampling was performed. Data collection was used the interviewing questionnaires that comprise of personal information, knowledge and attitude about DM, self-care behavior, accessing the service and obtaining information. The level of HbA1c and medical history were collected by patient's medical records and personal health books. The statistical analysis included both descriptive statistics comprising of frequency, percentage,

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

mean, and standard deviation. To identify the association between factors and HbA1c control was used by the multiple logistic regression. A p-value less than 0.05 is statistically significant.

The results showed that most of sample were women with 60.8% and the average age was 62.0 ± 11.5 years. Almost half of them had agriculture more than 2 type were 49.5%. The samples had the duration of DM less than 5 years were 39.6% and they used medicine for treating DM more than 2 type was 50.9%. More than half of them had the level of HbA1c $> 7\%$. The samples had knowledge and attitude about DM at a moderate level were 44% และ 67.9%. For self-care behavior, almost of them had dietary eating behavior at a moderate level with 93.1%, exercise behavior at a moderate level with 59.7%, drug use behavior at a good level with 79.3%, stress management behavior at a moderate level with 56.0%, and almost of them accessed the service and obtained information at the highest level were 92.5%. For the factor associated with HbA1c control, the results were found that the age group < 60 years were 1.86 times more likely to have poor HbA1c control than the age group ≥ 60 years (95% CI = 1.08-3.21). The subjects who had abdominal obesity were 1.97 times more likely to have poor HbA1c control compare to those had no abdominal obesity (95% CI = 1.13 - 3.43). The subjects taking 2 types of drug were 2.41 times more likely to have poor HbA1c control compare to those taking 1 type of drug (95% CI = 1.42 - 4.09).

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงของสภาพเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน ส่งผลทำให้รูปแบบการดำเนินชีวิตของประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น ข้อมูลทางด้านระบาดวิทยาของประเทศไทย บ่งชี้ว่าโรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข ซึ่งทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก⁽¹⁾ ในปี พ.ศ.2560 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 425 ล้านคน และคาดว่าจะในปี พ.ศ.2588 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มมากขึ้นเป็น 629 ล้านคน โดยทุก ๆ 1 นาทีจะมีคนเป็นโรคเบาหวานเพิ่ม 6 คน และจะมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานในแต่ละปีคิดเป็นจำนวน 3.2 ล้านคน⁽¹⁾ จากรายงานฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน ในภาพรวมของประเทศไทยปี 2554 – 2558 เท่ากับ 968.22, 1,050.05, 1,081.25, 1,032.50 และ 1,233.35 ตามลำดับ และอัตราตายด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน ในภาพรวมของประเทศไทยปี 2556 – 2558 เท่ากับ 8.80, 15.48 และ 19.59 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี⁽²⁾

สำหรับจังหวัดอุบลราชธานี สถานการณ์โรคเบาหวาน 3 ปี ย้อนหลัง พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2559 - 2561 เท่ากับ 5,952.03,

6,116.44, 6,400.12 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งมีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คิดเป็นร้อยละ 27.51, 15.69 และ 32.24 ตามลำดับ⁽³⁾

พื้นที่ตำบลยางสักกระโพนหุ้ม อำเภอวังสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ระหว่างปี 2559-2561 เท่ากับ 6884.13, 7051.79, 7275.26 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพียง ร้อยละ 18.46, 23.45 และ 18.90⁽³⁾ ซึ่งเมื่อเทียบกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้เกณฑ์เป้าหมายของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเท่ากับ ร้อยละ 40 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่ตำบลยางสักกระโพนหุ้ม อำเภอวังสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ยังมีอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการเกิดโรคเบาหวานมีหลายปัจจัย ได้แก่ กรรมพันธุ์ ความอ้วน อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปีขึ้นไป เป็นต้น⁽⁴⁾ รวมถึงปัจจัยด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิตหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเบาหวานด้วย⁽⁵⁾ จากการสำรวจประชาชนในพื้นที่ตำบลยางสักกระโพนหุ้มส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.56 จะประกอบอาชีพเกษตรกร⁽⁶⁾ และจากการสังเกต พบว่าประชาชนในพื้นที่ยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี ในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งในรอบปีที่ผ่านมา พื้นที่

ค่าปลายซีกกระโพกลุ่มมีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c; HbA1c) $> 7\%$ ร้อยละ 65.21⁽⁷⁾

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่ามีปัจจัยอะไรที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของเกษตรกรที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ตำบลยางสักกระโพกลุ่ม อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนและหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขไม่ให้อาการเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจสถานการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของเกษตรกรที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตพื้นที่ตำบลยางสักกระโพกลุ่ม อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การเข้าถึงบริการและการได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเกษตรกรที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตพื้นที่ตำบลยางสักกระโพกลุ่ม อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การเข้าถึงบริการและการได้รับข้อมูลข่าวสารและพฤติกรรมดูแลสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของเกษตรกรที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตพื้นที่ตำบลยางสักกระโพกลุ่ม อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการวิจัย

การศึกษเชิงวิเคราะห์ (Analytical Study) แบบภาคตัดขวาง (Cross-section design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของเกษตรกรที่เป็นโรคเบาหวาน

ชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตพื้นที่ตำบลยางสักกระโพกลุ่ม อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ เกษตรกรที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ของตำบลยางสักกระโพกลุ่ม อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งประกอบด้วย 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางสักกระโพกลุ่ม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางเครือ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาดี โดยประชากรที่ศึกษาจะต้องได้เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2563 ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 มีนาคม พ.ศ. 2563 และมีการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือดจากห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวนทั้งหมด 391 คน

เกณฑ์การคัดเข้าการศึกษา (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ของตำบลยางสักกระโพกลุ่ม อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี
2. มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
3. มีผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือดล่าสุด ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 มีนาคม 2563
4. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลชนิดรับประทาน
5. ประกอบอาชีพเกษตรกร
6. ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร ได้แก่ การฟังและการพูด

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีโรคแทรกซ้อนหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่รุนแรง เช่น ภาวะไตวาย อัมพฤกษ์หรืออัมพาต มะเร็ง เป็นต้น

2. ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในระหว่างการตั้งครรภ์

3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลชนิดฉีด หรือทั้งกินและฉีด

4. ย้ายที่อยู่ไม่สามารถติดตามได้

ขนาดตัวอย่าง

คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับกรณีวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบหลายปัจจัยด้วยสถิติ Multiple logistic regression กรณีที่ตัวแปรอิสระที่สนใจเป็นตัวแปรทวินาม (Hsieh, Bloch & Larsen, 1998) ดังนี้

$$n_p = \frac{P(1-P)(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{[B(1-B)(P_0 - P_1)^2]}$$

หลังจากนั้นได้คำนวณขนาดตัวอย่างโดยคำนึงถึงผลที่เกิดจากตัวแปรอิสระอื่นๆ โดยปรับด้วยค่า Variance inflation factor โดยใช้สูตร (Hsieh, 1989) ดังนี้

$$n_p = \frac{n_i}{(1 - r_{123...p}^2)}$$

สำหรับจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้ เท่ากับ 255 คน ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล, ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน, ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน, ส่วนที่ 4 การเข้าถึงการบริการ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร และส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ใช้ แบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดยาที่รับประทาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

จากการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาในเครื่องมือ (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบประเมินค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC: Index of item Objective Congruence)

ค่าดัชนีความสอดคล้องที่คำนวณได้ มีค่าระหว่าง 0.66 – 1 นำข้อมูลไปทดสอบค่าสถิติเพื่อวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้วิธีการหาความสัมพันธ์ประสิทธิ์แอลฟาของคลอนบาช (Cronbach's Alpha coefficient) เกณฑ์การแปลผลความเชื่อมั่นของเครื่องมือ คือ ค่า r มากกว่าหรือเท่ากับ 0.7 ขึ้นไป จึงจะถือว่าเป็นค่าที่ยอมรับว่ามีความเชื่อมั่นได้ (เกียรติสุตา ศรีสุข, 2552) ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า แบบสัมภาษณ์มีค่าความเชื่อมั่นโดยรวม 0.77

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น ไปยังผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางสักระโพหลุ่ม, ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางเครือ และ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาดี เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทำการศึกษานี้ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยทำหนังสือแจ้งเพื่อขอความร่วมมือผู้เข้าร่วมวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลทั้งหมดของผู้เข้าร่วมวิจัยจะเก็บเป็นความลับและมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงให้เซ็นใบยินยอม

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์โดยการสัมภาษณ์จากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่ผ่านการอบรม แล้วบันทึกในแบบสัมภาษณ์

4. ดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสัมภาษณ์ กรณีพบว่าข้อมูลบางชุดคำถามที่ไม่ได้ตอบ ดำเนินการขอข้อมูลเพิ่มเติมจากกลุ่มเป้าหมายโดยการสอบถามจากกลุ่มเป้าหมายโดยตรงหรือติดต่อผ่านทางโทรศัพท์มือถือ

5. เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วนตามกำหนดแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ปัจจัยด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ปัจจัยด้านการเข้าถึงการบริการ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของเกษตรกรที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกส์ (Multiple logistic regressions) ซึ่งมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ ดังนี้

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยการวิเคราะห์คราวละหนึ่งปัจจัย (univariate analysis) เพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรที่ละคู่ โดยปัจจัยที่เป็นตัวแปรอิสระได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ปัจจัยด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ปัจจัยด้านการเข้าถึงการบริการ และการได้รับข้อมูลข่าวสารต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของเกษตรกรที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยสถิติ Simple logistic regression ในการวิเคราะห์ นำเสนอค่าผลการวิเคราะห์เป็น Crude Odd ratio และค่า p-value เพื่อนำมาคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่โมเดลเริ่มต้น (Initial Model) โดยคงตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามที่มีค่า p-value < 0.25 รวมถึง จากการพิจารณาจากองค์ความรู้การทบทวนวรรณกรรม เพื่อนำตัวแปรเข้าสู่การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ตัวแปรอิสระคราวละหลายปัจจัย

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ตัวแปรอิสระคราวละหลายปัจจัย (multivariate analysis) โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) ใช้เทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัวแปร (Backward elimination procedure) ตัวแปรตามคือการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้กับไม่ได้ของเกษตรกรที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted Odds ratio (Adjusted OR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% (95% Confidence Interval; 95% CI) ซึ่งการกำหนดโมเดลเริ่มต้น

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ ผ่านการรับรองการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE632149 ณ วันที่ 26 มิถุนายน 2563

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.8 มีอายุเฉลี่ย $62.0 + 11.5$ ปี ทำการเกษตรมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 49.5 รองลงมา คือ ปลูกพืชไร่อย่างเดียว (ข้าว, ข้าวโพด, อ้อย, มันสำปะหลัง) ร้อยละ 42.4 รายได้ต่อเดือนของครอบครัวในกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 69.1 รองลงมา คือ 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 21.1 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 86.6 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.0 สถานภาพสมรส คือ สมรสแล้ว ร้อยละ 78.4 มีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 58.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 79.6 และไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 62.4 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมกับโรคเบาหวาน ร้อยละ 70.2 กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.8) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการแทรกซ้อน 123 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่มีอาการของโรคแทรกซ้อนน้อยกว่า 6 เดือน ร้อยละ 15.7 เมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่จะมีบุตรดูแล ร้อยละ 65.1 รองลงมา คือ ดูแลตนเอง ร้อยละ 37.7 กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่งมีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคเบาหวาน (ร้อยละ 58.8) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดไม่มีการรับประทานอาหารเสริมหรือยาสมุนไพรร่วมกับยารักษาโรคเบาหวาน (ร้อยละ 98.4) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อ้วนลงพุง ร้อยละ 67.4 เมื่อพิจารณาค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กก./ม² พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 66.8 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่อยู่ที่ 6 – 10 ปี

ร้อยละ 29.0 รองลงมาคือ 11 – 15 ปี ร้อยละ 23.5 กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งใช้ยารักษาโรคเบาหวานเพียง 1 ชนิด

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)

กลุ่มตัวอย่างมีการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ (HbA1c < 7 mg%) ร้อยละ 42.7 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ (HbA1c $\geq$ 7 mg%) ร้อยละ 57.2 เมื่อพิจารณาระดับความเสี่ยงพบว่า กลุ่มตัวอย่างควบคุมไม่ได้อยู่ในระดับเสี่ยงปานกลาง (HbA1c 7.0 – 8.9 mg%) ร้อยละ 44.7 และอยู่ในระดับเสี่ยงสูง (HbA1c > 9 mg%)

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

การจัดระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 44.4 มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับสูง ร้อยละ 41.1 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ไม่ดี ร้อยละ 14.5

ระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.9 มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับดี และหนึ่งในสามมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคำตอบของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานเท่ากับ 3.82 ± 0.49 คะแนน

ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 91.4 รองลงมา มีการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหารในระดับดี ร้อยละ 8.2 และระดับไม่ดี ร้อยละ 0.4 กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารเฉลี่ย 3.15 ± 0.32

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.7 รองลงมา คือ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน

การออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 22.7 ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายระดับดี มีเพียงร้อยละ 17.6

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยา

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการการใช้ยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองในด้านการใช้ยาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 73.7 รองลงมา มีระดับการดูแลตนเองด้านการใช้ยาระดับปานกลาง ร้อยละ 25.1 ส่วนระดับไม่ดี ร้อยละ 1.2 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยาเท่ากับ 4.00 ± 0.56 คะแนน

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียด

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.0 รองลงมา มีระดับการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียดระดับดี ร้อยละ 41.6 ส่วนระดับไม่ดี ร้อยละ 2.3 และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการความเครียดเท่ากับ 3.56 ± 0.71 คะแนน

การเข้าถึงการบริการและการได้รับข้อมูลข่าวสาร

การเข้าถึงการบริการและการได้รับข้อมูลข่าวสาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจของการเข้าถึงการบริการและการได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับมากที่สุด ร้อยละ 92.6 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 7.0 ส่วนระดับน้อย ร้อยละ 0.4 และกลุ่มตัวอย่างคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของการเข้าถึงการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 2.92 ± 0.28

ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่าง ๆ กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์คราวละหลายตัวแปร (Multiple Logistic Regression) พบว่า : โมเดลสุดท้าย

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพหุคูณลอจิสติก (Multiple Logistic Regression) มีตัวแปรควบคุม คือ เพศ การทำเกษตร ความรู้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ < 60 ปี มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ เป็น 1.86 เท่า

ของกลุ่มอายุที่มีอายุ ≥ 60 ปี (95% CI = 1.08-3.21, p-value = 0.025) กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะอ้วนลงพุงมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้เป็น 1.96 เท่าของกลุ่มที่มีรอบเอวปกติ (95% CI = 1.13-3.42, p-value = 0.016) และกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยา 2 ชนิดมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้เป็น 2.40 เท่าของกลุ่มที่รับประทานยาชนิดเดียว (95% CI = 1.41-4.08, p-value = 0.001)

สรุปและอภิปรายผล

เกษตรกรที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 255 คน พบว่ามีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ≥ 7 mg% ร้อยละ 57.2 ยังพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้แก่กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี จะมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้เป็น 1.86 เท่าของกลุ่มที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี (95% CI = 1.08-3.21) กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอวเกิน) มีโอกาสที่จะควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ เป็น 1.97 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีเส้นรอบเอวปกติ (95% CI = 0.13-3.43) และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด 2 ชนิด มีโอกาสที่จะควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ เป็น 2.41 เท่าของกลุ่มที่ใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดเพียงชนิดเดียว (95% = 1.42-4.09)

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี จะมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ เป็น 1.86 เท่าของกลุ่มที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ซึ่งไม่สอดคล้องกับจากการศึกษาของ วรณิกา พู่เพื่อง และอมรรัตน์ อนุวัฒน์นันทเขตต์ (2562)⁽⁸⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มากกว่าผู้เป็นเบาหวานอายุน้อยกว่า 60 ปี เป็น 1.58 เท่า (95% CI = 0.41-6.12) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กุสุมา กังหลิ (2557)⁽⁹⁾ ที่พบว่า ผู้เป็นเบาหวานที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1c) มากกว่าผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุน้อยกว่า

60 ปี เป็น 2.88 เท่า (95% CI = 1.60-5.22) ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาอื่น ๆ ที่มักพบว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย (< 60 ปี) มักมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าผู้ป่วยที่อายุมาก (≥ 60 ปี) อาจเป็นไปได้ว่าทำในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เจาะจงเฉพาะกลุ่มเกษตรกร ซึ่งมีลักษณะงานที่ต้องใช้กำลัง หรือออกแรงอยู่ตลอดเวลาในการทำงาน ดังนั้น เมื่อถึงช่วงพักมักจะหาขนม ของหวาน หรือเครื่องดื่มที่มีรสหวานมารับประทาน เพื่อทำให้อาหารรู้สึกสดชื่นและมีแรงที่จะทำงานต่อ ซึ่งพบมากในกลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อย ในขณะที่ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากเป็นช่วงวัยที่ลูกหลานส่วนมากให้พักอยู่บ้านไม่ค่อยได้ออกมาทำงานหนัก ๆ เหมือนอย่างเคย และในช่วงอายุดังกล่าวส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับลูกหลานจึงอาจทำให้มีสุขภาพจิตและกำลังใจที่ดีซึ่งได้รับจากลูกหลานในการดูแลตนเอง

การศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอวเกิน) มีโอกาสที่จะควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ เป็น 1.97 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีเส้นรอบเอวปกติ (95% CI = 0.13-3.43) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรียา อัมพข และ สิริมา วงษ์พล (2559)⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ความยาวเส้นรอบเอวมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในเชิงบวกในระดับสูง ($r = 0.80$) พรพรรณราย เลอวัฒนกิจฉาว (2562)⁽¹¹⁾ กล่าวว่าสาเหตุหลักของภาวะอ้วนลงพุงหรือ metabolic syndrome ได้แก่ ภาวะอ้วน และภาวะดื้อต่ออินซูลิน เป็นภาวะที่ฮอร์โมนอินซูลินมีความผิดปกติไม่สามารถจับกับน้ำตาลในเลือดทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และไม่สามารถที่จะควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ ด้วยเหตุนี้เองกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอวเกิน) มีโอกาสที่จะควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงใจ พันธุ์อริวัฒนา (2561)⁽¹²⁾ ที่พบว่า เส้นรอบเอวไม่มีความความสัมพันธ์กับการควบคุมค่าน้ำตาลสะสมไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวาน โดยผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมค่าน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้กับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมค่าน้ำตาลสะสมในเลือดได้ ทั้ง

สองกลุ่มมีเส้นรอบเอวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด 2 ชนิด มีโอกาสที่จะควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ เป็น 2.41 เท่า ของกลุ่มที่ใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดเพียงชนิดเดียว ($95\% = 1.42-4.09$) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Richard E. Pratley (2018)⁽¹³⁾ ที่ศึกษาการใช้ยารักษาเบาหวาน Ertugliflozin ร่วมกับ Sitagliptin เทียบกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยา metformin ชนิดเดียว ผลการศึกษาพบว่า การใช้ยาร่วมกันระหว่าง Ertugliflozin และ Sitagliptin ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีประสิทธิภาพมากขึ้นตลอด 52 สัปดาห์เมื่อเทียบกับการใช้ metformin ชนิดเดียว และไม่สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ Ralph A DeFronzo (2015)⁽¹⁴⁾ พบว่า ใน 24 สัปดาห์ ผู้ที่ใช้ยาร่วมกันระหว่าง Empagliflozin และ Linagliptin มีระดับ HbA1c ลดลง เมื่อเทียบกับ กลุ่มที่ใช้ยาเพียงชนิดเดียว และสัปดาห์ที่ 52 กลุ่มที่ใช้ยาร่วมมีระดับ HbA1c $< 7\%$ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ John Wilding (2561)⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า ในระยะเวลา 18 เดือนผู้ป่วยที่ได้รับ Metformin ร่วมกับ Sulfonylurea หรือ Metformin ร่วมกับตัวยับยั้ง SGLT-2 มีค่าเฉลี่ย HbA1c ลดลงมากที่สุด (-1.33% [14.5 mmol/mol]) และ -1.26% ($p < 0.001$) ผลที่ไม่สอดคล้องกันระหว่างการศึกษานี้กับการศึกษาอื่น ๆ อาจเนื่องมาจากปัจจัยหลายประการนอกเหนือจากการรับประทานยาที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด เมื่อพิจารณาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างพบว่าอยู่ในระดับดีเพียง ร้อยละ 8.4 และเมื่อพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี เพียงร้อยละ 17.6 และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 48.2 มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ยังไม่ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลตนเองดีเท่าที่ควร จึงอาจส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเป็นไปได้ไม่ถ้อยด้นักในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด 2 ชนิด นอกจากนี้ อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่

มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานจำเป็นต้องใช้ยา 2 ชนิด การทำงานของเบตาเซลล์ของตับอ่อนจะค่อย ๆ เสื่อมลงมากขึ้นตามระยะเวลาของโรคที่เป็นมากขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมักไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ (พงศอมร บุญนาค, 2559)⁽¹⁶⁾

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ 2 ประเด็น คือข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาวิจัย และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

1.1 ภาวะอ้วนลงพุงมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจัดโปรแกรมควบคุมน้ำหนักควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายให้แก่อีกกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยแนะนำการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย รวมถึงการติดตามรักษาน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และรักษาระดับน้ำตาลสะสมในเลือดให้ใกล้เคียงกับเกณฑ์ปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้

1.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในกลุ่มเกษตรกรที่เป็นโรคเบาหวาน ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา และผลข้างเคียงของยาควบคู่ไปกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่เหมาะสม เพื่อลดหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ

1.3 กลุ่มเกษตรกรที่เป็นโรคเบาหวานอายุ ≥ 60 ปี ที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดี ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุ และนำประเด็นที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ไปใช้ในการวางแผนต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่คาดว่าจะมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของเกษตรกรที่เป็น

โรคเบาหวานร่วมด้วย เช่น การใช้สารเคมีหรือยาฆ่าแมลง เป็นต้น

2.2 ควรมีการศึกษาโปรแกรมการดูแลสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของเกษตรกรที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน
กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ดร.พรพิมล ชูพานิช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ สาธารณสุขอำเภอวังสามสีบ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางสักกระโพหลุ่ม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางเครือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาดี พร้อมคณะเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ประเด็นสารณรงค์วันเบาหวานโลกปี 2561. URL <https://ddc.moph.go.th/th/site/office/view/thaincd>. ค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2562
- 2.สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการป่วย. URL http://bps.moph.go.th/new_bps. ค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2562
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. HDC ตัวชี้วัด. URL <https://ubn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>. ค้นเมื่อ 6 กรกฎาคม 2562
- 4.ฤทธิ์รงค์ บุรินทร์. ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 6 (3), 102-109 2556
- 5.Christensen, Diana & Nicolaisen, Sia & Berencsi, Klara & Beck-Nielsen, Henning & Rungby, Jørgen & Friberg, Søren & Brandslund, Ivan & Christiansen, Jens & Vaag, Allan & Sørensen, Henrik & Nielsen, Jens Steen & Thomsen, Reimar. (2018). **Danish Centre for Strategic Research in Type 2 Diabetes (DD2) project cohort of newly diagnosed patients with type 2 diabetes: a cohort profile.** BMJ Open, 8(4): e017273. April 7, 2018
- 6.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. HDC ตัวชี้วัด. URL <https://ubn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report>. ค้นเมื่อ 7 พฤษภาคม 2563
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. HDC ตัวชี้วัด. URL <https://ubn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>. ค้นเมื่อ 6 กรกฎาคม 2562
- 8.วรรณิกา พู่เพื่อง และ อมรรัตน์ อนุวัฒน์นันทเขตต์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโคกยาง จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย, เชียงรายเวชสาร วารสารวิชาการ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 11 (2), 42-51. 2562
- 9.กุสุมา กังหลิ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก, 15 (3), 256-268. 2557
- 10.พัชรียา อัมพฤษ และ สิริมา วงษ์พล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. ศรีนครินทร์เวชสาร, 31 (5), 305-313. 2559
- 11.พรรณราย เลอวัฒนกิจฉาว. กลุ่มอาการอ้วนลงพุง ภัยเงียบใกล้ตัว. URL <https://www.samitivejhospitals.com>. ค้นเมื่อ 31 สิงหาคม 2563
- 12.ดวงใจ พันธุ์ริวัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลบางแพ จังหวัดราชบุรี. วารสารแพทย์เขต 4 - 5, 37 (4), 294-305. 2561
- 13.Pratley RE, Eldor R, Raji A, et al. Ertugliflozin plus sitagliptin versus either individual agent over 52 weeks in patients with type 2 diabetes mellitus inadequately controlled with metformin: The VERTIS FACTORIAL randomized trial. **Diabetes Obes Metab**, 20 (5), 1111-1120. 2018
- 14.DeFronzo RA, Lewin A, Patel S, et al. Combination of empagliflozin and linagliptin as second-line therapy in subjects with type 2 diabetes inadequately controlled on metformin. **published correction appears in Diabetes Care**, 38 (3), 384-393. 2015
- 15.Wilding J, Godec T, Khunti K, et al. Changes in HbA1c and weight, and treatment persistence, over the 18 months following initiation of second-line therapy in patients with type 2 diabetes: results from the United Kingdom Clinical Practice Research Datalink. **BMC Med**, 16 (1), 116-128. 2018
- 16.พงษ์อมร บุญนาค. ปัจจัยสัมพัทธ์ของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในอำเภอแม่จันเชียงราย. เครือข่ายบริหารการวิจัย, 4 (2), 297-307 2559

ประสิทธิภาพการป้องกันแสงแดดจากสารกลุ่มแคโรทีนอยด์ในใบอ่อน ใบแก่ และยอดของแคบ้าน
The Efficiency of Sun Protection Factor From Carotenoid Compounds in Juvenile, mature
leaves and Shoots of *Sesbania grandiflora* (L.) Pers.

กมลวรรณ จงจิตต์¹, ฝนทิพย์ ภูเนาว์นิล², วริศรา ยอดนางรอง³

จารูวรรณ ครรเถื่อน⁴, รติกร ชาทิชนะยืนยง⁵

Kamolwan Jongjitt¹ Fonthip Punaonil¹ Warissara Yodnangrong¹ Jaruwan Donthuan²

Ratikorn Chatchanayeunyong³

(Received: February 12 ,2021 ; Accepted: March 23 ,2021)

บทคัดย่อ

ใบแคมีสารสำคัญกลุ่มฟลาโวนอยด์ ซึ่งมีเบต้าแคโรทีนที่มีความสามารถในการป้องกันแสงแดดได้ งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการวัดประสิทธิภาพการป้องกันแสงแดดจากสารกลุ่มแคโรทีนอยด์ในใบอ่อน ใบแก่ และยอด ของแคบ้าน ด้วยเครื่อง UV-Visible spectrophotometer ทำการสกัดสารด้วยตัวทำละลาย 6 ชนิด ได้แก่ เอทานอล เมทานอล เอทิลอะซิเตท ไดคลอโรมีเทน เฮกเซน และอะซิโตน พบว่าตัวทำละลายที่สกัดสารจากใบแคได้มากที่สุดคือ เมทานอลและเอทานอล คิดเป็นร้อยละ 19.6 และ 13.0 รองลงมา คือ เอทิลอะซิเตท ไดคลอโรมีเทน เฮกเซน และอะซิโตน คิดเป็นร้อยละ 7.0, 3.4, 3.0, และ 3.0 ตามลำดับ ส่วนของใบแคที่ให้ปริมาณสารเบต้าแคโรทีนมากที่สุด คือ ส่วนของใบแก่ ใบอ่อน และยอด ของแคบ้าน ที่สกัดด้วยเอทานอล เท่ากับ 497.26 ± 2.81 , 319.30 ± 3.16 และ 187.64 ± 9.37 มิลลิกรัม/100 กรัม ตามลำดับ ขณะที่การสกัดด้วยเมทานอล มีปริมาณสารเบต้าแคโรทีน เท่ากับ 319.95 ± 13.49 , 318.76 ± 7.40 , และ 135.81 ± 12.11 มิลลิกรัม/100กรัม ตามลำดับ ผลการวัดค่า SPF ของสารสกัดจากใบแก่ ใบอ่อน และยอดของแคบ้าน ที่สกัดด้วยเอทานอล ให้ค่า SPF มากที่สุด คือ 12.09 ± 0.39 , 9.38 ± 0.81 , และ 9.08 ± 0.12 ตามลำดับ

คำสำคัญ: แค, แคโรทีนอยด์, เบต้าแคโรทีน, รังสียูวี

Abstract

Agasta (*Sesbania grandiflora* (L.) Pers.) contains of flavonoids and beta-carotene prevent in the sun's light, which causes this study aims to measure the efficiency of sun protection factor (SPF) from carotenoid compounds in Juvenile, mature leaves and shoots of Agasta leaves with UV-visible spectrophotometer. Agasta extraction using 6 solvents included ethanol, methanol, ethylacetate, dichloromethane, hexane and acetone. Ethanol and Methanol extraction showed the most of % yield as 19.6 and 13.0, the second was ethylacetate dichloromethane, hexane and acetone as 7.0, 3.4, 3.0 and 3.0 percent, respectively. The result showed that the most of beta-carotene from juvenile, mature and shoot of Agasta leaves with ethanol extraction were $497.26 \pm$

¹ สาขาวิชาแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร

² สาขาวิชาแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร

³ สาขาวิชาแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร

⁴ สาขาวิชาเทคโนโลยีการอาหาร คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร

⁵ สาขาปรัลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

2.81, 319.30 ± 3.16 and 187.64 ± 9.37 mg/100 g and methanol extraction were 319.95 ± 13.49 , 318.76 ± 7.40 , 135.81 ± 12.11 mg/100 g. The measurement of the SPF from mature, Juvenile and shoot of Agasta leaves with ethanol extraction showed that the most SPF was 12.09 ± 0.39 , 9.38 ± 0.81 and 9.08 ± 0.12 , respectively.

Keywords: *Sesbania grandiflora* (L.) Pers, Carotene, Beta-carotene, UV

บทนำ

แค หรือ Agasta (*Sesbania grandiflora* (L.) Pers.) เป็นสมุนไพรที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย เพราะมีสรรพคุณทางยามากมาย ยอดแคมีสรรพคุณดับพิษร้อนถอนพิษไข้ ใบและดอกแคก็มีประโยชน์ทางยา คือ แก้ลมหัวไข้ อีกทั้งยังมีสาระสำคัญประกอบด้วย แคลเซียม ฟอสฟอรัส ธาตุเหล็ก วิตามินบี 1 วิตามินบี 2 วิตามินซี ในอซิน เบต้าแคโรทีน นอกจากนี้ในใบแคยังพบสารฟลาโวนอยด์และสารต้านอนุมูลอิสระอีกด้วย (เกษตรพอเพียง, 2556) ซึ่งทั้งเบต้าแคโรทีนและแคโรทีนอยด์นั้น สามารถป้องกันรังสียูวีที่เป็นปัญหาของผิวได้ (H. Sies and W. Stahl, 2004) เบต้าแคโรทีนเป็นสารในกลุ่มแคโรทีนอยด์มีประโยชน์ต่อร่างกายและผิวพรรณอย่างมาก (S. De Spirt et al., 2012) คือ ช่วยให้มองเห็นในที่มืดได้ดี ลดความเสี่ยงของเซลล์ของลูกตา ลดความเสี่ยงต่อการเป็นต้อกระจก (B. Watzl et al., 2005) ช่วยป้องกันผิวที่อาจเกิดจากอันตรายของรังสีอัลตราไวโอเลตที่มากับแสงแดดได้ (S.F. Haag et al., 2010) และยังช่วยให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานได้ดีอีกด้วย (J. Lademann et al., 2011) สำหรับงานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพแคโรทีนอยด์จากสารสกัดใบอ่อน ใบแก่ และยอดของแคบ้าน ในการป้องกันรังสียูวีเนื่องจากคุณสมบัติของแคโรทีนอยด์ เป็นสารต้านอนุมูลอิสระ (S.F. Haag et al., 2011) และสารต้านมะเร็งที่เป็น เมดิซีน ธรรมชาติ ในไขมัน (M.C.Meinke et al., 2013) พบมากในผักและผลไม้ที่มีสีส้ม เหลือง แดงและเขียว ทำหน้าที่ปกป้องพืชจากรังสีอัลตราไวโอเลต (UV) ในแสงแดด ช่วยป้องกันการก่อตัวของอนุมูลอิสระที่เป็นอันตราย (D. Bouilly-Gauthier et al., 2010) เพื่อพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ธรรมชาติในการป้องกันแสงแดดที่ไม่ใช้สารเคมีต่อไป

อุปกรณ์และวิธีการ

1. การเตรียมใบแคเพื่อทดสอบ

เตรียมตัวอย่างใบอ่อน ใบแก่ และยอด ของแคบ้าน คัดแปลงจากวิธีการของ ขวัญดาว แจ่มแจ้ง (ม.ป.ป.), ปานทิพย์ บุญส่ง และวัลลภา เนตรดวงตา (2557) ดังนี้ นำใบแคมาล้างทำความสะอาดและผึ่งให้แห้งเป็นเวลา 24 ชั่วโมง แล้วนำใบแคไปอบด้วยตู้อบลมร้อน (Hot air oven) ที่อุณหภูมิ 50 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 7 ชั่วโมง จนน้ำหนักแห้งคงที่ จากนั้นบดให้ละเอียดโดยใช้เครื่องบดสมุนไพรและร่อนด้วยตะแกรงร่อน และทำการเก็บตัวอย่างใส่ถุงพลาสติกปิดผนึกถุงให้สนิทเก็บไว้ในที่แห้งและมีด

2. การเตรียมสารสกัดจากพืช

การเตรียมสกัดด้วยตัวทำละลาย คัดแปลงจากวิธีการของ ขวัญดาว แจ่มแจ้ง (ม.ป.ป.); ปานทิพย์ บุญส่ง และวัลลภา เนตรดวงตา (2557) ดังนี้ นำใบแคที่บดละเอียดน้ำหนัก 5 กรัม ใส่ในขวดรูปชมพู่แล้วเติมตัวทำละลาย เอทานอล เมทานอล เอทิลอะซิเตท ไดคลอโรมีเทน เฮกเซน และอะซิโตน ขวดละ 50 มิลลิลิตร ปิดให้สนิทด้วย aluminium Foil และ parafilm แซ่ทิ้งไว้ 24 ชั่วโมงที่อุณหภูมิห้อง นำมากรองหยาบด้วยสำลีและกรองละเอียดด้วยกระดาษกรองเบอร์ 1 ทำการระเหยตัวทำละลายด้วยเครื่อง rotary vacuum evaporator ที่อุณหภูมิ 30 องศาเซลเซียส และก้านวนร้อยละสารสกัดที่ได้รับ กลั่นสารสกัดออกจาก flask และปรับปริมาตรให้เป็น 10 มิลลิลิตร เก็บที่อุณหภูมิ -18 องศาเซลเซียส เพื่อรอนำไปวิเคราะห์

3. วิธีการทดสอบ

การหาปริมาณแคโรทีนอยด์ทั้งหมดในสารสกัดใบอ่อน ใบแก่ และยอด ของแคบ้าน โดยเครื่อง

UV-Visible spectrophotometer ยี่ห้อ Perkin Elmer รุ่น Lambda25 คัดแปลงจากวิธีการของ ทิพสุดา อาสาสรรพกิจ (2555) ดังนี้ นำสารสกัดในใบแคที่สกัดด้วยตัวทำละลายที่เหมาะสม 1 มิลลิลิตร และเติมด้วยเฮกเซน ปรับปริมาตรให้เป็น 10 มิลลิลิตร ปิเปตสารละลายจากข้อ 2 มาเจือจางด้วยเฮกเซน 10 เท่า (สารสกัดจากเอทานอล เมทานอล และเอทิลอะซิเตท) 25 เท่า (สารสกัดใบอ่อนที่สกัดด้วยเอทิลอะซิเตท) วิเคราะห์ปริมาณแคโรทีนอยด์โดยวัดค่าการดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 454 นาโนเมตร วิเคราะห์ปริมาณแคโรทีนอยด์ที่ได้โดยเทียบกับกราฟมาตรฐานของสารละลายเบต้าแคโรทีน

การวัดค่า SPF ด้วยวิธี UV-Visible Spectrophotometer (J. Mansur et al., 1986) ดังนี้ นำสารสกัด แคโรทีนอยด์ จากใบอ่อน ใบแก่ และยอดของแคบ้าน ที่ได้จากตัวทำละลายที่เหมาะสม ปิเปต

สารละลายจากข้อ 2 มา 1 มิลลิลิตร เติมเฮกเซน ให้เป็น 10 มิลลิลิตร ใน quartz cell ขนาด 1 เซนติเมตร โดยใช้เฮกเซน เป็น blank วัดค่าดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่นระหว่าง 290-320 นาโนเมตร ทุก 5 นาโนเมตร ทำการวัดทั้งหมด 3 ครั้ง นำค่าการดูดกลืนแสงที่ได้มาคำนวณหาค่า SPF โดยใช้สมการของ J. Mansur et al. (1986)

$$SPF_{\text{Spectrophotometry}} = CF \times \sum_{290}^{320} EE(\lambda) \times I(\lambda) \times Abs(\lambda)$$

เมื่อ : EE คือ erythemal effect spectrum

I คือ solar intensity spectrum

Abs คือ absorbance of sunscreen

CF คือ correction factor (=10)

ค่าของ $EE \times I$ เป็นค่าคงที่ซึ่งได้ถูกวัดโดย Sayre et al. (1979) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าคงที่ที่ใช้คำนวณค่า SPF

ความยาวคลื่น (λ ; นาโนเมตร)	$EE \times I$
290	0.0150
295	0.0817
300	0.2874
305	0.3274
310	0.1864
315	0.0839
320	0.0180
Total	1.0000

Sayre, R.M., Agin, P.P., Levee, G.J., Marlowe, E. (1979)

4. การหาปริมาณแคโรทีนอยด์ และการวัดค่า SPF

การหาแคโรทีนอยด์ในใบอ่อน ใบแก่ และยอดของแคบ้าน เทียบกับสารมาตรฐาน (Beta-carotene) โดยชั่ง Beta-carotene 0.004 กรัม ปรับปริมาตรด้วยเฮกเซน ให้ได้ 10 มิลลิลิตร ความ

เข้มข้นของสารมาตรฐาน 400 ppm จากนั้นเตรียมความเข้มข้น 0.25, 0.5, 1, 2, 4 และ 5 มิลลิกรัม/ลิตร นำไปวัดด้วยเครื่อง (UV-Visible Spectrophotometer) ที่ความยาวคลื่น 454 นาโนเมตร

การวัดค่าการป้องกันแสงแดด (SPF) ของสารสกัดใบแคที่วัดได้จากการทดลองด้วยวิธี UV-

Visible Spectrophotometer ที่ความยาวคลื่นที่ 290-320 นาโนเมตร

ผลการทดลอง

จากการนำใบแคแก่มาสกัดด้วยตัวทำละลาย 6 ชนิดคือ อะซิโตน เมทานอล เฮกเซน เอทานอล เอทิลอะซิเตท และไคคลอโรมีเทน พบว่าสารสกัดมีลักษณะ และปริมาณที่ได้แตกต่างกันไป ใบแคแก่ที่สกัดด้วยเมทานอลให้ปริมาณสารสกัดมากที่สุด คือให้ปริมาณสารสกัดร้อยละ 19.6 ของปริมาณใบแคที่ใช้ รองลงมาคือใบแคที่สกัดด้วยเอทานอล เอทิลอะซิเตท ไคคลอโรมีเทน เฮกเซน และอะซิโตน ให้ปริมาณสารสกัดร้อยละ 13.0, 7.0, 3.4, 3.0 และ 3.0 ของปริมาณใบแคที่ใช้ ตามลำดับ จากผลการทดลอง

พบว่า เมทานอลและเอทานอลให้ปริมาณสารสกัดสูงที่สุด ดังนั้นจึงเลือกตัวทำละลายทั้งสองชนิดนี้ในการสกัดสารจากใบอ่อน ใบแก่ และยอด ของแคบ้านต่อไป ในส่วนใบอ่อนที่สกัดด้วยเมทานอล ให้ปริมาณสารสกัดมากที่สุดร้อยละ 16.8 ของปริมาณใบอ่อนที่ใช้ รองลงมาคือ

เอทานอลให้ปริมาณสารสกัดร้อยละ 12.4 ของปริมาณใบอ่อนที่ใช้ ตามลำดับ ขณะที่ในส่วนของยอดที่สกัดด้วย เอทานอลให้ปริมาณสารสกัดมากที่สุด ร้อยละ 19.8 ของปริมาณยอดแคที่ใช้ รองลงมาคือเมทานอลให้ปริมาณสารสกัด ร้อยละ 18.4 ของปริมาณยอดแคที่ใช้ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปริมาณสารสกัดจากใบแก่ ใบอ่อนและยอดแคที่สกัดด้วยตัวทำละลาย 6 ชนิด

ตัวทำละลาย	ส่วนของพืช	น้ำหนักใบแคแห้ง (มิลลิกรัม)	ปริมาณสารสกัดที่ได้ (มิลลิกรัม)	สารสกัดที่ได้ (ร้อยละ)
เมทานอล	ใบแก่	5	0.98	19.6
	ใบอ่อน	5	0.84	16.8
	ยอด	5	0.92	18.4
เอทานอล	ใบแก่	5	0.65	13.0
	ใบอ่อน	5	0.62	12.4
	ยอด	5	0.99	19.8
เอทิลอะซิเตท	ใบแก่	5	0.35	7
	ใบอ่อน	5	0.44	8.8
	ยอด	5	0.43	8.6
ไคคลอโรมีเทน	ใบแก่	5	0.17	3.4
	ใบอ่อน	5	0.15	3
	ยอด	5	0.21	4.2
เฮกเซน	ใบแก่	5	0.25	5
	ใบอ่อน	5	0.19	3.8
	ยอด	5	0.28	5.6
อะซิโตน	ใบแก่	5	0.25	5
	ใบอ่อน	5	0.23	4.6
	ยอด	5	0.26	5.2

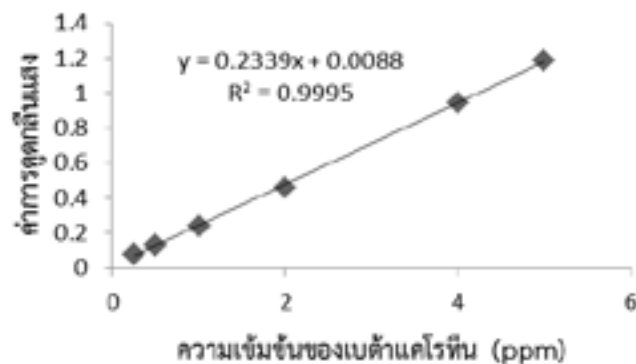
ในการใช้อะซิโตน เมทานอล เอทานอล เฮกเซน ไดคลอโรมีเทน และเอทิลอะซิเตท ซึ่งเป็นตัวทำละลายที่มีขั้วและไม่มีขั้ว ส่งผลให้สารสกัดที่ได้มีทั้งสารที่มีขั้วและไม่มีขั้วรวมอยู่ในสารสกัด จากตารางที่ 2 จะเห็นว่าปริมาณสารสกัดของใบแคที่ได้โดยรวมค่อนข้างต่ำอาจมีผลเนื่องมาจากพื้นผิวในการสัมผัสตัวทำละลายของส่วนของใบแคที่ใช้แต่ละส่วนไม่เท่ากัน ซึ่งใบแคที่นำมาสกัดจะมีลักษณะแตกต่างกันไปคือใช้ส่วนใบอ่อน ใบแก่ และยอดของแคบ้าน

การหาแคโรทีนอยด์ในใบอ่อน ใบแก่ และยอดของแคบ้าน เทียบกับสารมาตรฐาน (Beta-carotene) โดยชั่ง Beta-carotene 0.004 กรัม ปรับปริมาตรด้วยเฮกเซน ให้ได้ 10 มิลลิลิตร ความเข้มข้นของสารมาตรฐาน 400 ppm จากนั้นเตรียมความเข้มข้น 0.25, 0.5, 1, 2, 4 และ 5 มิลลิกรัม/ลิตร นำไปวัดด้วยเครื่อง UV-Visible Spectrophotometer ที่ความยาวคลื่น 454 นาโนเมตร ดังแสดงผลในตารางที่ 3 และกราฟมาตรฐาน ดังแสดงในภาพที่ 1

ตารางที่ 3 ค่าการดูดกลืนแสงของสารมาตรฐานเบต้าแคโรทีนที่ความเข้มข้นต่างๆ

ความเข้มข้นของสารมาตรฐาน (mg/L)	ค่าการดูดกลืนแสงของสารสกัดที่ความยาวคลื่น 454 นาโนเมตร
0.25	0.076 ± 0.008
0.5	0.132 ± 0.013
1	0.238 ± 0.008
2	0.458 ± 0.021
4	0.944 ± 0.063
5	1.184 ± 0.056

*ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการทดลอง 3 ซ้ำ



ภาพที่ 1 กราฟมาตรฐานของเบต้าแคโรทีน

การทดสอบผลของตัวทำละลายที่แตกต่างกัน 6 ชนิด ต่อปริมาณแคโรทีนอยด์ โดยใช้เครื่อง UV-Visible Spectrophotometer ที่ความยาวคลื่น 454 นาโนเมตร

จากการสกัดแบบหยาบ (crude extract) ในใบแก่ใช้ตัวทำละลายที่ต่างกัน 6 ชนิด คือ อะซิโตน เมทานอล เฮกเซน เอทานอล เอทิลอะซิเตท และไดคลอโรมีเทน จากการทดลองพบว่าตัวทำละลายเมทานอลและ เอทานอล สามารถสกัดสารกลุ่มแคโรทีน

นอยด์ได้สูงสุดมีปริมาณใกล้เคียงกัน คือให้ปริมาณแคโรทีนอยด์ 497.26 ± 2.81 และ 319.95 ± 13.49 ตามลำดับ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 4

เมื่อได้ตัวทำละลายที่เหมาะสมนำเค็ก 2 ส่วน ได้แก่ ใบอ่อนและยอด หมักด้วยเมทานอล และเอทานอลเป็นระยะเวลา 1 วัน จากนั้นนำสารสกัดทั้งหมดจากใบแก่ทั้ง 3 ส่วน คือ ใบอ่อน ใบแก่ และยอด ของแคบ้าน แล้วทำการวิเคราะห์ปริมาณแคโรทีนอยด์ ดังแสดงผลในตารางที่ 5

ตารางที่ 4 สารสกัดที่ได้จากการสกัดสาร แคโรทีนอยด์จากใบแก่แห้ง

ชนิดของตัวทำละลาย	ปริมาณแคโรทีนอยด์	ค่า P-Value
	(มิลลิกรัม/100กรัมใบแก่แห้ง)	
อะซิโตน	$303.82 \pm 3.03^*$	0.000**
เมทานอล	$319.95 \pm 13.49^*$	0.000**
เอทานอล	$497.26 \pm 2.81^*$	0.000**
เฮกเซน	$68.16 \pm 2.54^*$	0.000**
ไดคลอโรมีเทน	$304.56 \pm 5.78^*$	0.000**
เอทิลอะซิเตท	$315.86 \pm 8.21^*$	0.000**

*ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการทดลอง 3 ซ้ำ

**ค่าเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ปริมาณแคโรทีนอยด์ทั้งหมดในสารสกัดใบอ่อน ใบแก่ และยอด ของแคบ้าน นำสารสกัดใบอ่อน ใบแก่ และยอด ของแคบ้านที่ได้จากการสกัดด้วยเมทานอล และเอทานอล นำไปวิเคราะห์ปริมาณแคโรทีนอยด์โดยวัดค่าการดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 454 นาโนเมตร ด้วยเครื่อง UV-Visible Spectrophotometer วิเคราะห์ปริมาณแคโรทีนอยด์ที่ได้โดยเทียบกับกราฟมาตรฐานของสารละลายเบต้าแคโรทีน

ปริมาณแคโรทีนอยด์ที่ได้จากการสกัดใบอ่อน ใบแก่ และยอด ของแคบ้าน แสดงดังตารางที่ 5

พบว่า ตัวทำละลายมีผลต่อปริมาณแคโรทีนอยด์ของสารสกัดที่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยจะเห็นได้ว่าใบอ่อน ใบแก่ และยอด ของแคบ้านที่ใช้เอทานอลในการสกัด สามารถสกัดแคโรทีนอยด์ออกมาได้มากที่สุด คือ ค่าวัดได้ 497.26 ± 2.81 , 319.30 ± 3.16 และ 187.64 ± 9.37 ตามลำดับ รองลงมาคือ ใบแก่ ใบอ่อน และยอดที่ใช้เมทานอลในการสกัด คือให้ปริมาณแคโรทีนอยด์ 319.95 ± 13.49 , 318.76 ± 7.40 และ 135.81 ± 12.11 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ปริมาณแคโรทีนอยด์ ที่ได้จากการสกัดปริมาณแคโรทีนอยด์ ในแค 3 ส่วน

ชนิดตัวทำละลาย	ส่วนของพืช	ปริมาณแคโรทีนอยด์ (มิลลิกรัม/100กรัมใบแคแห้ง)	ค่า P-Value
เมทานอล	ใบแก่	319.95 ± 13.49*	0.000**
	ใบอ่อน	318.76 ± 7.40*	0.000**
	ยอด	135.81 ± 12.11*	0.000**
เอทานอล	ใบแก่	497.26 ± 2.81*	0.000**
	ใบอ่อน	319.30 ± 3.16*	0.000**
	ยอด	187.64 ± 9.37*	0.000**

*ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากการทดลอง 3 ซ้ำ

**ค่าเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

เมื่อเปรียบเทียบตัวทำละลายที่ใช้ในการสกัดแล้ว พบว่าเอทานอลเป็นตัวทำละลายที่มีร้อยละของสารสกัดที่ได้มากที่สุดและปริมาณแคโรทีนอยด์ที่ได้จากการสกัดมากที่สุด และแต่ละส่วนของแคมีผลต่อการสกัดปริมาณแคโรทีนอยด์ จะเห็นได้ว่าในใบแคแก่มีปริมาณแคโรทีนอยด์มากที่สุด ดังนั้นจึงเลือกใช้เอทานอลเป็นตัวทำละลายในอัตราส่วน 1:10 เพื่อสกัดแคโรทีนอยด์จากใบแคทั้ง 3 ส่วน

จากการวัดค่าการป้องกันแสงแดด (SPF) ของสารสกัดใบแคที่วัดได้จากการทดลองด้วยวิธี UV-Visible Spectrophotometer ที่ความยาวคลื่นที่ 290-320 นาโนเมตร ค่าที่วัดได้แสดงในตารางที่ 6

พบว่าค่า SPF เฉลี่ยของสารสกัดใบอ่อน ใบแก่และยอด ของแคบ้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบตัวทำละลายเอทานอล และเมทานอล พบว่าใบแก่ ใบอ่อน และยอด แค ที่สกัดด้วยเอทานอล มีค่า SPF สูงเท่ากับ 12.09 ± 0.399 , 38 ± 0.81 และ 9.08 ± 0.12 ตามลำดับ รองลงมาคือใบอ่อน ใบแก่ และยอด ของแคบ้านที่สกัดด้วยเมทานอล จากข้างต้นกล่าวได้ว่าแต่ละส่วนของแคและตัวทำละลายที่ใช้ในการสกัดมีผลต่อค่า SPF โดยพบว่า ใบแก่มีค่า SPF มากที่สุด รองลงมาคือ ใบอ่อน และยอดของแคบ้าน ตามลำดับ

ตารางที่ 6 ผลการวัดค่า SPF ของสารสกัดใบแคด้วยวิธี UV-Visible Spectrophotometer เทียบกับสารมาตรฐานเบต้าแคโรทีน

ชนิดตัวทำละลาย	ชนิดของสารสกัด	ค่า SPF ที่ความยาวคลื่น 290-320 นาโนเมตร	ค่า P-Value
เมทานอล	ใบแก่	6.19 ± 0.35*	0.000**
	ใบอ่อน	8.29 ± 0.30*	0.000**
	ยอด	1.55 ± 0.09*	0.000**
เอทานอล	ใบแก่	12.09 ± 0.39*	0.001**
	ใบอ่อน	9.38 ± 0.81*	0.001**
	ยอด	9.08 ± 0.12*	0.001**

*ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการทดลอง 3 ซ้ำ

**ค่าเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลของชนิดตัวทำละลายในการสกัดสารกลุ่มแคโรทีนอยด์ของใบแค พบว่าชนิดของตัวทำละลายที่ใช้ในการสกัดมีผลต่อร้อยละของสารที่สกัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ซึ่งเอทานอลเป็นตัวทำละลายที่มีประสิทธิภาพดีที่สุดในการสกัดสารกลุ่มแคโรทีนอยด์ในใบแค รองลงมาคือเมทานอล เอทิลอะซิเตท ไดคลอโรมีเทน อะซิโตน และเฮกเซน ตามลำดับ ดังนั้นจึงเลือกใช้เอทานอลและเมทานอลเป็นตัวทำละลาย ในอัตราส่วน 1:10 เพื่อสกัดแคโรทีนอยด์จากใบแคการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทิพสุดา อาสาสรรพกิจ (2555) ซึ่งศึกษาการกักเก็บแคโรทีนอยด์จากใบกระเพรา โดยหาตัวทำละลายและสภาวะที่เหมาะสมในการสกัดแคโรทีนอยด์จากใบกระเพรา ตัวทำละลายที่ใช้ได้แก่ เอทานอล เฮกเซน อะซิโตน และตัวทำละลายผสม พบว่าสภาวะที่เหมาะสมในการสกัดแคโรทีนอยด์จากใบกระเพราคือ การสกัดด้วยเอทานอลเข้มข้น 95%

แคโรทีนอยด์ (carotenoid) เป็นรงควัตถุ (pigment) สีเหลือง ส้ม แดง และส้มอมแดง พบทั่วไปในพืช และสิ่งมีชีวิตที่สามารถสังเคราะห์ด้วยแสงได้ ทำงานร่วมกับคลอโรฟิลล์ (chlorophyll) ซึ่งเป็นรงควัตถุที่มีสีเขียว ทำหน้าที่ ดูดซับพลังงานจากแสงอาทิตย์ เพื่อการสังเคราะห์แสงและช่วยการเจริญเติบโตของพืช และป้องกันอันตรายจากแสง (photoprotective agents) ในอุตสาหกรรมอาหาร ใช้เป็นสีผสมอาหาร (food color) จากธรรมชาติ เป็นกลุ่มสารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพร่างกาย ช่วยต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant) จากการทดลองหาปริมาณแคโรทีนอยด์ทั้งหมดในสารสกัดใบอ่อน ใบแก่ และยอด ของแคบ้าน พบว่าใบแก่ที่สกัดด้วยเอทานอลให้ปริมาณแคโรทีนอยด์สูงสุดเท่ากับ 497.26 ± 2.81 มิลลิกรัม/100 กรัมใบแคแห้ง รองลงมาคือใบแก่ที่สกัดด้วยเมทานอล ซึ่งให้ปริมาณแคโรทีนอยด์ เท่า 319.95 ± 13.49 มิลลิกรัม/100 กรัมใบแคแห้ง ส่วนใบอ่อนและยอดแค ให้ปริมาณแคโรทีนอยด์น้อยที่สุด ตามลำดับ เนื่องจากส่วนของแคแต่ละส่วนก็มีผลต่อการสกัดปริมาณแคโรทีนอยด์ ทั้งนี้ระยะเวลา

ในการกรองสารสกัดและการระเหยตัวทำละลายออกมีผลต่อปริมาณแคโรทีนอยด์ ซึ่งมีโอกาสที่แคโรทีนอยด์จะสัมผัสกับแสงและอากาศมีมากจึงเกิดการสูญเสียแคโรทีนอยด์ (สมเดือน และ สุวิมล, 2538) ขณะที่มียางงานวิจัยของ Sumayya et. al. (2013) ว่าการวิเคราะห์เชิงปริมาณของสารอาหารในพืช 2 ชนิด ที่นำมาทดสอบ ได้แก่ ผักขม และแค พบว่า ปริมาณองค์ประกอบทางเคมี เช่น คลอโรฟิลล์ คาร์โบไฮเดรต แคโรทีนอยด์ และเซลลูโลส พบว่าในแคนั้นมีมากกว่าในผักขม

เมื่อเปรียบเทียบตัวทำละลายเอทานอล และเมทานอล ต่อค่า SPF พบว่าใบแก่ ใบอ่อน และยอดของแคบ้านที่สกัดด้วยตัวทำละลายเอทานอล มีค่า SPF แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ซึ่งมีค่า SPF สูง วัด ได้ 12.09 ± 0.39 , 9.38 ± 0.81 และ 9.08 ± 0.12 ตามลำดับ รองลงมาคือ ใบอ่อน ใบแก่ และยอดของแคบ้าน ที่สกัดด้วยตัวทำละลายเมทานอล กล่าวได้ว่าส่วนของแคและตัวทำละลายที่ใช้ในการสกัดมีผลต่อค่า SPF โดยใบแก่มีค่า SPF มากที่สุด รองลงมาคือใบอ่อน และยอด ของแคบ้านตามลำดับ

นอกจากจะพบแคโรทีนอยด์ในใบแคแล้ว ในการทดสอบครั้งนี้ยังพบ สารคลอโรฟิลล์ (Chlorophyll) ซึ่งเป็นรงควัตถุชนิดหนึ่ง มีสีเขียว ซึ่งพบได้ในคลอโรพลาสต์ของเซลล์พืช และสำหรับคลอโรฟิลล์ทำหน้าที่รับพลังงานแสงเพื่อใช้ในการสร้างอาหารถ้าพืชขาดคลอโรฟิลล์จะสร้างอาหารเองไม่ได้ การสังเกตปริมาณคลอโรฟิลล์ในพืชได้โดยการสังเกตสีของพืช ถ้าพืชมีสีเขียวจัดก็แสดงว่ามีคลอโรฟิลล์มากซึ่งรงควัตถุที่เกี่ยวกับการสังเคราะห์แสงยังมีแคโรทีนอยด์ด้วย จะเห็นว่าพืชจะมีสีที่ต่างกัน บางชนิดมีสีเขียวจัด บางชนิดเป็นสีเหลือง บางชนิดมีใบเป็นสีแดง แล้วแต่ชนิดของพืช พืชที่มีสีเขียวอ่อนก็จะใช้ส่วนอื่นสังเคราะห์ด้วยแสง (สรีระวิทยาของพืช)

สารสกัดจากใบแคที่เจือจาง 10 เท่าด้วยเฮกเซน มีค่า SPF อยู่ที่ 12.09 ± 0.39 ถือว่ามีประสิทธิภาพการป้องกันรังสี UV-A ต่ำ หรือ PA+ เนื่องจากการป้องกันรังสี UV-A ปานกลาง จะอยู่ที่

ค่า SPF 15-30 หรือที่รู้จักกัน PA++ และเมื่อเพิ่มปริมาณสารสกัดจากใบแคมากขึ้น ค่า SPF ก็จะสูงขึ้น ตามลำดับ นอกจากนี้สารสกัดจากใบแคยังมีผลต่อการป้องกันรังสี UV-B ได้อีกด้วย ใบแคจึงมีประสิทธิภาพในการป้องกันแสงแดด

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าใบแคที่สกัดด้วยเอทานอลมีค่า SPF มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับปริมาณแค

โรทินอยด์ ที่มากที่สุด โดยที่ตัวทำละลายเอทานอลสามารถสกัดแคโรทีนอยด์ได้มากกว่าเมทานอล จึงทำให้ค่า SPF ของใบแคของแคบ้านที่สกัดด้วยตัวทำละลายเอทานอลมีประสิทธิภาพการป้องกันแสงแดด (SPF) ได้ดีที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. เกษตรพอเพียง. (2556). แคบ้านมากสรรพคุณทางยา. สืบค้น 20 กรกฎาคม 2558, จาก <http://www.kasetporpeangclub.com/forums/.html>.
2. ขวัญดาว แจ่มแจ้ง. (ม.ป.ป.). สภาวะที่เหมาะสมสำหรับการสกัดสารต้านอนุมูลอิสระจากพืชผักพื้นบ้านในจังหวัดกำแพงเพชร (วิทยานิพนธ์). กำแพงเพชร: มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.
3. ทิพสุตา อาสาสรรพกิจ. (2555). การกักเก็บแคโรทีนอยด์จากใบกะเพรา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
4. ปานทิพย์ บุญส่ง และวัลลภา เนตรดวงตา. (2557). ความสามารถในการกำจัดอนุมูลอิสระและองค์ประกอบทางพฤกษเคมีของใบพืชในไม้ผลเขตร้อนบางชนิด. วารสารวิชาการพระจอมเกล้าพระนครเหนือ, 24 (3).
5. เรย์ดี แสรมันด์. (2548). แคโรทีนอยด์. สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2558, จาก <http://www.greenclinic.in.th/component/content/article/58-vitaminc.html>
6. สมเดือน ทรัพย์ศรี, และสุวิมล กิรติพิบูล. 2538. การสกัดแคโรทีนอยด์จากเปลือกส้มเขียวหวาน. (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
7. B. Watzl, S.E. Kulling, J. Moseneder, S.W. Barth, A. Bub. (2005). A 4-wk intervention with high intake of carotenoid-rich vegetables and fruit reduces plasma C-reactive protein in healthy, nonsmoking men Am. J. Clin. Nutr., 82 , pp. 1052-1058.
8. D. Bouilly-Gauthier, C. Jeannes, Y. Maubert, L. Duteil, C. Queille- Roussel, N. Piccardi, C. Montastier, P. Manissier, G. Pierard, J.P. Ortonne. (2010). Clinical evidence of benefits of a dietary supplement containing probiotic and carotenoids on ultraviolet-induced skin damage. Br. J. Dermatol., 163 , pp. 536-543.
9. J. Lademann, S. Schanzer, M. Meinke, W. Sterry, M.E. (2011). Darwin Interaction between carotenoids and free radicals in human skin Skin Pharmacol. Physiol., 24 , pp. 238-244.
10. H. Sies, W. Stahl. (2004). Carotenoids and UV protection Photochem. Photobiol. Sci., 3, pp. 749-752.
11. Mansur, J. S.; Breder, M. N. R.; Mansur, M. C. A.; Azulay, R. D. (1986). Determination of sun protection factor (SPF) of sunscreens by ultraviolet spectrophotometry, An. Bras. Dermatol., Rio de Janeiro, 61, p. 121-124.
12. M.C. Meinke A. Friedrich K. Tscherch S.F. Haag M.E. Darwin H. Vollert N. Groth J. Lademann S. Rohn. (2013). Influence of dietary carotenoids on radical scavenging capacity of the skin and skin lipids. European Journal of Pharmaceutics and Biopharmaceutics, 84(2), pp 365-373.
13. Sayre, R. M.; Agin, P. P.; Levee, G. J.; Marlowe, E. (1979). Comparison of in vivo and in vitro testing of suncreening formulas. Photochem. Photobiol., Oxford, v. 29, pp. 559-566,
14. S. De Spirt, H. Sies, H. Tronnier, U. Heinrich. (2012). An encapsulated fruit and vegetable juice concentrate increases microcirculation in healthy women Skin Pharmacol. Physiol., 25, pp. 2-8.
15. S.F. Haag, A. Bechtel, M.E. Darwin, F. Klein, N. Groth, M. Schafer-Korting, R. Bittl, J. Lademann, W. Sterry, M.C. Meinke. (2010). Comparative study of carotenoids, catalase and radical formation in human and animal skin Skin Pharmacol. Physiol., 23, pp. 306-312.
16. S.F. Haag, B. Taskoparan, M.E. Darwin, N. Groth, J. Lademann, W. Sterry, M.C. Meinke. (2011). Determination of the antioxidative capacity of the skin in vivo using resonance Raman and electron paramagnetic resonance spectroscopy. Exp. Dermatol., 20 , pp. 483-487.
17. Sumayya, A.J., Srinivasan, S. (2013). Quantification of Biochemical Parameters in *Araikeeria (Amaranthus tritris)* and *Agati (Sesbania grandiflora)*. International journal of Pharmaceutical Sciences Review and Research, pp. 58-59.

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

Development of the Health Literacy Enhancement Program for Older People with Chronic Kidney Disease Receiving Hemodialysis

กฤต บุญอาสา¹, ลดาวัลย์ พันธุ์พานิชย์²

Krit Boonasa¹, Ladawan Panpanit²

(Received: October 10, 2020 ; Accepted: December 17, 2020)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ประกอบไปด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1) พัฒนาโปรแกรมจากการทบทวนวรรณกรรม 2) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมกับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการฟอกเลือด จำนวน 6 คน และพยาบาลหน่วยไตเทียม จำนวน 5 คน ผลการศึกษพบว่า โปรแกรมประกอบด้วยคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 4 สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 15-30 นาที ได้แก่ ครั้งที่ 1 กิจกรรมการให้ความรู้ ครั้งที่ 2 กิจกรรมส่งเสริมการสื่อสารและการจัดการตนเอง ครั้งที่ 3 กิจกรรมส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อ ครั้งที่ 4 กิจกรรมส่งเสริมทักษะการตัดสินใจ โดยมีสื่อและอุปกรณ์สำหรับการจัดกิจกรรม ได้แก่ คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่พัฒนาขึ้น บัตรคำถาม กระดาษ A4 และปากกา ทดสอบความตรงตามเนื้อหาพบว่าคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและกิจกรรมกลุ่มมีดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 1 และ 0.96 ผลจากการทดลองใช้กับผู้สูงอายุและพยาบาลในหน่วยไตเทียม พบว่าโปรแกรมมีความเป็นไปได้ในการดำเนินการจริงและได้รับความพึงพอใจในระดับมาก ดังนั้น โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และควรมีการศึกษานำร่องเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, โรคไตเรื้อรัง, การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม, พฤติกรรมการดูแลตนเอง

Abstract

The present study aimed to develop a health literacy enhancement program to promote health literacy and self-care behaviors of older people with chronic kidney disease receiving hemodialysis. Nutbeam's health literacy concept (2008) was applied in developing program. The study consisted of 2 phases: 1) program development based on literature review 2) content verification and feasibility test. The developed program was content verified by five experts and feasibility test were examined by six older patients who visited the hemodialysis unit for hemodialysis and five staff nurses of the unit. The study revealed that the program included a self-care handbook for older people with chronic kidney disease receiving hemodialysis and group activities. Group activities comprised of 15-30-minute session for four sessions once a week: session 1 health information, session 2 communication and self-management skill training, session 3 media literacy skill training, and session 4 decision making skill training. Instrument used for the group activities included the developed self-care handbook, question cards, A4 paper, and magic pens. Content verification found that content validity index (CVI) of the self-care handbook and the

¹ นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

group activities were 1 and 0.96, respectively. Feasibility test with older patients and nurses indicated that the program was feasible and obtained high level of satisfaction. The developed health literacy enhancement program for older people with chronic kidney disease receiving hemodialysis was feasible. Further study should be conducted to examine effects of the program on health literacy and self-care behaviors of older people with chronic kidney disease receiving hemodialysis.

Keywords: Health Literacy, Older People, Chronic Kidney Disease, Hemodialysis, Self-care behavior

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกเพราะมีความชุกที่สูงและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความชุกของโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น จึงทำให้โรคไตเรื้อรังพบมากในผู้สูงอายุ⁽⁹⁾ ทั้งนี้ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดไตเสื่อมเร็วขึ้นประกอบด้วยปัจจัยสองประการสำคัญ ได้แก่ ปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ เช่น พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ เช่น อายุ เพศ กรรมพันธุ์ ซึ่งความเสี่ยงของไตเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามอายุโดยเมื่ออายุมากกว่า 60 ปีจะมีความเสี่ยงเป็น 4 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอายุน้อยกว่า 60 ปี⁽⁷⁾ ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสัดส่วนของการเกิดโรคไตเรื้อรังมากกว่าวัยอื่นเกิดจากกระบวนการสูงอายুর่วมกับปัจจัยอื่นๆ⁽⁷⁾ กระบวนการสูงอายุที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง คือ เมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของไตลดลงเนื่องจากมวลของไตลดลงเริ่มลดลง จนอายุ 80 ปีจะลดลงประมาณร้อยละ 25 และหน่วยไตมีจำนวนลดลง โดยเฉพาะส่วนคอร์เท็กซ์ ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงไตและการทำหน้าที่ของไตเริ่มลดลงประมาณร้อยละ 1 ต่อปีตั้งแต่อายุ 40 ปี จำนวนโกลเมอรูลัสที่ทำหน้าที่ปกติลดลง อัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate: GFR) ลดลง ความสามารถในการเพิ่มอัตราการกรองเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์หรือสิ่งกระตุ้นต่างๆลดลง (Renal functional reserve: RFR) ลดลง⁽¹³⁾ โดยอัตราการกรองของไตลดลงประมาณปีละ 1 ml/min ตั้งแต่อายุ 50 ปีขึ้นไป⁽¹⁴⁾ เมื่อเป็นไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทางเลือกของการรักษา คือ การบำบัดทดแทนไต วิธีการบำบัดทดแทนไตเมื่อโรคไตเรื้อรังดำเนินไปสู่ระยะสุดท้าย มี 3 วิธีหลัก คือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis; HD)

การล้างไตทางหน้าท้อง (Peritoneal dialysis; PD) วิธีการผ่าตัดเปลี่ยนไต (kidney transplantation; KT) (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558) การบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นวิธีที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงที่สุด⁽¹²⁾ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อดึงน้ำและขจัดของเสียที่คั่งค้างในร่างกายผู้ป่วยไตเรื้อรังโดยใช้เครื่องไตเทียม ทำให้ของเสียในร่างกายลดลงสามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรัง และช่วยยืดอายุของผู้ป่วยได้⁽⁴⁾ แต่การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง เช่น การติดเชื้อ มีภาวะซีด ความดันโลหิตต่ำ หลอดเลือดที่ใช้ฟอกเลือดเกิดการอุดตันและไม่สามารถใช้ฟอกเลือดได้ ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ส่งผลคุกคามถึงชีวิตได้ นอกจากนี้ผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดอาจประสบปัญหาอื่นๆ เช่น การนอนไม่หลับ คุณภาพชีวิตลดลง⁽⁷⁾ การส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสมของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดจะมีส่วนช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและปัญหาต่างๆ เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุได้⁽¹⁸⁾ วิธีการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสมอาจทำได้โดยการให้ความรู้ แต่พบว่านอกจากปัจจัยด้านความรู้แล้วยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่เหนี่ยวนำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสอดคล้องกับโรคและแผนการรักษา เป็นส่วนสำคัญอย่างหนึ่งในกระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาว ลดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดผลกระทบของสุขภาพที่เกิดจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด เป็นตัวสะท้อนคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ของการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้^(18,19) จากสถิติ

และการศึกษาปรากฏการณ์ทางการพยาบาลของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุสินารายณ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ แต่พบว่ายังไม่มีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งเป็นกลุ่มที่เปราะบาง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายหากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตลอดจนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อไป

กรอบแนวคิดการศึกษาวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดของ Nutbeam (2008) โมเดล ความรอบรู้ด้านสุขภาพมี 3 ชั้น คือ ชั้นพื้นฐาน (Basic/functional literacy) ชั้น มี ป ฎิ สัม พันธ์ (Communicative/interactive literacy) และชั้นวิพากษ์/วิจารณ์ (Critical literacy) มีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล (Access) 2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) 4) การจัดการตนเอง (Self- management) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และ 6) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยกิจกรรมมีเป้าหมายในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 ชั้น โดยเฉพาะชั้นมีปฏิสัมพันธ์ และชั้นวิพากษ์/วิจารณ์ (ทั้งนี้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานแล้วในระดับหนึ่งจากความสามารถในการอ่านและเขียนที่เรียนรู้จากการศึกษา

ตั้งแต่ระดับประถมศึกษา) รวมทั้งให้ครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน เมื่อผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้ที่สูงขึ้นจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. เพื่อศึกษาความตรงของเนื้อหาและความเป็นไปได้ของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุสินารายณ์ อำเภอกุสินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในระหว่างเดือน เมษายน 2563 ถึง เดือนกรกฎาคม 2563

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงพัฒนา (Development study) นี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และตรวจสอบความตรงของเครื่องมือดังกล่าว มี 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย

1.1 ศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1.2 พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเป็นไปได้ของโปรแกรม

2.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรม โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นซึ่งประกอบด้วยคู่มือและกิจกรรมกลุ่มได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์อายุรแพทย์โรคไต อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพยาบาลอายุรกรรมและความรู้ด้านสุขภาพ และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แล้วนำมาคำนวณดัชนีความตรงเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยค่าที่ยอมรับได้ต้องไม่น้อยกว่า 0.80 (Polit & Beck, 2014) รวมทั้งทำการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปดำเนินการในโปรแกรม

2.2 การประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรม หลังจากผู้วิจัยทำการปรับปรุงเนื้อหาของโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปทดสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูมิตนยา อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 5 ราย ระหว่างเดือนเมษายน 2563 ถึง เดือนกรกฎาคม 2563 และพยาบาลวิชาชีพหน่วยไตเทียม จำนวน 6 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการทบทวน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส และการได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ 2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้น

2. โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และกิจกรรมกลุ่ม

ผลการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาโปรแกรม ผลจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสำคัญและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพพบว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลโรคไต⁽¹⁴⁾ เป็นประเด็นสำคัญประการหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การดูแล เช่น ความสม่ำเสมอของการมาฟอกเลือดตามนัด การมารับบริการฉุกเฉิน การนอนโรงพยาบาล การควบคุมความดันโลหิตและความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม⁽¹⁴⁾ ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่เหนี่ยวนำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสอดคล้องกับโรคและแผนการรักษา ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นส่วนสำคัญอย่างหนึ่งในกระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาว ลดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผลกระทบของสุขภาพที่เกิดจากการมีความรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด เป็นตัวสะท้อนคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ของการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้⁽¹⁴⁾

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีผลทำให้ความรู้ด้านสุขภาพดีขึ้น^(1,5,8) ทำให้พฤติกรรม การดูแลตนเอง และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (เช่น ดัชนีมวลกาย ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก) ดีขึ้น^(1,8) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย แรงจูงใจภายในตัวบุคคล การให้บริการเชิงรุกของบุคลากร ตลอดจนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของครอบครัวญาติและเพื่อน⁽⁴⁾

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระดับและองค์ประกอบของความรอบรู้สุขภาพพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมี 3 ชั้น คือ ชั้นพื้นฐาน (Basic/functional literacy) ชั้นมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative/interactive literacy) และชั้นวิพากษ์/วิจารณ์ (Critical literacy) และ มีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล (Access) 2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) 4) การจัดการตนเอง (Self- management) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และ 6) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill)⁽¹⁷⁾

โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ จึงมีเป้าหมายในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ครอบคลุมทั้ง 3 ระดับและครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน ผลการพัฒนาได้โปรแกรมที่ประกอบด้วย 1) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและ 2) กิจกรรมกลุ่ม โดยคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะช่วยส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูล (Access) รวมทั้งเมื่อผู้สูงอายุได้ศึกษาคู่มือจะช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) และการดำเนินกิจกรรมกลุ่มที่ประกอบด้วยการให้ความรู้ส่งเสริมการสื่อสาร/ การจัดการตนเอง ส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อและส่งเสริมทักษะการตัดสินใจช่วยส่งเสริมองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านดังกล่าวในข้างต้น และเมื่อผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้ที่สูงขึ้นจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมต่อไป

รายละเอียดของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นดังนี้

1. คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ประกอบด้วย

เนื้อหาความรู้ที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ การปฏิบัติตัวก่อนฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การปฏิบัติตัวระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การปฏิบัติตัวหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การดูแลทวารหลอดเลือด การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหารและการใช้ยา

2. กิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมกลุ่มสำหรับโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 4 ครั้งๆ ละ 15-30 นาที ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ รวมเป็นระยะเวลาที่ใช้สำหรับกิจกรรมกลุ่มเป็นจำนวน 4 สัปดาห์ รายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการให้ความรู้ โดยผู้วิจัย จะให้ความรู้โดยการทำกิจกรรม “กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน” ภายใต้วีธีการสนทนาในเรื่อง “การดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม” ผ่านสื่อที่เป็นคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 15 - 30 นาที

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมส่งเสริมการสื่อสารและการจัดการตนเอง มีชื่อกิจกรรมว่า “ 3คำถามเร้าใจเมื่อมาไตเทียม ” เป็นกิจกรรมที่ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองด้านสุขภาพ ผ่านการฝึกปฏิบัติบทบาทสมมติ/เหตุการณ์จำลอง โดยให้ผู้สูงอายุได้ฝึกปฏิบัติการใช้เทคนิคการใช้คำถาม 3 ข้อ ได้ตอบกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุ โดยใช้บัตรคำถาม 3 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีขนาดเท่ากับกระดาษ A4 หนึ่งแผ่น ซึ่งข้อคำถามทั้ง 3 ข้อ มีดังนี้

ข้อที่ 1 “คุณมีปัญหาสุขภาพเรื่องอะไร?”

ข้อที่ 2 “คุณจะต้องทำอะไรบ้าง?”

ข้อที่ 3 “สิ่งที่จะต้องทำสำคัญอย่างไร?”

หลังจากนั้นผู้วิจัยจะเป็นผู้สรุปรวบรวมให้ผู้สูงอายุได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้องหลังผู้สูงอายุได้ฝึกปฏิบัติ โดยกิจกรรมนี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 15- 30 นาที

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อ มีชื่อกิจกรรมว่า “ฟังหู ไว้หู รู้ทันสื่อ” เป็นกิจกรรมที่ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการรู้เท่าทันสื่อ ผ่านการเล่าเรื่องราวสมมติเหตุการณ์จำลองหรือเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุเคยประสบจริง และให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และเล่าเรื่องราวของตนเองด้วย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะเป็นผู้สรุปรวบรวมขอให้ผู้สูงอายุได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้องหลังผู้สูงอายุได้เล่าเรื่องราวของตนครบ โดยกิจกรรมนี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 15 - 30 นาที

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมส่งเสริมทักษะการตัดสินใจ มีชื่อกิจกรรมว่า “รอบรู้เรื่องฟอกไ้ได้รับรองปลอดภัย อายุยืน ” เป็นกิจกรรมที่ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับทักษะการตัดสินใจ ผ่านการเล่าเรื่องราวสมมติเหตุการณ์จำลองหรือเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุเคยประสบจริง และให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และเล่าเรื่องราวของตนเองด้วย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะเป็นผู้สรุปรวบรวมขอให้ผู้สูงอายุได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้องหลังผู้สูงอายุได้เล่าเรื่องราวของตนครบ โดยกิจกรรมนี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 15 - 30 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความเป็นไปได้ของโปรแกรม

2.1 การประเมินความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรม

ผลการตรวจสอบความตรงเนื้อหา จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน พบว่าโปรแกรมซึ่งประกอบด้วยคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและกิจกรรมกลุ่ม ได้ค่าดัชนีความตรงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 1.0 และ 0.96 ตามลำดับ (ดังแสดงในตารางที่ 1) และมีข้อเสนอแนะให้ปรับแก้ไขดังนี้

คู่มือการดูแลตนเองฯ ควรปรับลดข้อความลงให้กระชับ และเพิ่มขนาดตัวอักษรให้ใหญ่ขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุอ่านง่าย มองเห็นชัดเจน รูปภาพที่ใช้ประกอบถ้าเป็นไปได้ควรเป็นภาพถ่ายจริงทุกภาพ เพื่อสื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจง่าย

บัตรคำถามสำหรับกิจกรรมกลุ่มในสัปดาห์ที่ 2 ควรปรับสีของตัวอักษรและพื้นหลังให้เหมาะสมกับการมองเห็นของผู้สูงอายุ การดำเนินกิจกรรมกลุ่มควรปรับระยะเวลาให้มีความกระชับและรัดกุมมากยิ่งขึ้น และการสรุปประเด็นสำคัญให้เน้นย้ำการทบทวนซ้ำให้เข้าใจตรงกัน

ตารางที่ 1 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ต่อกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 5 หัวข้อประเมิน

หัวข้อที่	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ให้ ความเห็นว่าสอดคล้อง	Item-CVI (I-CVI)
	คนที่1	คนที่2	คนที่3	คนที่4	คนที่5		
1	4	4	2	4	4	5	4/5 = 0.8
2	4	4	4	4	4	5	5/5 = 1
3	4	3	4	3	4	5	5/5 = 1
4	3	4	4	4	4	5	5/5 = 1
5	3	3	4	4	4	5	5/5 = 1

$$CVI = \frac{\sum R_{3,4}}{N}$$

เมื่อ CVI.... เป็นดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา

$\sum R_{3,4}$ เป็นข้อที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ระดับ 3 และ 4

N เป็นจำนวนข้อคำถามทั้งหมด

ดังนั้นโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หลังปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 4 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้งๆละ 15-30 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมการให้ความรู้ โดยผู้วิจัย จะให้ความรู้โดยการทำกิจกรรม “กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน” ภายใต้วหัวข้อการสนทนาในเรื่อง “การดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม” ผ่านสื่อที่เป็นคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยผู้วิจัยมีการสรุปประเด็นสำคัญและเน้นย้ำการทบทวนซ้ำให้เข้าใจตรงกัน

ครั้งที่ 2 กิจกรรมส่งเสริมการสื่อสารและการจัดการตนเอง มีชื่อกิจกรรมว่า “ 3 คำถาม เราใจเมื่อมาไตเทียม ” เป็นกิจกรรมที่ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองด้านสุขภาพ ผ่านการฝึกปฏิบัติบทบาทสมมติ/เหตุการณ์จำลอง โดยให้ผู้สูงอายุได้ฝึกปฏิบัติการใช้เทคนิคการใช้คำถาม 3 ข้อ ได้ตอบกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะเป็นผู้สรุปรวบรวมให้ผู้สูงอายุได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้องหลังผู้สูงอายุได้ฝึกปฏิบัติ และการสรุปประเด็นสำคัญผู้วิจัยมีการเน้นย้ำการทบทวนซ้ำให้เข้าใจตรงกัน

ครั้งที่ 3 กิจกรรมส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อ มีชื่อกิจกรรมว่า “ฟังหู ไว้หู รู้ทันสื่อ” เป็นกิจกรรมที่ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการรู้เท่าทันสื่อ ผ่านการเล่าเรื่องราวสมมติเหตุการณ์จำลองหรือเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุเคยประสบจริง และให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และเล่าเรื่องราวของตนเองด้วย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะเป็นผู้สรุปรวบรวมให้ผู้สูงอายุได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้องหลังผู้สูงอายุได้เล่าเรื่องราวของตนเองครบ ซึ่งการ

$$\begin{aligned}\text{แทนค่า CVI} &= \frac{4.8}{5} \\ &= 0.96\end{aligned}$$

สรุปประเด็นสำคัญผู้วิจัยมีการเน้นย้ำการทบทวนให้เข้าใจตรงกัน...

ครั้งที่ 4 กิจกรรมส่งเสริมทักษะการตัดสินใจ มีชื่อกิจกรรมว่า “รอบรู้เรื่องฟอกไตรับรองปลอดภัย อายุยืน ” เป็นกิจกรรมที่ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับทักษะการตัดสินใจ ผ่านการเล่าเรื่องราวสมมติเหตุการณ์จำลองหรือเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุเคยประสบจริง และให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และเล่าเรื่องราวของตนเองด้วย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะเป็นผู้สรุปรวบรวมให้ผู้สูงอายุได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้องหลังผู้สูงอายุได้เล่าเรื่องราวของตนเองครบ ซึ่งการสรุปประเด็นสำคัญผู้วิจัยได้มีการเน้นย้ำการทบทวนให้เข้าใจตรงกัน

2.2 การประเมินความเป็นไปได้ของสื่อบัตรคำถาม และคู่มือ

หลังจากผู้วิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 632063 ผู้วิจัยนำโปรแกรมประกอบด้วยคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและกิจกรรมกลุ่มไปทดสอบความเป็นไปได้และประเมินความพึงพอใจกับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 6 ราย อายุระหว่าง 68 – 74 ปี (เฉลี่ย 70.83 ปี) เพศหญิง 3 คน เพศชาย 2 คน จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 4 คน มัธยมศึกษา 1 คน และปริญญาโท 1 คน ผู้สูงอายุทุกคนมีความคิดเห็นว่าเล่มคู่มือมีขนาดเหมาะสม พกพาสะดวก ตัวอักษรพอเหมาะ สีเส้นสวยงาม อ่านได้ชัดเจน เนื้อหากระชับ เข้าใจง่าย มีรูปภาพประกอบชัดเจนมีสีเส้นสวยงาม มีความเหมือนจริงสื่อได้ชัดเจน สื่อความหมายให้เข้าใจง่ายขึ้น บัตรคำถามในการดำเนินกิจกรรมมีขนาดตัวอักษรเหมาะสมกับผู้สูงอายุทำให้มองเห็นได้ชัดเจน มีผู้สูงอายุ 2 คน ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยหนึ่งคน

เสนอแนะว่าควรเพิ่มขนาดตัวอักษรในคู่มือและอีกคนเสนอแนะว่าควรเพิ่มสีต้นให้เด่นสะดุดตา

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือและกิจกรรมกลุ่มของผู้สูงอายุรายด้าน ได้แก่ ด้านสื่อให้ความรู้ พบว่าส่วนใหญ่เห็นว่าสื่อมีความเหมาะสม ออกแบบสวยงาม สื่อสารเข้าใจง่าย เนื้อหาในคู่มือมีความเหมาะสม สั้นกระชับ เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ด้านกระบวนการ/ขั้นตอน พบว่าส่วนใหญ่เห็นว่าสามารถทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจ พฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ด้านความเป็นประโยชน์พบว่าสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ ความพึงพอใจในภาพรวมต่อคู่มือและกิจกรรมกลุ่มอยู่ในระดับมากที่สุด

ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยไตเทียม 5 ราย ด้านสื่อให้ความรู้ พบว่า ส่วนใหญ่เห็นว่าสื่อมีความเหมาะสม ออกแบบสวยงาม สื่อสารเข้าใจได้ง่าย เนื้อหาในคู่มือมีความเหมาะสม สั้นกระชับ เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน และสามารถเข้าถึงได้ง่าย ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด และด้านกระบวนการ/ขั้นตอน ส่วนใหญ่เห็นว่าสามารถทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจการดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม รวมถึงขั้นตอนการทำกิจกรรมมีความชัดเจน ประเด็นที่ใช้ทำกิจกรรมกลุ่มในโปรแกรม เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด และด้านผลลัพธ์การใช้สื่อ ส่วนใหญ่เห็นว่า สื่อคู่มือและบัตรคำถามมีประโยชน์สามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้จริง ความพึงพอใจในภาพรวมต่อคู่มือและกิจกรรมกลุ่มอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นเดียวกันกับผู้สูงอายุ

สรุปและอภิปรายผล

จากการพัฒนาโปรแกรมโดยใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) นั้น โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีการให้ความรู้ผ่านคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งคู่มือดังกล่าวได้ช่วยพัฒนาองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพด้านที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการสุขภาพ และด้านที่ 2 ทักษะความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพผ่านการทำกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งเป็นการพัฒนาองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน อันได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการสุขภาพ (Access) ทักษะความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพ (Cognitive) ทักษะการสื่อสาร (Communication skills) และการจัดการตนเอง (Self management) ได้รับการฝึกฝนและพัฒนาผ่านกิจกรรมของโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 ซึ่งมีชื่อว่า “3 คำถามเร้าใจ เมื่อมาไตเทียม” ส่วนทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) ได้รับการฝึกฝนและพัฒนาผ่านกิจกรรมของโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 3 ซึ่งมีชื่อว่า “ฟังหู ไว้หู รู้ทันสื่อ” และทักษะการตัดสินใจ (Decision skills) ได้รับการฝึกฝนและพัฒนาผ่านกิจกรรมของโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งมีชื่อว่า “รอบรู้เรื่องฟอกไต รับรองปลอดภัยอายุยืน”

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้กระตุ้นให้มีการเสริมแรงตนเองจากผลสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองในกิจกรรมกลุ่ม โดยการให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ เรียนรู้จากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ ชมเชย และได้รับกำลังใจจากสมาชิกในกลุ่ม รวมถึงการส่งเสริมให้นำไปปฏิบัติต่อเนื่องในชีวิตประจำวันอีกด้วย ในการเข้าร่วมกิจกรรมทุกสัปดาห์ผู้สูงอายุได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกับผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรสุขภาพเป็นการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการสุขภาพ และ ด้านที่ 2 ทักษะความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพด้วย หากนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพนี้ไปใช้อาจมีผลทำให้

ความรู้ด้านสุขภาพดีขึ้นซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา
โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรค
ความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินที่พบว่ากลุ่มทดลองที่
ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมี
คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าก่อนเข้าร่วม
โปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ⁽⁸⁾ นอกจากนี้ยัง
อาจมีความสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรม
พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูงซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมพัฒนา
ความรู้มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ
มากกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมและมากกว่ากลุ่ม
เปรียบเทียบ⁽¹⁾

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาประเมินประสิทธิผลของ
โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
โรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้
ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา
และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข ขอขอบคุณอาจารย์
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ความรู้ คำแนะนำในการ
พัฒนานวัตกรรม ขอขอบคุณศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อ
ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงานที่ให้ทุนสนับสนุนใน
การทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กฤษภณ เทพอินทร์และคณะ. “ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้”. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรดิตต์. 11(1): 197-212, 2562.
2. กฤษภณ จอคนอก และ นิติชาธร ภาโนมัย. “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลบึงกาฬอำเภอบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ”. วารสารสมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 13(2): 38-55, 2561.
3. ธัญชนก ขุมทอง และคณะ. “ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง”. วารสารบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศิลปากรสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 3(6): 67-85, 2559.
4. นพมาศ ชำสมบัติ. ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังต่อภาวะน้ำเกินและความพึงพอใจในบริการพยาบาล. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการบริหารการพยาบาล, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย). กรุงเทพมหานคร, 2556.
5. นิธิรัตน์ บุญदानนท์ และคณะ. “ประสิทธิผลของการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่รับเข้าบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา”. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 13(30): 1-14, 2562.
6. พงศธร ศิลาเงิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา. (วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการส่งเสริมสุขภาพคณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์). กรุงเทพมหานคร, 2561.
7. สักดิ์ชัย โอภาสมานะกิจ และจรรยาศักดิ์ นพคุณ. “การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้สูงอายุ”. วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. 24(1): 4-9, 2561.
8. ศิริรักษา วรธนประเสริฐและคณะ. “ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน”. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา. 20(2): 92-104, 2562.
9. ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย และคณะ. The Next Frontier in Kidney Care : Moving Toward Excellence. (พิมพ์ครั้งที่ 1). หจก.โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา. ขอนแก่น, 2560
10. อังคนันท์ อินทรกำแหง. ความรู้ด้านสุขภาพ : การวัดและการพัฒนา. (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัท สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด. กรุงเทพฯ, 2560

11. Annual Report Thailand Renal Replacement Therapy 2015 (ปี 2015). (2015). Retrieved October 23, 2019, from http://www.nephrothai.org/images/Final_TRT_report_2015_ฉบับแก้ไข.pdf
12. Chuasuwan, A., & Praditpornsilpa, K. (2014). **Thailand renal replacement therapy year 2014**. Bangkok: The Nephrology Society of Thailand.
13. Denic, A., Glasscock, R. J., & Rule, A. D. (2016). Structural and functional changes with the aging kidney. **Advances in chronic kidney disease**, 23(1), 19-28. Retrieved October 23, 2019, from <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2015.08.004>
14. Jain, D. and J.A. Green, Health literacy in kidney disease: Review of the literature and implications for clinical practice. **World J Nephrol**, 2016. 5(2): p. 147-51.
15. Metheny, Norma Milligan. (2012). Fluid and electrolyte balance in the aged. In **Fluid and electrolyte balance: Nursing considerations**. (5th Ed, 2012, pp. 355–370). Retrieved October 23, 2019, from <https://opac.kku.ac.th/Catalog/BibItem.aspx?BibID=b00347926>
16. Miller, Carol A. (2019). Urinary function. ใน **Nursing for wellness in older adults** (8th Ed, 2019, pp. 392–417). Retrieved October 23, 2019, from <https://opac.kku.ac.th/catalog/BibItem.aspx?BibID=b00424263>
17. Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. **Social science & Medicine**, 67(12), 2072-8.
18. Wong, K. K., Velasquez, A., Powe, N. R., & Tuot, D. S. (2018). Association between health literacy and self-care behaviors among patients with chronic kidney disease. **BMC Nephrology**, 19. <https://doi.org/10.1186/s12882-018-0988-0>
19. Young, B. A. (2013). Health Literacy in Nephrology: Why Is It Important? **American Journal of Kidney Diseases**, 62(1), 3–6. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2013.04.003>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่สลิค อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

Factors related to Self-Care Behavior of Hypertensive Patients

Mae Salit Sub-district, Ban Tak District, Tak Province.

ชุนิกา แจ่มจรัส¹

Chunika Jamjums¹

(Received: January 9 ,2021 ; Accepted: March 17 ,2021)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลแม่สลิค อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) กลุ่มประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 256 คนและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด 217 คน โดยเข้าเกณฑ์คัดออก 39 คน ได้แก่ ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม 16 คน และผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในพื้นที่ในช่วงเวลาที่ตอบแบบสัมภาษณ์ 23 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และนำแบบสัมภาษณ์ไปหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยได้ความเชื่อมั่น ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 0.790 แรงสนับสนุนทางสังคม 0.810 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 0.813 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและแจกแจงความถี่ วิเคราะห์ข้อมูลร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้ Chi-square test ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 79.70 แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 77 พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 86.60 การหาความสัมพันธ์ อายุ ส่วนสูง ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนน้ำหนัก รอบเอว รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และแรงสนับสนุน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติมถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงว่ามีปัจจัยด้านอื่น ๆ อีกหรือไม่ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น การรับรู้ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม การเข้าถึงบริการ ความพึงพอใจ ความวิตกกังวล เป็นต้น

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This study has the purpose to study self-care behavior of Hypertensive patients in Mae-Salit Sub-district, Ban Tak District, Tak Province. This study was a survey research as the population of the study was identified diagnosed hypertension patients was 256 patients and Sample was 217 patients (Exclusion criteria was 39 patients consists of turned down the interview was 16 patients and unable to attend the interview was 23 patients). An interview became the main collecting data which consists of 4 parts as Personal data, Understanding of High blood pressure, Social support, and Self-care behavior of patients with hypertension. After that, taking the interview form to find the quality of the equipment with confidence, understanding about hypertension was 0.790, Social support was 0.810 and Self-care behaviors of patients with hypertension was 0.813, Analyze the data by using the computer program to analyze percentage, average, standard deviation, and range. Chi-square test is used to determine whether there is a statistically significant difference at 0.05. As the results showed that 79.70% of high blood pressure patients who understanding about high blood pressure, 77% was high level of the social support and high level of behaviors of patients with high blood pressure reach 86.60%. The relation of age, height, and knowledge about high blood pressure are correlated with self-care behavior of patients with Hypertension and the waist weight, average income per month, the duration of hypertension, and social support were not correlated with the self-care behavior of the hypertensive patients. Hence, this study aims to further explore whether any factors will relate

¹ อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

to self-management behaviors of hypertension patients, such as perception, predisposing factor, enabling factors, reinforcing factors, accessibility services, satisfaction, and anxiety.

Keywords: Self-care behavior, Patients with hypertension

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization :WHO) รายงานว่าทั่วโลกมีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากถึงหนึ่งพันล้านคน โดยพบว่าประชากรทั่วโลก 1 ใน 3 คน มีภาวะความดันโลหิตสูง และประชากรวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบว่ามี 1 ใน 3 คน ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเช่นกัน และได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 (ค.ศ. 2025) ประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.56 พันล้านคน¹ โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยในแต่ละปีมีประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคนี้เกือบ 8 ล้านคน ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเกือบร้อยละ 50 ด้วยอาการภาวะแทรกซ้อนของโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคหัวใจ¹⁷

ประเทศไทยมีจำนวนประชากรปี 2559-2561 จำนวน 65,013,495 คน (ปี 2559), 65,204,797 คน (ปี 2560), และ 65,406,320 คน (ปี 2561) พบจำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน 100,000 คน จำนวน 1,306,070 (2,008.92), 1,363,616 (2,091.28) และ 1,468,433 (2,245.09) คน ตามลำดับ³ และมีผู้เสียชีวิตโรคความดันโลหิตสูง และอัตราตายต่อแสนประชากร ในปี 2559-2561 จำนวน 7,930 (12.05), 8,525 (13.07) และ 8,590 (13.13) ตามลำดับ² ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นจากข้อมูลทั้งหมดที่เราได้ทราบข้างต้น เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เราเห็นได้อย่างชัดเจนว่า ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาโรคความดันโลหิตสูงแบบเรื้อรังไม่ว่าจะเป็นปัญหาเรื่องของการวินิจฉัย การไม่ได้เข้ารับการรักษ และการที่ไม่สามารถที่จะควบคุมความดันได้ทั้งหมดนี้ทำให้อาการโรคความดันโลหิตสูงนั้นยังมีความรุนแรงมาก ตรวจพบโรคแทรกซ้อนมากมาย ทำให้การรักษายากยิ่งขึ้น ต้องมีการดูแลเพิ่มเติมไปหลายเท่าตัวและทำให้เกิดค่าใช้จ่ายมากขึ้น อาการเรื้อรัง

ของโรคนี้อันเนื่องมาจากการไม่ได้เข้ารับการรักษารึหรือได้รับการรักษาก็จริงแต่ควบคุมไม่ได้จะทำให้ส่วนของความดันที่อยู่ภายในตัวหลอดเลือดค่อยๆ สูงขึ้นและนั่นก็เป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมซึ่งทางตรงนั้นก็ถือเป็นการทำให้ส่วนของหลอดเลือดที่อยู่ภายในร่างกายนั้นเกิดการแตกได้ ส่วนทางอ้อม คือลักษณะความดันโลหิตสูงจะยิ่งเป็นการเข้าไปเร่งให้เกิดปฏิกิริยาที่หลอดเลือดแดง อาจทำให้ หลอดเลือดเกิดการแข็งตัวหรือมีลักษณะขรุขระหรือมีความแข็งแต่ประ¹

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก มีประชากร ปี 2559-2561 จำนวน 526,558 532,237 และ 537,702 คน พบจำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน 100,000 คน จำนวน 8,507 (1,615.59), 8,398 (1,577.87) และ 8,885 (1,652.40) คน³ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น จากปัญหาดังกล่าวทำให้พบกลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ต่อเนื่อง ไม่ครอบคลุม สอดคล้องกับปัจจัยเสี่ยงสำคัญของจังหวัดตาก พบประชากร 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอีกด้วย อีกทั้งสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคดังกล่าวเนื่องจากประชาชนยังไม่เห็นความสำคัญของโรคพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมเน้นอาหารหวานมันเค็มขาดการออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่หรือการเผชิญกับภาวะเครียดในการใช้ชีวิตประจำวันและที่สำคัญคือขาดความตระหนักในการดูแลตนเองทั้งในภาวะปกติและยามเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ระดับการศึกษา ระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวที่ต่างกัน สามารถควบคุมและป้องกันโรคได้¹⁸ แต่มีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นต้องรักษาตลอดชีวิตทำให้ต้องเสีย

ค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาผู้ป่วยสาเหตุของการเกิดโรคมามากมายจากปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนเช่นความเครียดความเร่งรีบในการรับประทานอาหารการไม่ออกกำลังกายและแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่มีแนวโน้มสูงขึ้น หากไม่ได้รับการรักษาให้ทัน่วงทีก็จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในลำดับต้นๆ¹⁷

จากข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางโองน้ำ ตำบลแม่สลิค อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก มีประชากร ในปี 2559-2561 จำนวน 2,149 2,131 และ 2,118 คน มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญจำนวน 33,38,41 คน เท่ากับ 1,535.60 1,783.20 และ 1,935.79 ต่อแสนประชากร¹⁹

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางโองน้ำ ตำบลแม่สลิค อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก โดยประกอบด้วยปัจจัยสำคัญเช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการใช้ยา โรคความดันโลหิตสูงนำหลัก 3 อ. 2 ส. 14 มาใช้ซึ่งเปรียบเทียบกับปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งจะ ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย สาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อาการของโรคความดันโลหิตสูง การป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรักษาโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และแรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคคลในครอบครัว และบุคคลในชุมชนที่ต่างกัน หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูงเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นลดภาวะแทรกซ้อนและปัญหาต่างๆที่เกิดต่อไปได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางโองน้ำ ตำบลแม่สลิค อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

วิธีการวิจัย

การศึกษครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้รูปแบบการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และ เชิงสำรวจ (Survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค ความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางโองน้ำ ตำบลแม่สลิค อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก จำนวน 256 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางโองน้ำ ตำบลแม่สลิค อำเภอบ้านตากจังหวัดตาก จำนวน 217 คน โดยเข้าคุณสมบัติเกณฑ์คัดออก จำนวน 39 คน ได้แก่ ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม 16 คน และผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในพื้นที่ในช่วงเวลาที่ตอบแบบสัมภาษณ์ 23 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมการศึกษาดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทุกคนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางโองน้ำ
2. มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน ไม่มีความผิดปกติทางสมองหรือจิตใจ
3. พูดและฟังภาษาไทยเข้าใจได้ดี ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร
4. มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่สมัครใจตอบแบบสัมภาษณ์

2. เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน

3. ผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในพื้นที่ในช่วงเวลาตอบแบบสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลที่ได้สร้างแบบสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยาง โองน้ำ ตำบลแม่สลิค อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ที่ได้รับ ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ สาเหตุ การเกิดโรคความดันโลหิตสูง อาการของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรักษาโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบเลือกตอบ มี 2 ระดับ คือ ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 12 ข้อ ผลตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.790

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคคลในครอบครัว และบุคคลในชุมชน ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบเลือกตอบ มี 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย ไม่เห็นด้วย จำนวน 15 ข้อ ผลตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.810

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ความเครียด การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 19 ข้อ ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ โดยให้เลือกตอบเพียง 1 ข้อ ผลตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.813

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. สร้างเครื่องมือโดยศึกษาจากเอกสาร ตำรางานวิจัยที่เกี่ยวข้องและสอบถามแนวทางจากผู้ที่มีความรู้และเชี่ยวชาญในเรื่องนี้ เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดรูปแบบและเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์
2. ความตรงของเครื่องมือ (Content validity) นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปขอคำแนะนำจากนักวิชาการผู้มีประสบการณ์ในเรื่องนี้เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ คือ อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยาง โองน้ำ ตำบลแม่สลิค อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยาง โองน้ำ ตำบลแม่สลิค อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก รวมจำนวน 3 ท่าน
3. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือที่ได้ปรับปรุงแล้ว ไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา ซึ่งในที่นี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สลิค อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก เพื่อตรวจสอบความเข้าใจตรงกันในเนื้อหาของข้อคำถามแต่ละข้อ และทดสอบความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลหาค่าสถิติต่าง ๆ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการคำนวณหาค่าสถิติมีรายละเอียด ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) โดยใช้อธิบายข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางโอนน้ำตำบลแม่สลิค อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่

2.1 สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) เป็นสถิติที่ใช้ทดสอบข้อมูลที่มีระดับการวัดแบบนามมาตรา (nominal scale) หรือ อันดับมาตรา (ordinal scale) หาความสัมพันธ์ของข้อมูลเชิงคุณภาพโดยตรวจสอบข้อมูลให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้ ข้อมูลแต่ละค่าจะต้องอยู่ที่เซลล์ใดเซลล์หนึ่งเท่านั้น, ข้อมูลแต่ละค่าจะเป็นอิสระจากข้อมูลอื่น, ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์จะเป็นค่าความถี่ และค่าความถี่คาดหวังในแต่ละ Cell จะต้องไม่น้อยกว่า 5

2.2. สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson

product moment correlation coefficient) โดยตรวจสอบข้อมูลให้เป็นไปตามข้อตกลง

เบื้องต้น ดังนี้ ระดับการวัดตัวแปรอยู่ในช่วงมาตรา หรือระดับอัตราส่วนมาตรา, ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นและ ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากตารางที่ 1 พบว่าจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่า ไค-สแควร์ (Chi-square) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ หลัก ประวัติการเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูงของบุคคลในครอบครัว และพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความถี่ที่ได้มีค่าน้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20 ของจำนวนกลุ่มทั้งหมด ทำให้ละเมิดกฎของ ไค-สแควร์ (Chi-square) ไม่สามารถหาความสัมพันธ์ได้

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูงของบุคคลในครอบครัวและพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 217)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง			X ²	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)				
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
เพศ					
ชาย	13(14.80)	75(85.20)	0(0.00)	0.250	0.000
หญิง	13(10.10)	116(89.9)	0(0.00)		
สถานภาพสมรส					
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	9(14.3)	54(85.7)	0(0.00)	-0.073	0.284
คู่/สมรส	17(11.00)	137(89.00)	0(0.00)		

คุณลักษณะส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง			X ²	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)				
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้รับการศึกษา	0(0.00)	9(100.00)	0(0.00)	-0.045	0.508
ได้รับการศึกษา	26(12.50)	182(87.50)	0(0.00)		
อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11(14.30)	66(85.70)	0(0.00)	-0.146	0.033
ประกอบอาชีพ	14(10.10)	124(89.90)	0(0.00)		
ประวัติการเจ็บป่วยโรคความดัน โลหิตสูงของบุคคลในครอบครัว					
ไม่มี	15(10.60)	127(89.40)	0(0.00)	0.069	0.314
มี	11(14.70)	64(85.30)	0(0.00)		

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 217)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ (ปี)	0.551	0.041	มีความสัมพันธ์
น้ำหนัก	-0.105	0.122	ไม่มีความสัมพันธ์
ส่วนสูง	-0.343	0.000	มีความสัมพันธ์
รอบเอว	-0.006	0.931	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	0.018	0.788	ไม่มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	0.002	0.982	ไม่มีความสัมพันธ์
ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง	-0.188	0.006	มีความสัมพันธ์
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.50	0.461	ไม่มีความสัมพันธ์

จากตารางที่ 2 โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน (r) พบว่า อายุ ส่วนสูง ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนน้ำหนัก รอบเอว รายได้เฉลี่ย

ต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่า ไค-สแควร์ (Chi-square) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ประวัติการเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูงของบุคคลในครอบครัว และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความถี่ที่ได้มีค่าน้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20 ของจำนวนกลุ่มทั้งหมด ทำให้ละเมิดกฎของ ไค-สแควร์ (Chi-square) ไม่สามารถหาค่าความสัมพันธ์ได้

ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ค่าสัมพัทธ์ของเพียร์สัน (r) พบว่า อายุ ส่วนสูง ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัฒนา อุตริวงศ์¹⁵ พบว่า อายุที่ต่างกันนั้น จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกันไป แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของประภาส ขำมาก และคณะ¹² พบว่า อายุนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ส่วนน้ำหนัก รอบเอว รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมรัตน์ ขำมาก²² พบว่า ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากปัจจุบันมีการปรับรูปแบบการให้บริการเน้นเชิงรุกมากขึ้น ตัวอย่างเช่น การออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วย พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับ

การปฏิบัติตัวที่บ้าน ตามนโยบายหมอ และ อสม. จึงทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการอย่างเท่าเทียมกันในทุกบริการ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงแสดงว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมที่ดีเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรสนับสนุนการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงทักษะวิธีการในการปฏิบัติตัวให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และญาติ ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น
2. จัดให้มีกิจกรรมกลุ่มของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยกัน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองและเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้เรียนรู้ และรับรู้ถึงวิธีการที่ถูกต้อง เหมาะสม ในการปฏิบัติตัว
3. จัดให้มีโครงการหรือกิจกรรมภายในชุมชน โดยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้มีส่วนร่วม เป็นการช่วยสร้างสัมพันธ์ภาพ กับครอบครัว ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยกัน เพื่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนทั่วไป ควรจัดให้มีโครงการหรือกิจกรรมภายในชุมชน เช่น กิจกรรมออกกำลังกาย การรำไม้อ้อ การทำสมาธิบำบัด นวดฝ่าเท้า แช่เท้าสมุนไพร เป็นต้น รวมไปถึงการเดินรณรงค์ หรือติดโปสเตอร์ให้ความรู้ เกี่ยวกับอันตรายจากของโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนในชุมชนได้เห็นถึงความสำคัญและตระหนักต่อ ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง
4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานด้านสาธารณสุข องค์กรเอกชน กลุ่ม และชมรมต่างๆ ควรมีการสนับสนุนบริการด้าน

ต่างๆ เช่น บุคลากร งบประมาณ เพื่อกำหนดนโยบายในการเฝ้าระวังแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูง โรคเรื้อรังหรือโรคติดต่ออื่นๆ

5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบทุกคน เพื่อที่จะได้ทราบปัญหาและแนวทางแก้ไข

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยาง โองน้ำ ตำบล

แม่สลิค อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สลิค อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก และอาสาสมัครสาธารณสุขทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออำนวยความสะดวกแก่ผู้ทำวิจัยเป็นอย่างดีในการเข้าไปทำวิจัยและเก็บข้อมูลในพื้นที่ตำบลแม่สลิค อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก สำหรับการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กิ่งกาญจน์ ฤทธิสุวรรณ. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ห้องตรวจโรคผู้บังคับบัญชาระดับสูงโรงพยาบาลตำรวจ. 2558
2. กองโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราตายโรคไม่ติดต่อ ปี 2559 - 2561 (รวม 4 โรค / ความดันโลหิตสูง/เบาหวาน/หัวใจขาดเลือด/หลอดเลือดสมอง/หลอดเลือดอักเสบ/ถุงลมโป่งพอง). 2562. URL <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13653&tid=32&gid=1-020> สืบค้นเมื่อ 27 กันยายน 2563.
3. กองโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราผู้ป่วยใน ปี 2559 - 2561 (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, หลอดเลือดหัวใจ, หลอดเลือดสมอง, COPD). 2562. URL <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020>. สืบค้นเมื่อ 27 กันยายน 2563.
4. จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอริม. 2552
5. ธรินี พังจันทน์ และนิธยา พันธุเวทย์. ประเด็นสารธรรมรงค์ วันความดันโลหิตสูงโลก 2556. URL <http://www.thaincd.com/document/file/download/leaflet/ประเด็นสารความดันโลหิตสูง56.pdf>. สืบค้นเมื่อ 13 กันยายน 2563.
6. ธิติพิชญ์ ชัยศรี. National institutes of Health 1977. อ้างในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2544
7. นภาพร ห่วงสุขสกุล. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี. 2555
8. เนาวรัตน์ จันทนันทะและคณะ. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2555
9. เบญจมาศ เพ็ชรรักษา. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการ คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทองหลาง อำเภอบ้านใหม่. 2557
10. เบญจมาศ สุขศรีเพ็ญ. พลังความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการ. URL http://www.research-system.siam.edu/images/coop/general_management/3_2557/Patterns_of_physical_activity/06_ch2.pdf. สืบค้นเมื่อ 27 กันยายน 2563.
11. ปฐญาภรณ์ ลาตุณ และคณะ. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. 2555
12. ประภาส ขำมาก และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขต ต.คลองรี อ.สติง พระ จ.สงขลา. 2558.
13. พรหมณี บัญชรหัตถกิจ. (2540 อ้างถึงใน ศราวุธ ชงยุทธ; 2546, หน้า 25). ความหมายพฤติกรรมการดูแลตนเอง
14. พันธรัตน์ คงทอง. ปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคเรื้อรังวารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2561.
15. พัฒนา ฤทธิรงค์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใช้เก็บข้อมูลในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนคา ต.ทอนหงส์ อ.พรหมคีรี จ.นครศรีธรรมราช. 2557.
16. พิณิจ กุลละวณิชย์. ผลดีของการออกกำลังกาย. URL <https://www.naewna.com/lady/columnist/40085>. สืบค้นเมื่อ 21 กันยายน 2563.

17. กาวิทย์ เพียรวิจิตร. รู้แล้วรอดโรค ความดันเลือดสูง ภัยเงียบที่ไม่ควรมองข้าม. URL <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/home/article/โรคความดันโลหิตสูง>. สืบค้นเมื่อ 13 กันยายน 2563.
18. ราตรี อร่ามศิลป์และคณะ. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. 2559
19. ศาสตรา จารูรัตนานนท์. โรคความดันโลหิตสูง. URL <https://www.ryt9.com/s/prg/2875173>. สืบค้นเมื่อ 21 กันยายน 2563.
20. สมเกียรติ โพธิ์สัตย์ และสุรพันธ์ พงศ์สุรนัย. ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension). URL <http://training.dms.moph.go.th/rtdc/storage/app/uploads/public/59b/9e7/976/59b9e7976039e624369296.pdf>. สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2563.
21. สันติ ธรรมชาติ. ความหมายพฤติกรรมสุขภาพของ Kals and. Cobb. URL http://003400health.blogspot.com/2016/11/blog-post_97.html สืบค้นเมื่อ 27 กันยายน 2563.
22. สมรัตน์ ขำมาก. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางเหล้า อำเภอสังขละบุรี จังหวัดสงขลา. 2559
23. อมรรวณ บัวขจร. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานบริการของรัฐ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี. 2554
24. อนุญา คูอาริยะกุล และคณะ. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเป้า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. 2560
25. Best, John W; 1977. Research in education. (3rd ed.). New Jersey : Prentice Hall.
26. Bloom, Benjamin S., et al; 1971. Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company.

รูปแบบการเผชิญความเครียดของนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

Pattern of Stress Coping among Undergraduate Students at a Specialized Educational Institution in the Northeast of Thailand

นภาพร นครธรรม¹, ชีระ สุภอุดมผล²

Napaphon Nakhontham¹, Thira Suphaudomphon²

(Received: February 12, 2020 ; Accepted: March 24, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษารูปแบบการเผชิญความเครียดของนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประจำปีการศึกษา 2563 ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 20 คน คือนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเป็นนักศึกษาที่มีความเครียดในระดับสูงขึ้นไป ซึ่งข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นข้อมูลทุติยภูมิที่ได้มาจากการสำรวจของสถานศึกษาที่ทำการศึกษา เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ด้วยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interviews) จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ด้วยวิธีของ Colaizzi's method พร้อมทั้งตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) จากตัวผู้วิจัย ผู้ให้ข้อมูลหลักและแนวทาง Colaizzi's method

จากผลการวิจัย สรุปออกมาได้ว่าผู้ให้ข้อมูลหลักมีรูปแบบการเผชิญความเครียด 3 ลักษณะ คือ การเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ไขอารมณ์ และการเผชิญความเครียดแบบได้ประโยชน์น้อย โดยการเผชิญความเครียดสามารถเรียนรู้ได้จากสถานการณ์ที่ผ่านมาในอดีต และสามารถเปลี่ยนแปลงรูปแบบได้จากการศึกษาต่าง ๆ การวิจัยในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการนำไปพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานป้องกันไม่ให้นักศึกษาเกิดความเครียดในการดำเนินชีวิต เป็นข้อเสนอแนะในการวางแผนจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับนักศึกษา ให้มีสุขภาพจิตที่ดี และปรับตัวกับการเรียนและการใช้ชีวิตได้

คำสำคัญ : ความเครียด, รูปแบบการเผชิญความเครียด, สถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทาง

Abstract

The purpose of this qualitative research was to study the pattern of stress coping among undergraduate students at a specialized educational institution in the Northeast of Thailand. Academic Year 2020. 20 students with higher levels of stress from the survey of the institution were the key informants. Data were collected by in-depth interviews with a semi-structured interviews and analyzed by content analysis. Credibility of the data were tested by triangulation the researcher, key informants, and Colaizzi's method.

The results found it can be summarized into three aspects of stress coping; problem focused coping, emotion focused coping, and less focused coping. By coping with stress, you can learn from past situations. And can change patterns from various studies. This research will be useful to develop, improve student's operations, prevent students from stressing in their lifestyle. It is a suggestion for planning activities that promote mental health for students to have good mental health and able to adapt to study and life.

Keywords : stress, pattern of stress coping, specialized educational institution

บทนำ

ความเครียดเป็นเรื่องของจิตใจที่เกิดความตื่นตัวเตรียมรับเหตุการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งไม่น่าพึงพอใจและเป็นเรื่องหนักหนาสาหัสเกินกำลังความสามารถที่จะ

แก้ไขได้ ทำให้เกิดความรู้สึกหนักใจและพลอยทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายขึ้นด้วยหากความเครียดนั้นมีอยู่มากและคงอยู่เป็นเวลานาน^(1,2,3,4,5,6,7) โดยความเครียดนั้นมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ซึ่งข้อดีทำให้เราตื่นตัวและ

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

² วิทยากรปฏิบัติการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ตอบสนองต่ออันตรายที่เกิดขึ้นในชีวิต ส่วนข้อเสียทำให้ร่างกายรับการผ่อนคลายไม่เพียงพอ จะนำไปสู่การตอบสนองต่อความเครียดในทางที่ผิด ซึ่งอาจจะนำไปสู่ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่ร้ายแรง เช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาการฆ่าตัวตายขึ้น นอกจากนี้ความเครียดอาจนำไปสู่โรคต่างๆ ทางกายได้เช่นกัน อาทิ โรคกระเพาะอาหาร โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น⁽⁸⁾ ซึ่งผลกระทบของความเครียดที่แสดงออกทางร่างกาย จะเริ่มจากขั้นตอนการกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนออกมาคือ อะดรีนาลิน สตรีอยด์ ซึ่งเมื่อฮอร์โมนเหล่านี้เข้าสู่กระแสหมุนเวียนเลือดจะนำไปสู่อวัยวะสำคัญต่างๆ ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงการทำงานของอวัยวะต่างๆ ส่งผลให้เกิด โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน อาการนอนไม่หลับจากการเกร็งของกล้ามเนื้อ โรคลำไส้และกระเพาะอาหารอักเสบหรือเป็นแผล โรคมะเร็ง ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง สมรรถภาพทางเพศลดลง เป็นต้น ที่กล่าวมาเป็นผลของความเครียดต่อร่างกาย ซึ่งหากไม่ได้รับการบำบัดหรือคลายเครียด ความเครียดก็จะส่งผลต่อสุขภาพจิต หากเป็นไม่มากก็อาจแค่วิตกกังวล นอนไม่หลับ แต่ถ้าเป็นมากก็อาจจะเป็นโรคเกี่ยวกับระบบประสาทได้⁽⁹⁾

วัยรุ่นในสังคมไทยเป็นวัยที่ต้องแบกรับความรู้สึกมากมายไม่เพียงแต่ความคาดหวังจากครอบครัวในเรื่องการศึกษา ที่หลาย ๆ ครอบครัวตั้งเป้าหมายให้พวกเขาต้องเรียนให้เก่ง และเป็นเลิศในทางวิชาการทุกด้าน หากแต่ว่าวัยรุ่น ในยุคนี้ยังต้องเผชิญกับปัญหาความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ซึ่งส่งผลต่อพวกเขาด้วยเช่นกัน จากข้อมูลสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์⁽¹⁰⁾ พบว่าปัญหาของการที่วัยรุ่นเป็นโรคซึมเศร้านั้นสังเกตอาการได้ยากกว่าวัยอื่น ๆ เพราะมักแสดงอาการก้าวร้าว หรือหันไปหาสิ่งที่เป็นเบนความสนใจเพื่อหนีจากโลกความเป็นจริง นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มที่เด็กและเยาวชนเข้ารับบริการปรึกษาเพิ่มขึ้นผ่านสายด่วนสุขภาพจิต 1323 จาก 10,298 ครั้ง ในปี พ.ศ.2561 แต่เฉพาะครึ่งปีแรกของปี พ.ศ. 2562 เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนถึง 13,658 ครั้ง ซึ่งปัญหาหลัก ๆ ที่เด็กและเยาวชนโทรศัพท์

มาขอคำปรึกษา ได้แก่ ความเครียดและวิตกกังวล ปัญหาความรัก ปัญหาซึมเศร้า และปัญหาครอบครัว^(11,12)

การศึกษาในระดับอุดมศึกษาเป็นช่วงที่นักศึกษาต้องใช้ทักษะกระบวนการคิดวิเคราะห์ กระบวนการเรียนรู้ โดยเฉพาะองค์ความรู้ใหม่ในรูปนามธรรม รวมทั้งตัวนักศึกษาเองต้องมีการปรับตัวให้เหมาะสมกับวัยให้เข้ากับสภาพแวดล้อมภายในสถาบันการศึกษา ซึ่งมีผลต่อภาวะเครียดในตัวปัจเจกบุคคล ในการดำเนินชีวิตนั้น นักศึกษาต้องมีการปรับตัวหลายประการ เช่น การปรับตัวด้านสังคม กิจกรรม การเรียน ที่อยู่อาศัย เศรษฐกิจ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน รวมทั้งความสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลในระดับต่าง ๆ ความคาดหวังในตัวเอง ครอบครัว และบุคคลรอบข้าง การเตรียมความพร้อมที่จะออกไปประกอบวิชาชีพ ในสถานที่ฝึกประสบการณ์ที่ตั้งอยู่ทั้งภายในและภายนอกสถานศึกษา นักศึกษาจะต้องออกไปพบปะกับผู้คนจำนวนมาก การมีความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้นในการทำงาน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้นักศึกษาเกิดภาวะความเครียดได้ การดำเนินชีวิตของนักศึกษาในทุกระดับการศึกษา นักศึกษาต้องเผชิญกับความเครียดที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ สาเหตุเหล่านี้จะส่งผลต่อสภาพจิตใจ^(13,14) ดังนั้นวิธีในการเผชิญปัญหาของนักศึกษาจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เนื่องจากความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลถึงแม้จะมีสาเหตุเดียวกันแต่การตอบสนองต่อความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจอาจแตกต่างกัน การเลือกวิธีในการเผชิญกับความเครียดนั้นย่อมขึ้นอยู่กับตัวของบุคคล ซึ่งหากนักศึกษามีวิธีที่ไม่เหมาะสมก็จะไม่สามารถเผชิญปัญหาได้สำเร็จ และอาจก่อให้เกิดโทษทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อตนเองแล้ว ยังส่งผลต่อครอบครัว และสังคม

สถานการณ์ต้นปี พ.ศ.2562 นักศึกษามหาวิทยาลัยไทยฆ่าตัวตายต่อเนื่องนับสิบกรณี นำไปสู่ความพยายามหาสาเหตุและเชื่อมโยงเรื่องราวที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับ ความเจ็บป่วยทางจิตอย่างโรคซึมเศร้าหรือไม่ ซึ่งความสำคัญของผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ กรมสุขภาพจิตได้ประมาณการ ในปี พ.ศ.2561

ว่ามีคนไทยพยายามฆ่าตัวตายชั่วโมงละ 6 ราย หรือทั้งปีมากกว่า 53,000 คน และเสียชีวิตประมาณ 4,000 คน ซึ่งถือเป็นสาเหตุการตายของคนไทยลำดับต้นๆ รองจากโรคภัยเรื้อรังอื่น เช่น มะเร็ง หัวใจ ปอด เบาหวาน ฯลฯ โดยมีวัยรุ่นหรือประชากรที่อายุระหว่าง 15-24 ปี ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายราวปีละ 300 คน⁽¹¹⁾

สถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางเป็นหนึ่งในสถานที่ที่พบว่ามึ้นักศึกษามีความเครียดในระดับสูงจำนวนมากจากการศึกษาของ^(2,3,8) ซึ่งได้ทำการศึกษาระดับความเครียดและวิธีการเผชิญหน้าของนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับสูงและเมื่อพิจารณาระดับความเครียดรายด้านพบว่า ด้านที่ความเครียดส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คือความเปลี่ยวเหงาหรือความไว ด้านที่มาหรือสาเหตุของความเครียด และอาการของความเครียด ตามลำดับ ส่วนวิธีเผชิญความเครียด ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติเกือบทุกครั้งคือคิดหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ ส่วนใหญ่ปฏิบัติบ่อยครั้ง คือพยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนและทุกแง่ทุกมุม รองลงมา คือพยายามค้นหาเป้าหมายหรือทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่ปฏิบัติ บางครั้ง คือ พยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์อย่างจริงจัง และปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง คือถอยหนีจากสถานการณ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ได้แก่ งานที่ได้รับมอบหมายจากแต่ละรายวิชามีมากเกินไป และบรรยากาศในห้องเรียนไม่เอื้อต่อการเรียนการสอน ส่วนปัจจัยอื่นๆไม่พบความสัมพันธ์แต่อย่างใด แนวทางการป้องกันความเครียด มีกลุ่มตัวอย่างที่แสดงความคิดเห็น โดยเสนอแนวทางเพื่อไม่ให้เกิดความเครียดโดยจะต้องไม่คิดมาก ปลดวาง ออกกำลังกายและนอน และระบุนิสัยลดความเครียด ได้แก่ การฟังเพลง ไปเที่ยวขับรถเล่น เดินเล่นซื้อของ ออกไปเล่นกับเพื่อน และการดูภาพยนตร์

นอกจากนี้แล้วในงานวิจัยอื่น ๆ ที่ทำการศึกษความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดในกลุ่มนักศึกษพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มีผลการศึกษาในทางสอดคล้อง

กันทั้งด้านระดับความเครียด ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียด และวิธีการเผชิญกับความเครียด^(14,15,16,17) แต่พบว่าการศึกษาวิจัยที่ศึกษาถึงสาเหตุและวิธีการเผชิญหน้ากับความเครียดของนักศึกษาในเชิงลึกยังมีน้อยมาก โดยเฉพาะในสถานศึกษาเฉพาะทาง ซึ่งมีความแตกต่างในการจัดการเรียนการสอนรวมถึงกิจกรรมนอกหลักสูตร ผู้วิจัยจึงมีความสนใจถึงรูปแบบการเผชิญความเครียดของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อที่จะได้นำผลจากการศึกษามาพัฒนาสุขภาพจิตของนักศึกษาและส่งเสริมให้นักศึกษารู้จักการจัดการกับปัญหาหรือความเครียดด้วยวิธีการที่เหมาะสมต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ศึกษาถึงรูปแบบการเผชิญความเครียดของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง และปริญญาตรี ประจำปีการศึกษา 2563 โดยเป็นนักศึกษาที่มีความเครียดในระดับสูงขึ้นไป ศึกษารูปแบบการเผชิญความเครียดกับประสบการณ์ที่ผ่านมา และปัจจัยต่าง ๆ กับรูปแบบการเผชิญความเครียด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการเผชิญความเครียดของนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทาง ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ--

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษารูปแบบการเผชิญความเครียดของนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประจำปีการศึกษา 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) คือนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประจำปีการศึกษา

2563 ที่มีความเครียดในระดับสูงขึ้นไป ตามเกณฑ์การประเมินด้วยแบบประเมินความเครียดของโรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งได้มาจากการสำรวจของสถานศึกษา โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้าของผู้ให้ข้อมูลหลักคือ 1) เป็นนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพทางแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประจำปีการศึกษา 2563 2) มีผลการประเมินความเครียดอยู่ในระดับสูงขึ้นไป 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยการเก็บข้อมูลจะยุติลงต่อเมื่อเก็บข้อมูลได้เพียงพอตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการและไม่มีข้อมูลใหม่มาเพิ่มเติมอีก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการเผชิญความเครียดของวัยรุ่น โดยมีคำถามหลักครอบคลุมประเด็นการเผชิญความเครียดของผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) คำถามทั่วไปเพื่อเปิดประเด็นกว้างและเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล เช่น “วันนี้เป็นอย่างไรบ้างหรือทานข้าวหรือยัง” เป็นต้น 2) คำถามปลายเปิด (Open Ended Question) เช่น “ช่วยเล่าประสบการณ์ความเครียดที่เคยเผชิญให้ฟังหน่อยค่ะ...” หรือ “ที่ผ่านมาหากคุณรู้สึกเครียดคุณทำอะไรคะ” 3) คำถามเจาะลึก เป็นการถามเพื่อให้ได้ข้อมูลที่กระจำและละเอียดเมื่อผู้ให้ข้อมูลตอบข้อมูลไม่ชัดเจนหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม เช่น “คุณช่วยอธิบายข้อมูลในประเด็นนี้เพิ่มเติมหน่อยค่ะ”

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้อธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลที่เข้าร่วมวิจัย สอบถามถึงความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัยและความสามารถในการให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ แจ้งรายละเอียดโดยย่อของการวิจัย และวัตถุประสงค์การวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลรับทราบก่อนการสัมภาษณ์ อธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่า การสัมภาษณ์เชิงลึกจำเป็นต้องใช้การบันทึกเสียงทุกครั้งเพื่อความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล และการเก็บไฟล์บันทึกเสียงไว้เป็นความลับรวมถึงการนำข้อมูลที่ได้นำไปใช้ประโยชน์ตาม

วัตถุประสงค์ในการวิจัยเท่านั้น ซึ่งการนำข้อมูลที่ได้นำไปใช้จะไม่มีการระบุชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งผู้วิจัยได้แจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบโดยตกลงร่วมกันและเปลี่ยนแปลงได้ ขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ และผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อหากผู้ให้ข้อมูลต้องการ โดยไม่ต้องให้เหตุผลกับผู้วิจัย โดยการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ SCPKKIRB-ST016 วันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563

การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2563 – มกราคม 2564 โดยก่อนทำการวิจัยผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 ท่าน ทบทวนความครอบคลุมและความเหมาะสมของคำถาม รวมทั้งทดลองใช้แบบสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกันจำนวน 3 คน และปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ตัวผู้วิจัยยังได้ทบทวนและฝึกปฏิบัติในการจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ ในการดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการตีความ โดยก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้โทรศัพท์นัดหมายก่อนการสัมภาษณ์เพื่อหาเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลหลักสะดวกที่สุด จากนั้นจึงลงมือสัมภาษณ์โดยใช้เวลาครั้งละประมาณ 30 - 45 นาที ซึ่งขณะที่สัมภาษณ์ได้บันทึกเสียงและจดบันทึกข้อมูลสำคัญ สีหน้า อารมณ์ น้ำเสียง ท่าทางของผู้ให้ข้อมูลไปพร้อมด้วย หลังจากนั้นผู้วิจัยจัดเก็บไฟล์เสียงในคอมพิวเตอร์ และถอดเทปแบบคำต่อคำลงในโปรแกรมไมโครซอฟท์เวิร์ดในวันที่สัมภาษณ์ จากนั้นอ่านทำความเข้าใจ สรุปประเด็น ข้อสังเกต และคำตอบที่ยังไม่ชัดเจนเพื่อปรับวิธีการสัมภาษณ์ในครั้งถัดไป และทำการนัดหมายและสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนถัดไปจนได้ข้อมูลที่อิ่มตัวจึงยุติการสัมภาษณ์

หลังจากผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและการเรียบเรียงข้อมูล

เรียบร้อยแล้ว จากนั้นคัดกรองเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลของ Colaizzi's method⁽¹⁸⁾ ใน 6 ขั้นตอนดังนี้

1. อ่านบทสัมภาษณ์ที่ถอดความแบบคำต่อคำ แล้วหลายๆ ครั้งเพื่อให้เข้าใจความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล อย่างแท้จริง (Read all protocols to acquire a feeling for them) เชื่อมโยงกับกริยา ทำทาง น้ำเสียง ที่ผู้ให้ข้อมูล แสดงออกมาระหว่างการให้สัมภาษณ์

2. ทบทวนแต่ละข้อความในทุกหน้าอย่างถ่องแท้ เพื่อยุ่ยสำคัญของเนื้อเรื่องของเนื้อหา (Review each protocol and extract significant statements) ใน ทุก ประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลพูดถึงทั้งในการสัมภาษณ์ในรอบ แรกและใช้ช่วงการคืนข้อมูลหลังจากที่มีการถอดเทป เรียบร้อยแล้ว

3. ทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้ตามนัยสำคัญของ เนื้อหา (Sunset out meaning of each significant Statements) ที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงทุกประเด็นให้ ครบถ้วน พร้อมทั้งสรุปประเด็นที่ยังไม่แน่ชัด และ ข้อสังเกตในข้อมูลที่มีความคลุมเครือ

4. กำหนดความหมายของกลุ่มคำที่เป็นประเด็น หลัก (Organization the formulated meanings into clusters of themes) ให้เป็นหมวดหมู่พร้อมทั้งแยกย่อยประเด็น เสริมที่เป็นและข้อมูลที่สนับสนุนทั้งประเด็นหลักและ ประเด็นย่อย

5. รวบรวมผลลัพธ์ที่ได้จากปรากฏการณ์ที่ศึกษา และอธิบายอย่างถ่องถ้วน (Integrate results into an exhaustive description of the phenomenon under study) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้ตรงกับกับความหมายของผู้ให้ข้อมูลหลัก

6. อธิบายปรากฏการณ์ที่ยังกำกวมให้มีความ ชัดเจนเท่าที่จะเป็นไปได้ (Formulate an exhaustive description of the phenomenon under study in as unequivocal a statement of Identification as possible) จากนั้นผู้วิจัยได้สรุปข้อมูลทั้งหมดนำเสนอตาม วัตถุประสงค์การศึกษา

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้เกิดความ น่าเชื่อถือโดยใช้วิธีแบบสามเส้า (Triangulation) โดยการ ให้ทีมนักวิจัยทุกคนตรวจสอบความเข้าใจที่ถูกต้อง ตรงกันทุกประเด็น รวมทั้งเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการ ถอดเทปและสรุปแล้วส่งคืนให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบอีก ครั้งทุกคน ภายหลังจากวันสัมภาษณ์ภายใน 1 อาทิตย์ รวมทั้งซักถามข้อมูลที่มีความไม่ชัดเจนและข้อสังเกตจาก ผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังเปรียบเทียบข้อมูลที่ ได้กับทฤษฎีการเผชิญความเครียดและงานวิจัยที่ได้รับ การเผยแพร่

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งสิ้น 20 ราย มีอายุในช่วง 18- 26 ปี เป็นเพศหญิง 16 ราย เพศชาย 4 ราย กำลังศึกษาชั้นปี ที่ 1 จำนวน 8 ราย ชั้นปีที่ 2 จำนวน 8 ราย ชั้นปีที่ 3 จำนวน 2 ราย และชั้นปีที่ 4 จำนวน 2 ราย โดยเป็นผู้ที่มีระดับ ความเครียดระดับสูง 1 คน และระดับรุนแรงจำนวน 19 คน ค่าใช้จ่ายต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากกว่า 5,000 บาท รายได้ส่วนใหญ่มาจากผู้ปกครองและกองทุนกู้ยืม เพื่อการศึกษาพักอยู่ที่หอพักนักศึกษา 10 ราย และหอพัก นอก 10 ราย ผลการวิเคราะห์พบว่ารูปแบบการเผชิญ ความเครียดของนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะ ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งหนึ่งในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ สามารถจัดกลุ่มออกเป็น 3 ลักษณะ คือ การเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ปัญหา การเผชิญ ความเครียดที่มุ่งแก้ไขอารมณ์ การเผชิญความเครียดแบบ ได้ประโยชน์น้อย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ปัญหา จากการ สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักจะปรึกษา คนที่ไว้ใจ เช่น คนในครอบครัว เพื่อน รุ่นพี่ ซึ่งจะขึ้นกับ ว่าเป็นเรื่องอะไรและสถานการณ์ไหน

“ส่วนมากเวลาที่มีความเครียดจะปรึกษาคู่แ่แม่ แม้จะให้กำลังใจตลอดคะ หาทางออกให้เกือบทุก ๆ เรื่อง ไม่ว่าจะเรื่องเพื่อน เรื่องครอบครัว ไม่เคยพูดซ้ำเดิม และที่ หนูไม่ปรึกษาคนอื่นเพราะหนูคิดว่าเรื่องบางเรื่องคนที่ ไว้ใจได้มากที่สุดก็คือคนในครอบครัว ไม่ใช่เพื่อน เพราะ บางทีที่เราเครียดแล้วเราไปปรึกษาเขา แต่เรื่องที่เรารักษา

เขามันเป็นเรื่องที่เราไม่อยากให้คนอื่นรู้ แต่เพื่อนก็เอาไปเล่าให้คนอื่นฟัง มันเลยทำให้เรารู้สึกว่าเวลาที่เราเครียดเราปรึกษาคนในครอบครัวเรามากกว่า เหตุการณ์นั้นทำให้เราไม่อยากพูดกับเพื่อน”

รวมทั้งมีการคิดทบทวนว่าเรื่องที่ทำให้เราเครียดเกิดจากอะไร การคิดเป็นขั้นตอน แล้วทำให้แก้ปัญหาได้ตรงจุด การหากิจกรรมที่ชอบทำ แล้วค่อยกลับมาแก้ไขปัญหา โดยจะไม่ปล่อยปัญหาไว้นาน การคิดหาวิธีแก้ไขด้วยตนเองก่อนที่จะปรึกษาคนที่ไว้ใจ การมองถึงข้อดีของปัญหาที่เกิดขึ้น

“การคิดเป็นขั้นเป็นตอนช่วยให้เราแก้ไขปัญหาก็ได้ตรงจุดมากยิ่งขึ้น ส่วนมากก็จะปรึกษากับเพื่อน แต่ถ้าเครียดมาก ๆ ก็จะปรึกษาแม่แม่ก็จะแนะนำว่าให้เราอดทนเดี๋ยวก๊อบแล้ว แต่ส่วนมากแล้วล่ะจะหนะจะปรึกษาเพื่อน เพราะบางเรื่องแม่ก็ไม่เข้าใจเรา แต่สิ่งที่เพื่อนแนะนำอันไหนดีก็ฟังส่วนอันไหนที่ไม่ดีเราก็ไม่ได้ทำ ส่วนมากหนะก็จะคุยกับพี่ชายมากกว่าเพราะอายุใกล้เคียงกัน”

“ส่วนตัวเรารู้สึกว่าเกิดจากประสบการณ์ตรงของเรามากกว่า แต่เพื่อนก็เป็นอีกส่วนหนึ่ง (เพื่อนชวนไปค่าย) ทำให้เราได้เจอกับคนต่างจังหวัดเยอะ ทำให้เราเกิดความคิดขึ้นมาว่า ชีวิตเราไม่ได้วนอยู่แค่นี้ เราต้องเจอเรื่องราวต่าง ๆ และคนอื่นก็ตั้งมากมาย ซึ่งเป็นเหมือนจุดเริ่มต้นให้เราคลายเครียดด้วยการออกกำลังกาย เจอสถานที่และคนใหม่ ๆ พุดง่าย ๆ เป็นเหมือนการเปิดโลก ให้เรามีมุมมองหลายด้านมากขึ้น”

นอกจากนี้แล้วผู้ให้ข้อมูลจะพยายามหากิจกรรมที่สามารถผ่อนคลายความเครียดได้โดยเพศชายมักจะใช้วิธีการหากิจกรรมที่ช่วยเผาผลาญพลังงานทางกาย ในขณะที่เพศหญิงจะเลือกใช้วิธีหาสื่อบันเทิงที่ตนเองสนใจในแทน

“จะลองหาวิธีแก้ด้วยตัวเองก่อน ถ้าไม่ได้ยังงี้ก็จะปรึกษากับคนใกล้ตัวเช่น พ่อแม่ หรือว่าเพื่อน แต่จะไม่ปล่อยให้อาการมันข้ามวันไปนะ”

“การเล่นกีฬา เพราะส่วนตัวผมก็เป็นคนที่ชอบเล่นกีฬา เล่นแล้วช่วยให้ผ่อนคลายได้ในหลาย เรื่อง ก็เหมือนช่วงที่เล่นแล้วมันทำให้มีความสุขทำให้ลืมเรื่องที่

เครียดได้ และผมจะชอบแก้ปัญหาด้วยตัวเองก่อน แต่ถ้าเกิดว่าแก้ไม่ได้จริง ๆ ผมก็จะไปปรึกษาคนที่ผมไว้ใจ เช่น ปรึกษาพี่”

2. การเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ไขอารมณ์ จะไม่จมปรักกับปัญหา โดยจะหากิจกรรมทำเพื่อช่วยลดความเครียดในช่วงนั้นๆ ซึ่งกิจกรรมจะมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับความชอบ และปัจจัยอื่นๆ เช่น เพศ ชั้นปีที่ศึกษา

“การไม่อยู่คนเดียว การทำกิจกรรม การคิดในแง่บวก ดู Life Coach ของหลาย ๆ คน บน You tube ที่มีการแนะนำแนวคิด ทักษะคติการใช้ชีวิต แต่ทุกคนก็จะมีการแนะนำที่สามารถนำมาปรับใช้ได้จริง”

“ถ้าจัดการความเครียดที่ดีที่สุดด้วยตัวเองของผมคือการฟังเพลง ผมจะเป็นคนที่ค่อนข้างจะอินไปกับเพลง ส่วนมากเพลงที่ชอบฟังจะเป็นแนวเพลงประกอบซีรีส์ ซีรีส์ที่ชอบดูช่วงนี้ก็จะฟังซีรีส์วาย และก็จะชอบดูหนัง แต่ถ้าเรามีเพื่อนเวลาอยู่กับเพื่อน ได้คุยกับเพื่อนก็ช่วยให้ผมดีขึ้นครับ”

ในขณะที่บางคนจะใช้วิธีการคิดในแง่บวก การปล่อยวาง พยายามเข้าใจถึงปัญหาที่ผ่านเข้ามาและมองเป็นประสบการณ์ที่จะเป็นต้องเรียนและปรับตัวเพื่อตนเองจะได้เผชิญถึงปัญหาอื่นๆ ที่จะเข้ามาในอนาคต

“พยายามไม่คิดมากอ่า แล้วก็ทำอย่างอื่นให้คลายเครียด ดูหนัง ฟังเพลง บางทีก็วาดรูปการ์ตูนตลก ๆ เพิ่งเริ่มวาดตอนปี 2-3 ซึ่งเกิดจากความชอบส่วนตัว ทำแล้วสนุกดี บางทีก็วาดเป็นของขวัญหรือของที่ระลึก วาดช่วงบ่าย ๆ หรือตอนเย็น ๆ แต่ไม่ได้วาดสวยนะวาดแบบธรรมดา ให้เราไม่จมปรักกับเรื่องนั้นให้เราได้ออกจากเรื่องนั้น ไม่ก่นอนไปเลยไม่ต้องคิด”

“เรียนไม่ได้เราก็พยายาม และต้องทำให้ได้ ทำให้เต็มที่ หาอะไรทำที่ผ่อนคลาย เช่น เดินเล่น ไปเดินเล่นกับเพื่อน สักพักถ้าเรารู้สึกดีขึ้นก็จะเล่าให้เพื่อนฟัง และก็จะชอบฟังเพลงให้เราผ่อนคลาย ส่วนมากก็จะชอบฟังเพลงแนวสบาย ๆ ชอบดูซีรีส์วาย”

นอกจากนี้นักศึกษาบางคนจะทำงานหรือกิจกรรมที่ช่วยให้มีประสบการณ์ในการเผชิญความเครียด

มามากขึ้น เรียนรู้เทคนิค การวางตัว การสื่อสารกับรุ่นน้อง เพื่อน รุ่นพี่ อาจารย์

“แม่จะบอกว่าเราควรปล่อยวางให้สบายใจบ้าง ถ้าไม่สบายใจก็มีวิธีหลากหลายค่ะ เช่น ดูหนัง อาบน้ำ กิน ประมานนี้ก็ทำให้เราสบายใจมากขึ้นได้ หลัก ๆ หนูก็กิน ถ้าเครียดมาก ๆ ก็อาบน้ำสระผมจะช่วยให้คลายเครียดได้ บางทีที่เครียดมา ๆ นอนไม่หลับ ก็ชอบดูหนังซีรีส์เกี่ยวกับสืบสวนสอบสวน การ์ตูน โคนัน ประมานนี้ค่ะ เหมือนกับว่าเป็นการปล่อยเรื่องของเราก่อนมาคิดเรื่องนี้แทน”

3. การเผชิญความเครียดแบบได้ประโยชน์น้อย ไม่ว่าจะเป็นใช้ระยะเวลาเพื่อช่วยให้ดีขึ้น การร้องไห้แล้วนอนหลับไปช่วยให้ดีขึ้น การสวดมนต์ไหว้พระ ปฏิบัติธรรม ฟังธรรมะ ช่วยทำให้รู้สึกสบายใจ การอยู่คนเดียว คิด ทบทวน หรือบางครั้งก็เลือกนําลังดี ๆ มาแทนความเครียดที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ดังนี้

“ร้องไห้ อยู่กับตัวเอง ไม่เล่าให้ใครฟัง ถ้าคุยกับแม่ แม่เราเป็นคนทีคิดมาก ไม่อยากเล่าให้แม่ฟัง ไม่อยากให้แม่ต้องกังวล การที่หนูอยู่กับตัวเองมาก ๆ คิดทบทวน แล้วก็จะดีขึ้นเอง หนูคิดว่าเวลาเราเครียดเราเครียดอยู่คนเดียวดีกว่าไม่อยากให้คนอื่นต้องมาเครียดกับเรา หนูไม่อยากเอาความเครียดหรือปัญหาของหนูไปเล่าให้ใครฟัง ตัวเองรู้จักตัวเองดีที่สุด”

“ระยะเวลา บางครั้งการร้องไห้ก็ช่วยให้ดีขึ้น และ ส่วนตัวเป็นคนชอบสวดมนต์ทุกวันพระ ไปปฏิบัติธรรมที่วัด การที่ได้ทำอะไรแบบนี้ทำให้รู้สึกสบายใจ ความเชื่อส่วนตัวคือรู้สึกว่าการทำแล้วในหลาย ๆ ครั้งช่วยให้เรื่องที่หนักนั้นเบาได้ ไปตั้งแต่เรียนประถมศึกษา ทางโรงเรียนพาไป แล้วเรารู้สึกชอบ”

“เครียดมาก ๆ ชอบอยู่คนเดียว เปิดเพลงฟัง จะชอบฟังเพลงให้เราผ่อนคลาย ส่วนมากก็จะชอบฟังเพลงแนวสบาย ๆ ถ้าเครียดเรื่องเรียนมาก ๆ ก็จะหยุดคิดก่อน หาอะไรทำให้ตัวเองผ่อนคลาย แล้วค่อยจะกลับมาทำ”

“บางครั้งที่เราเครียด อย่างเช่นเรื่องเพื่อนมีปัญหา กัน ผมเลือกที่จะถอยออกมาก่อน ดูสถานการณ์ ว่าเราสามารถไปต่อได้ไหม ถ้าไปต่อไม่ได้เราก็ดองหาเพื่อนใหม่”

“การผ่อนคลายความเครียดหนึ่หนึ่งเลยหนูจะหาอะไรกินก่อน ขับรถเล่นในที่ที่ทำให้เราสบายใจสงบ อย่างเช่นไปสวนสาธารณะนั่งชมวิวริมบึงแก่นนคร ไปนั่งเล่นประมาณ 2 ชั่วโมงถึง 3 ชั่วโมง นั่งมองวิวสวยๆ ท้องฟ้าเจอแม่น้ำ คนวิ่งไปวิ่งมา บรรยากาศดี ๆ มันก็เหมือนว่าเราได้เอาตรงนั้นมาใส่หัวเราแทนที่เรื่องที่เครียด เอาความเครียดออกไปอะไรประมาณนี้ มันก็ช่วยให้เราผ่อนคลายได้ แต่ก็ขึ้นอยู่กับบางวันบางวันที่เล่นเกม ฟังเพลงเพื่อให้ผ่อนคลาย”

“พี่ก็จะดูหนัง ฟังเพลง เช่นการฟังเพลงที่สบาย ๆ ก็เหมือนเป็นการกล่อมเรานอนทำให้เราไม่ต้องคิดอะไร และบางครั้งก็กินเหล้าสุบุนหรี”

พร้อมรับฟัง อยู่ข้าง ๆ เป็นเพื่อน ให้กำลังใจ แนะนำและหากเป็นเรื่องที่ช่วยได้ก็จะช่วยเพื่อให้เขาดีขึ้น แต่วิธีต่าง ๆ นั้นก็ขึ้นอยู่กับว่า เขาเป็นใคร เป็นเรื่องอะไร เขาต้องการอะไร และสถานการณ์เป็นอย่างไร

“แนะนำให้เขาคิดเอง บางเรื่องเราไม่สามารถที่จะเข้าไปก้าวก่ายได้ แต่พร้อมที่จะรับฟังถ้าเกิดเขาอยากที่จะระบาย”

“ก็ขึ้นอยู่กับว่าคนนั้นเขาเป็นใคร เขามีเรื่องเครียดเกี่ยวกับอะไร เพราะแต่ละคนก็จะไม่เหมือนกัน บางทีเราเลือกที่จะพูดให้เขาผ่อนคลายมากกว่า เพราะเราเองก็ไม่แน่ใจว่าจะต้องแก้ไขอย่างไรถึงจะดีที่สุด เพราะบางทีเราพูดไปเขาก็ไม่ทำอยู่ดี ง่าย ๆ คือ ให้เขารู้ว่าเราอยู่ข้าง ๆ คอยรับฟัง เป็นกำลังใจ ถ้าเกิดว่ามีอะไรให้เราช่วยเราก็พร้อมเสมอ”

“ให้เขาเล่าให้ฟังก่อน แล้วก็จะถาม ดูสถานการณ์ว่าเขาอยากให้เราช่วยอะไรไหมหรือเขาแค่อยากเล่าให้เราฟัง ถ้าเขาอยากพูดให้เราฟัง เราก็แค่คอยใจและให้กำลังใจเขา “โอเคนะ สู้ ๆ นะ” ถ้าเราอยากให้เขาช่วยหาวิธีแก้ เราค่อยช่วยคิดวิธีอะไรประมาณนี้ แต่ส่วนมากก็จะคุยเขะ ๆ เอา”

อภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษารูปแบบการเผชิญความเครียดของนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งหนึ่ง ในภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือ ทำให้ได้ข้อค้นพบและนำมาเป็นข้ออภิปรายผล โดยมีสาระสำคัญดังนี้

จากการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป พบว่าปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ประสบการณ์ โรคประจำตัว และรายได้ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและรูปแบบการเผชิญความเครียด สอดคล้องกับผลการวิจัยของ นิธิพันธุ์ บุญเพิ่ม⁽¹⁹⁾ ซึ่งได้ศึกษาความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาวิทยาลัยการแพทย์แผนไทยมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี พบว่าสถานสภาพครอบครัว ประสบการณ์และรายได้ของกลุ่มตัวอย่างเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความเครียดและวิธีการจัดการความเครียดของนักศึกษา แต่ยังมีบางประเด็นที่ขัดแย้งกับงานวิจัยอื่น ๆ เช่นในเรื่อง รายได้และโรคประจำตัว ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ณรงค์ ใจเที่ยง⁽¹³⁾ ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเครียดของนักศึกษามหาวิทยาลัยเกริก พบว่าปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ รายได้ของนักศึกษาต่อเดือน และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเครียดของนักศึกษามหาวิทยาลัยเกริก แสดงให้เห็นว่านักศึกษามหาวิทยาลัยของภาคเอกชนและภาครัฐมีปัจจัยทางชีวสังคมที่แตกต่างกันและสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมือนกัน จึงทำให้ผลลัพธ์ของรูปแบบการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางชีวสังคมในบางเรื่องของมหาวิทยาลัยภาครัฐ แต่รูปแบบการเผชิญความเครียดของมหาวิทยาลัยของภาคเอกชนกลับไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางชีวสังคมเลย

ปัจจัยส่วนใหญ่ที่มีผลต่อความเครียดที่ผู้ให้ข้อมูลหลักอธิบาย คือ การเรียน (การสอบ ผลการเรียน งานที่ได้รับมอบหมาย ไม่สามารถเข้าใจเนื้อหาที่เรียนได้อย่างชัดเจน) ครอบครัว (ความคาดหวังของครอบครัว สุขภาพ สภาพทางการเงิน) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุภาภรณ์ ทนเดือน⁽¹⁷⁾ ได้ทำการวิจัยเรื่องการศึกษาความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายผลการศึกษาพบว่า ผลการเรียน รายได้ของครอบครัว และวิธีการเผชิญความเครียด มีความสัมพันธ์ผลต่อระดับความเครียดที่แสดงออก

ทางด้านร่างกายและจิตใจ นภัศกร ชันธควร⁽¹⁵⁾ ศึกษาความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของนิสิตชั้นปีที่ 1 ระดับปริญญาตรี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผลการศึกษาพบว่า แหล่งความเครียดของนิสิตส่วนใหญ่ ได้แก่ การที่ไม่มีเวลาพักผ่อนเพียงพอ การที่ไม่สามารถเข้าใจเนื้อหาที่เรียนได้อย่างชัดเจน และการใช้เวลาในการเดินทางมาเรียนค่อนข้างนาน และอ้อยทิพย์ บัวจันทร์ และคณะ⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของนักศึกษาสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ งานที่ได้รับมอบหมายมากเกินไป และสภาพแวดล้อมในห้องเรียนที่ไม่เอื้อต่อการเรียนการสอน

รูปแบบการเผชิญความเครียดส่วนใหญ่ที่ผู้ให้ข้อมูลหลักอธิบาย คือ การปรึกษาคนที่ไว้ใจเพื่อเป็นการระบายและหาแนวทางแก้ไข การทำในสิ่งที่ชอบหรือกิจกรรมที่ชอบ ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ อ้อยทิพย์ บัวจันทร์ และคณะ⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของนักศึกษาสาธารณสุข ซึ่งใช้การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ผลการศึกษาพบว่า วิธีเผชิญความเครียดที่ส่วนใหญ่ปฏิบัติเกือบทุกครั้งคือ การคิดหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ ซึ่งวิธีลดความเครียดที่ระบุนมากที่สุด คือ ฟังเพลง แสดงให้เห็นว่าการศึกษารูปแบบการเผชิญความเครียดในกลุ่มนักศึกษาที่มีความเครียดในทุกระดับ ไม่ได้จำกัดเฉพาะกลุ่มที่มีความเครียดในระดับที่สูงขึ้นไป จะมีวิธีคลายความเครียดที่แตกต่างกัน ซึ่งฟังเพลงเป็นการเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ไขอารมณ์ ส่วนการปรึกษาคนที่ไว้ใจแล้วหาแนวทางแก้ไขเป็นการเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ปัญหา ซึ่งแต่ละวิธีล้วนเกิดจากการได้รับการอบรมสั่งสอนจากบิดามารดา หรือได้รับการถ่ายทอดความรู้จากบุคคลอื่นในสิ่งแวดล้อมของตนเอง เกิดจากการเลียนแบบจากผู้อื่นในสังคม โดยมิได้รับการสั่งสอนหรือให้ความรู้โดยตรง และเกิดจากการลองผิดลองถูกของบุคคลเอง โดยผู้ให้ข้อมูลหลักบรรยายดังนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถเสนอแนะให้มีการจัดทำประเมินความเครียด ตลอดจนเสนอให้มีการจัดกิจกรรมเพื่อช่วยในการปรับตัวและการผ่อนคลาย ที่จะช่วยลดความเครียดแก่นักศึกษา

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านนโยบายหรือบริหาร ควรตระหนักถึงความสำคัญและสนับสนุนการมีส่วนร่วม เพื่อเฝ้าระวังปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของนักศึกษา เพื่อจะได้เป็นการป้องกันและแก้ไขปัญหาล่วงหน้าที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรดำเนินการศึกษาเป็นระยะ เพื่อเฝ้าระวังปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของนักศึกษา เพื่อที่จะได้ป้องกันและแก้ไขได้ทัน รวมทั้งมีการบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลที่เป็นรูปธรรมเพื่อนำไปใช้ประโยชน์

2. สถาบันการศึกษาเฉพาะทางควรมีการศึกษาเพื่อประเมินความเหมาะสมของเครื่องมือวัดสุขภาพจิตเพื่อให้ได้สถานะสุขภาพจิตของนักศึกษาที่ตรงกับความเป็นจริง

3. ควรมีการศึกษาความเครียดและรูปแบบการเผชิญความเครียดของนักศึกษาในสถาบันอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงเพื่อเปรียบเทียบและสร้างรูปแบบการเผชิญความเครียดที่ครอบคลุมมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. เครียด...คลายเครียด. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2558.
2. กรมสุขภาพจิต. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 7 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29800>
3. กรมสุขภาพจิต. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 6 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30321>
4. กระทรวงสาธารณสุข. องค์ความรู้การดำเนินงานดูแลสุขภาพวัยรุ่นแบบบูรณาการ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัท บีคอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด 2559.
5. กฤตพัทธ์ ผิดฝน, เปรมฤดี ศรีวิชัย, สุรางคนา ไชยรินทร์, และปัทมา ชาญปาสิน. ความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานทางพยาบาลครั้งแรกบนหอผู้ป่วย. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา 2561; 19(1) :161–182.
6. กิดานันท์ กังแฮ. ทำอย่างไรเมื่อ “วัยรุ่นเครียด” (สสส.). [อินเทอร์เน็ต] 2556. [เข้าถึงเมื่อ 22 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://phuruea.loei.doe.go.th/webphuruea/Data/ปี2556/ก.ก.56/ทำอย่างไรเมื่อวัยรุ่นเครียด.pdf>
7. จิรนุช จิตราทร. ความเครียด คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 7 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://med.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/05142014-1901>
8. ชรรยงค์ อัมสุวรรณ. ความเครียดมีผลต่อสุขภาพอย่างไร. [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 6 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://www.med-afdc.net/wp-content/uploads/2016/11/>
9. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). ผลของความเครียดต่อสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/44137-ผลของความเครียดต่อสุขภาพ.html>
10. ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์. การอบรมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาศักยภาพผู้นำกลุ่มฝึกสติ เพื่อการยอมรับและการพัฒนาดตนเองต่อปัญหาทางอารมณ์ และพฤติกรรมในวัยรุ่น “MBASD” นครินทร์. [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://ricd.go.th/webth1/เมื่อวันที่-10-ตุลาคม-2560-แพทย์/>
11. ศูนย์เรียนรู้สุขภาพ และแผนงานสนับสนุนการบริหารจัดการข้อมูลและเทคโนโลยีสร้างเสริมสุขภาพ สำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). Thaihealth Watch 2020 จัปดาสถานการณ์สุขภาพคนไทย ปี 2563. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 7 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก [https://resourcecenter.thaihealth.or.th/files/90/จัปดา 10 พฤติกรรมสุขภาพคนไทย ปี 63.pdf](https://resourcecenter.thaihealth.or.th/files/90/จัปดา%20พฤติกรรมสุขภาพคนไทย%20ปี%2063.pdf)
12. สืบตระกูล ดันตลานุกูล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. การดูแลเฝ้าระวังความเครียดในวัยรุ่น. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2562; 6(2): 279–285.

13. ณรงค์ ใจเที่ยง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเครียดของนักศึกษามหาวิทยาลัยเกริก. วิทยานิพนธ์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกริก 2559.
14. อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, เทพไทย โชติชัย, สมฤทัย ผดุงผล, กริณา เต๋ออาร์กย์, และชลการ ทรงศรี. ความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของนักศึกษาสาธารณสุข. วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาลงกรณ์ 2563; 7(2): 193–203.
15. นกสกร ชันธควร. ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของนิสิตชั้นปีที่ 1 ระดับปริญญาตรี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2558.
16. สิริทรัพย์ สีหะวงษ์, ณิกานต์ ผ่องคี, ณัฐธิดา ยานะรัมย์, ณัฐนรี น้อยนาง, ณัฐมล อาไญย, ตุลากรณ์ บุญเชิญ, และคณะ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ 2561; 42(21): 93–106.
17. สุภาภัทร ทนเถื่อน. การศึกษาความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. สารนิพนธ์ หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2553.
18. อัญญา ปลดเปลื้อง. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2556; 23(2): 1–10.
19. นิธิพันธ์ บุญเพิ่ม. ความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาวิทยาลัยการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร 2553.

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7

The action research to improve the quality of life of elderly in the 7th health

นันทาวดี วรวัสส์¹, ปราณี เนาวนิตย², ทองใส เอ็นหยอง³

Nuntawadee Worawasuwat, Pranee naowanit, Thongsai enyong

Received: February 21, 2021 ; Accepted: March 27, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และศึกษากระบวนการและผลของการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตามแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้บริบทและสถานการณ์การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุและเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 ในพื้นที่ 4 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่น กาฬสินธุ์ มหาสารคาม และร้อยเอ็ด จำนวน 200 คน ดำเนินการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 พัฒนาแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจากบริบทสถานการณ์ในพื้นที่และฐานของกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ช่วงที่ 2 คือระยะวิจัยเชิงปฏิบัติการ เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามแนวคำถามการสะท้อนผลการปฏิบัติ เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) และแบบประเมินความสุขของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า มีแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้บริบทและสถานการณ์การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งประกอบด้วยแนวทางดำเนินการ 7 ข้อ ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอดีตและสถานการณ์ปัจจุบัน 2) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา 3) สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพ 4) ค้นหาและพัฒนาศักยภาพทีมงาน 5) วางแผนและกำหนดกิจกรรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 6) ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 7) ประเมินผลการเปลี่ยนแปลง เมื่อนำแนวทางสู่การปฏิบัติการ พบผลการเปลี่ยนแปลงที่สะท้อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ดังนี้ 1) ระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ยรวมของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 คะแนนเฉลี่ย 100.57 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี 2) เชิงคุณภาพ พบว่าแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดความรู้ในการดูแล เกิดเจตคติที่ดี และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพ อีกทั้งได้ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติไปใช้ในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไปโดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อการออกแบบกิจกรรม/โปรแกรมที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และคะแนนความสุขเฉลี่ยของผู้สูงอายุเท่ากับ 3.11 ซึ่งอยู่ในระดับความสุขมากเมื่อเทียบกับคนทั่วไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ, การสร้างสุขในผู้สูงอายุ

Abstract

This research is an action research study with the aim to develop a guideline for promoting elderly's life quality and to study the processes and effects of elderly's life quality promoting based on a guideline for elderly's life quality under the context and situation of the elderly's life quality enhancing located in the 7th health zone. The sample of 200 elderly and networks who are involved in elderly care giving located in the 7th health zone which consisted of 4 provinces such as KhonKaen, Kalasin, Mahasarakham and Roi Et. This research were conducted 2 phases; Phase 1; elderly's life quality promoting development based on the context and situation of the 5 dimensions of happiness-building activities; and Phase 2; action research, questionnaire was used to collect reflections toward work performance, WHOQOL - BREF - THAI Thai version of the quality of life measurement tool and the happiness assessment form for the elderly. Descriptive statistics such as mean score and percentage was used to analyze quantitative data while content analysis method was used to analyze qualitative data.

¹ (รท) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

² นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 กรมสุขภาพจิต

³ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลยางคำ อำเภอมือ จังหวัดขอนแก่น

The results There are guidelines for promoting the quality of life of the elderly. Under the context and situation of promoting the quality of life of the elderly in the 7th health zone, which consisted of 7 actions: 1) study the context of the development of the quality of life of the elderly in the past and the current situation; 4) Find and develop team capabilities 5) Plan and set activities to promote quality of life for the elderly 6) Conduct activities to promote the quality of life of the elderly. 7) Evaluate the change. When bringing the approach to action The results of changes reflecting the improvement of quality of life of the elderly in the 7th health zone were as follows: 1) The average quality of life level of the elderly in health zone 7, average score of 100.57, had a good quality of life. showed that the mean score of the elderly's life quality in the 7th health zone was 100.57, good quality of life. 2) Results from a qualitative study showed that a guideline for promoting elderly's life quality affected quality of life among elderly, family and community. Furthermore, it had positive effect on care giver's knowledge, attitude and health behavior. In order to keep constant involvement, it is suggested to emphasize on partners network's involvement and give importance to situation analysis to design practical activities/programs to get the most benefit. And the average happiness score of the elderly was 3.11, which is in the level of happiness compared to the general population.

Keywords: Elderly, The quality of elderly, Happiness of elderly

บทนำ

บุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ก็เกิดขึ้นมามากมาย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุที่สามารถปรับตัวได้ก็จะสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข และหากผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวปรับใจต่อการเปลี่ยนแปลงได้ โอกาสที่จะเกิดโรคร้ายต่าง ๆ ก็จะตามมาโดยเฉพาะทางด้านภาวะจิตใจ ที่ส่งผลให้ความสุขลดลงและคุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ ดังเช่น การเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งคุณภาพชีวิตตามนิยามของ WHO (1998, อ้างถึงใน ทิพย์วัลย์ เรืองขจร, 2554) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้หรือความเข้าใจของปัจเจกบุคคลที่มีต่อสถานภาพชีวิตของตนเองตามบริบทของวัฒนธรรมและค่านิยมที่ใช้ชีวิตอยู่และสัมพันธ์กับเป้าประสงค์ ความคาดหวัง มาตรฐานและความกังวลสนใจที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ คุณภาพชีวิตเป็นมโนคติที่มีขอบเขตกว้างขวางครอบคลุมเรื่องต่าง ๆ ที่สลับซับซ้อน ได้แก่ สุขภาพทางกาย ภาวะทางจิต ระดับความเป็นตัวของตัวเองความสัมพันธ์ต่าง ๆ ทางสังคม ความเชื่อส่วนบุคคล และสัมพันธภาพที่มีต่อสิ่งแวดล้อม ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ เป็นกลยุทธ์หนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองโดยไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น โดยการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำโดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี และ

บรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006)

จากการศึกษาสถานการณ์สุขภาพและปัญหาสุขภาพของประชาชนเขตสุขภาพที่ 7 อันรวมถึงผู้สูงอายุด้วย พบสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกที่สำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน (จำนวน 1,646,467 คน) โรคความดันโลหิตสูง (จำนวน 1,269,512 คน) โรคเนื้อเยื่อผิดปกติ (จำนวน 1,267,316 คน) สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน ได้แก่ ปอดบวม (จำนวน 47,334 คน) การบาดเจ็บ (จำนวน 15,834 คน) หลอดลมอักเสบและหลอดลมเล็กอักเสบเฉียบพลัน (จำนวน 15,538 คน) โลหิตจาง (จำนวน 15,164 คน) ส่วนสาเหตุการเสียชีวิต ส่วนใหญ่มาจากเนื้องอก (จำนวน 6,589 คน) โรกระบบไหลเวียนโลหิต (จำนวน 4,161 คน) และโรคทางเดินระบบทางเดินหายใจ (จำนวน 3,516 คน) (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7, 2560) นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังทำการศึกษาด้านการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง พบประเด็นที่น่าสนใจทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งในด้านสุขภาพกายพบสาเหตุการเจ็บป่วยที่สำคัญมาจากโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคการติดเชื้อทางเดินหายใจ ประเด็นปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ ส่วนใหญ่พบผู้สูงอายุมีภาวะความเครียดอันเนื่องมาจากโรคเรื้อรัง โรคซึมเศร้าและไม่เห็นคุณค่าตนเองโรคสมองเสื่อม อีกทั้งยังมีผลการศึกษาด้านการพฤติกรรม

สุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุและความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในตำบลน้ำอ้อม อำเภอกะหรัง จังหวัดร้อยเอ็ด (เขาวรัตน์ รัตน์ นันต์, 2560) พบว่าเมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ทั้ง 5 ด้าน ผ่านเกณฑ์ประเมินร้อยละ 27.0 ความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุพบว่าข้อที่ผู้สูงอายุตอบถูกน้อย ระดับความรู้ของผู้สูงอายุด้านพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระดับร้อยละ 60.9 ระดับปานกลางร้อยละ 29.4 และระดับต่ำร้อยละ 9.7 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพในระยะยาว ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงควรมีการพัฒนาแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนที่ดีและถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่การมีอายุที่ยืนยาวอันปราศจากโรค อีกทั้งลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้

จากสถานการณ์ปัญหาที่กล่าวมาแล้วข้างต้นเขตสุขภาพที่ 7 ได้เห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่ พร้อมกับผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม รวมถึงทำประโยชน์เพื่อส่วนรวมได้ จึงได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีแนวทางในการดำเนินกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทและสถานการณ์ของผู้สูงอายุในชุมชน เสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุ โดยมีกิจกรรมพัฒนาจากบริบทของผู้สูงอายุทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดสังคม ซึ่งกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นนี้ครอบคลุมการพัฒนาทั้งทางด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดำเนินการครอบคลุมพื้นที่ 4 จังหวัดในสุขภาพที่ 7 ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งเป็นการวิจัยที่ดำเนินการแก้ปัญหาพื้นที่ที่สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทของพื้นที่ และมาจากการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างแท้จริง ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ปัญหาอย่างยั่งยืน โดยเริ่มต้นจากการศึกษาสถานการณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน นำมาพัฒนาแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ วิเคราะห์และกำหนดกิจกรรมส่งเสริม

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยอาศัยแนวทางจากคู่มือที่พัฒนาขึ้น นำไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้บริบทและสถานการณ์การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7

2. เพื่อศึกษากระบวนการและผลของการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตามแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้บริบทและสถานการณ์การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย ได้แก่ ผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 และเครือข่ายสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด มหาสารคาม ขอนแก่น กาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง จะแบ่งการศึกษาเป็น 2 ช่วง ช่วงที่ 1 เป็นการศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พร้อมกับพัฒนาแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ภายใต้บริบทและสถานการณ์ในพื้นที่ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่สามารถสะท้อนสถานการณ์การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ทั้งในอดีตและปัจจุบัน จำนวน 100 คน และเครือข่ายสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 100 คน โดยผู้วิจัยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) ส่วนช่วงที่ 2 เป็นการทดลองใช้คู่มือการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุควบคู่กับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทาง

กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดสังคมในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 จาก 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด มหาสารคาม ขอนแก่น กาฬสินธุ์ จังหวัดละ 50 คน รวม 200 คน โดยคัดเลือกผู้สูงอายุเข้าร่วมการวิจัยแบบเจาะจง (Purposive selection)

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังต่อไปนี้

ช่วงที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสำหรับพัฒนาแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้บริบทและสถานการณ์ในพื้นที่โดยใช้เครื่องมือ 1) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม

ช่วงที่ 2 เป็นการทดลองใช้คู่มือการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุควบคู่กับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ เครื่องมือที่ใช้จะเป็นแบบวัดผลและคำถามสะท้อนผลการปฏิบัติ ได้แก่

1) แนวคำถามการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม สำหรับการศึกษากระบวนการและผลของกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งตรวจสอบความน่าเชื่อถือของแนวคำถามเชิงคุณภาพด้วยการตรวจแบบสามเส้า (Triangulation)

2) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) มีความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 มีความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.6515 เมื่อเทียบกับแบบวัด WHOQOL-100 ฉบับภาษาไทย การแปลผล แบบวัดคุณภาพชีวิต จำนวน 26 ข้อ มี 5 ระดับตั้งแต่มากที่สุดถึงไม่เลย คำถามแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ (ข้อ 2,9 และ 11) ค่าคะแนน ไม่เลย 5 คะแนน เล็กน้อย 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน มาก 2 คะแนน และมากที่สุด 1 คะแนน ส่วนกลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ ค่าคะแนน ไม่เลย 1 คะแนน เล็กน้อย 2 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน มาก 4 คะแนน และมากที่สุด 5 คะแนน การแปลผลโดยรวม

คะแนน ดังนี้ คะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง คะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย 0.00-1.49 ระดับน้อยที่สุด 1.50-2.49 ระดับน้อย 2.50-3.49 ระดับปานกลาง 3.50-4.49 ระดับมาก และ 4.50-5.00 ระดับมากที่สุด

3) แบบประเมินความสุขของผู้สูงอายุ ซึ่งพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.86 โดยแบบประเมินแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปมีจำนวน 14 ข้อ และส่วนที่ 2 แบบประเมินความสุขของผู้สูงอายุ มีจำนวน 15 ข้อ 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย (1) เล็กน้อย (2) มาก (3) และมากที่สุด (4) การแปลผลโดยรวมคะแนน ดังนี้ คะแนนเต็ม 60 คะแนน 50-60 คะแนน ระดับความสุขสูงกว่าคนทั่วไป (Good) 43-49 คะแนน ระดับความสุขเท่ากับคนปกติทั่วไป (Fair) และไม่เกิน 42 คะแนน ระดับความสุขต่ำกว่าคนปกติทั่วไป (Poor) ส่วนคะแนนเฉลี่ยรายข้อ ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.26-4.00 ระดับความสุขมากที่สุด 2.51-3.25 ระดับความสุขมาก 1.76-2.50 ระดับความสุขน้อย และ 1.00-1.75 ไม่มีความสุขเลย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสำหรับพัฒนาแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายใต้บริบทและสถานการณ์ในพื้นที่

2. พัฒนาแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยอาศัยฐานจากคู่มือสร้างสุข 5 มิติ ภายใต้บริบทและสถานการณ์การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ตามกระบวนการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต 7 ขั้น พร้อมนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่พร้อมกับประเมินสะท้อนผลการเปลี่ยนแปลงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม และสะท้อนผลเชิงปริมาณ

ด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI)

3. วิเคราะห์ผลการวิจัยเพื่อสังเคราะห์แนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ให้สอดคล้องกับบริบท สภาพปัญหา ด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ สามารถนำไปเป็นแนวปฏิบัติที่ดีในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมุ่งถึงจัดทำรายงานผลการดำเนินการวิจัยตามวัตถุประสงค์และจัดทำเป็นคู่มือเพื่อขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าร้อยละ (Percent)
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกต ประกอบกับข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามในส่วนที่เป็นข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยดำเนินการ ดังนี้ 1) จัดระเบียบข้อมูล (Data Organizing) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ทำการจัดระเบียบข้อมูลให้อยู่ในรูปแบบที่พร้อม และสะดวกสำหรับการวิเคราะห์ เช่น การจัดเรียงข้อมูล จัดรูปแบบการบรรณาธิกรณข้อมูลทั้งข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกต 2) การแสดงข้อมูล (Data display) เมื่อทำการจัดระเบียบข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยทำการนำเสนอข้อมูลโดยส่วนใหญ่อยู่ในรูปของการพรรณนา อันเป็นผลมาจากการเชื่อมโยงข้อมูลที่จัดระเบียบแล้วเข้าด้วยกัน ตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษา เพื่อบอกเรื่องราวของสิ่งที่ศึกษาจากข้อมูลที่ปรากฏ 3) การหาข้อสรุป การตีความ และตรวจสอบความถูกต้องตรงประเด็นของผลการวิเคราะห์ข้อมูล (conclusion, interpretation and verification) เป็นการหาข้อสรุปและตีความหมายของข้อค้นพบหรือผลการศึกษาที่ได้จากการแสดงข้อมูลรวมถึงการตรวจสอบข้อสรุป/ความหมายว่ามีความถูกต้องตรงประเด็นและน่าเชื่อถือ

ผลการวิจัย

จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 ได้ทำการศึกษาพร้อมทั้งวิเคราะห์ผลการศึกษาซึ่งได้ผลการศึกษาดังนี้

1. สถานการณ์สุขภาพจิตของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 ทั้งการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกในพื้นที่และจากข้อมูลประชากรในพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 858,877 คน คิดเป็นร้อยละ 16.90 และผู้สูงอายุถึง 2 ใน 3 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดัน ไตวาย และกลุ่มโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง) อาการหลงลืม ปวดขา ข้อเข่าเสื่อม ซึ่งเป็นโรคเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงและทำให้มีภาวะพึ่งพิงซึ่งต้องการผู้ดูแล แต่กลับพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ตามลำพังต้องแบกรับภาระเลี้ยงดูลูกหลานเนื่องจากพ่อแม่ของเด็กต้องไปทำงานในเมืองหรือในต่างจังหวัด หรือบางรายพ่อแม่แยกทางกัน ทั้งลูกหลานให้คนแก่เลี้ยงตามลำพัง และยังพบประเด็นสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ 1) ความเครียด 2) ภาวะซึมเศร้าและการเห็นคุณค่าในตนเองลดลง และ 3) ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาสำคัญอย่างยิ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไขร่วมกัน

2. ได้แนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้บริบทและสถานการณ์การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 ดำเนินการโดยอาศัยบริบทของสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตเป็นสำคัญ ซึ่งจากสถานการณ์ปัญหานำมาสู่การสร้างแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ครอบคลุมการส่งเสริมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม อาศัยฐานของกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ร่วมกับการบูรณาการกิจกรรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตภายใต้บริบทของพื้นที่ โดยแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประกอบไปด้วยกิจกรรมหลักภายใต้แนวทางดังต่อไปนี้ 1) ศึกษาบริบทการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอดีตและสถานการณ์ปัจจุบัน 2) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา 3) สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพ 4) ค้นหาและพัฒนาศักยภาพทีมงาน 5) วางแผนและกำหนด

กิจกรรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 6) ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 7) ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงจากการดำเนินการตามแนวทาง

3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้ดำเนินการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หลังจากผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ร่วมวิจัยและนำเสนอแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ ในแต่ละวงรอบประกอบไปด้วย 1) การวางแผน (Plan) 2) ปฏิบัติการและสังเกต (Action and

Observe) 3) สะท้อนผล (Reflect) โดยสรุปผลวิจัยเชิงปฏิบัติการดังนี้

การวิจัยเชิงปฏิบัติการรอบที่ 1 พบว่าขั้นที่ 1) การวางแผน (Plan) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย (ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม) และภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ เช่น รพ.สต.อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกันวางแผนตามประเด็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่กำหนด ครอบคลุมการพัฒนาด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านความคิด โดยอาศัยแนวทางของกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ดังปรากฏในตาราง

ตารางแผนการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ วงรอบที่ 1

กิจกรรม		ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง
สุขสบาย	- การบริหารด้วยตนเอง วันละ 5-15 นาที - ยืดกล้ามเนื้อสำหรับผู้สูงอายุ	การมีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้น ลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ
สุขสนุก	- เล่นเกมเป็นทีม “แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ” - ท่องเที่ยวสถานที่ประวัติศาสตร์	การมีพลังในการดำรงชีวิต และเกิดอารมณ์ที่เป็นสุข
สุขสง่า	- เล่าประสบการณ์ความภาคภูมิใจ - ช่วยเหลือสังคม	เห็นคุณค่าในตนเอง
สุขสว่าง	- วางแผนการบริหารเวลาใน 1 วัน หรือ 24 ชม. - กิจกรรมต่อเพลง	สามารถจดจำได้ดีขึ้น สามารถใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา
สุขสงบ	- ฟีกเกร็งกล้ามเนื้อ - ปรับวิธีคิดพิชิตความเครียด	ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง

2) ปฏิบัติการและสังเกต (Action and Observe) ผลการปฏิบัติดังนี้

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่กำหนด โดยในขณะที่ดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ร่วมกิจกรรม ทั้งด้านอารมณ์ และพฤติกรรม เพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลง ปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินกิจกรรมในขั้นของการปฏิบัติกิจกรรมทั้ง 5 ด้าน ในแต่ละด้านมีจุดมุ่งหมายให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกัน โดยกิจกรรมมีทั้งที่ให้ผู้สูงอายุปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน ร่วมกับผู้ดูแล และทำกิจกรรมร่วมกันในชมรมผู้สูงอายุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สุขสบาย การปฏิบัติกิจกรรมสุขสบาย ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยกำหนดเป้าหมายร่วมกัน เพื่อส่งเสริมสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุ และลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ

จึงเลือกดำเนินกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง โดยมีผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวคอยอำนวยความสะดวก และให้การช่วยเหลือ รวมทั้งสังเกตอารมณ์ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุขณะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อนำมาสะท้อนผลร่วมกันอีกด้วย โดยกิจกรรมที่ทำ คือ การบริหารด้วยตนเอง วันละ 5-15 นาที และยืดกล้ามเนื้อสำหรับผู้สูงอายุ

สุขสนุก การปฏิบัติกิจกรรมสุขสนุก ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยกำหนดเป้าหมายร่วมกันเพื่อเสริมสร้างการมีพลังในการดำรงชีวิต และเกิดอารมณ์ที่เป็นสุข ดำเนินกิจกรรมเล่นเกมเป็นทีม “แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ” และท่องเที่ยวสถานที่ประวัติศาสตร์ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำร่วมกัน โดยมีผู้วิจัย และภาคีด้านสุขภาพเป็นผู้

จัดกิจกรรมให้แก่ผู้สูงอายุ รวมถึงสังเกตอารมณ์และพฤติกรรมของผู้สูงอายุขณะดำเนินกิจกรรมด้วย

สุขสง่า การปฏิบัติกิจกรรมสุขสง่า ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยกำหนดเป้าหมายร่วมกันคือต้องการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองให้แก่ผู้สูงอายุ โดยจัดกิจกรรมกลุ่มให้ผู้สูงอายุได้เล่าประสบการณ์ความภาคภูมิใจให้แก่เพื่อนผู้สูงอายุ และผู้ร่วมวิจัยได้ฟัง เพื่อให้ได้ย้อนนึกถึงเรื่องที่ประทับใจและสร้างความภาคภูมิใจในชีวิต เป็นการส่งเสริมให้เห็นคุณค่าในตนเองจากประสบการณ์ที่เคยประสบ รวมถึงกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้มีประสบการณ์ในการช่วยเหลือสังคม เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าและทำประโยชน์เพื่อสังคมได้

สุขสง่า การปฏิบัติกิจกรรมสุขสง่า ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยกำหนดเป้าหมายร่วมกันคือส่งเสริมสามารถจดจำและสามารถใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา จึงได้ดำเนินกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุได้ทำร่วมกัน คือ วางแผนการบริหารเวลาใน 1 วัน หรือ 24 ชม. เพื่อให้เกิดกระบวนการคิดแบบวางแผน รวมถึงสามารถจดจำสิ่งที่ตนเองจะทำใน 1 วันว่ามีอะไรบ้าง กิจกรรมต่อเพลง ที่ส่งเสริมความสามารถในการจดจำและแก้ปัญหาระหว่างการทำกิจกรรม

สุขสงบ การปฏิบัติกิจกรรมสุขสงบ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยกำหนดเป้าหมายร่วมกัน คือความสามารถในการควบคุมอารมณ์ และยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ได้ดำเนินกิจกรรมฝึกเกร็งกล้ามเนื้อ และปรับวิธีคิดพิชิตความเครียด โดยให้ผู้สูงอายุได้ทำร่วมกัน และกลับไปฝึกฝนด้วยตนเองที่บ้าน โดยมีผู้ดูแล และอสม. คอยให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรม

3) สะท้อนผล (Reflect) ผลการสะท้อนการดำเนินกิจกรรมในวาระรอบที่ 1 ดังนี้

3.1) ด้านบริบทการจัดกิจกรรม จากการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ พบว่าบริบทการจัดกิจกรรมที่ความเหมาะสมทั้งประเด็นของรูปแบบกิจกรรมระยะเวลาในการจัดกิจกรรมและการดูแลช่วยเหลือจากภาคีด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินกิจกรรมได้จนสำเร็จ และไม่ได้รับอันตรายอันเนื่องมาจากการทำกิจกรรม “ยายว่า

ก็ดีแล้วนะที่จัด คนแก่อย่างยายมีอะไรทำ ช่วงที่จัดก็เหมาะสมแล้วเราทำที่บ้านบ้าง มาทำร่วมกันบ้าง ก็ได้เปลี่ยนบรรยากาศ”และ “ชอบที่สามารถเอากลับไปทำที่บ้านได้ ไม่ต้องมาทำด้วยกันทุกครั้ง แต่ก็มีบ้างที่ทำด้วยกัน ตาว่าดี...”

3.2) ด้านพฤติกรรม จากการสังเกตการทำกิจกรรมและการสะท้อนผลของผู้สูงอายุ พบว่า กิจกรรมที่ดำเนินการมีความเหมาะสม สามารถส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ ตามผลลัพธ์ที่คาดหวังจากกิจกรรม เช่น การออกกำลังกาย ช่วยให้ผู้สูงอายุที่ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง รู้สึกถึงการมีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้น กล้ามเนื้อได้รับการผ่อนคลาย รวมถึงลดความเสี่ยงในการเกิดโรคที่มาจาก การขาดการออกกำลังกายอีกด้วย “เห็นเลยว่ากล้ามเนื้อผ่อนคลายขึ้น ทำทุกวัน เพิ่มเวลาที่ละนิดเอาที่ไหว มันช่วยได้จริง ๆ นะ” และ “ถ้าไม่มีกิจกรรมนี้ก็ได้ฝึกเมื่อก่อนเคยทำแต่หลังๆ ก็ไม่ได้ทำแล้ว เพิ่งเริ่มกลับมาทำใหม่ ยายก็ได้ออกกำลังกายทุกวันนะ เพราะเดี๋ยวเขามาถามเราก็ต้องทำ ทำแล้วมันก็ดีกับเราเอง”

3.3) ด้านอารมณ์ความรู้สึก เกิดความรู้สึกลึกซึ้งในการดำเนินชีวิต และเห็นคุณค่าในตนเอง จากการได้ทำกิจกรรมร่วมกันกับกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน ซึ่งนอกเหนือจากการทำกิจกรรมแล้ว ยังเป็นการได้มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองให้ผู้อื่นฟังด้วย “ไอ้ที่ได้เล่าเรื่องที่เรายมีความสุข ยายชอบนะ บางเรื่องเราก็ลืมไปแล้ว พอต้องนึกเออเราก็เคยมีเรื่องแบบนี้ทำให้มีความสุข ก็มีแรงขึ้นนะ” และ “ได้ฟังคนอื่นพูดเรื่องเขาเราก็ได้รู้เรื่องเขาด้วย เราก็มานึกเออ แล้วเรื่องที่ทำให้เรายิ้มได้ละมีอะไร มันก็มีนะ ...”

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังสะท้อนถึงการปรับปรุงกิจกรรม โดยเห็นว่าการดำเนินกิจกรรมควรเพิ่มเติมในด้านการสร้างความเข้าใจให้แก่ผู้ดูแลมากยิ่งขึ้น และให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมมากยิ่งขึ้นเมื่อผู้สูงอายุทำกิจกรรมหรือเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ดูแลจะได้เกิดความเข้าใจและสนับสนุนการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากขึ้น “ที่ทำนี่ดีมากเลยนะ แต่บางครั้งคนที่บ้านเราเขาไม่เข้าใจ เขาก็ปล่อยเราทำเอง บางทีไอ้ลุงก็ลืม ๆ ถ้ามีคนที่ยกย่องบอก คอยเตือน จะทำให้ดีกว่านี้”

และ “อยากให้เพิ่มตรงที่ให้คนในครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วย อย่างไปดูงาน หรือมาทำกิจกรรมที่ชมรมเค้า จะช่วยดูแลเราด้วย และรู้ว่าเราทำอะไรด้วย...”

การวิจัยเชิงปฏิบัติการรอบที่ 2 พบว่า ขั้นที่ 1) การวางแผน (Plan) ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมตามแผนการดำเนินการกิจกรรมในวงรอบที่ 2 ที่ได้วางแผนร่วมกัน ดังนี้ **เสริมสร้างความเข้าใจ “การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ”** ผู้วิจัยสร้างความเข้าใจการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้แก่ทั้งผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ และ ภา คี เ ค รี อ ข าย สุ ข ภ า พ

ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันก่อนการดำเนินการกิจกรรม **เสริมสร้างการมีส่วนร่วมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ** ผู้วิจัยส่งเสริมการมีส่วนร่วมโดยเริ่มจากการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนในการดำเนินการกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุและกำหนดบทบาทอย่างชัดเจน **กิจกรรมสุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง สุขสงบ** ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้ง 5 ด้าน ในวงรอบที่ 2 เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และเข้าใจในกิจกรรมมากขึ้น ตารางแผนการดำเนินการกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ วงรอบที่ 2

กิจกรรม	ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง
เสริมสร้างความเข้าใจ “การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ”	- ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจในการดำเนินการกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากขึ้น - ผู้ดูแลและเครือข่ายด้านสุขภาพ เข้าใจ/ตระหนักถึงความสำคัญการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
เสริมสร้างการมีส่วนร่วมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	- เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เช่น สมาชิกในครอบครัว
กิจกรรมสุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง สุขสงบ	- คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้น

2) ปฏิบัติการและสังเกต (Action and Observe) ผลการปฏิบัติครั้งนี้ **สุขสบาย** การปฏิบัติกิจกรรมสุขสบาย การปฏิบัติโดยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย และโภชนาการจากหน่วยงานสาธารณสุข และการดูแลผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยทีม อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ สำหรับกิจกรรมที่ดำเนินการ เช่น 1) การออกกำลังกายในชุมชน 2) การส่งเสริมด้านโภชนาการ

สุขสนุก การปฏิบัติกิจกรรมสุขสนุก เป็นกิจกรรมเสริมสร้างความสามารถของผู้สูงอายุในการเลือกวิถีชีวิตที่รื่นรมย์ สนุกสนาน ด้วยการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จิตใจสดชื่นแจ่มใส กระปรี้กระเปร่า มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยพิจารณาการดำเนินการจากสุขภาพของร่างกายผู้สูงอายุ ควรเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับอายุ เพศ ขนาดของรูปร่าง ตลอดจนความพร้อมของร่างกายและจิตใจ ความสนใจ ความสามารถ และความถนัดส่วนบุคคลความเหมาะสมกับงานที่ทำอยู่แต่ละคนจะมีการฝึกงานของตนแตกต่างกันออกไป สถานที่ความสะดวก

และความปลอดภัยกิจกรรม ฐานะทางเศรษฐกิจ ไม่ขัดต่อศีลธรรมประเพณีและวัฒนธรรมของสังคม ตลอดจนกฎหมายของบ้านเมือง ประโยชน์ต่อสังคม ถ้ามีโอกาสควรเลือกกิจกรรมที่นอกจากจะให้เกิดคุณประโยชน์แก่ตนเองแล้วยังก่อให้เกิดประโยชน์แก่ส่วนรวมและสังคมด้วย และควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่จะทำความรบกวนหรือทำความรำคาญให้แก่ผู้อื่น

สุขสง่า การปฏิบัติกิจกรรมสุขสง่า เสริมสร้างความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง การยอมรับนับถือตนเอง ให้กำลังใจตนเองได้เห็นอกเห็นใจผู้อื่นมีลักษณะเอื้อเฟื้อแบ่งปัน และมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม กิจกรรมที่ดำเนินการ เช่น จิตอาสาช่วยเหลือกิจกรรมสาธารณประโยชน์ของชุมชน ดังเช่น กิจกรรมสูงวัยอาสา มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสช่วยเหลือกันเอง ช่วยเหลือสังคมและเกิดคุณภาพจิตใจที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น

สุขสว่าง การปฏิบัติกิจกรรมสุขสว่าง เป็นการเสริมสร้างความสามารถของผู้สูงอายุด้านความจำ ความคิดอย่างมีเหตุผล การสื่อสาร การวางแผนและการแก้ไข ปัญหาความสามารถในการคิดแบบนามธรรม รวมทั้งความสามารถในการจัดการสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ กิจกรรมมุ่งเน้นการส่งเสริมการกระตุ้นที่เหมาะสมกับความบกพร่องของผู้สูงอายุจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาขึ้น ด้านการปรับพฤติกรรม อารมณ์และการทำหน้าที่ของสมองโดยกิจกรรมที่ใช้เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรับรู้ความจริงในกิจวัตรประจำวัน ที่ส่งเสริมการจดจำข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่ การเคลื่อนไหวสลับข้าง (cross-over movement) การยืดส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (lengthening movement) การเคลื่อนไหวเพื่อกระตุ้น (energizing movement) และการบริหารร่างกายง่าย ๆ (useful exercises)

สุขสงบ การปฏิบัติกิจกรรมสุขสงบ เป็นการเสริมสร้างความสามารถของผู้สูงอายุในการรับรู้-เข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์และสามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถผ่อนคลายให้เกิดความสุขสงบกับตนเองได้ รวมทั้งความสามารถในการปรับตัวยอมรับสภาพสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง กิจกรรมที่ดำเนินการ เช่น กิจกรรมเสริมการรับรู้และจัดการอารมณ์ เช่น ฝึกสมาธิ ฟังธรรม ฝึกการควบคุมอารมณ์

3) สะท้อนผล (Reflect) หลังจากปฏิบัติกิจกรรมและสังเกตแล้ว ผู้วิจัย ผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ร่วมวิจัย และผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว ภาติเครือข่ายสุขภาพ ร่วมกันสะท้อนผลการปฏิบัติกิจกรรม พบว่ากิจกรรมที่ดำเนินการส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านกระบวนการทำงานเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ กระบวนการทำงานเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องสะท้อนว่าจากการดำเนินกิจกรรมทำให้เห็นกระบวนการทำงานเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่

ชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว อสม. หน่วยงานด้านสาธารณสุข รวมถึงหน่วยงานระดับท้องถิ่น “การมีส่วนร่วมของคนอื่น ๆ มีมากขึ้น ส่วนมากจะเห็นแต่ทีมจากสาธารณสุข รพ.สต. แต่นี้มีเยอะเลย” และ“เห็นการทำงานดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจนขึ้น มันต้องมาจากหลายๆ ส่วนช่วยกัน การจะดูแลผู้สูงอายุไม่ได้ทำเฉพาะ รพ.สต. แต่คนที่บ้าน หน่วยงานอื่นก็ต้องมีส่วนร่วมด้วยเช่นกัน”

ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุสะท้อนความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนไปว่า หลังจากได้เข้าร่วมกิจกรรมทำให้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น จากเมื่อก่อนต้องรอให้ป่วยก่อนถึงไปรักษา โดยไม่ได้เชื่อมโยงถึงผลที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการขาดการดูแลสุขภาพที่มีผลกระทบต่อส่วนอื่น ๆ ด้วย เช่น กระบวนการดำรงชีวิต ฐานะของครอบครัว การทำกิจกรรมกับชุมชนที่ลดลง หรือแม้แต่เป็นการเพิ่มภาระให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง “ความคิดเปลี่ยนไปเลย มันมีหลายอย่างนอกจากการที่เราดูแลตัวเองให้แข็งแรง มันยังช่วยคนอื่นได้ด้วย” และ“แต่ละสุขให้ผลที่แตกต่างกัน มันมากกว่าสุขภาพร่างกาย มีทั้งด้านอารมณ์ การเห็นคุณค่าในตนเอง การช่วยเหลือชุมชน สังคม...”

พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุสะท้อนการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมว่า หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมทำให้การดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น ใส่ใจและให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม “เราดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีเป้าหมายมากขึ้น ไม่ได้ดูแลเฉพาะความแข็งแรงของร่างกายอย่างเดียว แต่ต้องด้านอื่นๆ ด้วย อย่างการช่วยเหลือสังคม การอยู่ร่วมกับผู้อื่น...” และ“ขยันหันมาออกกำลังกายและทำกิจกรรมที่สอนทุกวันเลย เมื่อก่อนไม่ค่อยได้ทำหรอก แต่พอตอนนี้ทำทุกวัน”

4. ผลของการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตามแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากฐานของกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ โดยอาศัยการวิจัยเชิง

ปฏิบัติการในการขับเคลื่อนการดำเนินงานกิจกรรม ผู้วิจัย
ทำการศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงทั้งในเชิงปริมาณและเชิง
คุณภาพ มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมและผู้ตอบแบบสำรวจ
จำนวน 200 คน ซึ่งมีข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
คิดเป็นร้อยละ 52.50 ส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 70 ปี ร้อยละ

60 ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น
ร้อยละ 43.50 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 47.50 และ
มีระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ยรวมผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7
จำแนกรายจังหวัด ดังตารางที่ 1

จากตาราง 1 ระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ยรวมของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7

จังหวัด	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง	ระดับคุณภาพชีวิต			คะแนน เฉลี่ย	แปลความหมาย
		มีคุณภาพชีวิต ที่ไม่ดี	มีคุณภาพชีวิต กลาง ๆ	การมีคุณภาพ ชีวิตที่ดี		
		ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ		
ร้อยเอ็ด	50	2.73	12.27	10.00	99.27	มีคุณภาพชีวิตที่ดี
มหาสารคาม	50	2.95	12.05	10.00	101.36	มีคุณภาพชีวิตที่ดี
ขอนแก่น	50	3.41	13.18	8.41	90.73	มีคุณภาพชีวิตกลางๆ
กาฬสินธุ์	50	2.50	14.77	7.73	101.73	มีคุณภาพชีวิตที่ดี
รวม	200	11.59	52.27	63.86	100.57	มีคุณภาพชีวิตที่ดี

*เกณฑ์การให้คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม 26 – 60 คะแนน มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี, 61 – 95 คะแนน มีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ, 96 – 130 คะแนน มีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากตาราง 1 พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ยรวมของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 มีคุณภาพชีวิตที่ดี คะแนน 100.57
เมื่อจำแนกรายจังหวัด พบว่า จังหวัดกาฬสินธุ์ มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ 101.73 มีรองลงมาคือจังหวัดมหาสารคาม
คะแนนเฉลี่ย 101.36 จังหวัดร้อยเอ็ด 99.27 ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี และจังหวัดขอนแก่น มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 90.73

ตาราง 2 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 จำแนกรายด้านโดยรวม

คุณภาพชีวิตจำแนกรายด้าน	ค่าเฉลี่ย	ระดับคุณภาพชีวิต
ด้านสุขภาพกาย	3.74	มีคุณภาพชีวิตระดับมาก
ด้านจิตใจ	3.89	มีคุณภาพชีวิตระดับมาก
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	4.01	มีคุณภาพชีวิตระดับมาก
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.90	มีคุณภาพชีวิตระดับมาก
รวม	3.89	มีคุณภาพชีวิตระดับมาก

* เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย 0.00-1.49 ระดับน้อยที่สุด 1.50-2.49 ระดับน้อย 2.50-3.49 ระดับปานกลาง 3.50-4.49 ระดับมาก และ 4.50-5.00 ระดับมากที่สุด

จากตาราง 2 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 จำแนกรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี
คือ ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนด้านสุขภาพกายมีระดับคุณภาพชีวิตกลาง ๆ

ตาราง 3 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 จำแนกรายข้อ องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย

ประเด็นการประเมิน	คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
1. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำ ในสิ่งที่ต้องการมากนักน้อยเพียงใด	3.59	ระดับมาก
2. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม	4.07	ระดับมาก

ประเด็นการประเมิน	คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
(ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)		
3. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด	3.89	ระดับมาก
4. ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนในที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	3.77	ระดับมาก
5. ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	3.59	ระดับมาก
6. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมาากน้อยเพียงใด	3.70	ระดับมาก
7. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	3.55	ระดับมาก
เฉลี่ยรวม	3.74	ระดับมาก

* เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย 0.00-1.49 ระดับน้อยที่สุด 1.50-2.49 ระดับน้อย 2.50-3.49 ระดับปานกลาง 3.50-4.49 ระดับมาก และ 4.50-5.00 ระดับมากที่สุด

ตาราง 3 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 จำแนกรายข้อ องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย พบว่า ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก คือ 3.74 ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน) คะแนนเฉลี่ย 4.07 อยู่ในระดับมาก ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด คะแนนเฉลี่ย 3.55 อยู่ในระดับมาก

ตาราง 4 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 จำแนกรายข้อ องค์ประกอบด้านจิตใจ

ประเด็นการประเมิน	คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
1. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต(เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง มากน้อยเพียงใด)	3.75	ระดับมาก
2. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด	4.00	ระดับมาก
3. ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน	3.84	ระดับมาก
4. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม	3.86	ระดับมาก
5. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกหงาเศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน	4.07	ระดับมาก
6. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน	3.80	ระดับมาก
เฉลี่ยรวม	3.89	ระดับมาก

* เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย 0.00-1.49 ระดับน้อยที่สุด 1.50-2.49 ระดับน้อย 2.50-3.49 ระดับปานกลาง 3.50-4.49 ระดับมาก และ 4.50-5.00 ระดับมากที่สุด

จากตาราง 4 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 จำแนกรายข้อ องค์ประกอบด้านจิตใจ พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.89 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกหงาเศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน คะแนนเฉลี่ย 4.07 อยู่ในระดับมากและข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน คะแนนเฉลี่ย 3.80 อยู่ในระดับมาก

ตาราง 5 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 จำแนกรายข้อ องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ประเด็นการประเมิน	คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
1. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน	3.98	ระดับมาก
2. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แคไหน	3.95	ระดับมาก

ประเด็นการประเมิน	คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
3. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเอง หรือการมีเพศสัมพันธ์)	4.11	ระดับมาก
เฉลี่ยรวม	4.01	ระดับมาก

* เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย 0.00-1.49 ระดับน้อยที่สุด 1.50-2.49 ระดับน้อย 2.50-3.49 ระดับปานกลาง 3.50-4.49 ระดับมาก และ 4.50-5.00 ระดับมากที่สุด

จากตาราง 5 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 จำแนกรายข้อ องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่า ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือ 4.01 โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน คะแนนเฉลี่ย 4.11 อยู่ในระดับมาก และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่นั้น คะแนนเฉลี่ย 3.95 อยู่ในระดับมาก

ตาราง 6 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 จำแนกรายข้อ องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม

ประเด็นการประเมิน	คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
1. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน	4.00	ระดับมาก
2. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด	4.07	ระดับมาก
3. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด	3.77	ระดับมาก
4. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด	3.82	ระดับมาก
5. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด	3.89	ระดับมาก
6. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด	3.86	ระดับมาก
7. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด	3.75	ระดับมาก
8. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน(หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด	4.00	ระดับมาก
เฉลี่ยรวม	3.90	ระดับมาก

* เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย 0.00-1.49 ระดับน้อยที่สุด 1.50-2.49 ระดับน้อย 2.50-3.49 ระดับปานกลาง 3.50-4.49 ระดับมาก และ 4.50-5.00 ระดับมากที่สุด

จากตาราง 6 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 จำแนกรายข้อ องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด คะแนนเฉลี่ย 4.07 อยู่ในระดับมาก และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด คะแนนเฉลี่ย 3.75 อยู่ในระดับมาก

ส่วนระดับความสุขผู้สูงอายุจากเขตสุขภาพที่ 7 โดยรวมอยู่ในระดับเท่ากับคนปกติทั่วไปมีค่าความสุขเฉลี่ยที่ 3.11

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 พบว่า ประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่คือผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุถึง 2 ใน 3 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ตามลำพัง บางพื้นที่ผู้สูงอายุในครอบครัวต้องแบกรับภาระเลี้ยงดูลูกหลานเนื่องจากพ่อแม่ของเด็กต้องไปทำงานในเมืองหรือในต่างจังหวัด หรือบางรายพ่อแม่แยกทางกัน ทั้งลูกหลานให้คนแก่เลี้ยงตามลำพัง ส่งผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เกิดภาวะความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาสำคัญอย่างยิ่งที่พื้นที่

ต้องเร่งดำเนินการแก้ไขและได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งนำมาสู่การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้บริบทและสถานการณ์การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 ที่ประกอบด้วย เนื้อหา 1) ศึกษาบริบทการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอดีตและสถานการณ์ปัจจุบัน 2) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา 3) สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพ 4) ค้นหาและพัฒนาศักยภาพทีมงาน 5) วางแผนและกำหนดกิจกรรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 6) ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 7) ประเมินผลการเปลี่ยนแปลง พร้อมกับนำเสนอแนวทางดังกล่าว มาพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยอาศัยฐานของกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ โดยอาศัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการขับเคลื่อนกิจกรรมจำนวน 2 วงรอบ และประเมินผลของการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิต 1) ระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ยรวมของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 คะแนนเฉลี่ย 100.57 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี 2) ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 เมื่อจำแนกรายองค์ประกอบ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี คือ ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนด้านสุขภาพกาย มีระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ 3) ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 จำแนกรายข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมากคือ 3.87 4) เมื่อพิจารณาแยกรายข้อตามองค์ประกอบ ผลดังนี้ 4.1) องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก คือ 3.74 ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน) คะแนนเฉลี่ย 4.07 อยู่ในระดับมาก ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด คะแนนเฉลี่ย 3.55 อยู่ในระดับมาก 4.2) องค์ประกอบด้านจิตใจ พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.89 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน คะแนนเฉลี่ย 4.07 อยู่ใน

ระดับมาก และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน คะแนนเฉลี่ย 3.80 อยู่ในระดับมาก 4.3) องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่า ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือ 4.01 โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน คะแนนเฉลี่ย 4.11 อยู่ในระดับมาก และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่นั้น คะแนนเฉลี่ย 3.95 อยู่ในระดับมาก 4.4) องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด คะแนนเฉลี่ย 4.07 อยู่ในระดับมาก และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด คะแนนเฉลี่ย 3.75 อยู่ในระดับมาก

อภิปรายผลจากการวิจัย

1. แนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

แนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยอาศัยฐานกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ พบแนวทางที่สำคัญ 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอดีตและสถานการณ์ปัจจุบัน 2) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา 3) สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพ 4) ค้นหาและพัฒนาศักยภาพทีมงาน 5) วางแผนและกำหนดกิจกรรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 6) ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และ 7) ประเมินผลการเปลี่ยนแปลง นั้น เทียบเคียงกับแนวคิดในปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพจากรายงานขององค์การอนามัยโลก (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ที่ได้สรุปไว้ว่า รูปแบบแนวปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพที่แท้จริงประกอบด้วย 1) การศึกษาชุมชนอย่างถี่ถ้วนถึงความต้องการทรัพยากร ลำดับความสำคัญของปัญหา การทำงานที่ผ่านมาและโครงสร้างความร่วมมือกับชุมชน โดยยึดหลักการทำงานร่วมกับชุมชนมากกว่าการทำงานให้ชุมชน 2) การสร้างข้อตกลงร่วมต่อแผนการดำเนินงาน การรวบรวมทรัพยากร การดำเนินการ การติดตามผลการดำเนินงาน และความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ความยืดหยุ่น

ในแผนงานและการดำเนินงานเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อตอบสนองต่อความต้องการที่เกิดขึ้นใหม่หรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง รวมถึงการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และการสะท้อนผลของการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ และ3) การมุ่งเน้นการประเมินผลและการเผยแพร่แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ โดยยังรักษาและพัฒนาคุณภาพหลังการขยายผล อันจะเห็นว่าแนวปฏิบัติดังกล่าวมีความครอบคลุมถึงการเผยแพร่ผลการดำเนินการที่ดี นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับ การศึกษาของธีรประภาทองวิเศษ, ประจักษ์มิ่งแสง, สังคมสุก รัตนกุล และ ประสาท อิศรปริดา (2558) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบกิจกรรมภายใต้ตัวแบบกระบวนการเพื่อส่งเสริม สุขภาพจิตผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยแบบผสานวิธีเพื่อศึกษา ปัญหาสุขภาพจิต และพัฒนารูปแบบกิจกรรมภายใต้ตัว แบบกระบวนการเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ข้อค้นพบได้สรุปเป็นรูปแบบกิจกรรมภายใต้ตัวแบบ กระบวนการเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยในแต่ละ กิจกรรมจะดำเนินการตาม ขั้นตอน 6 ขั้นตอน คือ ขั้น สร้างความคุ้นเคยขั้นเสนอตัวแบบ ขั้นให้ความรู้ ขั้นทดลองปฏิบัติ ขั้นให้ผลสะท้อนกลับ และขั้นนำไปใช้

2. ผลของการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตามแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ระดับ คุณภาพชีวิตเฉลี่ยรวมของผู้สูงอายุศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 คะแนน เฉลี่ย 100.57 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดีเมื่อพิจารณา ราย องค์ประกอบก็เช่นเดียวกัน พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับ คุณภาพชีวิตที่ดี คือ ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนด้านสุขภาพกาย มีระดับ คุณภาพชีวิตกลางๆ ทั้งนี้การที่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ใน ระดับดีทั้งภาพรวมและรายองค์ประกอบนั้น อาจ เนื่องมาจากผลของการดำเนินกิจกรรมสร้างสุขมีความ สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ จึงทำให้เมื่อผ่าน การเข้าร่วมกิจกรรมส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมี ความสุข และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี ทั้งด้านจิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ดังที่ UNESCO (1981) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิต

เป็นความรู้สึกของการอยู่อย่างพอใจต้องประกอบต่าง ๆ ของชีวิตที่มีส่วนสำคัญมากที่สุดของบุคคล เป็นการ ดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีความสุข มีความ สมบูรณ์ ทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัวให้เข้ากับ สภาพแวดล้อมและสังคมที่ตนอยู่ได้อย่างดี ขณะเดียวกัน ก็สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้ง สามารถใช้ศักยภาพส่วนบุคคลสร้างสรรค์พัฒนาตนเอง และสังคมให้อยู่ร่วมกันได้อย่างสันติสุข และสอดคล้อง กับ WHO (1998, อ้างถึงใน ทิพย์วัลย์ เรืองขจร, 2554) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้หรือความเข้าใจ ของปัจเจกบุคคลที่มีต่อสถานภาพชีวิตของตนเองตาม บริบทของวัฒนธรรมและค่านิยมที่ใช้ชีวิตอยู่และสัมพันธ์ กับเป้าประสงค์ ความคาดหวัง มาตรฐานและความกังวล สนใจที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ คุณภาพชีวิตเป็นมโนคติที่มี ขอบเขตกว้างขวางครอบคลุมเรื่องต่าง ๆ ที่สลับซับซ้อน ได้แก่ สุขภาพทางกาย สภาวะทางจิต ระดับความเป็นตัว ของตัวเองความสัมพันธ์ต่าง ๆ ทางสังคม ความเชื่อส่วน บุคคล และสัมพันธภาพที่มีต่อสิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้ การส่งเสริมสุขภาพจิต จากกิจกรรม การส่งเสริมคุณภาพชีวิต ยังเป็นการส่งเสริมให้ประชาชน พัฒนาสุขภาพและสมรรถนะของตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อีกด้วย โดยผ่านกิจกรรมสร้าง สุขทั้ง 5 มิติ ที่พื้นที่จัดขึ้นตามความเหมาะสมของ สถานการณ์และบริบทของพื้นที่ สอดคล้องกับนิยามของ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1998) ที่กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพจิต หมายถึง กระบวนการ ส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถภาพในการควบคุมและ พัฒนาสุขภาพของตนเองให้บรรลุซึ่งภาวะอันสมบูรณ์ทั้ง ทางร่างกาย จิตใจ และสังคม สามารถบอกความปรารถนา ของตนและสามารถตอบสนองต่อความปรารถนานั้น ตลอดจนสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม มีชีวิตที่ผาสุก ลดความกดดัน และสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมทั่วไป ได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ การศึกษาผลของการส่งเสริมสุขภาพจิตหรือส่งเสริมคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุ ผ่านกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ดังเช่น สุภารัตน์ นามกระจำง์ ลักษณิ สมรัตน์ และ อนัญญา เคะคำภู (2560)

ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในผู้สูงอายุตำบลกระหวัน อำเภอบุณหาย จังหวัดศรีสะเกษ ศึกษากับผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคม ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองระดับของสมรรถภาพร่างกายของผู้สูงอายุค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถภาพทางสมองเบื้องต้น ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและค่าเฉลี่ยของคะแนนความสุขเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ดังนั้นโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้มีประสิทธิภาพที่สามารถนำไปใช้ในการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไป

ทงศักดิ์ มุลจินดา, พัทธณ พละไชย (2561) ศึกษาผลการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยสุข 5 มิติ โรงเรียนผู้สูงอายุนาผาง ตำบลห้วย อำเภอบุพมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ผลการศึกษา พบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีความสุขในภาพรวมคะแนนอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 48.42 พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพลดลงจากระดับความเสี่ยงปานกลาง เป็นระดับความเสี่ยงต่ำมีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 41.05 ผู้สูงอายุทั้งหมดมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ ร้อยละ 100 ผู้สูงอายุทั้งหมดไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 100) และผู้ที่มีปัญหาสมองเสื่อม มีจำนวนลดลง (ร้อยละ 1.05) ชัชญาภา สมศรี และพิศกุลทอง โมคมูล (2559) ศึกษาผลของกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ต่อความสุขของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนครพนม ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในภาพรวมของความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก และเมื่อเปรียบเทียบความสุขของผู้สูงอายุเฉลี่ยก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ เท่ากับ 3.32 และหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ 3.77 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมในผู้สูงอายุสำคัญอย่างยิ่งที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตระหนักในคุณค่าตัวเอง การปล่อยให้กลุ่มร่วมแบ่งปันประสบการณ์การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจริงจะทำให้ผู้สูงอายุเชื่อถือและนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ระหว่างที่ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม การให้รางวัล หรือการชื่นชม เป็นผลทางบวกต่อผู้สูงอายุ ส่งผลให้กระบวนการกลุ่มดำเนินการไปอย่างราบรื่น

สำหรับองค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ที่มีระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ อาจเนื่องมาจากการประเมินมุ่งเน้นที่ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย การรับการรักษาซึ่งในวัยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ผลการประเมินคุณภาพชีวิตด้านนี้น้อยกว่าด้านอื่น ๆ ซึ่งความเจ็บป่วยทางร่างกายของผู้สูงอายุมีอย่างหลากหลาย และระดับความรุนแรงไม่เท่ากัน แม้จะมีการดูแล ส่งเสริมและป้องกัน ด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุ แต่ด้วยวัยแล้วเป็นไปได้อย่างที่จะหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยซึ่งสอดคล้องกับที่ พชรี หล้าแหล่ง (2556) กล่าวถึง ความสำคัญของคุณภาพชีวิต ในระดับตนเองและครอบครัว ว่าคือการมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีสุขภาพพลานามัยที่ดี ไม่เจ็บป่วย ทำให้สามารถลดค่าใช้จ่ายส่วนตน และสามารถประกอบอาชีพการงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ดี มีครอบครัวที่อบอุ่นไร้ซึ่งปัญหา และสอดคล้องกับ WHO (1948, อ้างถึงใน ภัทธภา สุขสง่า และ พรหมทิพา ศักดิ์ทอง, 2557) ในฐานะเป็นองค์กรหลักที่ดูแลด้านสุขภาพอนามัย มองเห็นว่า "ร่างกายจิตใจ สังคมที่ดีและการไม่มีโรคภัยไข้เจ็บเป็นสภาวะของความสมบูรณ์ที่ดี" ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุมีภาวะความเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัวจึงสะท้อนออกมาจากการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายที่อยู่ในระดับน้อยกว่าองค์ประกอบด้านอื่น ๆ

นอกจากนี้ จากการศึกษาผลของกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ระดับความสุขของผู้สูงอายุจากศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 โดยรวมอยู่ในระดับเท่ากับคนปกติทั่วไป และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าอยู่ในระดับมาก ถึง มากที่สุด ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 โดยรวม พบว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 100.57 สะท้อนให้เห็นว่า กิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยอาศัยฐานกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ มีส่วนในการเสริมสร้างความสุขและคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งกิจกรรมนั้นค่อนข้างที่จะครอบคลุมการส่งเสริมผู้สูงอายุในทุกด้าน ทั้งสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ ดังที่ ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต และคณะ (2557) ได้แบ่งตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับความสุขของ

ประชาชนใน 4 มิติ ประกอบด้วย 1) สภาพแวดล้อมรอบตัว 2) ความสามารถในการดำรงชีวิตของมนุษย์ 3) อรรถประโยชน์แห่งชีวิตและ 4) การมีชีวิตที่เบิกบาน และสอดคล้องกับในประเทศไทยได้มีการพัฒนาดัชนีชี้วัดความสุขของคนไทยตั้งแต่ช่วงที่มีการพัฒนาประเทศภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ที่มุ่งเน้น “สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน” ซึ่งหมายถึง “สภาวะที่คนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ ทั้งจิต กาย ปัญญา ที่เชื่อมโยงกับเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นองค์รวมและสัมพันธ์กันได้อย่างดีต้องดีงาม นำไปสู่การอยู่ร่วมกันอย่างสันติระหว่างคนกับคน และการอยู่ร่วมกันอย่างสมดุลระหว่างคนกับธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม” (มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต, 2556) นอกจากนี้ยังเทียบเคียงได้กับงานวิจัยของ ต่อศักดิ์ กาญจนทรัพย์สิน (2561) ศึกษารูปแบบกิจกรรมความสุข 5 มิติของกรมสุขภาพจิตที่มีผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลโพธิ์ชัย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า 1) หลังการทดลองระดับของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 40.51 คะแนน และหลังเข้าร่วมกิจกรรมแล้วผู้เข้าร่วมมีค่าคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มสูงขึ้น เป็น 51.81 คะแนน 2) ความพึงพอใจต่อกิจกรรมความสุข 5 มิติของกรมสุขภาพจิตเรียงจากมากไปหาน้อย ดังนี้ กิจกรรมสุขสนุก (ร้อยละ 98.36) กิจกรรมสุขสงบ (ร้อยละ 86.89) กิจกรรมสุขสบาย (ร้อยละ 73.77) กิจกรรมสุขสง่า (ร้อยละ 49.18) กิจกรรมสุขสว่าง (ร้อยละ 24.59) ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนเพื่อพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุต่อไปและการศึกษาของจินทนา สารแสง (2561) ศึกษาคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเข็ญดาว จังหวัดเข็ญใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตในด้านความสัมพันธ์ทางสังคมสูงสุด ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงสุด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ส่วนพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับสูงยกเว้นด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในส่วนการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001, 0.002, \geq 0.0001$ และ 0.002)

จากการศึกษาเชิงคุณภาพในประเด็นเกี่ยวกับผลของกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบผล ได้แก่ 1) ผลต่อตนเอง ประกอบด้วย มีสุขภาพกายดีขึ้น สุขภาพจิตดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้สูงอายุได้รับการเสริมสร้างพัฒนาการทางสังคมและจิตใจ อย่างเหมาะสม และพึ่งตนเองและดูแลสุขภาพตนเองได้มากขึ้น 2) ผลต่อครอบครัว ได้แก่ สร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว 3) ผลต่อชุมชน สังคม ประกอบด้วย ลดปัญหาในชุมชน เกิดเครือข่ายการทำงาน และเกิดนวัตกรรมการทำงาน เทียบเคียงได้กับแนวคิดเกี่ยวกับความสุขที่กล่าวถึงความสุขระดับปัจเจกบุคคล และระดับที่ไม่ใช่ปัจเจกบุคคล คือ ความสุขระดับครอบครัวไปจนถึงระดับชุมชน สังคม ความสุขระดับปัจเจกบุคคล เช่น ความสบายใจ ประสพการณ์โดยรวมของความพึงพอใจ และการมีจุดหมายในชีวิต (ประเวช ดันติพิพัฒน์สกุล และเอกอนงค์ สิตลาภินันท์, 2554; พระมหาสุทิตย์ อาภากรโร และคณะ, 2556) ส่วนความสุขระดับครอบครัว ชุมชน และสังคมเป็นความสุขในอีกมิติหนึ่งซึ่งไม่ใช่ความสุขระดับปัจเจกบุคคลคือ ความสุขระดับครอบครัวไปจนถึงความสุขระดับสังคมหรือความสุขของประชาชน โดยปัจจัยที่บ่งชี้ถึงความสุขของประชาชนจะประกอบด้วยมิติต่าง ๆ เช่น ครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง และความมั่นคงทางเศรษฐกิจซึ่งจะนำไปสู่สภาวะที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา รวมไปถึงโครงสร้างและกลไกหลักของสังคมที่ส่งผลต่อทิศทางการพัฒนาสมาชิกในสังคมให้มีอุดมการณ์และค่านิยมที่พึงประสงค์เพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข ซึ่งสามารถอธิบายได้จากหลักฐานหรือตัวชี้วัดต่าง ๆ ที่ได้มีการกำหนดขึ้นเพื่อวัดคุณภาพและ

ปริมาณของความสุขโดยรวมของคนในสังคม เช่น ดัชนีวัดความสุขโลก หรือ Happy Planet Index (HPI) ซึ่งทำการวัดระดับความสุขของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก โดยใช้ 3 ปัจจัยหลักในการวัดคือ ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy) และรอยเท้าทางนิเวศ (Ecological Footprint) ซึ่งหมายถึงตัวชี้วัดผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อระบบนิเวศอันเนื่องมาจากกิจกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ตลอดวัฏจักรชีวิต หรือดัชนีตัวอย่างของประเทศภูฏานซึ่งเป็นประเทศที่ใช้ความสุขเป็นตัวชี้วัดความอยู่ดีมีสุขของคนในประเทศ ได้ใช้ดัชนีความสุขมวลรวมประชาชาติ (Gross National Happiness) เป็นตัวชี้วัดความก้าวหน้าของประเทศ โดยตั้งเป้าหมายการพัฒนาให้ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของมนุษย์ คือพัฒนาประเทศเพื่อเพิ่มความสุข ไม่ใช่เพิ่มการบริโภคหรือเพิ่มเงินในกระเป๋า ต่างกับหลายประเทศที่เลือกใช้ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ หรือ GDP (Gross Domestic Product) ซึ่งเป็นตัววัดการพัฒนาประเทศโดยให้ความสำคัญเพียงมูลค่าทางการเงินเท่านั้น ทั้งนี้ประเทศภูฏานได้แบ่งตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับความสุขของประชาชนใน 4 มิติ ซึ่งมีความหมายดังนี้ (สิรินันท์ กิตติสุขสถิต และคณะ, 2557) 1) สภาพแวดล้อมรอบตัว 2) ความสามารถในการดำรงชีวิตของมนุษย์ 3) อรรถประโยชน์แห่งชีวิต (Utility of Life) กล่าวว่าการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืนนั้น จำเป็นต้องมีหลายปัจจัยประกอบกัน และ 4) การมีชีวิตที่เบิกบาน นอกจากนี้ยังเทียบเคียงได้กับงานวิจัยของ ขวัญสุดา บุญทศ, ขนิษฐา นันทบุตร (2560) ศึกษาความสุข ความทุกข์ และสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย เพื่อศึกษาหาความหมายของความสุข ความทุกข์และสุขภาพจิตในบริบทของผู้สูงอายุ ในชุมชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ชุมชนให้ความหมายของสุขภาพจิตใน 2 ความหมาย คือ ใจม่วน (สุขใจ) และใจดี (ใจที่ปกติ) ลักษณะสุขภาพจิตที่ดีประกอบด้วย 1) ใจม่วน ใจดี 2) ไม่ป่วยไข้ 3) ปรับตัวได้ (ปรับตัวได้เร็ว) และ 4) ทำตัวให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น ความสุข หมายถึง สุขที่ไม่ป่วยไข้ สุขเพราะมีรายได้ สุขที่

ได้ไปวัดทำบุญสุขที่ถูกหลานดี สุขที่ได้ทำประโยชน์ส่วนความทุกข์ ประกอบด้วย ทุกข์เพราะถูก หลานครอบครัวยุทธ์เพราะป่วยไข้ ทุกข์เพราะหาเงินไม่ได้และทุกข์เพราะไปมาไม่ได้ สรุป จากข้อค้นพบเกี่ยวกับความหมายของสุขภาพจิต ความสุข และความทุกข์ของผู้สูงอายุ มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ดังนี้ ควรมีการสนับสนุนครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุเนื่องจากเป็นแหล่งสำคัญและใกล้ชิดที่สุด รวมถึงเพิ่มศักยภาพชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ครอบคลุมความหมายของสุขภาพจิต ความสุข และความทุกข์ของผู้สูงอายุ

ทั้งนี้จากผลการศึกษายังพบว่าทำให้เกิดความรู้ประกอบด้วย ทีมทำงานเกิดความรู้ในกระบวนการดำเนินงาน ทีมทำงานเกิดความรู้ในเนื้อหาการส่งเสริมสุขภาพจิต และผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง เกิดเจตคติที่ดี ประกอบด้วย ทีมทำงานเกิดเจตคติที่ดีต่อการทำงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทีมทำงานเกิดความรู้ตระหนักในการดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประชาชนเกิดเจตคติที่ดีต่อหน่วยงานสุขภาพในชุมชนมากขึ้น ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเอง และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ มีการสื่อสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนมากขึ้น ผู้สูงอายุมีช่องทางในการขอคำปรึกษาหรือขอรับการช่วยเหลือมากขึ้น เกิดการทำงานเชิงรุก ช่างชุ่ย ชัยรุ่งเรือง (2558) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านความตระหนักในคุณค่าแห่งตนมีอันดับสูงสุด รองลงมาคือ ด้านความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสวัสดิการสังคม ด้านการรักษาพยาบาล ด้านจิตใจและด้านร่างกาย ตามลำดับ การศึกษาของ ตามลำดับ เมธี วงศ์วีระพันธุ์ (2559) ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุของชุมชนต้นแบบในจังหวัดเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อศึกษากระบวนการและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับ

ผู้สูงอายุของชุมชนต้นแบบและพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่ากระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุชุมชนต้นแบบ ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการดำเนินการร่วมกันของเจ้าหน้าที่และผู้สูงอายุในชุมชนเครือข่าย โดยมีการสำรวจและสอบถามความต้องการก่อนดำเนินการ 2) การจัดตั้งกองทุนเพื่อช่วยเหลือ 3) การจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและจัดกิจกรรมให้แก่ผู้สูงอายุ 4) การมีจิตอาสาสมัครเพื่อช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน สำหรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) การออกกำลังกาย 3) โภชนาการ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การจัดการความเครียด 6) การพัฒนาจิตวิญญาณประกอบด้วยการมองโลกในแง่ดี แนวทางในการพัฒนาต้นแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตควรประกอบด้วย กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม โดยมีข้อเสนอแนะการจัดกิจกรรมที่นำไปสู่ความสำเร็จ คือ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นร่วมกับกลุ่มผู้สูงอายุควรเป็นแกนนำในการดำเนินการให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์เน้นกิจกรรมเชิงรุก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ

1.1 จากผลการวิจัยที่พบว่าระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตตามแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตบนฐานกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ยรวมของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี เมื่อพิจารณาจากองค์ประกอบก็เช่นเดียวกัน พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี คือ ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนด้านสุขภาพกาย มีระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตในภาพรวมที่ปฏิบัติอยู่นั้นมีความเหมาะสม ควรดำเนินการต่อเนื่องต่อไป ในขณะที่องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ที่มีระดับคุณภาพชีวิต

กลางๆ อาจเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ในวัยผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ผลการประเมินคุณภาพชีวิตด้านนี้น้อยกว่าด้านอื่น ๆ แม้จะมีการดูแลและส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุ แต่ด้วยวัยแล้วเป็นไปได้ยากที่จะหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย จึงเป็นประเด็นที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกระดับทั้งระดับครอบครัวที่มีความใกล้ชิดในการดูแลผู้สูงอายุและหน่วยงานสาธารณสุขพื้นฐาน ที่รับผิดชอบดูแลสามารถทำงานในเชิงการบูรณาการประสานความร่วมมือเพื่อให้เกิดการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในแต่ละมิติไปพร้อมกัน

2.2 จากผลการวิจัยที่พบว่าแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเองและบุคลากร ด้วยผลที่เกิดขึ้นและกระบวนการที่เป็นระบบ จึงเห็นควรที่จะนำกระบวนการนี้ไปใช้ในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไปโดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อการออกแบบกิจกรรม/โปรแกรมที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเฉพาะในพื้นที่ของเขตสุขภาพที่ 7 ที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในการวิจัยครั้งต่อไปสามารถที่จะนำผลการวิจัยที่ค้นพบโดยเฉพาะในประเด็นของแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่มีขั้นตอนที่สำคัญ 7 ขั้นตอน ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน เพื่อให้เกิดการขยายผลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ครอบคลุมพื้นที่มากยิ่งขึ้น และทำการศึกษาเปรียบเทียบแต่ละพื้นที่เพื่อให้เกิดผลในการพัฒนาต่อไป แต่ทั้งนี้การนำกระบวนการไปใช้สามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ปัจจัยเงื่อนไขทุนเสริมต่าง ๆ พร้อมทั้งในการวิจัยควรมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อการพัฒนาปรับปรุงให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.ขวัญสุดา บุญทศ, ขนิษฐา นันทบุตร.(2560) . ความสุข ความทุกข์ และสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*.(3)62 .270-257 .
- 2.จันทนา สารแสง.(2561) . *คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- 3.ชำนาญ งามศรี และพิศุลทอง โมคมูล (2559) ศึกษาผลของกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ต่อความสุขของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนครพนม. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม*. 3(2): 3-14.
- 4.ชาญชัย ชัยรุ่งเรือง.(2558) . การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. *วารสารมหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี*.28-14 (2)4
- 5.ต่อศักดิ์ กาญจนทรัพย์สิน .(2561) .รูปแบบกิจกรรมความสุข 5มิติของกรมสุขภาพจิตที่มีผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลโพธิ์ชัย อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม. *บุรีรัมย์: คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์*.
- 6.ทนงศักดิ์ มูลจันดา, ทัดถณ พลไชย.(2561) . ผลการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยสุข 5มิติ โรงเรียนผู้สูงอายุ 5ตำบลนาผาง ตำบลห้วย อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*.(2)2 . 14-29.
- 7.ทิพย์วัลย์ เรืองจกร. (2554). *วิทยาศาสตร์เพื่อคุณภาพชีวิต*. สงขลา: มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา, คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี.
- 8.ประเวช ดันดีพัฒน์สกุลและเอกอนงค์ สิตถากินันท์.(2554). *คู่มือสร้างสุขระดับจังหวัด*. กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเอทีฟ กรุ๊ป จำกัด.
- 9.พระมหาสุทนต์ อากาศโร และคณะ. (2556). *สุขที่ได้ธรรม*. นนทบุรี: บริษัท ดีไซน์ ดีไลฟ์ จำกัด.
- 10.พัชรี หล้าแหล่ง. (2556). *การศึกษากุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของเกษตรกรชาวสวนปาล์มน้ำมันในพื้นที่ภาคใต้*. รายงานการวิจัย. มหาวิทยาลัยแม่โจ้จังหวัดชุมพร.
- 11.ภัทราภา สุขสง่า, และ พรหมทิพา ศักดิ์ทอง. (2557). การทดสอบเบื้องต้นแบบประเมินผลลัพธ์ด้านการใช้ยาที่ได้จากการรายงานของผู้ป่วยสำหรับคุณภาพชีวิตด้านยาโดยมิใช่วิธีเชิงผสมผสาน. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 203-212.
- 12.มธิ วงศ์วิระพันธ์. (2559). การส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุของชุมชนต้นแบบในจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 47(1),38-47.
- 13.เขาวรัตน์ รัตน์นันต์. (2560). *สถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ*. ขอนแก่น: ศูนย์อนามัยที่ 7.
- 14.ศิรินันท์ กิตติสุขสถิตและคณะ. (2557). *คุณภาพชีวิตการทำงานและความสุข*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 15.สุภารัตน์ นามกระจำ และถักชัย สมรัตน์ (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในผู้สูงอายุตำบลกระหวิน อำเภอนาหวาย จังหวัดศรีสะเกษ. *รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษา ระดับชาติและนานาชาติ 2560*. ขอนแก่น. 699-709.
- 16.WHO. (1998). *Health Promotion Glossy*. Geneva: World Health Organization.
- 17.WHO. (2005). *Promotion Mental Health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO Press.
- 18.World Health Organization. Ageing [online] 2016 [cited 2017 Feb 8]. Available from:<http://www.who.int/topics/ageing/en/>

ศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร จังหวัดมหาสารคาม

The potential of wellness tourism with herbal of Maha Sarakham

ปัทมัส เสริฐเลิศ¹PATIMAS SERTLERT¹

(Received: January 24 ,2021 ; Accepted: February 14 ,2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง ศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร จังหวัดมหาสารคาม มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อสำรวจและประเมินศักยภาพทรัพยากรการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร 2) เพื่อศึกษาอุปสงค์ อุปทาน ที่ส่งผลต่อความตั้งใจเชิงพฤติกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร และ 3) เพื่อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร จังหวัดมหาสารคามสู่การเป็นเมืองสมุนไพร (Herbal City) โดยผู้วิจัยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยแบบผสม เป็น 2 รูปแบบได้แก่ การวิจัยเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ โดยการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ จำนวน 20 ราย จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และแจกแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่าง 400 ราย โดยใช้วิธีแบบโควต้า จำแนก 6 อำเภออำเภอ ๆ ละ 67 คน แล้วแจกแบบตามสะดวก โดยมีการสอบถามกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้นว่าเคยมีประสบการณ์ในการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและสมุนไพรในจังหวัดมหาสารคาม แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) และการวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) แล้วอธิบายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า จังหวัดมหาสารคามมีศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร โดยรวมอยู่ในระดับ 2-3 ดาว มีศักยภาพน้อยถึงปานกลาง การศึกษารูปแบบอุปสงค์ อุปทาน ที่ส่งผลต่อความตั้งใจเชิงพฤติกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร พบว่า 1) อุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร มีอิทธิพลทางบวกทางตรงต่อความตั้งใจเชิงพฤติกรรมที่มีต่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร 2) อุปทานการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร มีอิทธิพลทางบวกทางตรงต่อความตั้งใจเชิงพฤติกรรมที่มีต่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร 3) อุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร มีอิทธิพลทางบวกทางตรงต่ออุปทานการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร 4) อุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร มีอิทธิพลทางบวกในทางอ้อมต่อ ความตั้งใจเชิงพฤติกรรมที่มีต่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรของจังหวัดมหาสารคาม

จากผลจากการวิจัยครั้งนี้ได้แนวทางการพัฒนาศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรของจังหวัดมหาสารคาม 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านพื้นที่ควรส่งเสริมกลุ่มเกษตรกรจัดสวนวนเกษตร สร้างความเชื่อมโยงสู่การจัดทำเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร 2) ด้านการจัดการ ควรพัฒนาด้านสิ่งอำนวยความสะดวกโครงสร้างพื้นฐานหลักให้เพียงพอ ได้แก่ มีป้ายบอกทางที่สังเกตเห็นได้ชัดเจน และทำการประชาสัมพันธ์แหล่งท่องเที่ยวให้เป็นที่รู้จัก 3) ด้านกิจกรรมและกระบวนการ ควรมีการจัดรูปแบบกิจกรรมการท่องเที่ยวให้เป็นรูปธรรมชัดเจนให้เห็นกระบวนการคั้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ การจัดโปรแกรมการท่องเที่ยวด้วยสมุนไพร ในแต่ละพื้นที่ให้ตรงตามฤดูกาล 4) ด้านการมีส่วนร่วม รัฐบาลควรให้การส่งเสริมประชาชนในท้องถิ่นปลูกพืชสมุนไพรในที่ดินของตน และมีการบูรณาการแบบมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และคนในชุมชนร่วมกัน จึงจะสามารถเกิดรูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร ของจังหวัดมหาสารคามสู่การเป็นเมืองสมุนไพร (Herbal City)

คำสำคัญ : ศักยภาพ, การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ, สมุนไพร

Abstract

The research on the potential of herbal health tourism in Mahasarakham province aimed to 1) investigate and evaluate the potential of resource on herbal health tourism, 2) study the demand and supply which affected the behavioral intention of herbal health tourism, and 3) suggest the guideline to develop the potential of herbal health tourism in Mahasarakham province to be the Herbal City. The researcher collected the data through mixed-method which contained qualitative research and quantitative research by interviewing 20 people who had been selected

¹ อาจารย์สาขาการโรงแรมและการท่องเที่ยว คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

from the purposive sampling method and distributed the questionnaires to a sample group for 400 people who had been selected from the quota sampling method in 6 districts, 67 people of each. The sample group had been asked about the experience of herbal health tourism in Mahasarakham, then the researcher applied the data to analyze in a statistical way as Mean, Percentage, Standard Deviation (SD), Confirmatory Factor Analysis: CFA, Structural Equation Modeling: SEM, and Path Analysis in order to describe the result as research objectives.

The research result presented that Mahasarakham province had the overall potential of herbal health at 2-3 stars level and less to moderate in potential. The study of demand and supply which affected the behavioral intention of herbal health tourism showed that 1) the demand of herbal health tourism had the direct effect in positive way to the behavioral intention of herbal health tourism, 2) the supply of herbal health tourism had the direct effect in positive way to the behavioral intention of herbal health tourism, 3) the demand of herbal health tourism had the direct effect in positive way to the supply of herbal health tourism, and 4) the demand of herbal health tourism had the indirect effect in positive way to the behavioral intention of herbal health tourism in Mahasarakham province.

The researcher had applied the research result in order to develop the potential of herbal health tourism of Mahasarakham in 4 aspects. There were 1) area; it should be encouraged the group of farmers to do agroforestry and created the route connection for herbal health tourism, 2) management; it should be developed the infrastructure to be sufficient such as providing the noticeable guidepost and publicizing the attractions to be known, 3) activity and process; it should be provided a concrete format of tourism activity to clarify the upstream, midstream, and downstream process and arranged the herbal tourism in each area as the season, and 4) participation; the government should encourage the local people to plant the herbal in their area and integrated with participation from all stakeholders of herbal health tourism in Mahasarakham to become the Herbal City.

Keyword: Potential, Wellness tourism, Herbal

บทนำ

ปัจจุบันกระแสการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพได้รับความนิยมจากกลุ่มนักท่องเที่ยวซึ่งมีความใส่ใจในสุขภาพและตอบรับกระแสของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือฟื้นฟูสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นสปา การเสริมความงาม อาบน้ำแร่ แช่น้ำพุร้อน นวดแผนไทย การนวดตัว นวดฝ่าเท้า การอบสมุนไพร การประคบสมุนไพร หรือแม้กระทั่งกิจกรรมการฝึกกายบริหาร และการฝึกสมาธิ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพและคุณภาพชีวิตของนักท่องเที่ยวบนพื้นฐานของความรับผิดชอบต่อและมีจิตสำนึกต่อการรักษาภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยชุมชนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดการการท่องเที่ยว ผนวกกับหน่วยงานภาครัฐที่มีนโยบายส่งเสริมสนับสนุนดำเนินการยกวางแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย พ.ศ. 2560 – 2564 ภายใต้โครงการ “พัฒนาเมืองสมุนไพร” (Herbal City) เพื่อเป็นรูปแบบ (Model) การพัฒนาสมุนไพรไทยที่เป็นรูปธรรมในระดับจังหวัด ให้สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่าง

มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป เมืองสมุนไพรเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ถึงปัจจุบัน โดยการดำเนินการนำร่อง 4 จังหวัดครอบคลุม 4 ภาค 4 เขตสุขภาพ ได้แก่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดปราจีนบุรี จังหวัดสกลนคร และจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยปลายปี 2560 ได้กำหนดพื้นที่ (Mapping) เพิ่มอีก 9 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดอุทัยธานี จังหวัดสระบุรี จังหวัดนครปฐม จังหวัดจันทบุรี จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดสุรินทร์ จังหวัดอำนาจเจริญ และจังหวัดสงขลา เพื่อวางแผนเป็นเมืองสมุนไพรส่วนขยาย

จังหวัดมหาสารคามเป็นเมืองแห่งการเรียนรู้ เป็นเมืองแห่งวัฒนธรรม เป็นเมืองแห่งความสุข อีกทั้งยังมีทรัพยากรการท่องเที่ยวที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวทางศิลปวัฒนธรรมประเพณี ที่ผ่านมามีนักท่องเที่ยวในปี 2561 มีจำนวนผู้มาเยือนจังหวัดมหาสารคามทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติทั้งสิ้น 722,721 คน สถิตินักท่องเที่ยวในปี 2562 มีจำนวนผู้มาเยือนจังหวัดมหาสารคามทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติทั้งสิ้น 720,405 คน ⁽²⁾ ซึ่งพบว่า

นักท่องเที่ยวลดลง เนื่องจากแหล่งท่องเที่ยวในจังหวัดมหาสารคามส่วนใหญ่ตั้งอยู่ห่างไกลกัน มีความยากลำบากในการเข้าถึงแหล่งท่องเที่ยว ต้องใช้เวลาในการเดินทาง เหมาะกับการท่องเที่ยวในช่วงเวลาสั้นๆ ประกอบกับแหล่งท่องเที่ยวขาดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้แหล่งท่องเที่ยวเสื่อมโทรม ขาดสิ่งดึงดูดใจและกิจกรรมการท่องเที่ยวที่น่าสนใจ แต่มีเส้นทางการคมนาคมทางบกที่เชื่อมต่อไปยังจังหวัดใกล้เคียงได้อย่างสะดวกนั้น ส่งผลให้แหล่งท่องเที่ยวในจังหวัดมหาสารคามเป็นเพียงแหล่งท่องเที่ยวสำหรับเป็นเส้นทางผ่าน (ชวลิต มาตรา, 2559) แม้ว่าศักยภาพด้านการท่องเที่ยวของจังหวัดมหาสารคามจะมีศักยภาพน้อยเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นๆ ในกลุ่มจังหวัด แต่จังหวัดมหาสารคามได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้เป็นเมืองสมุนไพรส่วนขยาย จึงจำเป็นต้องอาศัยความพร้อมของปัจจัยด้านการท่องเที่ยวในการวางแผนพัฒนาศักยภาพการท่องเที่ยวอีกหลายด้าน เพื่อเตรียมพร้อมที่จะพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร ผู้การเป็นเมืองสมุนไพร (Herbal City) ในอนาคต

การพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร ผู้การเป็นเมืองสมุนไพร (Herbal City) จำเป็นต้องทราบข้อมูลพื้นฐานด้านศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร แต่ยังไม่มีความรู้ข้อมูลด้านทรัพยากรการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่เป็นกลุ่มสมุนไพร โดยเฉพาะ จึงต้องได้สำรวจและประเมินศักยภาพแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรในพื้นที่พบว่า มี 6 อำเภอ ในจังหวัดมหาสารคามที่มีการส่งผลผลิตจำหน่ายให้กับโรงพยาบาลมหาสารคามมากที่สุด ได้แก่ 1) อำเภอเมืองมหาสารคาม 2) อำเภอกุฉินารายณ์ 3) อำเภอโกสุมพิสัย 4) อำเภอกันทรวิชัย 5) อำเภอวาปีปทุม 6) อำเภอนาคู โดยทำการสำรวจในด้านคุณค่าของแหล่งท่องเที่ยวสภาพแวดล้อมในพื้นที่ สภาพการเข้าถึงแหล่งท่องเที่ยว สิ่งอำนวยความสะดวก ข้อจำกัดในการรับนักท่องเที่ยว และความมีชื่อเสียงในปัจจุบัน ประกอบกับยังไม่มี

การศึกษาอุปสงค์ของนักท่องเที่ยว ด้านการรับรู้ ความต้องการ และความคาดหวังของนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร และยังไม่ทราบถึงความพร้อมด้านการรองรับนักท่องเที่ยว(5A) ว่ามีแหล่งท่องเที่ยว การเข้าถึงที่พัก สิ่งอำนวยความสะดวก รูปแบบกิจกรรมเพียงพอที่จะรองรับนักท่องเที่ยวเพียงพอหรือไม่ จึงจำเป็นต้องศึกษาอุปสงค์อุปทาน ที่ส่งผลต่อความตั้งใจเชิงพฤติกรรม การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรของจังหวัดมหาสารคาม เพื่อให้ทราบถึงศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรของจังหวัดมหาสารคามที่แท้จริง ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงศึกษาวิจัยเรื่อง **“ศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรของจังหวัดมหาสารคาม ผู้การเป็นเมืองสมุนไพร (Herbal City)”** เพื่อหาแนวทางการพัฒนาศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรของจังหวัดมหาสารคาม ผู้การเป็นเมืองสมุนไพร (Herbal City) ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจและประเมินศักยภาพทรัพยากรการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรของจังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษารูปแบบอุปสงค์ อุปทาน ที่ส่งผลต่อความตั้งใจเชิงพฤติกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร ของจังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร ของจังหวัดมหาสารคาม

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

การศึกษาเรื่องศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรของ จังหวัดมหาสารคาม ผู้การเป็นเมืองสมุนไพร (Herbal City) ในครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ประโยชน์ต่อวงการวิชาการ

1.1 เกิดการบูรณาการ องค์ความรู้ด้านการพัฒนาศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรของจังหวัดมหาสารคาม ส่งผลให้เกิดองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อวงการวิชาการในการพัฒนาและการศึกษาวิจัยต่อไป

1.2 นำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการวางแผนการใช้ทรัพยากรด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรของจังหวัดมหาสารคามสู่การเป็นเมืองสมุนไพร (Herbal City)

1.3 เพื่อนำข้อมูลจากการวิจัยมาใช้บูรณาการในการเรียนการสอนในรายวิชาที่เกี่ยวข้อง

2. ประโยชน์ต่อผู้ประกอบการ

2.1 ผู้ผลิตและผู้ประกอบการมีคลังข้อมูลด้านทรัพยากรการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรจังหวัดมหาสารคาม และสามารถนำไปปรับใช้ในการบริหารจัดการธุรกิจของตน

2.2 ผู้ผลิตและผู้ประกอบการ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร จังหวัดมหาสารคาม ที่สามารถนำไปปรับใช้ในการพัฒนาธุรกิจการท่องเที่ยว พัฒนาสินค้าผลิตภัณฑ์ และการบริการในธุรกิจของตนได้

2.3 ผู้ผลิต ผู้ประกอบการ และเกษตรกรด้านสมุนไพร จังหวัดมหาสารคาม สามารถผลิตสินค้าและบริการได้ตรงความต้องการของผู้บริโภค โดยยังคงรักษาเอกลักษณ์มรดกภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมของท้องถิ่นไว้

3. ประโยชน์ด้านนโยบาย

3.1 เป็นเครื่องมือที่จะใช้เป็นกรอบทิศทางการพัฒนา กระตุ้นเศรษฐกิจ การท่องเที่ยว ให้ทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ เอกชน ผู้ประกอบการ และประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรจังหวัดมหาสารคามร่วมกัน

3.2 เพื่อเป็นข้อมูลการวิจัยสนับสนุนการกำหนดนโยบายของท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมและอนุรักษ์

สมุนไพรภูมิปัญญาท้องถิ่นของจังหวัดมหาสารคามให้เป็นที่รู้จัก และนิยมของผู้ใช้สมุนไพรมากขึ้น

3.3 หน่วยงานภาครัฐและองค์กรที่เกี่ยวข้องสามารถใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานโดยนำไปแปลงเป็นนโยบายและแผนปฏิบัติการในหน่วยงานหรือองค์กรของตน เพื่อประโยชน์ในการใช้ศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรของ จังหวัดมหาสารคาม เพื่อให้เกิดการพัฒนาสู่การเป็นเมืองสมุนไพร (Herbal City) อย่างยั่งยืน

4. ประโยชน์ต่อชุมชนและท้องถิ่น

4.1 ก่อให้เกิดกระบวนการทำงานแบบบูรณาการร่วมกันระหว่างชุมชน ท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานภาคเอกชน และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

4.2 คนในชุมชนตระหนักในคุณค่าของทรัพยากรในท้องถิ่นตนเองและสามารถนำสมุนไพรผลิตภัณฑ์จากภูมิปัญญาในท้องถิ่นมาปรับใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยไม่ทำลายอัตลักษณ์ในท้องถิ่นของตน

4.3 เกิดความร่วมมืออันดีระหว่างสถาบันกับชุมชน และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

วิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยแบบผสม (Mixed Methods Research : MMR) ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการวิจัยออกเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้ 1)การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ได้แก่ การสำรวจ สัมภาษณ์ และ 2)การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ได้แก่ แบบสอบถาม แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางตามวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย (12)

ระยะเวลาในการทำการวิจัย

เริ่มตั้งแต่วันที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2563 ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่างสำหรับการ

วิจัยเชิงคุณภาพ

สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพผู้วิจัยได้กำหนดประชากรกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม โดยการกำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 20 ราย ดังนี้

1. กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องของภาครัฐ หัวหน้าส่วนราชการหรือตัวแทนหน่วยงานภาครัฐ นักวิชาการ หรือผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร ในการกำหนดนโยบายส่งเสริมและพัฒนา จำนวน 10 หน่วยงานในจังหวัดมหาสารคาม หน่วยงานละ 1 ราย รวมทั้งสิ้น 10 ราย ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามหรือตัวแทน, เกษตรจังหวัดมหาสารคามหรือตัวแทน, ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและพัฒนาการเกษตรมหาสารคามหรือตัวแทน, ท้องถิ่นและกีฬาจังหวัดมหาสารคามหรือตัวแทน, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามหรือตัวแทน, เกษตรอำเภอกุดรังหรือตัวแทน, เกษตรอำเภอนาดูนหรือตัวแทน, เกษตรอำเภอโกสุมพิสัยหรือตัวแทน, เกษตรอำเภอกันทรวิชัยหรือตัวแทน และเกษตรอำเภอวาปีปทุมหรือตัวแทน

2. กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภาคเอกชน กลุ่มผู้ประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ด้วยสมุนไพรและภูมิปัญญา ในพื้นที่ที่เป็นแหล่งผลิตสมุนไพรในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 4 สถานประกอบการ สถานประกอบการละ 1 ราย รวมทั้งสิ้น 4 ราย ได้แก่ เจ้าของร้านจำหน่ายของฝากของที่ระลึก, ประธานกลุ่มโฮมสเตย์, ประธานกลุ่มวิสาหกิจชุมชนกลุ่มผลิตสมุนไพรหรือตัวแทน และเจ้าของร้านจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม

3. กลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกสมุนไพร ในพื้นที่ 6 อำเภอที่เป็นแหล่งปลูกพืชสมุนไพรในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 6 ชุมชน ชุมชนละ 1 ราย รวมทั้งสิ้น 6 ราย

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ

สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็น 1 กลุ่ม คือ กลุ่มนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ โดยใช้สูตรการคำนวณตามวิธีของ Yamane⁽¹⁹⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 397 ราย เพื่อให้สะดวกต่อการสุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 400 ราย จากนั้นผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยขั้นแรก ทำการสุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota Sampling) จำแนกตามอำเภอ 6 คือ นักท่องเที่ยวในอำเภอเมือง อำเภอวาปีปทุม อำเภอกุดรัง อำเภอนาดูน อำเภอโกสุมพิสัย และอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม อำเภอละ 67 ราย และขั้นตอนถัดไปทำการสุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience Sampling) โดยมีการสอบถามกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้นว่าเคยมีประสบการณ์ในการซื้อ ใช้ หรือบริโภค รวมถึงท่องเที่ยวเกี่ยวกับสุขภาพและสมุนไพร ในจังหวัดมหาสารคาม หรือไม่ ถ้าเคยก็จะได้ทำแบบสอบถามข้อต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ออกแบบเครื่องมือวิจัยเป็น 3 แบบดังนี้

1. แบบสำรวจเบื้องต้น (Basic Survey) ใช้สำหรับบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสำรวจศักยภาพของแหล่งท่องเที่ยว โดยการสำรวจพื้นที่ ภูมิทัศน์ของชุมชน สภาพความเป็นอยู่ ประเพณี วัฒนธรรม สถานที่ท่องเที่ยว กิจกรรมการท่องเที่ยวในชุมชนและพื้นที่ใกล้เคียง 6 อำเภอในจังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย อำเภอเมืองมหาสารคาม อำเภอแคว้อ อำเภอโกสุมพิสัย อำเภอกันทรวิชัย อำเภอวาปีปทุม อำเภอนาดูน

2. แบบสัมภาษณ์ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) และแบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Non-Structured Interview) ใช้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยการตั้งคำถาม จดบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด โดยการสอบถามข้อมูลทรัพยากรในแหล่งท่องเที่ยวและประเมินศักยภาพการ

ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรในจังหวัดสกลนคร โดย การเข้าไปสอบถามพูดคุยกับผู้ให้ข้อมูลหลักโดยยึด หลักการที่เป็นกลาง คือ มุ่งพิจารณาและวิเคราะห์เพื่อทำ ความเข้าใจในมุมมองของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้ กระบวนการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ เจ้าหน้าที่รัฐ หน่วยงานเอกชน ผู้ประกอบการ ที่มีความรู้ด้านการท่องเที่ยว รวมถึงเกษตรกรในท้องถิ่น ให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด เพื่อเป็นแนวทางในการ พัฒนาศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร ของจังหวัดสกลนคร

3. แบบสอบถาม (Questionnaires) เป็นการตอบ แบบสอบถามนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ในพื้นที่ 6 อำเภอ ในจังหวัดมหาสารคาม รวมทั้งสิ้น 400 ราย ในการวิจัย ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามจากงานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับงานวิจัยในการ สอบถามความคิดเห็นของนักท่องเที่ยว เกี่ยวกับ พฤติกรรมนักท่องเที่ยว ได้แก่ การรับรู้ ความคาดหวัง ความต้องการของนักท่องเที่ยว และปัจจัยความพร้อมด้าน การรองรับนักท่องเที่ยวตามองค์ประกอบการท่องเที่ยว (5A) เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพการท่องเที่ยว เชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรจังหวัดมหาสารคาม โดยใช้ แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยการให้คะแนนสำหรับการวัดด้วยมาตรวัดลิเคิร์ต สเกล (Likert Scale) แบบ 5 ระดับ โดยกำหนดค่าคะแนน เป็น 1, 2, 3, 4 และ 5 หมายถึง มีศักยภาพน้อยที่สุด น้อย ปานกลางมาก และมากที่สุดตามลำดับ⁽¹⁷⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสาร ข้อมูล จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและข้อมูลจากการบันทึกรวบรวม ข้อมูลจากภาคสนาม การบันทึกเสียง และการบันทึกภาพ นำข้อมูลจากการสำรวจ การสัมภาษณ์ เทปบทสนทนา เนื้อความจากเอกสาร ภาพถ่าย ดำเนินการจำแนกประเภท

ของข้อมูล แยกประเด็นตามจุดประสงค์ของการวิจัยที่ตั้ง ไว้ และตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้อง โดยการ วิเคราะห์คุณภาพของข้อมูล ความเที่ยงตรง ความเชื่อถือ ได้ของข้อมูลตามเงื่อนไขข้อกำหนดของการวิเคราะห์ทาง สถิติ ด้วยวิธีการดังนี้

1. การตรวจสอบข้อมูลที่สูญหาย ผู้วิจัยได้ทำการ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม⁽¹³⁾ และหากพบว่ามีข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์มีน้อยกว่าร้อยละ 5 ในการวิเคราะห์ขั้นต้นต่อนี้ไปให้ผู้วิจัยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) ของตัวบ่งชี้ต่างๆ มาแทนค่าที่ไม่สมบูรณ์⁽⁸⁾

2. การหาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (Discriminant Power) โดยใช้เทคนิค Item-total Correlation

3. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability Test) และความเชื่อมั่นรวมของตัวแปรแฝง (Composite Reliability: CR) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach)

4. การตรวจสอบความเที่ยงตรงแบบรวมศูนย์ (Convergent Validity) การวัดความเที่ยงตรงแบบรวม ศูนย์ (Convergent Validity) เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรง ของมาตรวัด ผู้วิจัยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ 2 วิธีเพื่อ ตรวจสอบความเที่ยงตรงแบบรวมศูนย์ประกอบด้วย (1) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation) เพื่อจัดกลุ่มของตัวแปรให้เป็นปัจจัยและ ทดสอบความถูกต้องของมาตรวัด และเพื่อช่วยยืนยันว่า การจัดกลุ่มของตัวแปรได้จัดกลุ่มถูกต้องและอธิบาย ความสัมพันธ์ของตัวแปร⁽³⁾ (2) วิเคราะห์ค่า สัมประสิทธิ์ครอนบาคส์อัลฟา (Cronbach's Alpha)⁽¹⁷⁾ มี ค่าสูงกว่า 0.6 เพื่อตรวจสอบตัวบ่งชี้ของมาตรวัดว่า สามารถจัดอยู่ในกลุ่มเดียวกันและวัดในเรื่องเดียวกัน หรือไม่

5. การตรวจสอบความเที่ยงตรงแบบแตกต่าง ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงแบบแตกต่าง (Discriminant Validity) เพื่อวิเคราะห์ว่าตัวแปรต่างๆ มีความแตกต่างหรือวัดตัวแปรซ้ำซ้อนกันหรือไม่ ผู้วิจัยใช้ค่าสหสัมพันธ์เบี่ยงต้น (Bivariate Correlation) ของตัวแปรทุกตัว เพื่อตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรในแต่ละคู่⁽³⁾ ในการวิเคราะห์ผู้วิจัยได้ใช้ตัวแปรที่ใช้มาตรวัดอันตรายภาคและใช้คะแนนรวม (Composite Scores) เป็นคะแนนสำหรับตัวแปรที่มีตัวบ่งชี้มากกว่า 1 ตัว และตรวจสอบที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95⁽¹¹⁾

6. การตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืน (Goodness of Fit Indices) ได้แก่ ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนยืนยัน (Confirmatory Fit Index) ค่าดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนของ Tucker Lewis (Tucker Lewis of Fit Index) ดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือของการประมาณค่า (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA) และ ค่าดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนของเศษเหลือในรูปมาตรฐาน (Standardized Root Mean Square Residual, SRMR) ภายใต้อธิบายของ Kline (2011)⁽¹⁶⁾ Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham (2015)⁽¹³⁾ และ Hu and Bentler (1999)⁽¹⁴⁾ สามารถกำหนดเกณฑ์ค่าสถิติในการพิจารณาความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

7. การทดสอบแบบจำลองการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบโดยใช้สถิติวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) สถิติวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling Analysis: SEM) และวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) 3 ตัวแปร ได้แก่ อุปสงค์การท่องเที่ยว อุปทานการท่องเที่ยว(5A) และความตั้งใจเชิงพฤติกรรม

ท่องเที่ยว แล้วจึงทำการวิเคราะห์ผลเพื่อทดสอบสมมติฐานต่อไป

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตการสัมภาษณ์ และแบบสอบถามนำมาดำเนินการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติหาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การทดสอบแบบจำลองด้วยสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) วิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling Analysis: SEM) และวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) แล้วอธิบายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย แล้วนำเสนอข้อมูลที่ได้มาสรุปอภิปรายผลในเชิงพรรณนาวิเคราะห์ (Descriptive Analysis) ดังนี้

การวิเคราะห์ผลการวิจัยเรื่อง ศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรจังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยได้สรุปผลของการวิจัยวัตถุประสงค์ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 ผลการสำรวจและประเมิน

ศักยภาพทรัพยากรการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรของจังหวัดมหาสารคาม

จากการสำรวจศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรจังหวัดมหาสารคาม พบว่า มีความพร้อมด้านทรัพยากรการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง อธิบายได้ว่า กิจกรรมการท่องเที่ยวในแต่ละพื้นที่ที่สามารถนำมาเชื่อมโยงกิจกรรมกันแล้ว จะสามารถดำเนินการได้ตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ ได้แก่ เชื่อมชมแหล่งผลิตสมุนไพรของโรงพยาบาล ชมพื้นที่ปลูกสมุนไพร อำเภอนาปีนรุ ไชยสิทธิ์ ผลิตสมุนไพรอำเภอนาดูน หนองผำทำ บ้านปลาบ่อ วนอุทยานปลูกพืชสมุนไพรบ้านหนองคู ดมสมุนไพรน้ำมัลเบอร์รี่ บ้านหนองแคน อำเภอกันทรวิชัย

หมู่บ้านหนองหิน ต.โลกก่อ อ.เมือง มีพืชสมุนไพรออกนิค พืชผักสวนครัว มีโฮมสเตย์ ไร่พารวย มีกิจกรรมรับประทานอาหารปลอดภัย ควบคู่กับการปั่นจักรยาน อำเภอนาดูน กลุ่มแม่ภูมิใจ มีโรงอบที่กำลังเข้าสู่มาตรฐาน มีร้านกาแฟ ตลาดนัดชุมชน ถึงแม้จังหวัดมหาสารคามจะมีกิจกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร คือการเยี่ยมชมแหล่งปลูกสมุนไพร สวนสมุนไพร ทานอาหารปลอดภัย ควบคู่กับการปั่นจักรยาน แต่ก็ยังขาดการส่งเสริมและพัฒนาอีกหลายด้าน ได้แก่ ขาดสถานที่ท่องเที่ยวหลักที่เป็นแหล่งดึงดูดใจนักท่องเที่ยว ขาดกลุ่มเกษตรกรที่ทำการจัดสวนวนเกษตรให้ดูร่มรื่นสวยงาม ขาดสถานที่จำหน่ายสมุนไพรและผู้มารับซื้อสมุนไพร การสัญจรเข้าถึงแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร ยังไม่สะดวก และขาดการเชื่อมโยงเส้นทางท่องเที่ยวด้วยสมุนไพร

การประเมินศักยภาพทรัพยากรภายในแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร ประกอบด้วยขั้นตอนการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อพิจารณาศักยภาพของแหล่งท่องเที่ยว โดยกำหนดระดับการให้คะแนน 5-1 จากมากที่สุดถึงน้อยที่สุด (ระพีพรรณ ทองหล่อ และคณะ, 2549: 12-15) การประเมินศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรจังหวัดมหาสารคาม โดยหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และผู้เชี่ยวชาญด้านการท่องเที่ยว พบว่าศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร จังหวัดมหาสารคามโดยรวม คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับ 2-3 ดาว มีศักยภาพน้อยถึงปานกลาง

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อศึกษารูปแบบอุปสงค์อุปทาน ที่ส่งผลต่อความตั้งใจเชิงพฤติกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรของจังหวัดมหาสารคาม

1. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) 3 ตัวแปร ได้แก่

อุปสงค์การท่องเที่ยว อุปทานการท่องเที่ยว และความตั้งใจเชิงพฤติกรรมการท่องเที่ยว

1) โมเดลการวัดอุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร

โมเดลการวัดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วยค่าสถิติดังนี้ $\chi^2=2.91$, $df=1$, $p=.088$, CFI = .999, TLI = .998, RMSEA = .069, SRMR = .008 โดยค่าสถิติที่ได้มีค่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนดทุกค่า ตัวแปรสังเกตได้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุดคือ ความคาดหวังเกี่ยวกับการท่องเที่ยว ($\beta = .989$) โดยอธิบายการวัดอุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร ได้ร้อยละ 97.90 ตัวแปรสังเกตได้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบต่ำที่สุดคือความต้องการเกี่ยวกับการท่องเที่ยว ($\beta = .928$) โดยอธิบายการวัดอุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร ได้ร้อยละ 86.00

2) โมเดลการวัดอุปทานการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร

โมเดลการวัดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วยค่าสถิติดังนี้ $\chi^2=0.65$, $df=1$, $p=.419$, CFI = 1.00, TLI = .1.00, RMSEA = .000, SRMR = .001 โดยค่าสถิติที่ได้มีค่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนดทุกค่า ตัวแปรสังเกตได้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุดคือ แหล่งท่องเที่ยว ($\beta = .971$) โดยอธิบายการวัดอุปทานการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรได้ร้อยละ 94.30 ตัวแปรสังเกตได้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบต่ำที่สุดคือรูปแบบกิจกรรม ($\beta = .694$) โดยอธิบายการวัดอุปทานการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร ได้ร้อยละ 47.80

3) โมเดลการวัดความตั้งใจเชิงพฤติกรรมที่มีต่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรของจังหวัดมหาสารคาม

โมเดลการวัดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วยค่าสถิติดังนี้ $\chi^2=1.11$, $df=1$, $p=.293$, CFI = 1.00, TLI = .999, RMSEA = .016, SRMR = .001 โดยค่าสถิติที่ได้มีค่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนดทุกค่า ตัวแปรสังเกตได้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุดคือ ความภักดี ($\beta = .996$) โดยอธิบายการวัดความตั้งใจเชิงพฤติกรรมที่มีต่อการท่องเที่ยวด้วยสมุนไพรของจังหวัดมหาสารคาม ได้

ร้อยละ 99.20 ตัวแปรสังเกตได้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบต่ำที่สุดคือ ความตั้งใจแนะนำออกต่อ ($\beta = .953$) โดยอธิบายการวัดความตั้งใจเชิงพฤติกรรมที่มีต่อการท่องเที่ยวด้วยสมุนไพรของจังหวัดมหาสารคาม ได้ร้อยละ 90.70

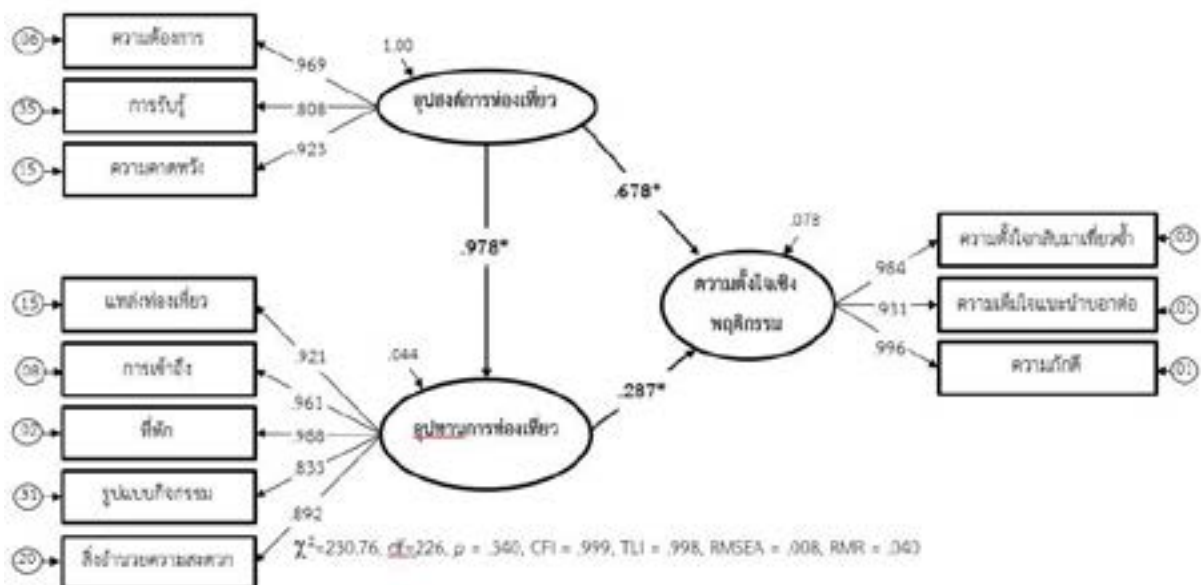
2. การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) ผลการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างพบว่า โมเดลสมการโครงสร้างที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามสมมติฐานยังไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าสถิติ คือ $\chi^2 = 11201.72$, $df=42$, $p = .000$, $CFI = .464$, $TLI = .298$, $RMSEA = .815$, $RMR = .090$ ดังนั้น ค่าสถิติที่วิเคราะห์ได้จึงเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผลการวิเคราะห์จึงทำให้สรุปได้ว่า โมเดลสมการโครงสร้างยังมีข้อจำกัดบางประการเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นในการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง แต่ก็เพียงพอที่จะศึกษาลักษณะอิทธิพลของตัวแปรในโมเดลได้ ต่อไปจะเป็นการตรวจสอบลักษณะอิทธิพลของตัวแปรต่าง ๆ ในโมเดล ผลที่เกิดขึ้นจากการวิเคราะห์สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในลักษณะของอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมได้ดังนี้

2.1 อิทธิพลทางตรง

1) อุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร มีอิทธิพลทางบวกทางตรงต่อ อุปทานการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = .978$, $p = .000$) โดยมีอิทธิพลในระดับค่อนข้างสูง

2) อุปทานการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร มีอิทธิพลทางบวกทางตรงต่อ ความตั้งใจเชิงพฤติกรรมที่มีต่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร ของจังหวัดมหาสารคาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = .287$, $p = .034$) โดยมีอิทธิพลในระดับค่อนข้างน้อย

3) อุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร มีอิทธิพลทางบวกทางตรงต่อ ความตั้งใจเชิงพฤติกรรมที่มีต่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร ของจังหวัดมหาสารคาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = .678$, $p = .000$) โดยมีอิทธิพลในระดับค่อนข้างสูง ดังแสดงในแผนภาพ



อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรจากการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง

ของจังหวัดมหาสารคาม โดยอ้อมผ่านอุปทานการ
ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05 ($\beta = .280, p = .034$) โดยมีอิทธิพลในดับ
ค่อนข้างน้อย

3. การวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) ผลการ
วิเคราะห์เส้นทางพบว่าโมเดลแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง
ตัวแปรจากการวิเคราะห์เส้นทางมีความสอดคล้องกับ
ข้อมูลเชิงประจักษ์ดีมาก โดยมีค่าสถิติ คือ $\chi^2 = 3.35, df = 1, p = .067, CFI = 1.00, TLI = .999, RMSEA = .077, RMR = .003$ จึงเพียงพอที่จะศึกษาลักษณะอิทธิพลของตัวแปร
ในโมเดล ผลที่เกิดขึ้นจากการวิเคราะห์สามารถอธิบาย
ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในลักษณะของอิทธิพล
ทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมแจกเช่นเดียวกับการ
วิเคราะห์ด้วยวิธีโมเดลสมการโครงสร้าง ได้ดังนี้

3.1 อิทธิพลทางตรง



$\chi^2 = 3.35, df = 1, p = .067, CFI = 1.00, TLI = .999, RMSEA = .077, RMR = .003$

อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรจากการวิเคราะห์เส้นทาง

3.2 อิทธิพลทางอ้อม

อุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร
มีอิทธิพลทางบวกในทางอ้อมต่อ ความตั้งใจเชิง
พฤติกรรมที่มีต่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร
ของจังหวัดมหาสารคาม โดยอ้อมผ่านอุปทานการ
ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05 ($\beta = .737, p = .000$) โดยมีอิทธิพลในดับ
ค่อนข้างสูง ดังแสดงในภาพ

1) อุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วย
สมุนไพร มีอิทธิพลทางบวกทางตรงต่อ ความตั้งใจเชิง
พฤติกรรมที่มีต่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร
ของจังหวัดมหาสารคาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05 ($\beta = .218, p = .000$) โดยมีอิทธิพลในระดับค่อนข้าง
น้อย

2) อุปทานการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วย
สมุนไพร มีอิทธิพลทางบวกทางตรงต่อ ความตั้งใจเชิง
พฤติกรรมที่มีต่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร
ของจังหวัดมหาสารคาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05 ($\beta = .753, p = .000$) โดยมีอิทธิพลในระดับค่อนข้างสูง

3) อุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
ด้วยสมุนไพร มีอิทธิพลทางบวกทางตรงต่อ อุปทานการ
ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05 ($\beta = .979, p = .000$) โดยมีอิทธิพลในดับ
ค่อนข้างสูง

วัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อเสนอแนะแนวทางการ
พัฒนาศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร
ของจังหวัดมหาสารคาม ผู้การเป็นเมืองสมุนไพร
(Herbal City)

1. ด้านพื้นที่ การพัฒนาพื้นที่ที่สามารถพัฒนา
ได้โดยการปลูกสมุนไพรร่วมกับการปลูกพืชเกษตร
อินทรีย์เพื่อให้เกิดความยั่งยืน ส่งเสริมกลุ่มเกษตรกรจัด

สวนวนเกษตรให้เกิดความร่มรื่นสวยงามตามธรรมชาติ สร้างความเชื่อมโยงด้านการท่องเที่ยวด้วยการบอกเล่า ร้อยเรียงเรื่องราวป่าสมุนไพรพื้นบ้านในแต่ละท้องถิ่น (Story telling) นำไปสู่การจัดทำเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร

2. ด้านการจัดการ การบริหารจัดการแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรของจังหวัดมหาสารคาม ยังรองรับนักท่องเที่ยวไม่เพียงพอ ยังขาดความรู้ ทัศนคติ ขาดการจัดการสิ่งแวดล้อมความสะอาด เช่น ถนนการสัญจรเข้าถึงแหล่งท่องเที่ยวของนักท่องเที่ยว ขาดไฟฟ้า แหล่งน้ำยังไม่เพียงพอ บางช่วงมีปัญหาภัยแล้ง มีปัญหาด้านการเพาะปลูก อีกทั้งยังขาดการประชาสัมพันธ์การท่องเที่ยวให้เป็นที่รู้จัก ดังนั้นควรพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อมความสะอาดโครงสร้างพื้นฐานหลักให้เพียงพอ การเข้าถึงแหล่งท่องเที่ยวควรมีป้ายบอกทางที่สังเกตเห็นได้ชัดเจน และทำการประชาสัมพันธ์แหล่งท่องเที่ยวให้เป็นที่รู้จัก เป็นสิ่งจำเป็นในด้านการพัฒนาศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร ของจังหวัดมหาสารคามสู่การเป็นเมืองสมุนไพร (Herbal City)

3. ด้านกิจกรรมและกระบวนการ ควรมีการจัดรูปแบบกิจกรรมการท่องเที่ยวให้เป็นรูปธรรมชัดเจน ให้เห็นกระบวนการต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ วงจรการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรของจังหวัดมหาสารคาม การจัดโปรแกรมการท่องเที่ยว และการจัดทำเส้นทางท่องเที่ยวในพื้นที่ มีการออกแบบกิจกรรมในแต่ละพื้นที่ให้ตรงตามฤดูกาลเพาะปลูก อาทิเช่น ที่ไร้สดใส อำเภอนาโพธิ์ หากนักท่องเที่ยวต้องการชมต้นสมุนไพร ให้เดินทางมาได้ตั้งแต่ช่วงเริ่มปลูกสมุนไพร ในช่วงเดือนเมษายน -เดือนธันวาคม หากนักท่องเที่ยวต้องการชมดอกสมุนไพร ดอกกระเจียว ดอกว่านชักมดลูกให้เดินทางมาช่วงเดือนสิงหาคม สำหรับ

นักท่องเที่ยวที่ต้องการเก็บผลสมุนไพรสามารถเดินทางมาที่ไร่สมุนไพรจินดา ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ นอกจากนี้การจัดให้มีสถานบริการนวดสมุนไพร และพัฒนาผลิตภัณฑ์น้ำมันนวดสมุนไพร ก็เป็นรูปแบบกิจกรรมหนึ่งที่ส่งเสริมการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพอีกด้วย

4. ด้านการมีส่วนร่วม การพัฒนาสู่การเป็นเมืองท่องเที่ยวสมุนไพร ควรเริ่มต้นจากปรับพื้นฐานความเข้าใจของเกษตรกรในเรื่องการปลูกสมุนไพร รัฐบาลควรให้การส่งเสริมประชาชนในท้องถิ่นมีความสนใจที่จะปลูกพืชสมุนไพรในที่ดินของตน ซึ่งหน่วยงานช่วยกันส่งเสริม ให้ความรู้เกษตรกรรายใหม่ให้เห็นความสำคัญหันมาปลูกสมุนไพรมากขึ้น และมีการบูรณาการแบบมีส่วนร่วม จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ร่วมกัน จึงจะสามารถเกิดรูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร ของจังหวัดมหาสารคามสู่การเป็นเมืองสมุนไพร (Herbal City) ได้อย่างเป็นรูปธรรม

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรของจังหวัดมหาสารคามสู่การเป็นเมืองสมุนไพร (Herbal City) พบประเด็นผลการวิจัยที่สำคัญควรแก่การอภิปรายผลดังนี้

การสำรวจและประเมินศักยภาพทรัพยากรภายในแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรจังหวัดมหาสารคามสู่การเป็นเมืองสมุนไพร (Herbal City) ในภาพรวมในระดับ 2-3 ดาว ทำให้อธิบายได้ว่า จังหวัดมหาสารคามมีศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรน้อยถึงปานกลาง พบความสอดคล้องกับข้อมูลการตอบแบบสอบถามด้านอุปทานการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร หลายประเด็น ดังนี้ มีความพร้อมด้านสถานที่ท่องเที่ยว การเข้าถึงแหล่งท่องเที่ยว ที่พัก รูปแบบกิจกรรม และคนในชุมชนพร้อมที่จะมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการท่องเที่ยว ในแหล่งท่องเที่ยวเชิง

สุขภาพด้วยสมุนไพร ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง หากจะพัฒนาสู่การเป็นสถานที่ท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพด้วยสมุนไพร ต้องมีสถานที่ท่องเที่ยวหลักที่เป็นแหล่งดึงดูดใจนักท่องเที่ยว มีพัฒนาและส่งเสริมกลุ่มเกษตรกรที่ทำการจัดสวนวนเกษตรให้ดูร่มรื่นสวยงาม จัดให้มีสถานที่จำหน่ายสมุนไพรให้กับผู้ที่ต้องการซื้อสมุนไพร มีการเชื่อมโยงเส้นทางท่องเที่ยวด้วยสมุนไพรที่มีเส้นทางการเดินทางไปยังแหล่งท่องเที่ยวได้สะดวก

การศึกษารูปแบบอุปสงค์ อุปทาน ที่ส่งผลต่อความตั้งใจเชิงพฤติกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร ของจังหวัดมหาสารคาม

1. อุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร มีอิทธิพลทางบวกทางตรงต่อ ความตั้งใจเชิงพฤติกรรมที่มีต่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรของจังหวัดมหาสารคาม โดยมีอิทธิพลในระดับค่อนข้างน้อย นั้นหมายความว่าถ้านักท่องเที่ยวมีอุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรเพิ่มขึ้น จะทำให้นักท่องเที่ยวมีความตั้งใจเชิงพฤติกรรมที่มีต่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรของจังหวัดเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ ตัวแปรที่สามารถบอกความตั้งใจเชิงพฤติกรรมได้มากที่สุดคือ เจตคติต่อพฤติกรรม รองลงมาคือการคล้อยตามผู้อื่น และการรับรู้การควบคุมการกระทำพฤติกรรม⁽⁴⁾ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับมิติด้านกระบวนการรับรู้เป็นมิติที่มีอิทธิพลต่อภาพลักษณ์โดยรวมมากที่สุด ส่งผลโดยตรงต่อความตั้งใจเชิงพฤติกรรม ที่จะกลับมาเยี่ยมชมอีกครั้ง และแนะนำสถานที่ท่องเที่ยวยังบุคคลอื่น (Qu, Kim และ Im, 2011)

2. อุปทานการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร มีอิทธิพลทางบวกทางตรงต่อ ความตั้งใจเชิงพฤติกรรมที่มีต่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรของจังหวัดมหาสารคาม โดยมีอิทธิพลในระดับค่อนข้างสูง นั้นหมายความว่าถ้านักท่องเที่ยวมีอุปทานการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรเพิ่มขึ้น จะทำให้นักท่องเที่ยวมีความตั้งใจเชิงพฤติกรรมที่มีต่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรของจังหวัดเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ องค์ประกอบ

สำคัญที่สุดที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเชิงพฤติกรรมการท่องเที่ยวแบบพำนักระยะยาวของชาวยุโรป คือ ภาพลักษณ์ ด้านสิ่งดึงดูดใจแหล่งท่องเที่ยวและคุณภาพการบริการด้านการเอาใจใส่ ส่วนองค์ประกอบสำคัญที่สุดที่มีอิทธิพล ต่อความตั้งใจเชิงพฤติกรรมการท่องเที่ยวแบบพำนักระยะยาวของชาวอเมริกันคือ ภาพลักษณ์ด้านกิจกรรมแหล่งท่องเที่ยวและคุณภาพบริการด้านความเชื่อถือได้⁽⁷⁾

3. อุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร มีอิทธิพลทางบวกทางตรงต่อ อุปทานการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร โดยมีอิทธิพลในระดับค่อนข้างสูง นั้นหมายความว่าถ้านักท่องเที่ยวมีอุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรเพิ่มขึ้น จะทำให้นักท่องเที่ยวรู้สึกว่ามีอุปทานการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ แนวทางการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ที่คำนึงถึงศักยภาพด้านการท่องเที่ยวและความต้องการของนักท่องเที่ยว แบ่งออกเป็น 3 ด้าน 1) ด้านแหล่งท่องเที่ยว ควรสร้างจุดเด่นของพื้นที่โดยนำธรรมชาติมาเสนอเป็นจุดขาย ปรับปรุงความสะอาดและภูมิทัศน์ ให้สวยงามและสร้างจิตสำนึกในการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติให้แก่นักท่องเที่ยวและ ชาวบ้าน 2) ด้านความพร้อมทางการท่องเที่ยว ควรจัดเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวก จัดทำสื่อความหมายทางธรรมชาติและวัฒนธรรมและจัดเตรียมมัคคุเทศก์ท้องถิ่นสำหรับการถ่ายทอดความรู้และเรื่องราวของแหล่งท่องเที่ยว และ 3) ด้านการพัฒนาการตลาด จัดทำเส้นทางท่องเที่ยวที่เชื่อมโยงแหล่งท่องเที่ยวของทั้งสองชุมชน เน้นกิจกรรมท่องเที่ยวที่มีการเรียนรู้ละสร้างความเข้าใจสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายคือกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน และจัดทำคู่มือแผ่นพับ ใบปลิว และ พัฒนาเว็บไซต์ สำหรับประชาสัมพันธ์การท่องเที่ยว⁽⁶⁾

4. อุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร มีอิทธิพลทางบวกในทางอ้อมต่อ ความตั้งใจเชิงพฤติกรรมที่มีต่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรของจังหวัดมหาสารคาม โดยอ้อมผ่านอุปทานการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร โดยมีอิทธิพลในระดับ

ค่อนข้างสูง นั้นหมายความว่าถ้านักท่องเที่ยวมีอุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรเพิ่มขึ้น จะทำให้นักท่องเที่ยวมีความตั้งใจเชิงพฤติกรรมที่มีต่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรของจังหวัดเพิ่มขึ้น โดยผ่านการที่นักท่องเที่ยวรู้สึกว่ามีอุปทานการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรเป็นปัจจัยการเสริมหนุน สอดคล้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ได้แก่ ทัศนคติ ความเชื่อ การรับรู้ แรงกดดันหรือการกระทำทางสังคม เป็นตัวควบคุมพฤติกรรม นำไปสู่ความตั้งใจเชิงพฤติกรรม ทัศนคติที่ดี ทัศนคติส่วนตัว และการควบคุมการรับรู้ในระดับที่เพียงพอ ก่อให้เกิดความตั้งใจของบุคคลในการแสดงพฤติกรรมนั้น ดังนั้นการศึกษาความตั้งใจเชิงพฤติกรรม จะเป็นประโยชน์ในการพิจารณารับรู้ การควบคุมพฤติกรรมนอกเหนือไปจากความตั้งใจ ขอบเขตการรับรู้ การควบคุมพฤติกรรม เป็นสิ่งที่พิสูจน์ได้ว่ามันสามารถใช้สำหรับการคาดการณ์สถานการณ์ และสามารถควบคุมปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้⁽¹⁵⁾

แนวทางการพัฒนาศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรของจังหวัดมหาสารคาม ผู้การเป็นเมืองสมุนไพร (Herbal City) สามารถพัฒนารายด้านตามหลักเกณฑ์การประเมินศักยภาพของทรัพยากรการท่องเที่ยวได้ดังนี้

1. ด้านพื้นที่ จังหวัดมหาสารคามแม้จะมีศักยภาพของแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรในระดับน้อยถึงปานกลาง แต่ยังมีจุดดึงดูดความสนใจหรือมีคุณค่าทางศิลปวัฒนธรรม ที่มีความโดดเด่น งดงาม มีเอกลักษณ์ของวิถีชีวิตและภูมิปัญญาในแต่ละท้องถิ่น จึงสามารถสร้างความประทับใจและความพึงพอใจให้แก่นักท่องเที่ยวที่เดินทางมาเยี่ยมชม ถือเป็นความสามารถของพื้นที่เชิงกายภาพ ที่เอื้อต่อการพัฒนาให้เป็นแหล่งท่องเที่ยวตามต้องการ มีองค์พระธาตุนาดูนที่เป็นแหล่งประวัติศาสตร์ โบราณสถาน โบราณวัตถุที่มีความ

เกี่ยวเนื่องกับระบบนิเวศ วัฒนธรรม ประเพณีในท้องถิ่น แต่ยังขาดแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติที่มีลักษณะเฉพาะที่สามารถสร้างความสนใจและดึงดูดให้นักท่องเที่ยวเดินทางเข้ามาเยือน เช่น สภาพภูมิทัศน์ทางธรรมชาติ บรรยากาศ ความสวยงาม การพัฒนาในพื้นที่สามารถทำได้โดยการปลูกสมุนไพรร่วมกับการปลูกพืชเกษตรอินทรีย์เพื่อให้เกิดความยั่งยืน ส่งเสริมกลุ่มเกษตรกรจัดสวนวนเกษตรให้เกิดความร่มรื่นสวยงามตามธรรมชาติ สร้างความเชื่อมโยงด้านการท่องเที่ยวด้วยการบอกเล่าร้อยเรียงเรื่องราวป่าสมุนไพรพื้นบ้านในแต่ละท้องถิ่น (Story telling) นำไปสู่การจัดทำเส้นทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร สอดคล้องกับนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการพัฒนาให้เป็นแหล่งท่องเที่ยวต้นแบบชุมชนเชิงสร้างสรรค์อย่างยั่งยืน สามารถพัฒนาแหล่งท่องเที่ยว โดยการรวบรวม และบันทึกเก็บรักษาความรู้ ภูมิปัญญา ประวัติศาสตร์ ศิลปวัฒนธรรมประเพณี เป็นเอกสาร และรูปภาพมีการเผยแพร่ให้ความรู้ ให้กับคนในชุมชน และนักท่องเที่ยวได้รับทราบ หรือ จัดทำเป็นหลักสูตร และส่งเสริมการอนุรักษ์สืบทอดให้คนรุ่นหลังได้เรียนรู้⁽⁹⁾

2. ด้านการจัดการ จังหวัดมหาสารคามเป็นเมืองสมุนไพรส่วนขยาย ถึงแม้เมืองสมุนไพรเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ถึงปัจจุบัน แต่ก็ยังไม่มีการบริหารจัดการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรของจังหวัดมหาสารคามที่เพียงพอ ยังขาดยุทธศาสตร์ ขาดการจัดการสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ถนนการสัญจร เข้าถึงแหล่งท่องเที่ยวของนักท่องเที่ยว ขาดไฟฟ้า แหล่งน้ำยังไม่เพียงพอ บางช่วงมีปัญหาภัยแล้ง มีปัญหาด้านการเพาะปลูก ปัจจุบันนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาเที่ยว ส่วนใหญ่เป็นคนที่มีความรู้จักในพื้นที่ชักชวนมา เป็นการบอกต่อปากต่อปาก ซึ่งแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรของจังหวัดมหาสารคาม ยังไม่เป็นที่รู้จักของ

นักท่องเที่ยวทั่วไป ดังนั้นการประชาสัมพันธ์การท่องเที่ยวให้เป็นที่ยอมรับ เป็นสิ่งจำเป็นในด้านการพัฒนาศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร ของจังหวัดมหาสารคามสู่การเป็นเมืองสมุนไพร (Herbal City) สอดคล้องกับ การจัดการแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ควรมีการจัดทำแนวทางพัฒนาในแต่ละด้าน คือ ด้านการเป็นแหล่งท่องเที่ยว หรือกิจกรรมการท่องเที่ยว ด้านการบริการท่องเที่ยว ด้านการตลาดการท่องเที่ยว ให้ได้มาตรฐานเป็นที่ต้องการของนักท่องเที่ยว⁽⁵⁾

3. ด้านกิจกรรมและกระบวนการ ทุกพื้นที่ที่มีแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรในพื้นที่เพื่อรองรับนักท่องเที่ยว แต่ยังไม่มีการบริหารจัดการที่เป็นระบบ เพื่อสร้างการรับรู้ให้กับนักท่องเที่ยว ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรออกแบบกิจกรรมในแต่ละพื้นที่ตามกระบวนการต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ โดยจัดโปรแกรมการท่องเที่ยวให้เห็นกระบวนการต้นน้ำ คือ การชมสวนสมุนไพร ศึกษาวิธีการปลูก การเก็บเกี่ยวผลผลิตไปยังกระบวนการกลางน้ำ คือ การแปรรูปสมุนไพร เป็นผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ ได้แก่ น้ำมันนวด ลูกประคบสมุนไพรขัดผิว จนท้ายที่สุดมาที่กระบวนการปลายน้ำคือการจำหน่ายสินค้าสมุนไพร และการนำผลิตภัณฑ์สมุนไพรมาให้บริการนักท่องเที่ยว เช่น การอบสมุนไพร การนวดสมุนไพร จะเป็นรูปแบบหรือกระบวนการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรที่ครบวงจร รวมถึงการจัดการควบคุมกิจกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่ควรมีปฏิทินการท่องเที่ยวสำหรับนักท่องเที่ยวที่ชัดเจน เพื่อสร้างการรับรู้ให้กับนักท่องเที่ยวที่ต้องการเดินทางมาท่องเที่ยวตามฤดูกาล อาทิเช่น ฤดูกาลเพาะปลูก ที่ไร่นาสวนผสม อำเภอนาคู หากนักท่องเที่ยวต้องการชมต้นสมุนไพร ให้เดินทางมาได้ตั้งแต่ช่วงเริ่มปลูกสมุนไพร ในช่วงเดือนเมษายน - เดือนธันวาคม หากนักท่องเที่ยวต้องการชมดอกสมุนไพร ดอกกระเจียว ดอกว่านชัก

มดลูกให้เดินทางมาช่วงเดือนสิงหาคม สำหรับนักท่องเที่ยวที่ต้องการเก็บผลองุ่นก็สามารถเดินทางมาที่ไร่องุ่นคุณจินดา ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ซึ่งนักท่องเที่ยวที่จะเดินทางมาควรมีข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ท่องเที่ยว ดังนั้นการมีรูปแบบการท่องเที่ยวที่เป็นรูปธรรมชัดเจน มีการจัดโปรแกรมการท่องเที่ยว การจัดทำเส้นทางท่องเที่ยวที่น่าสนใจ จึงเป็นส่วนสำคัญในการดึงดูดใจให้นักท่องเที่ยวเดินทางมาท่องเที่ยว สอดคล้องกับ การจัดการการท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ที่มีความยั่งยืน ควรมีการระดมความคิดเพื่อการวางแผนและการดำเนินงาน สร้างการเชื่อมโยงเส้นทางท่องเที่ยวระหว่างชุมชน⁽⁶⁾ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ การจัดโปรแกรมการท่องเที่ยว จำเป็นต้องเริ่มตั้งแต่ต้นน้ำไปจนถึงปลายน้ำ (วุฒิชัย สุนทรสมัย และปิยะพร ธรรมชาติ, 2559) และยังสอดคล้องกับ การพัฒนาศักยภาพของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ประชาชนหรือชุมชนในแหล่งท่องเที่ยวนั้นๆ อาศัยการมีบทบาทของตน ในการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยว และกิจกรรมในแหล่งท่องเที่ยว ควรมีการจัดทำคู่มือการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในแหล่งท่องเที่ยวนั้นๆ ไว้ชัดเจน เพื่อเป็นการแนะแนวทางปฏิบัติตนของนักท่องเที่ยว รวมทั้งการระมัดระวังตัวของนักท่องเที่ยวเพื่อให้ นักท่องเที่ยวได้รับความรู้ ความบันเทิงโดยสมบูรณ์ และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบทางลบต่อสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ⁽¹⁾

4. ด้านการมีส่วนร่วม ประชาชนในจังหวัดมหาสารคามยังให้ความสนใจปลูกสมุนไพรน้อย การพัฒนาสู่การเป็นเมืองท่องเที่ยวสมุนไพร ควรเริ่มต้นจากปรับพื้นฐานความเข้าใจของเกษตรกรในเรื่องการปลูกสมุนไพร รัฐบาลควรให้การส่งเสริมประชาชนในท้องถิ่นมีความสนใจที่จะปลูกพืชสมุนไพรในที่ดินของตน ซึ่งหน่วยงานช่วยกันส่งเสริม ให้ความรู้เกษตรกรรายใหม่ให้เห็นความสำคัญ หันมาปลูกสมุนไพรมากขึ้น สอดคล้อง

กับการเปิดโอกาสให้ประชาชนหรือชุมชนได้มีส่วนร่วมในการคิด การพิจารณา ตัดสินใจ การดำเนินการและร่วมรับผิดชอบในการเรื่องต่างๆที่จะมีผลกระทบต่อประชาชนหรือชุมชนนั้นๆ รวมทั้งกระจายรายได้หรือผลประโยชน์สู่ท้องถิ่น ซึ่งจะสำเร็จได้นั้นต้องอาศัยการบูรณาการแบบมีส่วนร่วม จากหลายภาคส่วน อาทิ สำนักงานสาธารณสุข สำนักงานเกษตร สำนักงานพัฒนาชุมชน สำนักงานพาณิชย์ และสำนักงานการท่องเที่ยว จังหวัดมหาสารคาม จึงจะสามารถเกิดรูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร ของจังหวัดมหาสารคาม สู่การเป็นเมืองสมุนไพร (Herbal City) ได้อย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่แตกต่างกัน มีผลต่อการพัฒนาน้ำพุร้อนให้เป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและสปา⁽²⁰⁾ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการจัดการการท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ที่มีความยั่งยืน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีแนวนโยบายในการพัฒนาการท่องเที่ยว โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการระดมความคิดเพื่อการวางแผนและการดำเนินงาน ควรมีการสร้างเครือข่ายกับชุมชนที่มีการจัดการการท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ และจัดให้มีกลไกที่สำคัญของผู้ประกอบการท่องเที่ยว⁽⁶⁾ รวมถึงยังสอดคล้องกับการพัฒนาเครือข่ายด้านการท่องเที่ยวชุมชนเชิงสุขภาพ การรวมกลุ่มในการพัฒนาเครือข่ายวิสาหกิจชุมชน ด้านการท่องเที่ยวชุมชนเชิงสุขภาพ ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้มแข็งด้านเครือข่ายและทำให้เกิดศักยภาพด้านการท่องเที่ยวชุมชน รวมถึงการเชื่อมโยงเครือข่ายของธุรกิจชุมชน อันนำมาซึ่งการพัฒนาเครือข่ายชุมชนอย่างยั่งยืน (วุฒิชัย สุนทรสมัย และปิยะพร ธรรมชาติ, 2559) รวมถึงยังสอดคล้องกับ หากองค์กร และผู้ที่เกี่ยวข้อง เข้ามาให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ สามารถพัฒนาให้เป็นแหล่งท่องเที่ยวชุมชนเชิงสร้างสรรค์อย่างยั่งยืนให้กับชุมชนการท่องเที่ยวอื่นๆต่อไป⁽⁹⁾

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรจัดให้มีกิจกรรมโครงการส่งเสริมเกษตรกรปลูกสมุนไพร เพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์ให้ผู้บริโภคสมุนไพรมากขึ้น
2. ควรมีการพัฒนากระบวนการคมนาคมขนส่งทางรถยนต์ ในพื้นที่ที่ยากต่อการเข้าถึงให้นักท่องเที่ยวสามารถเดินทางเข้าถึงแหล่งท่องเที่ยวได้สะดวกมากขึ้น
3. ควรมีการจัดทำสื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรเพื่อให้นักท่องเที่ยวเกิดการรับรู้ในกิจกรรมการท่องเที่ยวเมืองสมุนไพรต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ รับรู้ถึงฤดูกาลที่จะเดินทางมาท่องเที่ยว และเดินทางมาเที่ยวเพิ่มขึ้น โดยผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ เอกสารแผ่นพับ หนังสือคู่มือ ไปสเตอร์ และจดหมายข่าว รวมทั้งการทำเว็บไซต์ (Web Site)
4. ควรจัดทำเส้นทางท่องเที่ยวเพื่อเชื่อมโยงแหล่งเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรของจังหวัดมหาสารคาม
5. ควรเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกขั้นพื้นฐานที่เพียงพอเพื่อรองรับนักท่องเที่ยว จัดทำป้ายบอกทางให้ชัดเจน มีห้องน้ำที่สะอาด จัดที่พักโฮมสเตย์ที่มีมาตรฐาน
6. ควรมีการพัฒนาภาคีเครือข่ายชนคนรุ่นใหม่ เนื่องจากยังขาดภาคีเครือข่ายในชุมชนที่มีความรู้ความสามารถ เพื่อเป็นการปลูกฝังให้เยาวชนรักและหวงแหนในท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิชาญพฤติกรรมนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพบนพื้นฐานความยั่งยืนในประเทศไทย
2. ควรมีการศึกษาวิชาญการพัฒนาศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพร บนพื้นฐานความยั่งยืนจังหวัดมหาสารคาม
3. ควรมีการศึกษาวิชาญกลยุทธ์การจัดการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยสมุนไพรในประเทศไทย

4. ควรมีการศึกษาวิจัยกลยุทธ์ทางการตลาดของ สมุนไพร จังหวัดมหาสารคาม เพื่อวางแผนขยายตลาด สินค้าต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.กนกเกล้า แก้วกล้า และคณะ. (2559). รูปแบบการบริหารจัดการการท่องเที่ยวของนครชัยบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนา. มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์. ปีที่ 11. ฉบับที่ 2.
- 2.กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา (2563). สถานการณ์การท่องเที่ยวในประเทศไทยประจำปี 2562 [ออนไลน์]. ค้นเมื่อ 7 เมษายน 2563, สืบค้นได้จาก www.mot.go.th. สถิติ มาตรา, 2559
- 3.กัลยา วานิชย์บัญชา. (2548). การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS for Windows. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 4.ทิพวัลย์ ชีรสิริโรจน์. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยคริสเตียน
- 5.นงคัลลักษณ์ แสงขาว. (2554). แนวทางการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในเขตอำเภอกระเทียมจังหวัดกระบี่. รายงานการศึกษานิเทศะ ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- 6.ปาริฉัตร สิงห์ศักดิ์ตระกูล และพัชรินทร์ เสริมการดี. (2558). การศึกษาศักยภาพและแนวทางการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ ของชุมชนบ้านทุ่งมะปราง อำเภอกวนโดนและบ้านโดนปานัน อำเภอกวนกาหลง จังหวัดสตูล. วารสารสุทธิปริทัศน์. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. มหาวิทยาลัยหาดใหญ่
- 7.พพร โอทกานนท์ และเยาวภา ปฐมศิริกุล. (2556). รูปแบบคุณภาพบริการ ภาพลักษณ์แหล่งท่องเที่ยว และความพึงพอใจที่ส่งผลต่อความตั้งใจเชิงพฤติกรรมการท่องเที่ยวแบบพำนักระยะยาวของ ชาวยุโรปและอเมริกัน. วารสารธรรมศาสตร์, 32(1), 36-56.
- 8.เพ็ญแข ศิริวรรณ. (2546). สถิติเพื่อการวิจัยโดยใช้คอมพิวเตอร์ SPSS Version 10. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯ เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- 9.พองจันทร์ หลวงจันทร์ดวง, สุรัช กังวล และวราภรณ์ นันทะเสน. (2561). ศักยภาพชุมชนต้นแบบการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์อย่างยั่งยืน. ปรัชญาชุมชนบัณฑิตสาขาวิชาเศรษฐศาสตร์ประยุกต์ คณะเศรษฐศาสตร์. มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- 10.วุฒิชัย สุนทรสมัย และปิยะพร ธรรมชาติ. (2559). รูปแบบการท่องเที่ยวชุมชนเชิงสุขภาพของจังหวัดปราจีนบุรี เพื่อการพัฒนาเครือข่ายวิสาหกิจชุมชนอย่างยั่งยืน. วารสารสมาคมนักวิจัยปีที่ 21. ฉบับที่ 3 (เดือนกันยายน – ธันวาคม). มหาวิทยาลัยบูรพา.
- 11.ศิริชัย พงษ์วิชัย. (2552). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. พิมพ์ครั้งที่ 20. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. กรุงเทพฯ. หน้า : 91-103
- 12.Creswell, J.W. (2013). Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. 4th Edition, SAGE Publications, Inc., London.
- 13.Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. and Anderson, E. R. (2010). Multivariate data analysis : A Global Perspective. 7th ed. USA: Pearson Prentice Hall.
- 14.Hu, L. & Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. Structural Equation Modeling, 6, 1-55.
- 15.Icek Ajzen, (2006). Behavioral Interventions Based on the Theory of Planned Behavior. [ออนไลน์] สืบค้นได้จาก <https://www.researchgate.net>. เมื่อวันที่ 20 กันยายน 2563.
- 16.Kline, R. B. (2011). Methodology in the Social Sciences.Principles and practice of structural equation modeling. (3rd ed.). Guilford Press.
- 17.Nunnally, J. C. (1972). Educational Measurement and Evaluation. New York: McGraw-Hill..
- 19.Yamane, T. (1973). Statistic: An Introductory Analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row.
- 20.Zahra Kazemi-Zahrani. (2016). The Place(s) of Health Tourism in Iran: Hammams in Isfahan. Universidade do Minho (Portugal), ProQuest Dissertations Publishing.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดน้ำเหลืองคั่งในแผลผ่าตัดมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

The Factors of Associations with Seroma Formation among Breast Cancer Surgery in

Udonthani Cancer Hospital

พัชรินทร์ น้อยลา¹ ชุฬรัตน์ สารรัตน์² ชมภูณช พลไสว³

Phacharin Noi La¹, Chuleerat Sararat², Chomphunuch Pholsawai³

(Received: October 4, 2020 ; Accepted: December 10, 2020)

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: โรคมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่มีอุบัติการณ์แพร่หลายมากที่สุดที่ในผู้หญิงและเป็นอันดับที่สองในการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในผู้หญิงทั่วโลก การรักษาโดยการผ่าตัดยังคงเป็นการรักษาหลักของการรักษาโรคมะเร็งเต้านม ภาวะน้ำเหลืองคั่งที่แผลผ่าตัด (Seroma) เป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการผ่าตัดมะเร็งเต้านมซึ่งยังหาสาเหตุไม่แน่ชัด ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้รวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดน้ำเหลืองคั่งในแผลผ่าตัดมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี วิธีการ: เป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยเก็บข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเหลืองคั่งที่แผลผ่าตัดจำนวน 43 ราย ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2560 – 31 กันยายน 2562 โดยทำการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์ทางสถิติโดยการวิเคราะห์ตัวแปรไบนารี (Binary Logistic Regression) และตัวแปรอิสระหลายตัวด้วยวิธีวิเคราะห์พหุคูณการถดถอย (Multiple Regression Analysis) ผลลัพธ์: ปัจจัยที่บ่งชี้ว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการก่อตัวของซีรัมได้แก่ ประเภทของการผ่าตัด และจำนวนวันของการระบายน้ำเหลือง สรุป: เพื่อป้องกันการก่อตัวของ seroma สิ่งสำคัญคือการระบุนปัจจัยเสี่ยงของการเกิด seroma เช่นการระบายน้ำเต้านมซึ่งจะมีความสำคัญเพื่อใช้ในการออกแบบการทดลองในอนาคตเพื่อลดอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยของการผ่าตัดมะเร็งเต้านม

คำสำคัญ: มะเร็งเต้านม, การระบายน้ำหลังการผ่าตัด, ภาวะน้ำเหลืองคั่ง

Abstract

Background: In the world, breast cancer is the most prevalent malignancy affecting women and stands second in cancer related deaths amongst women. Surgical intervention remains the main stay of treatment. Seroma formation is one of the predominant complications of breast cancer surgery, the cause remaining obscure and with multiple casual proveniences. In view of this, we collected data to determine the factors related to incidence of seroma formation in our patients and increase its scope and hence attempt to contravene it. Methods: A retrospective study of 43 carcinoma breast patients who underwent breast cancer surgery from 1st September 2017 to 31st September 2019. Data regarding the following variables compared with patients characteristic and other factors. We used Binary Logistic Regression and Multiple Regression methods for statistical analysis of data in our study. Results: Factors identified to be significantly related to the formation of seroma are the following: type of duration of drain and type of surgery. Conclusions: To prevent seroma formation, it is important to identify individual risk factors of seroma formation i.e. the identification of predictive variables which will be vital in designing future trails aimed at reducing the incidence of this common complication of breast cancer surgery.

Keywords: Breast cancer, Post-operative drainage, Seroma

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

² รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

³ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับที่ 3 ของมะเร็งชนิดต่างๆ ในประเทศไทย และเป็นอันดับ 1 ที่พบได้ในเพศหญิง (The Global Cancer Observatory, 2019) จากการประเมินโดยรวมแล้วพบอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเต้านมในประชากรไทยประมาณ 32 รายต่อประชากร 100,000 ราย และมีอัตราการตายสูงถึง 19 รายต่อประชากร 100,000 ราย ทำให้เกิดการสูญเสียในด้านต่างๆ ตามมาอย่างมากมาย ภายหลังการเกิดมะเร็งเต้านม (วุฒินัย ประสงค์ธรรม, 2559) โรคมะเร็งเต้านม แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ตามระบบการจำแนกแบบ TNM โดยระยะที่ 1-2 จัดเป็นมะเร็งในระยะแรก และมีผลการรักษาที่ดี มีอัตราการรอดชีวิตที่ระยะ 5 ปี สูงกว่าร้อยละ 70-80 ส่วนระยะที่ 3-4 จัดเป็นระยะลุกลาม พบอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ของมะเร็งเต้านมระยะที่ 3 และ 4 เป็น ร้อยละ 45.3 และ 0 ตามลำดับ (สมพธิ์ สร้อยมาลี, 2560) สำหรับการรักษาลักษณะหลักสำหรับโรคมะเร็งเต้านมในระยะแรก ได้แก่ การผ่าตัด ด้วยวิธี modified radical mastectomy ร่วมกับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออก ซึ่งถือเป็นส่วนประกอบสำคัญและเป็นวิธีมาตรฐานในการรักษามะเร็งเต้านม สำหรับการรักษาโดยการผ่าตัดนั้นจะเป็นการรักษา ร่วมกับการรักษาต่อเนื่อง ด้วยยาเคมีบำบัด และ/หรือ การฉายแสง (Aitken, Hunsaker & James, 1984) นอกจากนี้ การพิจารณาการพยากรณ์ของโรค ยังต้องพิจารณาอีกหลายปัจจัย เช่น ลักษณะทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งเต้านมในเพศหญิง ได้แก่ อายุ ประวัติการคลอด ประวัติการเป็นมะเร็งเต้านมของคนในครอบครัว ผลตรวจทางพยาธิของมะเร็งเต้านม และอาการของผู้ป่วยแต่ละราย (Beaulac, Mc Nair, & Scott, 2002) เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อการเกิดการหายของแผลผ่าตัด และส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป (Sforza, Husein, Atkinson, & Zaccheddu, 2017) อย่างไรก็ตามภายหลังจากการผ่าตัดภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในระยะแรก ได้แก่ ภาวะเลือดออก (hemorrhage) ภาวะลมในช่องปอด (pneumothorax) ขอบแผลดำตายจากขาดเลือด (necrosis) ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดหรือผลแทรก

ซ้อนจากการผ่าตัดสามารถที่จะมีผลเสียเกี่ยวกับการดำรงชีวิตในหลายด้าน นอกจากนี้ ยังพบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือการเกิดน้ำเหลืองคั่ง หลังผ่าตัดจะเกิดขึ้นได้ flap ได้เสมอ (Aitken, Hunsaker & James, 1984) การเกิดภาวะน้ำเหลืองคั่ง (Seroma) เป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนในช่วงต้นของการผ่าตัดมะเร็งเต้านม ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออก ซึ่งจะพบประมาณ ร้อยละ 15-81 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด (Bonnema, 1997; Classe, 2002) นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Breast Conserving Surgery (BCS) (Sanjitha & Gabriel, 2010) ลักษณะการเกิดน้ำเหลืองคั่งในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการก่อกวนของน้ำเหลืองในช่องใต้ผิวหนังหรือบริเวณรักแร้ (Hashemi, 2004; Stehbens, 2003) ซึ่งในปัจจุบันยังหาข้อสรุปไม่ได้ว่าเกิดจากสาเหตุอะไร มีหลายงานวิจัยได้กล่าวถึงการเกิดภาวะน้ำเหลืองคั่งว่า (Wu et al., 2003; Kuroi et al., 2005; Ramouza, Ziaeddin & Rasihashemi, 2009) เกิดจากความไม่สมดุลกันระหว่างน้ำเหลืองและของเหลวในซีรัม บางการศึกษาพบว่าเกิดจากการขาด fibrinogen และโปรตีน หรือแม้กระทั่งการเพิ่มขึ้นของ granulocyte และ monocyte ในต่อมน้ำเหลืองก็มีความสอดคล้องกับการเกิดภาวะน้ำเหลืองคั่ง อันเนื่องมาจากการเกิดการอักเสบที่แผลผ่าตัดตามมาได้ (Kuroi et al., 2005) นอกจากนี้ยังมีการค้นพบระดับ Vascular Endothelial Growth Factors (VEGF) ที่เพิ่มขึ้นและระดับ endostatin ที่ลดลงในของซีรัมซึ่งอาจเป็นกลไกการตอบสนองทางสรีรวิทยาในกระบวนการหายของแผลซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะน้ำเหลืองคั่ง (Wu et al., 2003) สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะน้ำเหลืองคั่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะน้ำเหลืองคั่ง นั้น มีความแตกต่างกันในแต่ละงานวิจัย ดังเช่น อายุ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) การได้รับเคมีบำบัดแบบ neoadjuvant chemotherapy ขนาดของเนื้องอก จำนวนของต่อมน้ำเหลืองที่ถูกตัด การใช้ท่อระบายแบบขวดสุญญากาศ (vacuum drains) จำนวนต่อมน้ำเหลือง

ที่เป็นมะเร็ง ประเภทของการผ่าตัด (Ramouza, Ziaeddin & Rasihashemi, 2009) จำนวนมิลลิลิตร ของซีรัม ใน 24 ชั่วโมง แรกหลังผ่าตัด ระยะของโรคมะเร็ง การใช้ยาแก้ปวดทาง หลอดเลือดดำ (Patient-controlled analgesia: PCA) หลังการ ผ่าตัด (Jacek et al., 2012) ปัจจัยที่ได้กล่าวมาทั้งหมดนี้ล้วน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะน้ำเหลืองคั่งสำหรับการ รักษา มะเร็งเต้านมโดยการผ่าตัดในปัจจุบัน ส่วนใหญ่พบว่า หลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม จะมีการกำหนดระยะเวลาที่ต้องคา ท่ระบาย ไว้ประมาณ 1 ถึง 4 สัปดาห์ ทำให้เกิดความไม่ สะดวกสบายต่อผู้ป่วย ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น แพทย์จึง ให้ผู้ป่วยกลับบ้านโดยนำสายระบายกลับไปดูแลต่อด้วย ตัวเองที่บ้านด้วย ในกรณีที่ผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้านโดย คาท่อระบายกลับไปด้วย ก็จะเกิดความทุกข์ทรมานจาก ความเจ็บปวด และความกังวลในการดูแลอุปกรณ์ท่อระบาย ในผู้ป่วยหรือผู้ป่วยบางราย จะไม่สามารถดูแลสายระบายได้ ดีพอ ทำให้เกิดการคั่งค้างสะสมของน้ำเหลือง (วุฒินัย ประสงค์ธรรม, 2559; Watt-Boolsen et al., 1998) แม้ว่าภาวะ น้ำเหลืองคั่ง นั้นจะเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด เต้านม เมื่อมีภาวะน้ำเหลืองคั่ง เกิดขึ้นแล้ว เป็นสิ่งที่ปฏิเสธ ไม่ได้ว่าจะส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและแพทย์ผู้ทำการ ผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ ผู้ป่วยบางรายมีภาวะวิตก กังวล กลัว เกี่ยวกับอาการของตน หลายครั้งที่ผู้ป่วยบางราย ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัดเพราะต้องมาเจาะระบาย น้ำเหลืองที่คั่งในแผลออก บางรายถึงขั้นมีอาการติดเชื้อที่ แผล ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อรับยาปฏิชีวนะ ทำให้ เสียค่าใช้จ่าย จากการที่ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น (Marcos & Rodwan, 2017) อีกทั้งเมื่อเกิดภาวะน้ำเหลืองคั่ง จะส่งผลให้แผลหายช้า ทำให้เกิดเนื้องอกที่แผล และส่งผล ให้เกิดอาการปวดอย่างต่อเนื่อง (Saresh, Madhukar & Varsha, 2019) ทำให้การเริ่มต้นการรักษาล่าช้า เช่น เริ่ม รักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดหรือฉายรังสีล่าช้า (Chand, Aertssen, & Royle, 2013) อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันมี เทคนิคหลายอย่างในทางปฏิบัติที่ได้รับการรายงานเพื่อ ป้องกันหรือลดการก่อตัวของภาวะน้ำเหลืองคั่ง แต่ไม่มี

วิธีการใดที่แสดงให้เห็นว่ามีประสิทธิภาพและเชื่อถือได้ ได้แก่ เทคนิคการผ่าตัด (Kuroi, Shimozuma, & Taguchi et al., 2006) การใช้แรงกดเวลาทำแผล (Pogson, Adwani & Ebbs, 2003) การใส่ท่อระบาย (Oertli, 2000) การออกกำลัง กายให้ก่อนและหลังการผ่าตัด (Petrek, 1990) หรือแม้แต่ การส่องกล้องเพื่อใช้กาว fibrin ติดที่บริเวณรักแร้ ขณะทำ การผ่าตัด อย่างไรก็ตามวิธีการดังกล่าวมาข้างต้นยังพบว่าไม่ สามารถลดการเกิดภาวะน้ำเหลืองคั่ง ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ (Agrawal, 2006) โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เป็นหน่วยงานส่วนกลาง ตั้งอยู่ส่วนภูมิภาค สังกัดกรมการ แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่ง ความเป็นเลิศในการดูแลรักษาโรคมะเร็ง ได้ให้บริการรักษา โรคมะเร็งด้านการผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด การรักษารวม รวมถึงการบำบัดโดยใช้ทางเลือก สำหรับการรักษามะเร็ง เต้านมนั้น การรักษาในลำดับแรกที่แพทย์เลือกคือการรักษา ด้วยการผ่าตัด และหลังผ่าตัดพบภาวะแทรกซ้อนที่ไม่อาจ หลีกเลี่ยงได้ ได้แก่ การเกิดน้ำเหลืองคั่งในแผลผ่าตัด จาก การสับคั้นจากรายงานทะเบียนมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็ง อุดรธานี พบอุบัติการณ์การเกิดน้ำเหลืองคั่งที่แผลผ่าตัด ระหว่างเดือนตุลาคม 2561-เดือนสิงหาคม 2562 มีผู้ป่วย จำนวน 79 รายที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม และพบจำนวนผู้ป่วย 18 รายที่เกิดน้ำเหลืองคั่งที่แผลผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 14.22 และในจำนวนผู้ป่วยกลุ่มนี้พบอุบัติการณ์การติดเชื้อ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.36 นอกจากนี้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังพบ อุบัติการณ์การเกิดซ้ำของภาวะน้ำเหลืองคั่ง ถึง 30 ครั้ง ซึ่ง ในผู้ป่วยหนึ่งราย พบการเกิดภาวะน้ำเหลืองคั่ง ซ้ำสูงสุด 6 ครั้ง สำหรับการรักษามะเร็งเต้านม โรงพยาบาลมะเร็ง อุดรธานี ขณะผ่าตัดเต้านม แพทย์จะใส่ท่อระบายน้ำเลือด และน้ำเหลือง สำหรับจำนวนท่อระบายน้ำเหลืองขึ้นอยู่กับ ขอบเขตของการมีเลือดออกระหว่างการผ่าตัด ในช่วงเวลา หลังการผ่าตัดตั้งแต่วันแรกผู้ป่วยทุกรายจะนอนยกแขนสูง หลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยนอนพักฟื้นในหอผู้ป่วย จนกว่าจำนวน น้ำเหลืองที่คั่งในแผลผ่าตัดออกน้อยกว่า 50 มิลลิลิตร ใน 24 ชั่วโมงโดยเฉลี่ย 7-10 วัน และแพทย์เจ้าของไข้จะถอดท่อ

ระบายและอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้หรือในการรักษาของแพทย์บางราย หลังผ่าตัดแพทย์ 3 วัน แพทย์เจ้าของไข้จะให้ผู้ป่วยกลับบ้านพร้อมกับสายระบาย และให้ผู้ป่วยจดบันทึกและตรวจสอบปริมาณของน้ำเหลืองที่ออกมาในแต่ละวันจนกว่าจะถึงวันที่แพทย์นัด หากจำนวนของน้ำเหลืองที่ออกมาในแต่ละวันไม่เกิน 20-40 มิลลิลิตรต่อวันแพทย์ก็จะพิจารณาให้ถอดสายระบายสำหรับในกรณีที่หลังจากการผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยมีการกั่งของน้ำเหลือง แพทย์ก็จะระบายออกโดยการเจาะ (Aspiration) ถ้าในกรณีผู้ป่วยมีการติดเชื้อร่วมด้วย แพทย์จะพิจารณาการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล กลัวโรคที่เป็นอยู่ทวีความรุนแรงมากขึ้น ไม่มั่นใจเกี่ยวกับผลการรักษา ผู้ป่วยบางรายต้องนอนโรงพยาบาลเพราะมีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด อันเนื่องมาจากผลของภาวะน้ำเหลืองกั่ง ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลแผนกงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรมจึงมีความสนใจการเกิดภาวะน้ำเหลืองกั่ง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างตรงจุด โดยเริ่มต้นจากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดภาวะน้ำเหลืองกั่ง ในบริบทของผู้ป่วยโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมในปัจจุบันพบการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด ภาวะน้ำเหลืองกั่ง ในประเทศไทยที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่เพียง 1 งานวิจัยเท่านั้น (Sampathraju & Rodrigues, 2010) และยังไม่แพร่หลาย ส่วนมากพบการศึกษาในต่างประเทศ และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะน้ำเหลืองกั่ง ในแต่ละงานวิจัยก็มีความแตกต่างกันเนื่องจากแต่ละประเทศมีบริบทที่แตกต่างกัน ย่อมทำให้ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะน้ำเหลืองกั่งมีความแตกต่างกัน ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดน้ำเหลืองกั่งในแผลผ่าตัดมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เพื่อนำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติและการป้องกันหรือดูแลการเกิดภาวะน้ำเหลืองกั่งในแผลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดน้ำเหลืองกั่งในแผลผ่าตัดมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ simple mastectomy (SM), modified radical mastectomy (MRM), breast conservative surgery (BCS) หรือ axillary dissection (AD) โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด แบบ simple mastectomy (SM), modified radical mastectomy (MRM), breast conservative surgery (BCS) หรือ axillary dissection (AD) อย่างใดอย่างหนึ่ง 2. อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป และ 3. ยินดีให้เก็บข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยได้ สำหรับเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดพร้อมกับทำเต้านมเทียม (Breast Reconstruction) ทำการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและ เวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2560 – 31 กันยายน 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทางคลินิกจะถูกเก็บรวบรวมจากผู้วิจัยออกมาจากเวชระเบียน ประกอบด้วย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน 2 ส่วน ได้แก่ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ คชชนีมวลกาย ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการมีประจำเดือนครั้งแรก วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย ประวัติแพ้ยา โรคร่วม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะน้ำเหลืองกั่งในแผลผ่าตัด ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เกี่ยวกับศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ

การเกิดน้ำเหลืองคั่งในแผลผ่าตัดมะเร็งเต้านม ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ simple mastectomy (SM), modified radical mastectomy (MRM), breast conservative surgery (BCS) หรือ axillary dissection (AD) พบปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดน้ำเหลืองคั่งในแผลผ่าตัด หลังผ่าตัดเต้านมซึ่งปัจจัยด้านคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ถือว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะน้ำเหลืองคั่ง ในแผลผ่าตัดหลังผ่าตัดเต้านม ได้แก่ 1. อายุ (ปี) 2. คำนวณมวลกาย 3. ประวัติการสูบบุหรี่ 4. ประวัติการดื่มสุรา 5. ประวัติการมีประจำเดือนครั้งแรก 6. วันแรกของการเป็นประจำเดือนครั้งสุดท้าย 7. ประวัติแพ้ยา 8. โรคร่วม 9 ชนิดของการผ่าตัด 10. ข้างของเต้านมที่ผ่าตัด 11. มีการแพร่กระจายมะเร็งแบบ Metastasis, Local และ Regional 12. ความเข้มข้นของเฮโมโกลบินในเลือด 13. ซิรั้มอัลบูมิน ก่อนผ่าตัด 14. การตัดชิ้นเนื้อ ก่อนผ่าตัด 15. การใช้ยา tamoxifen ก่อนผ่าตัด 16. การให้เคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด 17. การได้รับยาระงับความรู้สึก 18. ระยะเวลาการผ่าตัด (ชั่วโมง) 19. จำนวนของสายระบาย 20. การทำแผลโดยใช้อุปกรณ์กด (Compression dressing) 21. วิธีการผ่าตัด (Surgical procedure) 22. ระยะเวลาของการใส่สายระบายบริเวณรักแร้ (Axillary drainage time) 23. การถอดสายระบายเร็วเกินไป (Early drain removal) 24. การใช้แรงดูดความดันต่ำ (Low vacuum drain) 25. การออกกำลังกายบริเวณไหล่ช้า (Delayed shoulder physiotherapy) 26. ขนาดของก้อนมะเร็ง (Tumor size) 27. ขนาดของเต้านม 28. จำนวนต่อมน้ำเหลืองที่ตัด 29. จำนวนของก้อนมะเร็งบริเวณรักแร้ (Malignant nodes in the axilla) 30. จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล 31. การนำสายระบายกลับบ้าน 32. จำนวนครั้งของการเกิดภาวะน้ำเหลืองคั่ง และ 33. วันเดือนปีที่เกิดภาวะน้ำเหลืองคั่ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามตามขั้นตอนดังนี้

1. ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัย ของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

2. หลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลในการเข้าถึงข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน
3. ทำหนังสือขออนุญาตเจ้าของประวัติในเวชระเบียนเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเจ้าของประวัติมีสิทธิ์ในการปฏิเสธให้ใช้ข้อมูล หรือบอกไม่ให้ใช้ข้อมูลเมื่อใดก็ได้
4. บันทึกข้อมูลของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดน้ำเหลืองคั่งในแผลหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมเมื่อเจ้าของประวัติอนุญาต
5. นำข้อมูลที่สำรวจในเวชระเบียนมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะน้ำเหลืองคั่งและตัวแปรของประชากรลักษณะและตัวแปรลักษณะทางคลินิก โดยการวิเคราะห์ตัวแปรไบนารี (Binary Logistic Regression) และตัวแปรอิสระหลายตัวด้วยวิธีวิเคราะห์พหุคูณการถดถอย (Multiple Regression Analysis) และตั้งค่าระดับนัยสำคัญทั้งสองด้านไว้ที่ $P < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี และได้รับการอนุมัติ รหัสโครงการ UCH 15/2561 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ในการยกเลิกการตอบแบบสอบถามได้ตามต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการปฏิบัติงาน รวมทั้งแจ้งให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้รับจะไม่มี การลงชื่อหรือรหัสที่จะอ้างอิงถึงกลุ่มตัวอย่าง และจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับโดยจะนำข้อมูลมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้นซึ่งจะนำเสนอในภาพรวม

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงจำนวน 43 คนที่มีภาวะน้ำเหลืองคั่งในแผลผ่าตัดมะเร็งเต้านม อายุเฉลี่ย 55.65 ± 9.42 ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 50 ปี จำนวน 31 คน คิด

เป็นร้อยละ 72.09 ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักของกลุ่มตัวอย่างคือ 62.95 ± 1.19 ค่าเฉลี่ยของส่วนสูง 156.53 ± 5.78 ไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 95.35 ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 97.67 ชนิดของการผ่าตัดแบบ MRM มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.00 ข้างพบข้างของเต้านมที่ผ่าตัดมากที่สุดคือด้านขวา คิดเป็นร้อยละ 69.8 ส่วนใหญ่ยังไม่พบการแพร่กระจายไปยัง

อวัยวะอื่น คิดเป็นร้อยละ 67.44 ระดับความเข้มข้นเฉลี่ยของเฮโมโกลบินในเลือดเท่ากับ 12.90 ± 0.86 mg/dl ระดับซีรัมอัลบูมินเฉลี่ยก่อนผ่าตัดเท่ากับ 4.38 ± 0.26 mg/dl มีระยะเวลาการผ่าตัดเฉลี่ย 1.40 ± 0.74 ชม.จำนวนครั้งเฉลี่ยของการเกิด Seroma คือ 1.86 ± 1.245 และข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง (n=43)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง (N=43)	
	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนัก (กิโลกรัม)		
< 40	1	2.33
40-49	4	9.30
> 50	38	88.37
Mean (SD); Min; Max	62.95 (1.19); 35.70; 94.60	
ประวัติการดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	41	95.35
ดื่ม	2	4.65
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	42	97.67
สูบ	1	2.33
ประวัติการมีประจำเดือน		
ก่อนหมดประจำเดือน	29	67.4
หลังหมดประจำเดือน	14	32.6
ประวัติการแพ้ยา		
ไม่แพ้	43	100
แพ้	0	0
โรคร่วม		
ไม่มี	25	58.1
ความดันโลหิตสูง	10	23.3
เบาหวาน ความดัน	8	18.6
ชนิดของการผ่าตัด		
Breast conservation	40	93.00

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง (N=43)	
	จำนวน	ร้อยละ
Modified radical mastectomy	3	7.00
ข้างของเต้านมที่ผ่าตัด		
ซ้าย	11	25.6
ขวา	30	69.8
ทั้ง 2 ข้าง	2	4.7
มีการแพร่กระจาย		
ไม่มี	29	67.44
มี	14	32.56
ความเข้มข้นของเฮโมโกลบินในเลือด (mg/dl)		
< 12	5	11.63
> 12	38	88.37
Mean (SD); Min; Max	12.9047 (.86794); 10.30; 14.50	
ระดับซีรัมอัลบูมินก่อนผ่าตัด (mg/dl)		
< 4	2	4.65
> 4	41	97.67
Mean (SD); Min; Max	4.3814 (.26118); 3.80; 4.90	
การทำ Biopsy ก่อนผ่าตัด		
ไม่ทำ	3	7.00
ทำ	40	93.00
การให้ยา Tamoxifen ก่อนผ่าตัด		
ไม่ใช้	43	100
ใช้	0	0
การให้ยาเคมีบำบัดก่อนการรักษา (Neoadjuvant chemotherapy)		
ไม่ใช้	39	90.7
ใช้	4	9.3
การได้ยาระงับความรู้สึก		
ไม่ใช้	0	0
ใช้	43	100
ระยะเวลาการผ่าตัด (ชม.)		
<2	31	72.1
>2	12	27.9

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง (N=43)	
	จำนวน	ร้อยละ
Mean (SD); Min; Max	1.40 (0.74); 0.45;4.05	
จำนวนของสายระบาย		
<=2	43	100
>2	0	0
การใช้แรงกดขณะทำแผล (Compression dressing)		
ไม่	2	4.7
ใช่	41	95.3
ระยะเวลาที่ได้สายระบายบริเวณรักแร้ (Axillary drainage time) (วัน)		
< 5	1	2.33
5-10	16	37.21
> 10	26	60.46
Mean (SD); Min; Max	11.16 (3.70); 4;15	
ขนาดของก้อนเนื้องอก (Tumor size)		
<2	3	6.98
2-5	36	83.72
>5	4	9.30
Mean (SD); Min; Max	3.28 (1.49); 0.40;7.50	
ขนาดของเต้านม (เซนติเมตร)		
< 15	4	9.30
> 15	39	90.70
Mean (SD); Min; Max	17.59 (4.10); 8;33	
จำนวนของต่อมน้ำเหลืองของรักแร้ที่ตัด (node)		
<= 13	18	41.86
>= 13	25	58.14
จำนวนของ Malignant nodes in the axilla		
<5	36	83.72
5-10	3	6.98
>10	4	9.30
Mean (SD); Min; Max	2.95 (6.19); 0;32	
มีการกระจายไปที่ node		
ไม่ใช่	39	90.7

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง (N=43)	
	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	4	9.3
จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล		
<5	22	51.16
5-10	18	41.86
>10	3	6.98
Mean (SD); Min; Max	5.46 (3.20); 3;15	
การนำ Drain กลับบ้าน		
ไม่ใช่	19	44.2
ใช่	24	55.8
จำนวนครั้งของการเกิด Seroma (ครั้ง)		
< 2	25	58.14
2-5	17	39.53
>5	1	2.33
Mean (SD); Min; Max	1.86 (1.245); 1; 6	

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว (Univariate logistic regression) ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดน้ำเหลืองคั่งในแผลผ่าตัดมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	Mean $\pm$ SD	Seroma group (n = 43) n. (%)	OR (95%CI)	P-value
อายุ	55.65 $\pm$ 9.42		1.00 (0.96-1.04)	0.97
ขนาดของก้อนเนื้องอก (Tumor size)				0.64
<2		3 (38.2)	1.00 (ref.)	
2-5		36 (38.2)	1.42 (0.67-3.01)	
>5		4 (23.6)	1.26 (0.53-2.96)	
การกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง(Nodal involvement)				0.31
ไม่ใช่		4 ()	1.00 (ref.)	
ใช่		39 ()	1.45 (0.69-3.04)	

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	Mean ± SD	Seroma group (n = 43) n. (%)	OR (95%CI)	P-value
ชนิดของการผ่าตัด				0.03
Breast conservation		3 (7)	1.00 (ref.)	
Modified radical mastectomy		40 (93)	2.12 (1.95–4.72)	
ประวัติการมีประจำเดือน				0.64
ก่อนหมดประจำเดือน	-	29 (67.4)	1.25 (0.49-3.18)	
หลังหมดประจำเดือน	-	14 (32.6)	1.00 (ref.)	
น้ำหนัก (Body weight)	62.95± 1.19	-	1.00 (0.95-1.06)	0.89
ส่วนสูง (Body height)	156.53±5.78	-	0.92 (0.82-1.02)	0.12
ระดับซีรัมอัลบูมินก่อนผ่าตัด (mg/dl)	43.81 ± 2.61	-	0.95 (0.87-1.04)	0.28
ความเข้มข้นของเฮโมโกลบินในเลือด (mg/dl)	129.04 ± 8.67	-	0.97 (0.93-1.01)	0.16
การให้ยาเคมีบำบัดก่อนการรักษา (Neoadjuvant chemotherapy)				0.22
ไม่ใช่		39 (90.7)	1.00 (ref.)	
ใช่		4 (9.3)	1.82 (0.69–4.78)	
ระยะเวลาที่ใส่สายระบายบริเวณรักแร้ (Axillary drainage time) (วัน)				0.64
< 5		8 (18.6)	1.00 (ref.)	
5-10		20 (46.51)	1.53 (0.59–3.90)	
> 10		15 (34.89)	1.25 (0.44–3.49)	
สถานะการลุกลามของต่อมน้ำเหลืองบริเวณ รักแร้ (Axillary lymph node status)				0.08
บวก (Positive)		4(90.7)	0.36 (0.114-1.163)	
ลบ (Negative)		39(9.3)	1.00 (ref.)	
โรคร่วม				0.08
ไม่มี		25(58.1)	1.00 (ref.)	
ความดันโลหิตสูง		10(23.3)	0.36 (0.114-1.163)	
เบาหวาน ความดัน		8(18.6)	0.87 (0.09-8.77)	
ระยะเวลาการผ่าตัด (Operative time)	100± 7.4	-	1.05 (0.03-1.03)	0.53

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	Mean $\pm$ SD	Seroma group (n = 43) n. (%)	OR (95%CI)	P-value
การได้ยาระงับความรู้สึก				0.61
ใช่		43 (100)	2.70 (0.31-23.68)	
ไม่ใช่		0	1.00 (ref.)	
การสูบบุหรี่ (Smoking)				0.11
สูบ		1 (2.33)	3.96 (0.64-24.44)	
ไม่สูบ		42 (97.67)	1.00 (ref.)	
การดื่มแอลกอฮอล์				0.66
ดื่ม		2 (4.65)	1.29 (0.41-4.07)	
ไม่ดื่ม		41 (95.35)	1.00 (ref.)	
การทำ Biopsy ก่อนผ่าตัด				
ใช่		43 (100)		
ไม่ใช่		0	1.00 (ref.)	
การนำ Drain กลับบ้าน				0.12
ใช่		19(44.2)	1.00 (1.00-1.01)	
ไม่ใช่		24(55.8)	1.00 (ref.)	
ระยะเวลาของการระบายน้ำเหลือง (วัน)	5.46 $\pm$ 3.20	-	2.04 (1.97-4.12)	0.02
จำนวนของต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ที่ตัด	15.9 $\pm$ 7.4	-	0.65 (0.21-2.35)	0.56
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (วัน)	5.46 $\pm$ 3.20	-	1.29 (0.45-4.17)	0.66

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบหลายตัวแปร (Multiivariate logistic regression) ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดน้ำเหลืองคั่งในแผลผ่าตัดมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	Coefficient	Standard error	OR(95%CI)	P-value
อายุ	0.00	0.05	1.00 (0.90-1.10)	0.93
ขนาดของก้อนเนื้ออก (Tumor size)				
<2	-0.10	0.80	1.91 (0.08-46.56)	0.37
2-5	0.84	0.59	4.86 (0.35-67.87)	
>5	-	-	-	

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	Coefficient	Standard error	OR(95%CI)	P-value
การกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง(Nodal involvement)				
ไม่ใช้	-	-	-	-
ใช้	-0.10	0.60	1.45 (0.69–3.04)	0.31
ชนิดของการผ่าตัด				
Breast conservation		-	-	
Modified radical mastectomy	0.03	0.01	1.03 (1.01-1.05)	0.002*
ประวัติการมีประจำเดือน				
ก่อนหมดประจำเดือน	-0.07	0.63	0.87 (0.08-10.15)	0.91
หลังหมดประจำเดือน	-	-	-	
น้ำหนัก (Body weight)	0.03	0.06	1.03 (0.92-1.15)	0.61
ส่วนสูง (Body height)	-0.20	0.09	0.92 (0.82-1.02)	0.12
ระดับซีรัมอัลบูมินก่อนผ่าตัด (mg/dl)	-0.08	0.08	0.92 (0.79-1.07)	0.29
ความเข้มข้นของเฮโมโกลบินในเลือด (mg/dl)	0.00	0.04	1.00 (0.92-1.07)	0.90
การให้ยาเคมีบำบัดก่อนการรักษา (Neoadjuvant chemotherapy)				
ไม่ใช้	-	-	-	
ใช้	-0.06	0.07	1.82 (0.69–4.78)	0.22
ระยะเวลาที่ใส่สายระบายบริเวณรักแร้ (Axillary drainage time) (วัน)				
< 5	-	-	-	-
5-10	-0.07	0.63	1.53 (0.59–3.90)	0.64
> 10	-0.08	0.08	1.25 (0.44–3.49)	
สถานะการลุกลามของต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ (Axillary lymph node status)				
บวก (Positive)	0.11	0.51	0.80 (0.11-5.86)	0.82
ลบ (Negative)	-	-	-	-
โรคร่วม				
ไม่มี	-	-	-	
ความดันโลหิตสูง	0.34	0.61	1.99 (0.18-22.12)	0.57
เบาหวาน ความดัน	0.63	0.96	3.53(0.08-149.35)	0.50
ระยะเวลาการผ่าตัด (Operative time)	0.03	0.01	1.03 (1.01-1.05)	0.16

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	Coefficient	Standard error	OR(95%CI)	P-value
การได้ยาระงับความรู้สึก				
ใช่	0.63	0.96	2.70 (0.31-23.68)	0.61
ไม่ใช่	-	-	-	-
การสูบบุหรี่ (Smoking)				
สูบ	0.34	0.61	3.96(0.64-24.44)	0.11
ไม่สูบ	-	-	-	-
การดื่มแอลกอฮอล์				
ดื่ม	0.63	0.96	1.293(0.41-4.07)	0.66
ไม่ดื่ม	-	-	-	-
การทำ Biopsy ก่อนผ่าตัด				
ใช่	-0.10	0.60	1.29(0.45-4.17)	0.68
ไม่ใช่	-	-	-	-
การนำ Drain กลับบ้าน				
ใช่	0.03	0.96	1.00 (1.00-1.01)	0.11
ไม่ใช่	-	-	-	-
ระยะเวลาของการระบายน้ำเหลือง (วัน)	-1.81	0.49	4.4 (1.4 - 13.5)	0.02*
จำนวนของต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ที่ตัด	0.03	0.01	0.62 (0.21-2.35)	0.59
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (วัน)	-0.07	0.63	1.34(0.45-4.17)	0.68

ภาวะน้ำเหลืองคั่ง (seroma) เป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดหลังจากการผ่าตัดมะเร็งเต้านม สำหรับสาเหตุที่แน่ชัดของการก่อตัวของ seroma ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดแต่ทราบเพียงว่าอาจจะลดการเริ่มต้นของการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา อีกทั้งยังเป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดได้ ทำให้แผลหายช้าหรืออาจเกี่ยวข้องกับภาวะแขนบวมจากน้ำเหลืองอุดกั้น (lymphedema) (Pogson, Adwani & Ebbs, 2003; Shamley, Barker, Simonite, & Beardshaw, 2005; Kuroi et al., 2005; Barwell, Campbell, Watkins & Teasdale, 1997) ซึ่งภาวะดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานโดยไม่จำเป็น แม้ว่าเชื่อกันจะถูกพิจารณาว่าประกอบด้วยน้ำเหลืองเพราะ

เกิดจากการบาดเจ็บต่อท่อน้ำเหลืองขณะผ่าตัด แต่พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดนั้นยังไม่แน่ชัดและยังคงมีการโต้เถียงกันอยู่ในปัจจุบัน (Tadych & Donegan, 1987; Kuroi et al., 2005; Gonzalez et al., 2003) การเกิด seroma เป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนในช่วงต้นของการผ่าตัดมะเร็งเต้านม ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออก โดยทั่วไปจะพบประมาณ ร้อยละ 15-81 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด (Bonnema, 1997; Classe, 2002)

สำหรับในการศึกษานี้พบว่ามีอุบัติการณ์ของ seroma คิดเป็น 22.55% และพบอุบัติการณ์ของการเกิดในผู้ป่วยหลังการรักษาโดยการผ่าตัดแบบ modified radical mastectomy มีงานวิจัยหลายงานวิจัยที่มุ่งเน้นไปที่คุณลักษณะทั่วไปของ

ผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาของ seroma หลังการผ่าตัดเต้านม ดังเช่น การศึกษาของ Burak et al. (1997) รายงานความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างน้ำหนักตัวกับการสร้าง seroma แต่จากการทบทวนวรรณกรรมมีหลักฐานพบว่าอายุกับการเกิด seroma ยังไม่สามารถหาข้อสรุปได้ (Loo & Chow, 2007; Burak et al., 1997; Kumar et al., 1995; Browse et al., 1996) สำหรับการศึกษาที่ซึ่งระบุอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิด seroma หลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านม สอดคล้องกับบางการศึกษาไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ (Gonzalez et al., 2003; Pan et al., 2015; Hashemi et al., 2004) ตรงข้ามกับการศึกษาที่ผ่านมาก่อนหน้านี้ พบว่ามีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นของการสร้าง seroma เมื่ออายุเพิ่มขึ้น (McCaul et al., 2000) สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับโรคร่วมที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาการก่อตัวของ seroma ดังเช่น การศึกษาของ Kumar, Lal & Misra (1995) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าความดันโลหิตสูงสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ของ seroma ในทางตรงกันข้ามการศึกษานี้ได้มีรายงานอย่างต่อเนื่องว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างโรคความดันโลหิตสูง โรคโลหิตจางกับการเกิด seroma (Say & Donegan, 1974) สำหรับงานวิจัยอื่นพบว่าผลของโรคเบาหวานต่อการพัฒนาของ seroma ไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ OR 0.90 (CI 95% 0.26-3.1); $p = 0.87$ เช่นเดียวกันผลของการสูบบุหรี่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ OR 1.1 (CI 95% 0.30-4.3); $p = 0.85$ เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการวิจัยก่อนหน้านี้สำหรับคุณลักษณะของเนื้องอกพบว่าข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างต่อน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ ขนาดของก้อนเนื้องอก กับการก่อตัวของ seroma ปัจจุบันยังไม่สามารถสรุปได้ (Loo & Chow, 2007; Kumar, Lal & Misra, 1995; Browse, Goble & Jones, 1996; Medl et al., 1995; Petrek et al., 1990; Petrek, Peters, Cirrincione & Thaler, 1992; Schuijtvlot, Sahu & Cawthorn, 2002; Lumachi et al., 2004) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ นอกจากนี้หลักฐานที่ยังอยู่ยังไม่สามารถสรุปได้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของ ศัลยแพทย์หรือประสบการณ์การผ่าตัดต่อการก่อตัวของ

seroma (Uden et al., 1993; Schultz, Barholm, & Grondal, 1997; Tejler & Aspegren, 1985) เช่นเดียวกับการทบทวนวรรณกรรมในปัจจุบันยังพบว่าระยะเวลาในการผ่าตัดนานขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิด seroma (Say & Donegan, 1974; Schultz, Barholm & Grondal, 1997) แต่สำหรับการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ สำหรับการระบายน้ำเหลืองออกจากแผลหลังผ่าตัด จากการศึกษาที่ผ่านมา ดังเช่นการศึกษาของ Burak et al. (1997) และ Kopelman et al. (1999) ได้รายงานความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างปริมาตรน้ำที่ระบายออกมาในช่วง 72 ชั่วโมงแรกต่อการก่อตัวของ seroma ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งพบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างจำนวนวันที่ใส่สายระบายต่อการก่อตัวของ seroma OR 4.4 (95%CI 1.4 - 13.5) ; $p=0.02$ โดยปกติการผ่าตัดอยู่ที่โรงพยาบาลหลังการผ่าตัด มะเร็งเต้านมคือประมาณ 5-7 วัน (Saratzis et al., 2009) ศัลยแพทย์ส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะถอดท่อระบายน้ำเหลืองออกเมื่อปริมาณการระบายน้ำน้อยกว่า 20-50 มิลลิลิตรและอาจใช้เวลานานถึง 10 วัน แต่ในทางปฏิบัติผู้ป่วยจะออกจากโรงพยาบาลตั้งแต่ช่วงแรกหลังผ่าตัดและได้คายสายระบายกลับไปดูแลเองที่บ้านด้วย ขัดแย้งกับการศึกษาของ Gupta และคณะ (2001) ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมแบบ MRM และทดสอบถอดสายระบายน้ำเหลืองในวันที่ 5 พบว่ามีความปลอดภัย แต่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ของ seroma นอกจากนี้ยังเป็นไปได้ที่ ทักษะต่าง ๆ ของศัลยแพทย์ในการลดช่องว่างและระยะเวลาของการผ่าตัดเป็นส่วนหนึ่งที่สามารถอธิบายความแตกต่าง ในอุบัติการณ์ของการเกิด seroma ได้ สำหรับผลของเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัดต่อการพัฒนาของ seroma ได้รับการตรวจสอบก่อนหน้านี้ซึ่งบ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แม้ว่าจะไม่เกิดขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Schuijtvlot et al., 2002) ในการศึกษาประเภทของการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับส่งผลกระทบต่อ การก่อตัวของซีสต์ที่เกิดขึ้น ไม่พบความสัมพันธ์ ที่สำคัญระหว่าง BCS กับการก่อตัวของ seroma อย่างไรก็ตาม MRM ดูเหมือนจะเพิ่มอุบัติการณ์ของ seroma OR 1.03

(95%CI 1.01-1.05); $p=0.00$ เช่นเดียวกับการวิจัยก่อนหน้านี้ส่วนใหญ่บ่งชี้ว่าการผ่าตัดเนื้อเยื่อที่โดยให้ได้รับการบาดเจ็บน้อยที่สุดจะนำไปสู่การสร้าง seroma น้อยที่สุด (Gonzalez et al., 2003; Boostrom et al., 2009; Hashemi et al., 2004) จากพื้นฐานทางพยาธิวิทยาที่ว่า การผ่าตัดจะขัดขวางช่องทางเหลืองซึ่งส่งผลให้เกิดการสะสมของเหลวซึ่งเป็นซีรัม (Wu et al., 2003; Kuroi et al., 2005; Ramouza, Ziaeddin & Rasihashemi, 2009) การผ่าตัดแบบอนุรักษ์นิยม (Breast Conservative Surgery) จะเล็กคั่นนั้นจึงมีโอกาที่จะทำลายต่อมน้ำเหลืองหรือการขัดขวางของทางเดินน้ำเหลืองน้อยกว่า ความคิดนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าแผลที่มีขนาดใหญ่และช่องแผล

มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ของการเกิด seroma (Kuroi et al., 2005; Gonzalez et al., 2003) สิ่งนี้อาจเป็นปัจจัยควบคุมไปกับระยะเวลาของการผ่าตัดในความคลาดเคลื่อนของการสร้างซีรัมระหว่างศัลยแพทย์ (Petrek et al., 1992; Uden et al., 1993) ซึ่งตรงข้ามกับการศึกษานี้ที่ว่าระยะเวลาการผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิด seroma สำหรับจำนวนต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับการตัดออกมีผลต่อปริมาณของซีรัมที่เกิดขึ้นในช่วงวันแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีการตัดต่อมน้ำเหลืองออกมากกว่าหรือเท่ากับ 16 นั้นมีปริมาณ seroma ที่สะสมในช่วง 5 วันแรกหลังการผ่าตัดสูงกว่าถูกตัดต่อมน้ำเหลืองน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Agrawal, A., Ayantunde, A.A., & Cheung, K.L. (2006). Concepts of seroma formation and prevention in breast cancer surgery. *ANZ J Surg*, 76(12), 1088-1095.
2. Aitken, D.R., Hunsaker, R., & James, A.G. (1984). Prevention of seromas following mastectomy and axillary dissection. *Surg Gynecol Obstet*, 158(4), 327-330.
3. Akinci, M., Cetin, B., Aslan, S., & Kulacoglu, H. (2009). Factors affecting seroma formation after mastectomy with full axillary dissection. *Acta Chir Belg*, 109(4), 481-483.
4. Almond, L.M., Khodaverdi, L., Kumar, B., & Coveney, E.C. (2010). Flap anchoring following primary breast cancer surgery facilitates early hospital discharge and reduces costs. *Breast Care (Basel)*, 5, 97-101.
5. Barwell, J., Campbell, L., Watkins, R.M. & Teasdale, C. (1997). How long should suction drains stay in after breast surgery with axillary dissection? *Ann R Coll Surg Engl*, 79, 435-437.
6. Beaulac, S.M., McNair, L.A., Scott, T.E., LaMorte, W.W., & Kavanah, M.T. (2002). Lymphedema and quality of life in survivors of early-stage breast cancer. *Arch Surg*, 137(11), 1253-1257.
7. Bonnema, J., Van Geel, A.N., Ligtenstein, D.A., Schmitz, P.I.M., Wiggers, T.A. (1997). Prospective randomized trial of high versus low vacuum drainage after axillary dissection for breast cancer. *Am J Surg*, 173, 76-79.
8. Boostrom, S.Y., Throckmorton, A.D., Boughey, J.C., Holifield, A.C., Zakaria, S., Hoskin, T.L., et al. (2009). Incidence of clinically significant seroma after breast and axillary surgery. *J Am Coll Surg*, 208(1), 148-150.
9. Browse, D.J., Goble, D. & Jones, P.A. (1996). Axillary node clearance: who wants to immobilize the shoulder? *Eur J Surg Oncol*, 22, 569-570.
10. Burak, W.E., Goodman, P.S., Young, D.C. & Farrar, W.B. (1997). Seroma formation following axillary dissection for breast cancer: risk factors and lack of influence of bovine thrombin. *J Surg Oncol*, 64, 27-31.
11. Chand, N, Aertssen, A, & Royle, G. (2013). "Exclusion" A Successful Technique for Reducing Seroma Formation after Mastectomy and Axillary Dissection. *ABCR*, 2, 1-6.

- 12.Classe, J.M., Dupre, P.F., Francois, T., Robard, S., Theard, J.L., & Dravet, F. (2002). Axillary padding as an alternative to closed suction drain for ambulatory axillary lymphadenectomy: a prospective cohort of 207 patients with early breast cancer. **Arch Surg**, **137**(2), 169-172; discussion 173.
- 13.Gonzalez, E.A., Saltzstein, E.C., Riedner, C.S. & Nelson, B.K. (2003). Seroma formation following breast cancer surgery. **Breast J**, **9**, 385-388.
- 14.Gupta, R., Pate, K., Varshney, S., Goddard, J., & Royle, G.T. (2001). A comparison of 5-day and 8-day drainage following mastectomy and axillary clearance. **Eur J Surg Oncol**, **27**, 26–30.
- 15.Hashemi, E., Kaviani, A., Najafi, M., Ebrahimi, M., Hooshmand, H., & Montazeri, A. (2004). Seroma formation after surgery for breast cancer. **World J Surg Oncol**, **2**, 44.
- 16.Kopelman, D., Klemm, O., Bahous, H., et al. (1999). Postoperative suction drainage of the axilla: for how long? Prospective randomised trial. **Eur J Surg**, **165**, 117-120.
- 17.Kumar, S., Lal, B., & Misra, M.C. (1995). Post-mastectomy seroma: a new look into the aetiology of an old problem. **J R Coll Surg Edinb**, **40**(5), 292-294.
- 18.Kuroi, K., Shimozuma, K., Taguchi, T., Imai, H., Yamashiro, H., Ohsumi, S., et al. (2006). Evidence-based risk factors for seroma formation in breast surgery. **Jpn J Clin Oncol**, **36**(4), 197-206.
- 19.Kuroi, K., Shimozuma, K., Taguchi, T., Imai, H., Yamashiro, H., Ohsumi, S., & Saito, S. (2005). Pathophysiology of seroma in breast cancer. **Breast Cancer**, **12**(4), 288-293.
- 20.Loo, W.T. & Chow, L.W. (2007). Factors predicting seroma formation after mastectomy for Chinese breast cancer patients. **Indian J Cancer**, **44**, 99-103.
- 21.Lumachi, F., Brandes, A.A., Burelli, P., Basso, S.M., Iacobone, M., & Ermani, M. (2004). Seroma prevention following axillary dissection in patients with breast cancer by using ultrasound scissors: a prospective clinical study. **Eur J Surg Oncol**, **30**(5), 526-530.
- 22.Magri, K., Bertrand, V., Sautière, J.L., Pivot, X., Riethmuller, D., Maillet, R., et al. (2006). Cost effectiveness of Ligasure Precise versus surgical clips during axillary nodal dissection for breast cancer. **J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)**, **35**, 341-347.
- 23.Manouras, A., Markogiannakis, H., Genetzakis, M., Filippakis, G.M., Lagoudianakis, E.E., Kafiri, G., et al. (2008). Modified radical mastectomy with axillary dissection using the electrothermal bipolar vessel sealing system. **Arch Surg**, **143**, 575-580.
- 24.McCaul, J.A., Aslaam, A., Spooner, R.J., Loudon, I., Cavanagh, T., & Purushotham, A.D. (2000). Aetiology of seroma formation in patients undergoing surgery for breast cancer. **Breast**, **9**(3), 144-148.
- 25.Medl, M., Mayerhofer, K., Peters-Engl, C., et al. (1995). The application of fibrin glue after axillary lymphadenectomy in the surgical treatment of human breast cancer. **Anticancer Res**, **15**, 2843-2845.
- 26.Pan, X.F., Huan, J.L., & Qin, X.J. (2015). Potential risk factors for the development of seroma following mastectomy with axillary dissection. **Molecular and clinical oncology**, **3**(1), 222-226.

คุณลักษณะส่วนบุคคล และบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อความยึดมั่นผูกพัน ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ภณรัตน์ อวนพล¹, ชนะพล ศรีฤชา²

Panarat Ounpol¹, Chanaphol Sriruecha²

(Received: January 14, 2021 ; Accepted: February 20, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross - Sectional Descriptive Research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล และบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อความยึดมั่นผูกพันของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การศึกษาคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 828 คน ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Cohen ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 304 คน ใช้วิธีการ สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิและสุ่มอย่างระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 12 คน ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) มีค่ามากกว่า 0.50 และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่า 0.96 เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 16 พฤษภาคม – 30 มิถุนายน 2563 นำเสนอข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน โดยกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมระดับบรรยากาศองค์การ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.87 (S.D.= 0.56) ระดับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.86 (S.D.= 0.58) บรรยากาศองค์การมิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน มิติความรับผิดชอบ มิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มิติโครงสร้างองค์กร และมิติรางวัล มีผลและสามารถร่วมกันพยากรณ์ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ ได้ร้อยละ 75.1 ($R^2 = 0.751$, $p\text{-value} < 0.001$) ปัญหาที่พบส่วนใหญ่มาจากมิติความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน คือ บุคลากรในหน่วยงานมีความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 25.4 และข้อเสนอแนะ คือ ความมีการป้องกัน เฝ้าระวังกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นที่ครอบคลุม โดยมีการจัดการและแนวทางปฏิบัติเดียวกันทั้งโรงพยาบาล

คำสำคัญ : ,บรรยากาศองค์การ ,ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ

Abstract

This is a cross-sectional descriptive research aimed to study personal characteristics and Organizational Climate Affecting influencing the Organization Commitment . The samples were 304 registered nurse at a Regional Hospital In The Northeast Thailand obtained from the calculation under Cohen formular and randomly selected by Stratified random sampling and systematic random from the 828 population and 12 key informants for qualitative data by focus group discussion. The index for item objective congruence (IOC) value for questionnaire was higher than 0.50 (IOC 1.00-1.00) and The reliability tested with Cronbach's Alpha Coefficient was found at 0.96. Data were collected between May 16th – June 30th, 2020. Descriptive and inferential statistics were utilized. The level of statistical significant was set at 0.05.

Results revealed that the level of Organization Commitment was found at high level with mean of 3.8 (S.D.= 0.56), The Organizational Climate Affecting was found at high level with mean of 3.86 (S.D.= 0.58) . Stepwise regression analysis revealed that Organizational Climate Affecting Standard Setting, Responsibility, Identity , Structure and Reward could predict Organization Commitment Of Professionals Nurse at 75.1 percentage. ($R^2 = 0.751$, $p\text{-value} < 0.001$)

Keyword: Organizational climate , Organizational Commitment

บทนำ

ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ที่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนา

เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ที่มีหลักการ “ยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” มุ่งสร้างคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดีสำหรับคนไทย พัฒนาคอนทุกช่วงวัยและเตรียม

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต ช่วงการตั้งครรภ์/ปฐมวัย ช่วงวัยเรียน/วัยรุ่น ช่วงวัยแรงงานช่วงวัยผู้สูงอายุ การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยสนับสนุนการสร้างสุขภาพที่ดีการส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาพที่ดีในทุกพื้นที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักที่สำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย ให้มีคุณภาพ โดยได้มีการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ที่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ได้จัดทำบนพื้นฐานของกรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ความสำคัญสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติโดยได้วางยุทธศาสตร์ไว้เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่ร่วมพลังสังคมเพื่อประชาชน สุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน และการบริหารธรรมาภิบาลหรือ 4 Excellence Strategies ได้แก่ 1) Prevention & Promotion Excellence (การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ) 2) Service Excellence (การบริการเป็นเลิศ) 3) People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) และ 4) Governance Excellence (การบริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)

จากแผนยุทธศาสตร์และนโยบายด้านสุขภาพ ข้างต้นผนวกการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเศรษฐกิจและระบอดิวิยา การขยายหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนไทย และการขยายบริการสุขภาพเพื่อรองรับการเปิดเสรีด้านการค้าบริการในฐานะศูนย์กลางการบริการการแพทย์ (Medical hub) ในภูมิภาคเอเชีย จากนโยบายการพัฒนาชาติและการปฏิรูปของระบบสุขภาพ เป็นการปฏิรูปตามนโยบายบริการสาธารณสุข เป็นสาเหตุให้ เกิดผลกระทบต่อบุคลากรทางด้านสาธารณสุขทุกวิชาชีพที่ต้องมีการพัฒนาตนเองเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงด้านยุทธศาสตร์และนโยบายภายใต้ทรัพยากรด้านบุคลากรที่จำกัด โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลที่ยังมีปัญหาด้าน

อัตรากำลัง และยังมีรายงานว่าพยาบาลเป็น 1 ใน 7 แรงงานฝีมือที่สามารถเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีในอาเซียน อาจเกิดปัญหาการไหลออกของพยาบาลไทยไปยังกลุ่มประเทศอาเซียนทำให้มีความต้องการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น (วิจิตร ศรีสุพรรณ และกฤษฎา แสงวดี, 2555) ในสภาพการณ์ปัจจุบันพบว่ายังมีปัญหาด้านขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพเป็นปัญหาที่สำคัญในระบบบริการด้านสาธารณสุข เนื่องจากการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลตามนโยบายของรัฐที่ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการทางสุขภาพสะดวกมากขึ้น ในขณะเดียวกันประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการสูงขึ้นเช่นกัน ประกอบกับบุคลากรพยาบาลรุ่นใหม่เข้าสู่ระบบสุขภาพภาครัฐน้อยลงเนื่องจากไม่มีตำแหน่งทางราชการอย่างเพียงพอต่อจำนวนบุคลากรที่สำเร็จการศึกษาเป็นผลทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่เดิมในระบบสุขภาพภาครัฐ มีภาระงานที่เพิ่มขึ้นไม่ว่าจะเป็นด้านการรักษาพยาบาล การพัฒนาคุณภาพการบริการ และการวิจัยนวัตกรรมด้านระบบสุขภาพ ที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้การพัฒนาไปพร้อมกัน ดังนั้นภาระงานที่เพิ่มขึ้นย่อมมี ผลต่อการดำเนินชีวิตส่วนตัว รวมถึงสวัสดิการ ค่าตอบแทนที่ไม่เพียงพอเหมาะสม โอกาสความก้าวหน้าในสายวิชาชีพในการทำงานมีน้อย ซึ่งปัจจัยทั้งหลายเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลให้มีประสิทธิภาพลดลง ทำให้ประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการพยาบาลเป็นจำนวนมาก หากไม่สามารถธำรงพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในระบบปัจจุบันให้เกิดความยึดมั่นผูกพันในองค์กรจะยิ่งส่งผลต่อการลาออกจากราชการหรือเปลี่ยนสายงานเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ปัญหาด้านขาดแคลนบุคลากรสายวิชาชีพพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นต่อไปในอนาคต

ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่ปฏิบัติงานภายในองค์กรนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพราะการที่บุคลากร มีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรสูงนั้นจะบ่งชี้ถึงการอยู่รอดขององค์กรและความเป็นอยู่ที่ดีขององค์กร รวมทั้งช่วยลดการคุกคามจากภายนอกอีกด้วย องค์ประกอบของความยึดมั่นผูกพัน ได้แก่ 1) ความเชื่อมั่น การยอมรับเป้าหมายและค่านิยม

ขององค์กร 2) ความเต็มใจที่จะทุ่มเทความพยายามอย่างมากเพื่อให้องค์กรบรรลุเป้าหมาย 3) ความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะคงไว้ซึ่งความเป็นสมาชิกขององค์กร (Mowday, Porter, & Steer 1983) สำหรับพยาบาลวิชาชีพ แล้วความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่สามารถทำให้องค์กรสามารถปฏิบัติงานได้ตามสมรรถนะหลักของวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพหรือผลิตงานที่มีคุณภาพ ความยึดมั่นผูกพันเป็นการแสดงออกที่มากกว่าความจงรักภักดีตามปกติ ความผูกพันเป็นความสัมพันธ์ที่เหนียวแน่น และผลักดันให้พยาบาลวิชาชีพเต็มใจที่จะอุทิศตัวเพื่อการสร้างสรรคให้องค์การอยู่ในสภาพที่ดีขึ้น และแสดงออกมากในรูปของการปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่องค์การซึ่งความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพมีผู้ทำวิจัยไว้พบว่า ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่นภาพรวมอยู่ในระดับสูง (กัญปวีร์สุชัยพิริวัส และมาริสรา ไกรฤกษ์, 2556) ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง อยู่ในระดับสูง (เบญจมาพร อาษากิจ และคณะ (2556)

คุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นปัจจัยประการหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้บุคลากรมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ซึ่งคุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นคุณลักษณะเฉพาะส่วนตัวของแต่ละบุคคล เป็นความแตกต่างของบุคคลแต่ละคน ขึ้นอยู่กับ สภาพแวดล้อมภายในครอบครัว พื้นฐานของการเลี้ยงดู และลักษณะนิสัยของแต่ละคน เป็นสมรรถนะพื้นฐานส่วนบุคคลในการ แสดงถึงเจตนาหรือความตั้งใจในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) ตำแหน่ง 6) รายได้ 7) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และ 8) การได้รับการฝึกอบรม (Schermerhorn et al., 2003) การจะปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่ตามความสามารถและสำเร็จ นั้นต้องอาศัยปัจจัยนี้สำคัญ มีผู้ทำการศึกษาวิจัยพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล รายได้มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของนักบริหารงานสาธารณสุข

(สิทธิศักดิ์ แก้วโพนเพ็ก และประจักษ์ บัวผัน, 2558) เลือกวิจัยคุณลักษณะ และบรรยากาศขององค์กรที่เป็นคุณลักษณะของสภาพแวดล้อมภายในองค์กรที่บุคลากรรับรู้ได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อความยึดมั่นผูกพัน พฤติกรรมการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กรใน ด้านความคาดหวัง การจูงใจ และบทบาทของบุคลากร มีงานวิจัยที่สนับสนุนเรื่องบรรยากาศขององค์กร อาทิเช่น บรรยากาศขององค์กรที่มีผลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของเภสัชกร โรงพยาบาลศูนย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า บรรยากาศขององค์กรอยู่ในระดับปานกลาง (สายพิน สายคำ, 2552) จากการศึกษาบรรยากาศ องค์กรที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร สาธารณสุขศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดขอนแก่น พบว่า ระดับบรรยากาศขององค์กรภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ชัท เมืองโคตร, 2550) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานระดับหน่วยงานของบุคลากร ในโครงการ พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พบว่า บรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน ระดับหน่วยงานของบุคลากรในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (เพ็ญศรี สุขอ้วน, 2550) ที่กล่าวถึงบรรยากาศองค์กรทั้ง 9 มิติ ได้แก่ มิติโครงสร้าง มิติความรับผิดชอบ มิติรางวัล มิติความเสี่ยง มิติความอบอุ่น มิติการสนับสนุน มิติความขัดแย้ง มิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน มิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

โรงพยาบาลศูนย์ที่ศึกษา เป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่มีเตียงเปิดให้บริการจริง 820 เตียง เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประจำจังหวัด มีหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินการให้บริการตรวจรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค บริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีการรับการส่งต่อผู้ป่วยจากภายในจังหวัดและจังหวัดใกล้เคียง รวมทั้งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดูแลโรงพยาบาลชุมชนภายในจังหวัดตามยุทธศาสตร์ Service Plan ทำให้บุคลากรที่ให้บริการด้าน

คลินิกมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรกลุ่มวิชาชีพที่มีจำนวนมากที่สุดของโรงพยาบาล ในแต่ละปีโรงพยาบาลที่ศึกษา มีการสูญเสียพยาบาลวิชาชีพจำนวนมาก จากการโอนย้าย ลาออก และ เกษียณอายุราชการ จากสถิติอัตราการสูญเสียพยาบาลวิชาชีพ 3 ปี ย้อนหลัง พบว่า อัตราการสูญเสียพยาบาลวิชาชีพ ปี 2559 ร้อยละ 5 , ปี 2560 ร้อยละ 6.27 และปี 2561 ร้อยละ 3.5 (กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์,2562) ถ้าเทียบจากสถิติการสูญเสียพยาบาลวิชาชีพมีแนวโน้มสูงขึ้น และในปี 2561 พบว่าอัตราการสูญเสียลดลงอาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลได้รับอัตราค่าจ้างนักเรียนทุนที่โรงพยาบาลได้วางแผนอัตราค่าจ้างไว้เมื่อ 4 ปีที่ผ่านมาทำให้มีพยาบาลใหม่เข้าสู่ระบบตามพันธะสัญญาผูกพันของโรงพยาบาล แต่ในเรื่องความผูกพันต่อองค์กรยังไม่สามารถจะทำนายหรือพยากรณ์ได้ว่า อัตราค่าจ้างที่เกิดจากพันธะผูกพันจะสามารถธำรงรักษาบุคลากรสายวิชาชีพพยาบาลให้อยู่กับองค์กรได้นานหรือไม่ และประกอบกับโรงพยาบาลมีการขยายการให้บริการที่มีความซับซ้อนมากขึ้นเพื่อก้าวสู่ศูนย์กลางเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคหัวใจ โรคมะเร็ง ทารกแรกเกิด และการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วจากนโยบายข้างต้น ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยซึ่งมีอัตราค่าจ้างที่จำกัดและมีสมรรถนะที่ยังต้องได้รับการพัฒนาเพื่อรองรับการรักษาที่ซับซ้อนยังทำให้เกิดข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วย และที่สำคัญในยุคที่มีความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและความคาดหวังการบริการของผู้มารับบริการ ทำให้การให้บริการมีความยากลำบากมากขึ้นมีปัญหารื่องการร้องเรียนผ่านสื่อออนไลน์ ทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า อาจส่งผลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ทำให้ผู้วิจัยต้องการศึกษาพยาบาลวิชาชีพที่ยังปฏิบัติงานในโรงพยาบาลปัจจุบันมีความยึดมั่นผูกพันต่อโรงพยาบาลศูนย์แห่งนี้มากน้อยเพียงใด

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงคุณลักษณะส่วนบุคคลและบรรยากาศองค์กรที่มีผลต่อความยึดมั่นผูกพันในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ รวมถึงศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการในการสร้างความยึดมั่นผูกพัน ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยจะนำไปพัฒนาระบบการสร้างเสริมความผูกพันของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแห่งนี้ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่พร้อมอุทิศตัวเพื่อทำงานในการดูแลรักษา ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ามาได้รับการรักษาภายในโรงพยาบาล และเพื่อธำรงรักษาพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์แห่งนี้ได้อย่างยาวนานและเกิดความรู้สึกผูกพันต่อองค์กร

วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและบรรยากาศองค์กรที่มีผลต่อความยึดมั่นผูกพันของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์
- 2.เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับบรรยากาศองค์กร และระดับความยึดมั่นผูกพันของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์
3. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาความยึดมั่นผูกพันของบุคลากร สายวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามและเชิงคุณภาพโดยสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและบรรยากาศองค์กรที่มีผลต่อความยึดมั่นผูกพันของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่มีอายุงานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ในปีงบประมาณ 2562 ปฏิบัติงานใน ของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 828 คน (กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์, 2562)³

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ที่ศึกษา โดยใช้สูตรการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นเพื่อทดสอบสมมติฐานของโคเฮน Cohen (1988)⁶ จำนวน 304 คน การวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติอ้างอิงเพื่ออธิบายไปยังพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ที่ศึกษา เมื่อระยะเวลาเปลี่ยนแปลงไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือขึ้นจากการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีและงานวิจัยที่สอดคล้องกัน โดยข้อมูลเชิงปริมาณใช้ชุดแบบสอบถามและข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แนวทางสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณและมีการกำหนดชุดแบบสอบถามให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวในกรอบแนวคิดการวิจัยโดยมีผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลและการบริหารสาธารณสุขจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบและให้คำปรึกษาโดยในแต่ละข้อคำถามจะมีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไปทดลองใช้ (Try out) ในพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน และได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช(Cronbach's Alpha Coefficients) ซึ่งจะต้องมีค่าความเที่ยง 0.96 และได้รับการพิจารณาจริยธรรมจากกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 632021 ลงวันที่ 15 พฤษภาคม 2563

ชุดที่ 1 ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับบรรยากาศองค์การ ประกอบด้วย ด้านมิติโครงสร้างองค์การ มิติความอบอุ่น มิติความรับผิดชอบ มิติสนับสนุน มิติการให้รางวัล มิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน มิติความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน มิติการจัดการความขัดแย้ง และมิติความอันหนึ่งอันเดียวกัน

ส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับ 3 ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านความเชื่อมั่น การยอมรับเป้าหมายและค่านิยมของ องค์การ 2) ด้านความเต็มใจที่จะทุ่มเทความพยายามอย่างมากเพื่อให้องค์การบรรลุเป้าหมาย 3) ด้านความต้องการที่จะรักษา

ความเป็นสมาชิกขององค์การ โดยลักษณะของส่วนที่ 1-3 เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) และมีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (5,4,3,2,1)⁶

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะที่เกี่ยวกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ศึกษา ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดโดยให้แสดงความคิดเห็นโดยอิสระ

ชุดที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นประเด็นที่เกี่ยวกับปัญหาที่มีผลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลศูนย์ที่ศึกษา เพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา ประเภทตำแหน่ง รายได้ ประสบการณ์การปฏิบัติงาน และการได้รับการฝึกอบรม ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

ระดับบรรยากาศองค์การและระดับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน(Inferential Statistics)

ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ซึ่งตัวแปรอิสระและตัวแปรตามนั้นจะต้องมีการวัดไม่ต่ำกว่าช่วงสเกล หรืออัตราส่วนสเกล (Ratio Scale) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัวแปรโดยตัวแปรอิสระทุกตัวที่ต้องการวิเคราะห์จับคู่กับตัวแปรตามทีละตัว

สรุปและอภิปรายผล

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ที่ศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 276 คน คิดเป็นร้อยละ 90.8 มีช่วงอายุที่มีจำนวนมากที่สุด น้อยกว่า 30 ปี คือ 175 คน คิดเป็นร้อยละ 57.6 โดยมีอายุเฉลี่ย 32.71 ปี

(S.D.=9.21) อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 60 ปี มีสถานภาพ โสด จำนวน 200 คน คิดเป็นร้อยละ 65.8 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 288 คน คิดเป็นร้อยละ 94.7 มีรายได้ อยู่ระหว่าง 10,000-20,000 บาท โดยมีจำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 39.5 (S.D.= 12085.23) รายได้ต่ำสุด 12,825 บาท และรายได้สูงสุด 70,000 บาท มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ที่ศึกษา 1-10 ปี จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 84.0 ค่ามัธยฐาน 4 ปี (ค่าต่ำสุด 1 ปี และค่าสูงสุด 33 ปี) ในรอบ 5 ปี ที่ผ่านมา

ผ่านการอบรมเฉพาะทาง จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 25.3

ระดับบรรยากาศองค์การในภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.87 (S.D. = 0.56) และเมื่อพิจารณารายมิติ พบว่า มิติความเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ค่าเฉลี่ย 4.05 (S.D. = 0.59) รองลงมาคือมิติความอบอุ่น ค่าเฉลี่ย 4.02 (S.D. = 0.67) ส่วนบรรยากาศองค์การที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ มิติความขัดแย้ง ค่าเฉลี่ย 3.57 (S.D. = 0.76) ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับบรรยากาศองค์การ ของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ที่ศึกษา (n = 304)

บรรยากาศองค์การ	Mean	S.D.	การแปลผล
1. มิติโครงสร้างองค์การ	3.95	0.57	มาก
2. มิติความรับผิดชอบ	3.98	0.55	มาก
3. มิติการให้รางวัล	3.69	0.73	มาก
4. มิติความเสี่ยง	4.05	0.59	มาก
5. มิติความอบอุ่น	4.02	0.67	มาก
6. มิติการสนับสนุน	3.83	0.68	มาก
7. มิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน	3.90	0.60	มาก
8. มิติความขัดแย้ง	3.57	0.76	มาก
9. มิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน	3.87	0.71	มาก
ภาพรวม	3.87	0.56	มาก

ระดับความยึดมั่นผูกพันของ วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ที่ศึกษา อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.86 (S.D.=0.58) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าระดับความยึดมั่นผูกพันของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ที่ศึกษามีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านความเต็มใจที่จะทุ่มเทความพยายามอย่างมากเพื่อให้องค์การบรรลุเป้าหมาย ค่าเฉลี่ย 3.99 (S.D.=0.58) รองลงมาคือ ด้านความเชื่อมั่นการยอมรับเป้าหมายและค่านิยมองค์การ ค่าเฉลี่ย 3.85 (S.D.=0.62) และด้านความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะคงไว้ซึ่งความเป็นสมาชิกขององค์การมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.73 (S.D.=0.72) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับความเชื่อมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ที่ศึกษา

ระดับความเชื่อมั่นผูกพัน	Mean	S.D.	การแปลผล
1. ด้านความเชื่อมั่นการยอมรับเป้าหมายและค่านิยมองค์กร	3.85	0.62	มาก
2. ด้านความเต็มใจที่จะทุ่มเทความพยายามอย่างมากเพื่อให้องค์กรบรรลุเป้าหมาย	3.99	0.58	มาก
3. ด้านความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะคงไว้ซึ่งความเป็นสมาชิกขององค์กร	3.73	0.72	มาก
ภาพรวม	3.86	0.58	มาก

ในการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อความเชื่อมั่นผูกพันของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลศูนย์ที่ศึกษา ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ คือคุณลักษณะส่วนบุคคลและ บรรยากาศองค์การ กับตัวแปรตามคือ ความเชื่อมั่นผูกพันของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยได้ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอนของความเชื่อมั่นผูกพันของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ที่ศึกษา

ตัวแปร	B	Beta	T	p-value	R	R ²	R ² Change
1.บรรยากาศองค์การมีมาตรฐานการปฏิบัติงาน	0.241	0.248	4.965	<0.001	0.776	0.603	0.603
2.บรรยากาศองค์การมีดีความรับผิดชอบ	0.215	0.202	4.153	<0.001	0.833	0.693	0.090
3.บรรยากาศองค์การมีดีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน	0.195	0.235	5.168	<0.001	0.855	0.731	0.038
4.บรรยากาศองค์การมีดีโครงสร้างองค์กร	0.169	0.164	3.696	<0.001	0.862	0.744	0.013
5.บรรยากาศองค์การมีดีการให้รางวัล	0.121	0.151	3.037	<0.001	0.867	0.751	0.008

ค่าคงที่ = 0.196, F = 180.008 p-value < 0.001, R = 0.867, R² = 0.751, R²_{adj} = 0.747

สรุปได้ว่าตัวแปรต้นหรือตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัว ได้แก่ บรรยากาศองค์การ มีดีมาตรฐานการปฏิบัติงาน มีดีความรับผิดชอบ มีดีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีดี

โครงสร้างองค์กร และ มีดีการให้รางวัล มีผลและสามารถร่วมกันพยากรณ์ความเชื่อมั่นผูกพันต่อองค์การของ

พยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้ร้อยละ 75.1

บรรยากาศองค์การของวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ที่ศึกษามีภาพรวมกลุ่มประชากรมีระดับบรรยากาศองค์การอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.87 (S D = 0.56) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ลักษณะและสภาพแวดล้อมของวิชาชีพ สามารถเข้าใจ หรือรับรู้ต่อการและบุคลากรในองค์การได้ อยู่ในระดับมาก ซึ่งบรรยากาศองค์การเป็นการรับรู้ของบุคคล เกี่ยวกับ องค์ประกอบ สภาพแวดล้อมของงานภายในองค์การ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตั้งใจและการปฏิบัติงานใน องค์การ ทั้งทางตรงและทางอ้อม (Litwin & Stringer,1968) และบรรยากาศองค์การทำให้บุคคล มีความรู้สึกว่า อะไรเป็นสิ่งที่ดีและสิ่งสำคัญ ในการปฏิบัติงาน ซึ่งบรรยากาศองค์การทำให้บุคคล มีทัศนคติแบบนี้มากกว่าทัศนคติส่วนบุคคล (Robbins. & Judge ,2013) ผู้บริหารจะต้องส่งเสริมให้มีบรรยากาศองค์การที่ดี ซึ่งจะส่งผลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อการ

บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

ความยึดมั่นผูกพันต่อการพบภาพรวมระดับความยึดมั่นผูกพันของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลศูนย์ที่ศึกษาพบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง มีระดับความยึดมั่นผูกพันต่อการ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.85 (S.D.= 0.62) เนื่องจากการที่องค์การที่อยู่รอด บรรลุเป้าหมายและประสบความสำเร็จได้นั้น การส่งเสริมความยึดมั่นผูกพันต่อการของสมาชิกนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพราะความยึดมั่นผูกพันต่อการสูงนั้นจะบ่งชี้ถึงการอยู่รอดและความมีประสิทธิภาพขององค์การ นอกจากนี้ลักษณะงานส่วนใหญ่เป็นงานด้านการรักษาพยาบาล บุคลากรส่วนใหญ่จะเต็มใจปฏิบัติงานตามความรู้ความสามารถที่ได้เรียนมา และรักษาไว้ซึ่งมาตรฐานของวิชาชีพในงานและเป้าหมายขององค์การ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1.1 โรงพยาบาลแห่งนี้ควรส่งเสริมระบบความยึดมั่นผูกพันต่อการให้กับพยาบาล เพื่อให้บุคลากรมีความยึดมั่นผูกพันต่อการโดยเฉพาะบรรยากาศ ด้านมาตรฐานการปฏิบัติงาน ควรมีการกำหนดโครงสร้างองค์การ การกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบทางการพยาบาลให้มีความชัดเจน และพัฒนาระบบการสื่อสารภายในให้มีประสิทธิภาพ

1.2 โรงพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนจากองค์การด้านผลตอบแทน สวัสดิการ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกมีความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองที่มีต่อการรวมถึงกรณีที่มีการทำงานนอกเวลาในกรณีเร่งด่วนควรมีค่าตอบแทนที่เพียงพอและเหมาะสม

2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระดับความยึดมั่นผูกพันต่อการของพยาบาลวิชาชีพ ในความในด้านต่างๆ

เพิ่มเติมในระดับโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อการของพยาบาลวิชาชีพ เช่นภาระงานที่รับผิดชอบ คุณภาพชีวิตการทำงาน ความเครียดในงาน การสนับสนุนจากครอบครัว สิ่งแวดล้อมในการทำงาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.ดร.ชนะพล ศรีฤชา อาจารย์ที่ปรึกษา และคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่าน ที่ได้อบรมสั่งสอนให้ความรู้ตลอดหลักสูตร ขอขอบพระคุณ ดร.อาจารย์ ดร.สุรัช พินา อาจารย์ ดร.สุพัฒน์ อาสนะ นายแพทย์พูลสวัสดิ์ วงศ์วิจิตร คุณสถิตย์ วรรณขาม และคุณปิยนุช บุญทอง ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- 1.ชนากานต์ นาพิมพ์, ประจักษ์ บัวผัน และชญญา อภิบาลกุล (2561) . คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิต), 18(4), 154-166
- 2.ชนะพล ศรีฤาชา. (2561). การจัดการเชิงกลยุทธ์ด้านสุขภาพ. ขอนแก่น: คลังนาโนวิทยา.ทองหล่อ เดชไทย. (2549). หลักการบริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- 3.นครินทร์ ประสิทธิ์ และประจักษ์ บัวผัน. (2561). แรงจูงใจและบรรยากาศองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 18(2), 65-77.
- 4.นันทน์ภัส ปัชชามูล และประจักษ์ บัวผัน. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อมั่นผูกพันต่อองค์กรของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 16(2), 61-72.
- 5.ศศิธร เฝ้าทรัพย์ และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์. (2560). คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล, 28(1), 23-34.
- 6.สร้อยทอง กันจา และชนะพล ศรีฤาชา. (2561). คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 11(2), 58-68.
- 7.สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- 8.อรรณสิทธิ์ วงศ์ภาพสินธุ์ และชนะพล ศรีฤาชา. (2559). ปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง, 19(2), 77-87.
- 9.ศราณี เสนานุช และประจักษ์ บัวผัน (2560) แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย. วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา), 10(1), 66-67

การพัฒนาการมีส่วนร่วมในการบำบัดผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยง แบบอันตราย และแบบติด โดยใช้โปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม การเสริมพลังอำนาจ และการเยี่ยมเสริมพลัง ในรูปแบบ “สีชมพูโมเดล”

Developing participation in the treatment of risk and alcohol addict drinkers Using cognitive behavioral therapy programs Empowerment And visiting empowerment In the form of " Sichomphu model"

ภาณุ พรวัฒนา¹

Panuporn Wattana¹

(Received: January 8 ,2021 ; Accepted: February 10 ,2021)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดผู้ดื่มสุรา กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง อันตราย และติด ด้วยโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ร่วมกับการเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลในครอบครัว ชุมชน และการเยี่ยมเสริมพลังจากผู้นำชุมชนภายใต้การสนับสนุนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และระดับตำบลในชุมชนตำบลศรีสุข อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น วิธีการศึกษา รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ดื่มสุราจากชุมชนตำบลโคกไม่งามในปีงบประมาณ 2561-2563 ทั้งหมด 35 ราย คัดเลือกตัวอย่างที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีประวัติร่วมโครงการ โดยใช้แบบประเมิน การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มสุขภาพจิต แยกเป็น ผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยง 10 ราย ผู้ดื่มสุราแบบอันตราย 18 ราย และผู้ดื่มสุราแบบติด 7 ราย และครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง 35 ครอบครัวยินยอมและสมัครใจเข้ารับการบำบัดตามนัดหมายต่อเนื่อง 1 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 8 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้คือ โปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) พัฒนาจากโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck ร่วมกับรูปแบบแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลในครอบครัว และการเยี่ยมเสริมพลังจากผู้นำชุมชนประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน สมาชิก อบต. อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในชุมชน แต่ละครั้งมีการทำกิจกรรม ปรับความคิด พฤติกรรมเพื่อลด เลิก การดื่มสุรา และกิจกรรมตามบริบทของชุมชน ติดตาม การบำบัดเมื่อครบ 3 เดือน , 6 เดือน, 1 ปี และ 1 ปีครึ่ง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 1 ปี 9 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มสุขภาพจิต และแบบสอบถามผลกระทบต่อครอบครัวผู้ดื่มสุราที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และนำไปทดลองใช้กับครอบครัวผู้ดื่มสุราในชุมชนอื่น จำนวน 35 ครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86 และข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตและการตั้งคำถาม มีการตรวจสอบแบบสามเส้า วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา 1.ผลการบำบัดผู้ดื่มสุราด้วยโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ร่วมกับการสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลในครอบครัว ชุมชน และการเยี่ยมเสริมพลังโดยผู้นำชุมชน พบว่า หลังการบำบัด 3 เดือน กลุ่มที่เลิกดื่มสุรามากที่สุด คือ กลุ่มผู้ดื่มแบบติด จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 71.43) และกลุ่มที่ดื่มสุราลดลงมากที่สุด คือกลุ่มผู้ดื่มแบบเสี่ยง จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 60) หลังการบำบัด 6 เดือน กลุ่มผู้ดื่มแบบติด เลิกดื่มสุราได้มากที่สุด จำนวน 5 ราย (71.43) และกลุ่มที่ดื่มสุราลดลงมากที่สุดคือกลุ่มผู้ดื่มแบบเสี่ยงจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 60) หลังการบำบัด 1 ปี กลุ่มที่เลิกดื่มสุรามากที่สุดคือกลุ่มผู้ดื่มแบบติด จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 71.43) และกลุ่มที่ดื่มสุราลดลงมากที่สุดคือกลุ่มผู้ดื่มแบบอันตราย จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 55.56) หลังการบำบัด 1 ปี 6 เดือน กลุ่มผู้ดื่มแบบติดเลิกดื่มสุราได้มากที่สุดจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 71.43) และกลุ่มที่ดื่มสุราลดลงมากที่สุด คือ กลุ่ม ผู้ดื่มแบบอันตราย จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 55.56) 2.ผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ดื่มสุราทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านเศรษฐกิจ หลังการบำบัด เป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ ผลกระทบลดลงอยู่ในระดับต่ำทุกกลุ่ม

คำสำคัญ : การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจ การเยี่ยมเสริมพลัง พฤติกรรมผู้ดื่มสุรา

Abstract

There purposes of thesis research were to Development of participate hazardous drink harmful use Alcohol dependence for Cognitive Behavioral Therapy Program was to determine the effects of empower- ment program on family caregiver's self – care ability and to present a community empowerment model Quality Development Committee support for DistrictMethodology : The study were participatory action research The sample was drink Alcohol group under the kokmaingam Health Promoting District Hospital for the year 2018-2020. 35 sample of alcoholics aged 18 years Voluntary 35 sample AUDIT Alcohol (Alcohol use disorder identification 10 Hazardous drinker , 18 Harmful use and 7 Alcohol dependence and 35 family Who have voluntary acceptance for one treatment session per week , total 8 times. Tools used include cognitive and Behavioral Therapy program developed from cognitive and Behavioral therapy was to determine the effects of empowerment on program on family caregiver's self-care ability community and visit empowerment on community Include Headmen , village headman , sub district Administration Organization , Education , Public officials Behaviors to reduce or stop drinking alcohol and study the results after 3

¹ โรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

month , 6 month , 1 year and 1 year 6 month after 1 year 9 month , Gather information include Audit Alcohol use Disorders Identification test and Assessment form effect on Family caregiver's and Experiment 35 family caregiver's community The reliability of family caregiver's self-care questionnaire was accepted with Cronbach's alpha of 0.86 Data were analyzed using descriptive statistics

Result : 1 . Results of the treatment of alcohol drinkers with the Cognitive Behavioral Therapy (CBT) program in conjunction with the empowerment of caregivers in the family, community and empowerment visit by community leaders found that after 3 months of therapy, The group who stopped drinking the most was the group of 5 alcoholics (71.43%) and the group who drank the most alcohol. Was a group of 6 risk drinkers (60%) after 6 months of treatment. The group who had the highest number of abstinence were 5 (71.43) and the group who had the highest decrease was 6 at risk drinkers (60%) after one year of treatment. The number of alcoholics was 5 persons (71.43%) and the alcohol drinking group was the most decreased, was the dangerous drinking group, the number of 10 (55.56%). The fifth largest drinking group (71.43 percent) and the most alcohol drinking group was the 10 dangerous drinkers (55.56 percent). 2 . The effects on the families of alcohol drinkers in 3 component - physical, psychological, and economic - were in the same direction. The qualitative data collection, it was found that the factors leading to all types of alcohol drinkers were able to stop drinking from several factors, namely:

Keywords : Cognitive and behavioral therapy ,Empowerment, visiting to strengthen,drinking behavior.

บทนำ

สุราเป็นสารเสพติดที่แพร่หลายและถูกกฎหมาย สามารถหาซื้อได้โดยง่าย ซึ่งในปัจจุบันคนไทยมีแนวโน้มที่จะดื่มสุราเพิ่มมากขึ้น เพราะผู้ดื่มสุรามีเหตุผลในการดื่มที่หลากหลาย เช่น ดื่มสุราทำให้เกิดความกล้า คิดว่าการดื่มสุราเป็นเอกลักษณ์ของตน ดื่มสุราแล้วสบายใจ หลับง่ายซึ่งเมื่อใช้นานๆ จนป่วยด้วยโรคติดสุราหลังได้รับการรักษาจนพ้นระยะถอนพิษสุรา และได้รับการบำบัดทางจิต สังคมแล้วผู้ป่วยอาจหยุดหรือลดการดื่มได้ระยะหนึ่งแล้วกลับไปเสพซ้ำ สถานการณ์การดื่มสุราในปัจจุบันจึงทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ¹ ส่งผลกระทบหลายด้านทั้งต่อผู้ดื่มเองในด้านร่างกายคือก่อให้เกิดโรคกว่า 60 โรค ด้านจิตใจ เกิดโรคจิตจากพิษสุรา โรคติดสุรา ด้านเศรษฐกิจ ครอบครัว สังคม และต่อประเทศชาติ ถึงแม้ว่าจะมีความก้าวหน้าในการรักษาผู้ป่วยที่ติดสุรา แต่ยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 80 กลับไปดื่มสุราซ้ำ การกลับไปดื่มซ้ำทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ติดสุราลดลง สัมพันธภาพในครอบครัวเกิดความเครียดเพิ่มขึ้น เป็นภาระของสังคมและยังสร้างปัญหาอาชญากรรมและความรุนแรงตามมา ต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น และส่งผลกระทบต่อรายได้ประชาชนของประเทศโดยรวม² ซึ่งปัญหาที่เล็ดลอดไม่ได้คือการกลับไปดื่มซ้ำในช่วง 6-12 เดือนแรกเพราะสมองยังไวกับสุรามาก การกลับไปติดสุราซ้ำมักเริ่มจากผู้ป่วยอาจมีอาการที่เปลี่ยนไปได้ง่าย เช่น หงุดหงิด เครียดง่าย ไม่สนใจดูแล

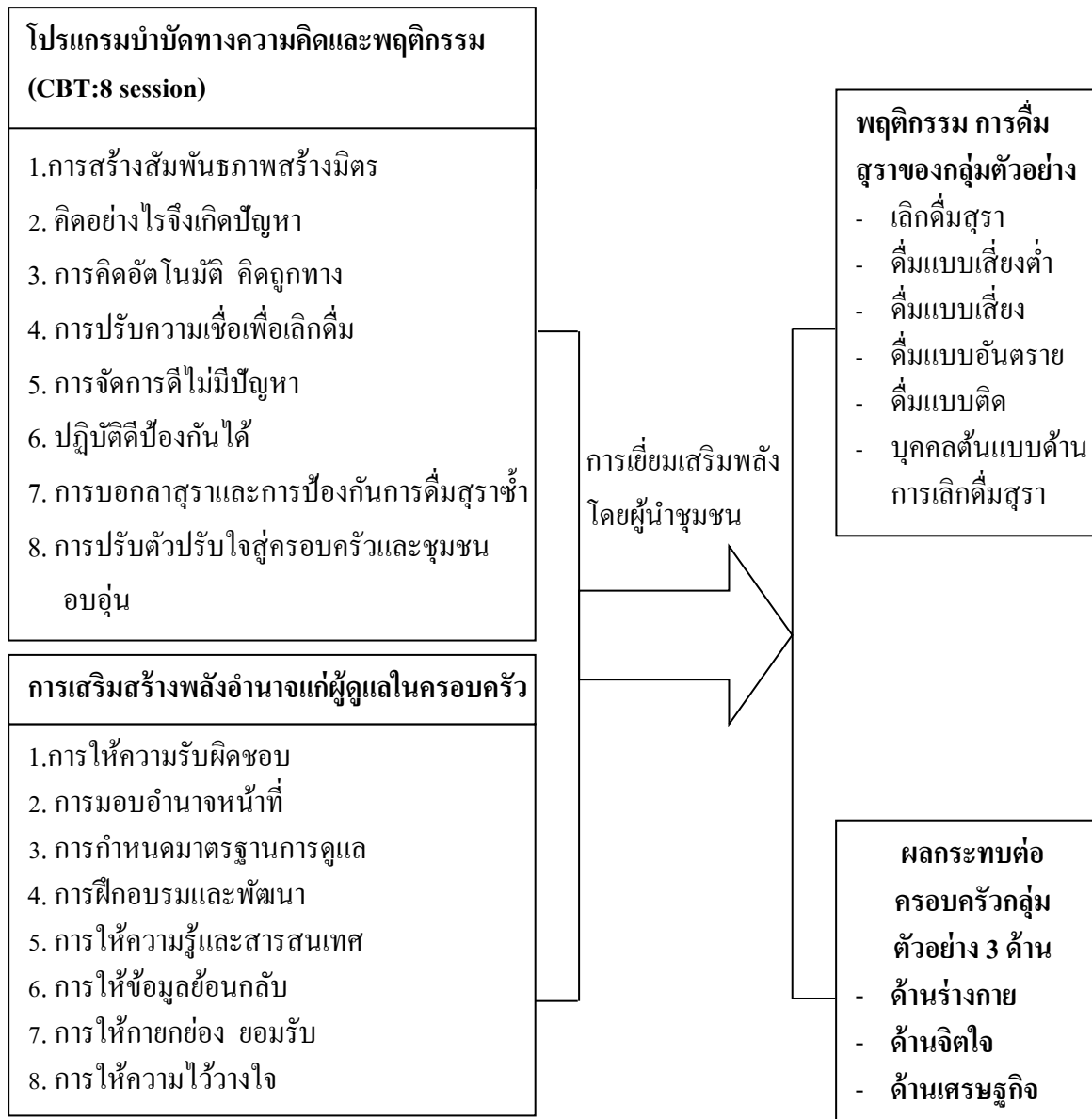
ตัวเองและต้องกลับเข้ารับการรักษาในสถานบำบัดซ้ำถึง ร้อยละ 45-60³

โรงพยาบาลสีชมพูเป็นโรงพยาบาลชุมชน 60 เตียง มีผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังมารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจากปี 2557-2561 จำนวน 12 , 18 , 22 , 33 และ 37 คนตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นอีกทั้งพบว่าอัตราการตายของประชากรอำเภอสีชมพู มีสาเหตุสำคัญได้แก่ โรคหัวใจล้มเหลว อุบัติเหตุ ฆ่าตัวตาย และภาวะขาดสุราเฉียบพลัน ซึ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุการเสียชีวิตรายบุคคล พบว่ามีสาเหตุจากการดื่มสุราสูงถึงร้อยละ 72.80 และเมื่อสำรวจพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไปพบผู้ดื่มสุรามากกว่าเกณฑ์กำหนดถึงร้อยละ 40.21 และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคติดสุราที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในปี พ.ศ. 2559 – 2561

มีผู้ป่วยกลุ่มนี้กลับมาดื่มสุราซ้ำและต้องกลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 42.85 , 42.90 และ 43.14 ตามลำดับ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วย⁴ ผู้ดูแลในครอบครัวร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม^{6,10,11} ตลอดจนการเชื่อมเสริมพลังโดยผู้นำชุมชน^{7,8,9} โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสร้างจินตนาการร่วมกับโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแนวคิดการเสริมพลังอำนาจ และการเชื่อมเสริมพลังจากชุมชนต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ดื่มสุรา

กรอบแนวคิดการวิจัย



วัตถุประสงค์และวิธีการ

วิธีการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

(PAR : Participatory Action Research)

กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้ดื่มสุรา เป็นผู้ดื่มสุราแบบต่างๆ ได้แก่ กลุ่มผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ กลุ่มผู้ดื่มแบบเสี่ยง กลุ่มผู้ดื่มแบบอันตราย และกลุ่มผู้ดื่มแบบติด จากตำบลศรีสุข อำเภอสี่หมพ จังหวัดขอนแก่น ปี 2562 จำนวน 35 คน สุ่มแบบเฉพาะเจาะจงโดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criterion) ได้แก่ 1) อายุ 18 ปี ขึ้นไป 2) มีค่าคะแนน Audit Alcohol 8 คะแนนขึ้นไป 3) พุดคุยสื่อสารเข้าใจ 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการ แยกเป็นกลุ่ม ผู้ดื่มแบบเสี่ยง

จำนวน 10 ราย ผู้ดื่มแบบอันตราย จำนวน 18 คน และผู้ดื่มแบบติด จำนวน 7 คน รวม 35 คน

2. กลุ่มบุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างผู้ดื่มสุรา จำนวน 35 ครอบครัว

เครื่องมือในการศึกษา

ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
 - 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
 - 1.2 แบบประเมินการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) ซึ่งกรมสุขภาพจิตได้สร้างขึ้น และให้ทุกโรงพยาบาลนำมาใช้ จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนเต็ม 4 คะแนน มีการแปลผลเป็นระดับความเสี่ยง 4 ระดับ คือ 0 – 7 คะแนน เป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ , 8 - 15 คะแนน เป็นผู้ดื่ม

แบบเลี้ยง, 16 - 19 คะแนน เป็นผู้ดื่มแบบอันตราย > 20
คะแนน เป็นผู้ดื่มแบบติด

1.3 แบบสอบถามผลกระทบต่อครอบครัวของผู้
ดื่มสุรา แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่
2 แบบสอบถามผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ดื่มสุรา
จำนวน 32 ข้อ เป็นข้อความในกลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ 4
ระดับ คือ ผลกระทบมาก (4 คะแนน) ผลกระทบ ปาน
กลาง (3 คะแนน) ผลกระทบน้อย (2 คะแนน) ไม่ได้รับ
ผลกระทบ (1 คะแนน) มีเกณฑ์การแปลความหมายของ
ค่าเฉลี่ยระดับผลกระทบต่อครอบครัว มีดังนี้ ผลกระทบต่อ
ครอบครัวในระดับสูง ได้คะแนน 2.97 - 4.00, ผลกระทบต่อ
ครอบครัวในระดับปานกลาง ได้คะแนน 1.97 - 2.96,
ผลกระทบต่อครอบครัวในระดับต่ำ ได้คะแนน 0.00 - 1.96

1.4 แบบเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น แบบ
สัมภาษณ์เชิงลึก แบบสังเกตและการตั้งคำถามเกี่ยวกับปัจจัย
ภายใน ปัจจัยภายนอกที่ทำให้ผู้รับการบำบัดเลิกดื่มสุรา
ตลอดจนแรงสนับสนุนจากชุมชน คณะกรรมการพัฒนา
คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระดับตำบล และการเชื่อมเสริมพลัง
จากผู้นำชุมชน ตลอดจนการค้นหาคุณคณัตินแบบด้านการเลิก
ดื่มสุราและเบี่ยงลึก ชีวิตและแนวความคิดดื่ม และการเลิกดื่ม
ของบุคคลต้นแบบดังกล่าว และการสนทนากลุ่ม

2.เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย
โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม แนวทางการ
สร้างเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลในครอบครัว และแนวทาง
การเชื่อมเสริมพลังโดยผู้นำชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาค่าความตรง (Validity) ผู้วิจัยนำ
โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม แนวทาง
การสร้างพลังอำนาจ แนวทางการเชื่อมเสริมพลัง แบบ
ประเมินการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบบสอบถาม
ผลกระทบต่อครอบครัว ผู้ดื่มสุรานำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3
ท่าน พิจารณาตรวจสอบโดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index
of Item - Objection Congruency : IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.66
- 1.00

การหาความเที่ยง (Reliability) ของ
แบบสอบถามผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ดื่มสุรา ได้นำไป
ทดลองใช้กับครอบครัวในชุมชนอื่น ที่มีคุณสมบัติคล้ายกัน
กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาความเที่ยง
โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ
0.86

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

โครงการวิจัยได้ขออนุญาตดำเนินการจาก
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และระดับ
ตำบล จากอำเภอสีชมพู และตำบลศรีสุข นอกจากนี้ผู้วิจัยได้
แจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างทราบเพื่อตอบ
รับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยในรูปแบบเอกสารชี้แจง
ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนา
ยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลต่อการได้รับการดูแลสุขภาพ
จากโรงพยาบาลสีชมพู

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

1. ผู้วิจัยจัดทำโครงการเสนอคณะกรรมการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
2. ผู้วิจัยทำหนังสือจากโรงพยาบาลสีชมพูถึง
คณะกรรมการคุณภาพระดับอำเภอ และระดับตำบล
ศรีสุข เพื่อขออนุญาตจัดทำโครงการและเก็บข้อมูล
3. ประสานกับบุคลากร รพ.สต.ศรีสุข รพ.สต.
โคกไม้้งาม เครือข่าย พชอ. พชต. เพื่อทำประชาคมหา
รูปแบบและแนวทางในการบำบัดผู้ดื่มสุรา พร้อมค้นหา
ผู้สมัครในเข้ารับการบำบัดและแบ่งกลุ่มการดื่มสุรา โดยใช้
แบบประเมินสุรา การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT)
พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือ
ในการทำวิจัย
4. ดำเนินกิจกรรมบำบัดตามโครงการวิจัย คือ
พบกลุ่มตัวอย่าง ทีมผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายถึงโครงการวิจัย
วัตถุประสงค์การทำวิจัยและอธิบายขั้นตอนการบำบัด โดยใช้
โปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การเสริมสร้างพลัง
อำนาจแก่ผู้ดูแลในครอบครัว ชุมชน และการเชื่อมเสริมพลัง
โดยผู้นำชุมชน และนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมตามแนว
ทางการบำบัดที่กำหนด คือ³

กิจกรรม ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) : การสร้าง
สัมพันธภาพ และการสร้างมิตร เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี
ระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัด และครอบครัว ทำให้รู้
ขั้นตอน วิธีการบำบัด และประโยชน์ ของการบำบัด รวมถึง
การสร้างการเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของความคิด มีผลต่อ
อารมณ์และนำไปสู่การดื่มสุรา ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรม ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) : คิดอย่างไร
จึงเกิดปัญหา เป็นการกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความคิด
อัตโนมัติที่ไม่เหมาะสม รู้จักสิ่งกระตุ้นความคิด อารมณ์ และ
พฤติกรรมที่บิดเบือน ที่นำไปสู่การดื่มสุรา ใช้เวลา 2
ชั่วโมง

กิจกรรม ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) : การคิด

อัตโนมัติ คิดถูกทาง เป็นการประเมินและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติของผู้รับการบำบัด รวมถึงการบันทึกเหตุการณ์สถานการณ์ ที่ทำให้เกิดอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม พร้อมทั้งให้คิดปรับมุมมองอื่น ที่มีความถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรม ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 6) : การปรับ

ความเชื่อเพื่อเลิกดื่ม เป็นการแนะนำวิธีปรับความคิดใหม่ การเสริมแรงใจในการเลิกดื่มสุรา และให้กำลังใจผู้เข้ารับ การบำบัดทุกคนให้สามารถฝ่าฟันวิเคราะห์ผลดี – ผลเสีย ให้มองเห็นด้านลบจากการที่ยังคงดื่มสุรา เป็นการกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดได้ฝึกให้เห็นมุมมองใหม่ที่ชัดเจนมากขึ้น ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรม ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8) : การจัดการ

ไม่มีปัญหา เป็นการให้ความรู้เรื่องหลักการแก้ไขปัญหา มีทักษะการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรม ครั้งที่ 6 (สัปดาห์ที่ 10) : ปฏิบัติ

ป้องกันได้ เป็นการให้ความรู้และฝึกเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงสูง ที่จะกลับมาติดสุราซ้ำ และแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรม ครั้งที่ 7 (สัปดาห์ที่ 12) : การบอก

สุราและการป้องกันการดื่มสุราซ้ำ เป็นการทบทวนความรู้ความเข้าใจกิจกรรมการบำบัดทั้งหมดที่ผ่านมา เทคนิคการป้องกันการดื่มสุราซ้ำ พร้อมทั้งการประเมินรูปแบบการบำบัด และยุติการบำบัด ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรม ครั้งที่ 8 (สัปดาห์ที่ 14) : ปรับตัว

ปรับใจสู่ครอบครัวและชุมชนรอบอุ้ม เป็นการเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแลผู้รับการบำบัด ทั้งผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ดูแลในชุมชน ให้มีความเข้าใจถึงการใช้ชีวิตร่วมกัน และช่วยเหลือผู้รับการบำบัดได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนการแจ้งรูปแบบการติดตามเยี่ยมเสริมพลังโดยผู้นำชุมชน ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

5. ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ การติดตามผลการบำบัดหลังการบำบัดครบ 3 เดือน , 6 เดือน , 1 ปี , และ 1 ปี 6 เดือน โดยใช้แบบประเมินการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) เพื่อประเมินการกลับไปดื่มซ้ำ ใช้แบบทดสอบผลกระทบต่อครอบครัวของกลุ่มผู้รับการบำบัด

6. ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และการตั้งคำถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และแบบสอบถามผลกระทบต่อครอบครัว ผู้ดื่มสุรา หากค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสังเกต การตั้งคำถาม และการสนทนากลุ่ม โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวน 35 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 54 – 59 ปี รองลงมาคืออายุระหว่าง 48 – 53 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ 31 คน คิดเป็นร้อยละ 88.57 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา รองลงมาคือ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 11.43 ประกอบอาชีพเกษตรกร 29 คน คิดเป็นร้อยละ 82.86 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง 6 คน คิดเป็นร้อยละ 17.14

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากไม่มีเงินเพียงพอสำหรับการใช้จ่าย คิดเป็นร้อยละ 97.14 มีสิทธิรักษาพยาบาลคือ บัตรสุขภาพ (บัตรทอง) ร้อยละ 100 ไม่มีประวัติการแพ้ยา ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 88.57 กลุ่มตัวอย่างมีประวัติการดื่มสุรา ครั้งแรกอายุต่ำกว่า 14 ปี อายุสูงสุด 19 ปี ดื่มมานาน 4 ปี – 43 ปี ($\bar{X}$ 30.52, SD = 0.69) กลุ่มตัวอย่างชอบดื่มเหล้าขาวทุกราย คิดเป็นร้อยละ 100 ปริมาณการดื่มต่อครั้ง เฉลี่ย 2 เป๊ก (100 cc.) ส่วนมากซื้อสุรามาดื่มที่บ้าน ดื่มกับเพื่อนบ้าน เหตุผลส่วนที่ทำให้ดื่มสุราครั้งแรก คือ เพื่อชวนอยากรอง ส่วนเหตุผลส่วนใหญ่ที่ทำให้ดื่มสุราในปัจจุบัน คือ มีอารมณ์อยากดื่มเอง “คิดว่ากินแล้วคือสิหน่วนในใจ” กลุ่มตัวอย่างส่วนมากดื่มครั้งสุดท้าย ก่อนสมัครใจเข้ารับการบำบัด 1 วัน คิดเป็นร้อยละ 57.14 ส่วนมากเคยได้ รับอุบัติเหตุหลังจากดื่มสุรา ร้อยละ 51.43 และเคยมีอาการชักเกร็งจากการหยุดดื่มสุรา 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.71

2. ผลของการบำบัดผู้ดื่มสุรา โดยใช้โปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลภายในครอบครัว ชุมชน และการเยี่ยมเสริมพลังโดยผู้นำชุมชน

พบว่า หลังได้รับการบำบัดตามแนวทางที่ผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับอำเภอ ระดับตำบล

ผู้บำบัดสามารถเลิกดื่มสุรา และดื่มสุราลดลงได้ และเมื่อติดตามผลหลังการบำบัด หลังการบำบัด 3 เดือน พบว่า กลุ่มที่เลิกดื่มสุรามากที่สุด คือ กลุ่มผู้ดื่มแบบติด จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 71.43) และกลุ่มที่ดื่มสุราลดลงมากที่สุด คือกลุ่มผู้ดื่มแบบเสี่ยง จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 60) กลุ่มที่ยังคงดื่มสุรามากที่สุด คือ กลุ่มผู้ดื่มแบบอันตราย จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 50) หลังการบำบัด 6 เดือน กลุ่มผู้ดื่มแบบติด เลิกดื่มสุราได้มากที่สุด จำนวน 5 ราย (71.43) และกลุ่มที่ดื่มสุราลดลงมากที่สุดคือกลุ่มผู้ดื่มแบบเสี่ยงจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 60) กลุ่มที่ยังคงดื่มสุรามากที่สุด คือ กลุ่มผู้ดื่มแบบอันตราย จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 50) หลังการบำบัด 1 ปี กลุ่มที่เลิกดื่มสุรามากที่สุดคือกลุ่มผู้ดื่มแบบติด จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 71.43) กลุ่มที่ยังคงดื่มสุรามากที่สุด คือ กลุ่มผู้ดื่มแบบเสี่ยง จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 40) และกลุ่มที่ดื่มสุราลดลงมากที่สุดคือกลุ่มผู้ดื่มแบบอันตราย จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 55.56) หลังการบำบัด 1 ปี 6 เดือน กลุ่มผู้ดื่มแบบติดเลิกดื่มสุราได้มากที่สุดจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 71.43) กลุ่มที่ยังคงดื่มสุรามากที่สุด คือ กลุ่มผู้ดื่มแบบเสี่ยง จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 40) และกลุ่มที่ดื่มสุราลดลงมากที่สุด คือ กลุ่มผู้ดื่มแบบอันตราย จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 55.56)

การประเมินทุกระยะการติดตามหลังบำบัดครบ พบว่า กลุ่มที่เลิกดื่มมากที่สุด คือ กลุ่มผู้ดื่มแบบติด กลุ่มที่ดื่มลดลงมากที่สุด คือ กลุ่มผู้ดื่มแบบเสี่ยง กลุ่มที่ยังคงดื่มเหมือนเดิมมากที่สุด คือ กลุ่มผู้ดื่มแบบอันตราย (ตามตารางที่ 1)

3. ผลกระทบต่อครอบครัวของผู้รับการบำบัด โดยภาพรวมหลังผู้รับการบำบัด รับการบำบัดครบตามโปรแกรมระยะเวลา 3 เดือน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยผลกระทบต่อครอบครัวทั้ง 3 ด้าน ลดลงในระดับน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับการบำบัด ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 42.22, P < 0.001$) และเมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า

3.1 ด้านร่างกาย หลังได้รับการบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในร่างกาย หลังได้รับการบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} 1.85, SD = 0.22$) ซึ่งต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} 3.59, SD = 0.26$)

3.2 ด้านจิตใจ หลังได้รับการบำบัดมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} 1.08, SD = 0.21$) ซึ่งต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัด ที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} 3.42, SD = 0.32$)

3.3 ด้านเศรษฐกิจ หลังได้รับการบำบัดมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} 1.94, SD = 0.34$) ซึ่งต่ำกว่า

ก่อนได้รับการบำบัดที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} 3.58, SD = 0.35$) (ตารางที่ 2)

4. ผลการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indept Interview) การสังเกต (Observation) การตั้งคำถาม (Powerful questions) การประชุมกลุ่ม (group meeting) การสนทนา (focus group) และนำมาสังเคราะห์ในประเด็นสำคัญ คือ ปัจจัยภายใน ภายนอกที่ทำให้เลิกดื่มสุรา แรงสนับสนุนจากชุมชน และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่า ปัจจัยที่ทำให้กลุ่มผู้ดื่มสุราทุกแบบเลิกดื่มสุราได้แยกเป็น 2 ปัจจัยสำคัญ คือ

ปัจจัยภายใน :

ความมุ่งมั่นตั้งใจของผู้ดื่มสุราเองแล้วเข้าโปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม “ใจเฮาส์สร้างแรงบันดาลใจให้ตัวเองจนเกิดเป็นพลังที่จะเอาชนะมันได้”

ปัจจัยภายนอก :

แรงสนับสนุนทางบวกจากครอบครัว “การมีความรักความเข้าใจ บໍได้ลงทุนเฮ็ดเอาได้ เฮ็ด่วมกันสร้าง รักษาได้ทุกโรค สุขภาพอยู่หม่องนี้แหละ”

แรงสนับสนุนและการเสริมพลังและแบบอย่างที่ดีจากผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. สมาชิก อบต. “เพื่อนมาเยี่ยมตลอด เพื่อนเฮ็ดเป็นตัวอย่าง ผมกะเลยเกรงใจ”

แรงสนับสนุนและความอบอุ่นจากสังคม ชุมชน “ผมไปร่วมเป็นจิตอาสาพัฒนาบ้านเพื่อน มีแต่ผู้มากอด มายินดีน่าบางคนกะย่องว่า “แก้มแดงฮูนๆ เนาะ” ดีใจน่าเอาน้ำส้มมาเสิร์ฟผม ผมกะเลยมีกำลังใจคิดฮอดยามได้กะภูมิใจ บໍกล้าไปกินเหล้าอีกคอก อายากายหมู่” รวมถึงการมีธรรมนูญหมู่บ้านที่เข้มแข็ง เช่น ครอบครัวใดที่สมาชิกเสียชีวิตจากการดื่มสุราจะ “ไม่ได้รับเงินช่วยเหลือจากกองทุนแม่ของแผ่นดิน และกองทุนอื่นๆ ของหมู่บ้าน” ด้วยการสนับสนุนจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และระดับตำบล จนเกิดบุคคลต้นแบบด้านการเลิกดื่มสุราจากอดีต “อบต. จีเม่า” ที่สามารถเป็นแกนนำในการชวนเพื่อนเลิกดื่มสุราได้ ซึ่งใช้ทักษะในการจัดการความคิดของตนเองเพื่อกำหนดอนาคตที่ดีกว่า โดยมีบทบาทใหม่ คือ เป็นพ่อบ้าน ทำงานบ้านแทนภรรยา สนับสนุนให้ภรรยาเป็น อสม. เพื่อดูแลสุขภาพประชาชนในหมู่บ้าน ชักชวนเพื่อนเลิกดื่มเหล้าโดยใช้เทคนิค “เลิกเหล้าทีละวัน สุขสันต์ตลอดไป” พร้อมเป็นบุคคลต้นแบบ “สืบทอดหม่องเนาะนำคนเลิกเหล้าให้เบ็ดหมู่บ้านของเขา”

ตารางที่ 1 ผลการดื่มสุราของผู้บำบัดหลังได้รับการบำบัดครบตามโปรแกรมตามระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี และ 1 ปี 6 เดือน

ระยะเวลาหลัง การบำบัดครบ ตามโปรแกรม	กลุ่มผู้ดื่มแบบเสี่ยง (N = 10)			กลุ่มผู้ดื่มแบบอันตราย (N = 18)			กลุ่มผู้ดื่มแบบติด (N = 1)		
	เล็กน้อย ร้อยละ	ดื่มลดลง ร้อยละ	ดื่มเหมือนเดิม ร้อยละ	เล็กน้อย ร้อยละ	ดื่มลดลง ร้อยละ	ดื่มเหมือนเดิม ร้อยละ	เล็กน้อย ร้อยละ	ดื่มลดลง ร้อยละ	ดื่มเหมือนเดิม ร้อยละ
3 เดือน	10.00	60.00	30.00	22.22	27.78	50.00	17.42	14.29	14.29
6 เดือน	10.00	60.00	30.00	22.22	27.78	50.00	17.42	28.58	0
1 ปี	10.00	50.00	40.00	22.22	55.56	22.22	17.42	28.58	0
1 ปี 6 เดือน	10.00	50.00	40.00	22.22	55.56	22.22	17.42	14.29	14.29

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลกระทบต่อกิจกรรมของผู้รับบริการบำบัดสุราก่อนและหลังการบำบัดสุรา

ผลกระทบต่อกิจกรรม (รายด้าน)	ก่อน		หลัง		ค่า t
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
ด้านร่างกาย	3.59	0.26	1.85	0.22	32.47
ด้านจิตใจ	3.42	0.32	1.08	0.21	22.55
ด้านเศรษฐกิจ	3.74	0.46	1.94	0.34	22.83
ภาพรวม	3.58	0.35	1.62	0.26	42.22
p-value < 0.05					

วิจารณ์

จากผลการบำบัด ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยประยุกต์ใช้โปรแกรม CBT พบว่ามีความเหมาะสมร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลในครอบครัว และการเชื่อมเสริมพลังในชุมชน ทำให้ลดหรือเลิกการดื่มสุราได้ โปรแกรมบำบัดที่นำมาประยุกต์ใช้มีขั้นตอนและกระบวนการบำบัดที่ชัดเจน ค้นหาความคิดช่วยในการดักจับความคิด และจัดการกับตัวกระตุ้นที่ส่งผลนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดหรือเลิกสุราของตนเองและทำให้การดื่มสุราของกลุ่มผู้ดื่มแบบอันตรายยาวนานขึ้นสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hunter et al.¹² และรุ่งรัตน์⁵ ที่ใช้ CBT ในกลุ่มผู้บำบัดที่ศูนย์บำบัดสารเสพติดในสหรัฐอเมริกา 6 แห่ง ช่วยยืนยันว่าโปรแกรมการบำบัด CBT ได้ผลดีและมีประสิทธิภาพกับการใช้โปรแกรมบำบัด ของ Osilla, K.C. et al¹³ ที่มีการใช้

สารเสพติดหรือดื่มสุราลดลง ภายหลังการติดตามที่ 3 เดือน และ 6 เดือน

ผลด้านตัวโปรแกรมบำบัด มีขั้นตอนและกระบวนการบำบัดที่ชัดเจน ทำความเข้าใจได้เร็ว มีความเหมาะสม ดักจับความคิดและอารมณ์ ระบูปัญหา นำมาวิเคราะห์ได้ตรงจุด และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดหรือหยุดการดื่มสุราของตนเองได้ดีขึ้น โดยเน้นการจัดการความคิดความรู้สึกด้านอารมณ์ที่เป็นตัวกระตุ้นภายในมากกว่าการแก้ไขที่ตัวกระตุ้นภายนอก เพื่อให้ตนเองหยุดดื่มสุราจากตัวกระตุ้นภายนอกพร้อมกับสนใจที่จะจัดการอารมณ์หรือความรู้สึกของตนสอดคล้องกับการศึกษาของ BecK,A.T.¹⁴⁻¹⁵ ส่วนมากเริ่มดื่มในช่วงวัยรุ่นเพราะเพื่อนชวน คิดอยากลอง เชื่อว่าดีช่วยให้คลายเครียดได้ ทำให้สนุกสนาน โดยอายุน้อยที่สุด คือ 14 ปี มากที่สุด คือ 19 ปี ในผู้ที่มีการได้รับผลกระทบชัดเจนรุนแรงเกิดการ

เจ็บป่วยจากการดื่ม เช่น การมีภาวะถอนพิษสุรา หรือเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและมีการติดตามต่อเนื่องในชุมชนจะมีแนวโน้มเล็กได้ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาเชิงรีตนา สายทอง⁶ อายุที่มากขึ้นจะมีความรับผิดชอบในการบำบัด เห็นความสำคัญในการหยุดดื่ม ตระหนักในสุขภาพตนเองหรือครอบครัวมากกว่าอายุน้อย ในผู้ดื่มแบบอันตรายเล็กกว่าผู้ดื่มแบบติดจะขอลดการดื่มมากกว่าหยุดดื่ม สอดคล้องกับการศึกษาของ Liese, B.S¹⁶ อายุ เชื้อชาติ เพศ การเปลี่ยนแปลงด้านลบจากความเสื่อมถอยลงของสภาพจิตใจ และร่างกายหรือการกลับไปเสพสารซ้ำ

สรุป

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลในครอบครัว และการเชื่อมเสริมพลังโดยผู้นำชุมชน มีผลต่อการเลิกดื่มสุราของกลุ่มผู้ดื่มแบบเสี่ยง แบบอันตราย และแบบติด ตลอดจนสามารถสร้างบุคคลต้นแบบด้านการเลิกดื่มสุรา ได้โดยปัจจัยที่ทำให้เลิกสุราได้นั้นมี 2 ประเด็นหลัก คือ ปัจจัยภายในเกิดจากความมุ่งมั่นตั้งใจของผู้ดื่มสุราเอง และปัจจัยภายนอกนั้นเกิดจากแรงสนับสนุนทางบวกจากครอบครัว ชุมชน ร่วมกับการเชื่อมเสริมพลังอย่างต่อเนื่องจากชุมชน อีกทั้งยังลดผลกระทบต่อ

ครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านเศรษฐกิจ

ข้อเสนอแนะ

การนำไปนโปรแกรม CBT ร่วมกับการเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ดูแล และการเชื่อมเสริมพลังไปในกลุ่ม ผู้ดื่มสุราเป็นโปรแกรมที่ดีแต่ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญในการดำเนินการดั่งนั้นหน่วยบริการสุขภาพควรมีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีศักยภาพในการใช้รูปแบบการบำบัดนี้ รวมทั้งเพิ่มจำนวนทีมในการดำเนินการดั่งกล่าวและควรมีการวิจัยโดยใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ติดสารเสพติดชนิดอื่นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากผู้อำนวยการบุคลากรงานยาเสพติดโรงพยาบาลสีชมพู สาธารณสุขอำเภอสีชมพู คณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสีชมพู คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลศรีสุข และคณะทำงานจาก รพ.สต.ศรีสุข รพ.สต.โคกไม้้งาม เครือข่าย อสม. จิตอาสา ตำบลศรีสุขทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. ทักษพล ธรรมรังสีและคณะ. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย.เดอะทราฟิโก ซิสเต็ม. 2556.
2. สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา : ความสำคัญและการรักษาในประเทศไทย. สหมิติพัฒนาการพิมพ์. 2557.
3. ประภาพรณ จูเจริญ และคณะ. คู่มือฝึกอบรมการบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยาและสารเสพติดสำหรับผู้บำบัด. ขอนแก่น : โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2558.
4. พรทิพย์ คงสตัย และคณะ.การพัฒนาโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจต่อการจัดการพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วยโรคติดสุราระยะหลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา.นครราชสีมา: โรงพยาบาลนครราชสีมาราชชนกนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. 2556.
5. สุภาพร แนวนุตร. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว. มหาวิทยาลัยนเรศวร. คณะพยาบาลศาสตร์. 2558.
6. รุ่งรัตน์ สายทอง. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยสุราในโรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ์ จังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี : โรงพยาบาล 50 พรรษามหาวชิราลงกรณ์. 2560.
7. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. การเชื่อมแบบกัลยาณมิตรสู่การเสริมพลัง. เอกสารอักษานา. 2561.
8. จุฑาทิพย์ พิทักษ์. คู่มือเชื่อมเสริมพลัง. นนทบุรี : สำนักพิมพ์บริหารการสาธารณสุข. 2559.

9. มิ่งขวัญ คงเจริญ. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชน เพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนของชุมชนแห่งการเรียนรู้. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2554.
10. Beck, J.S., Liese, B.S. & Najavits, L.M. Cognitive therapy. Clinical textbook of addictive disorders (3rd ed.) New York: Guilford Press; 2005.
11. Kadden,R.M. Behavioral and cognitive behavior treatment for alcoholism 2001.
12. Hunter, et al. Treating depression and substance use: A randomized controlled trial. Journal of substance Abuse Treatment. 2012; 43(2) : 137-151.
13. Osilla, K.C., et al. Developing an integrated treatment for substance use and depression using cognitive-behavioral therapy. Journal of Substance Abuse Treatment. 2009; 37Z4X: 412-420
14. Beck, A.T. Cognitive therapy: Past, present, and future. journal of consulting and clinical psychology.1993 ; 61(2),194-198.
15. Beck, A.T., wright, F.D., Newman,C.F., & Liese, B.S. Cognitive therapy of substance abuse.New York: Guildford. 1993.
16. Liese, B.S. Cognitive-Behavioral Therapy for Addictions, Clinical work with substance abusing clients (3rd ed.) New York: Guilford Press; 2014.

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

Prevalence and Factors Associated with Depression among Type 2 Diabetic Patients at Phen Hospital Udon Thani Province

ยุทธชัย บุญรอด¹

Yuttachai Boonrod¹

(Received: February 17, 2021 ; Accepted: March 23, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 260 รายโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานะทางสุขภาพ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติค่าร้อยละค่าเฉลี่ยค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติ Multivariate Logistic Regression Analysis

ผลการวิจัยพบว่า 1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี พบความชุกร้อยละ 8.08 โดยในเพศชายมีค่าความชุกร้อยละ 3.46 และในเพศหญิงมีค่าความชุกร้อยละ 4.62 2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (OR= 0.16, 95% CI=0.40-0.64) รายได้ต่อเดือนของครอบครัวที่มีรายได้ตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป (OR= 0.16, 95% CI=0.03-0.94) ระยะเวลาป่วยเป็นเบาหวานมากกว่า 11 ปีขึ้นไป (OR= 37.28, 95% CI=4.07- 341.53) การใช้ยารักษาเบาหวานที่ใช้อย่างฉีด insulin และยารับประทาน (OR= 6.13, 95% CI=1.12-33.46) และดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 ขึ้นไป (OR= 0.10, 95% CI=0.02-0.43) **สรุป:** ความชุกของภาวะซึมเศร้าของ

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี มีภาวะความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าครึ่ง การติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาป่วยเป็นเบาหวานมากกว่า 11 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยที่มีการใช้ยารักษาเบาหวานที่ใช้อย่างฉีด insulin และยารับประทาน

คำสำคัญ: ความชุก, ภาวะซึมเศร้า, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

The research as cross-sectional analytical study in order to 1) study prevalence of depression among of type 2 diabetic patients at Phen Hospital in Udon Thani province. 2) to study factors associated of depression among of type 2 diabetic patients at Phen Hospital in Udon Thani province. Samples were 260 type 2 diabetic patients who were receiving treatment at Phen Hospital in Udon Thani province. The populations were selected using simple random techniques. The instrument was a questionnaire which consist of personal factors, quality of life factor, patient health questionnaire-2 (phq-2), patient health questionnaire-9 (phq-9). Data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation and Multivariate Logistic Regression Analysis.

Results showed that 1. the point-prevalence of depression was 8.08 %, with 3.46% of male population and 18.29% of female population suffering from type 2 diabetic patients at Phen Hospital in Udon Thani. 2. The factors associated of depression among of type 2 diabetic patients at Phen Hospital in Udon Thani province is patients who aged 60 years older (OR= 0.16, 95% CI=0.40-0.64) having monthly income of family about 5,000 up (OR= 0.16, 95% CI=0.03-0.94) duration of diabetes for 11 years up (OR= 37.28, 95% CI=4.07- 341.53) insulin diabetes therapy by injection and medicine (OR= 6.13, 95% CI=1.12-33.46) and body mass index since 25 up (OR= 0.10, 95%

¹โรงพยาบาลเพ็ญ ค.เพ็ญ อ.เพ็ญ จ.อุดรธานี

CI=0.02-0.43) Conclusion : the prevalence of depression among of type 2 diabetic patients at Phen Hospital in Udon Thani was low which recommended to follow-up on patient health by using depression inventory especially on patients who have duration of diabetes more than 11 years and patients who using and taking insulin.

Keywords : Prevalence, Depression, Type 2 Diabetic.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยในปีพ.ศ. 2560 มีผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกจำนวน 425 ล้านรายแบ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 98 ล้านราย และช่วงอายุ 20-64 ปี จำนวน 327 ล้านราย และคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านรายทั่วโลก โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 191 ล้านราย หรือมีอัตราการเพิ่มอยู่ที่ร้อยละ 94.8 และในช่วงอายุ 20-64 ปี จำนวน 438 ล้านราย โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่คุกคามสุขภาพคนไทยเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากข้อมูลความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป พบว่าเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ใน พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 8.9 ใน พ.ศ. 2557 และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆปัจจุบันประเทศไทยมีผู้เป็นเบาหวานไม่น้อยกว่า 4 ล้านคน¹

ในประเทศไทย พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 10-30เมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีอาการซึมเศร้ามักจะขาดความสนใจในการดูแลตนเอง เช่นการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย บางคนอาจดื่มสุรา ส่งผลให้อาการโรคเบาหวานรุนแรงมากขึ้นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ได้รับการรักษาหรือดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้องและมีระดับรุนแรงอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของทั้งตนเอง ครอบครัว และสังคม

โรงพยาบาลเพ็ญเป็นเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากสถิติของโรงพยาบาลพบว่าในปี พ.ศ. 2559,2560 และ 2561 ผู้ป่วยเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 659, 663 และ 675 ราย แต่ยังไม่มีการศึกษาสถานการณ์

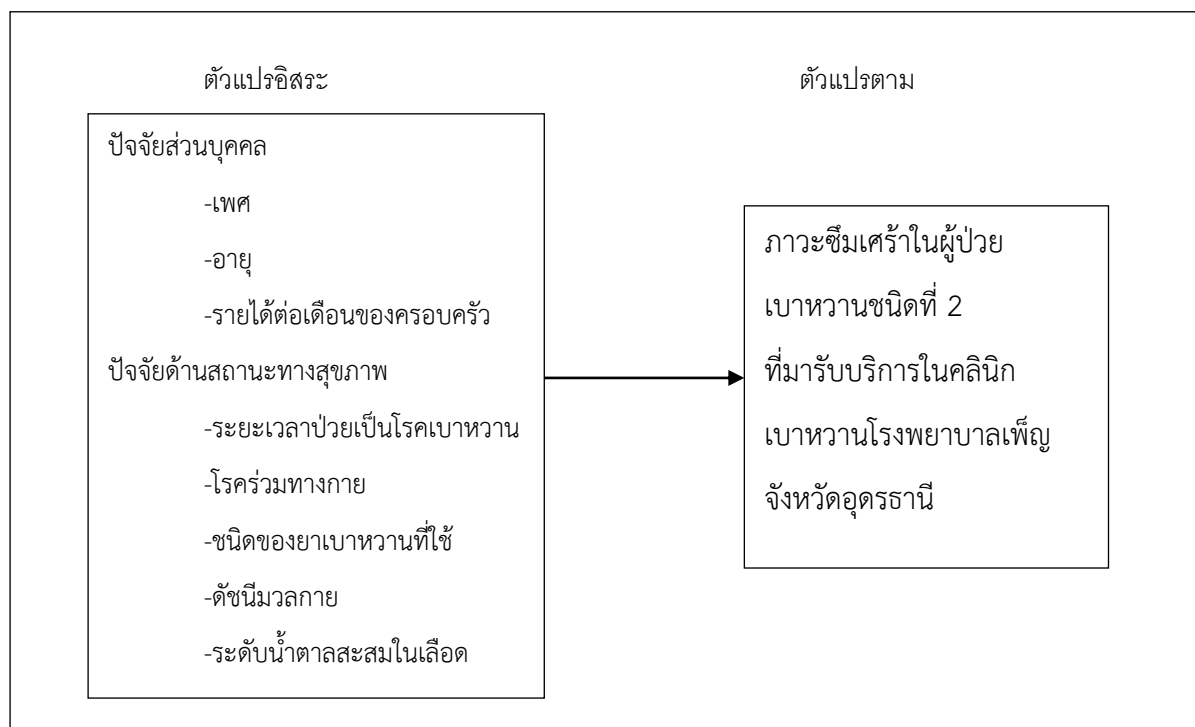
ความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน ผู้วิจัยในฐานะแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยในคลินิกจิตเวชจึงสนใจศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานีเพื่อนำไปสู่การวางแผนดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี
- 2.เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีปัจจัยด้านเพศอายุ รายได้ต่อเดือนของครอบครัว และปัจจัยด้านสุขภาพซึ่งประกอบด้วยระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคร่วมทางกายชนิดของยาเบาหวานที่ใช้ ดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเป็นตัวแปรอิสระ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานีเป็นตัวแปรตาม ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-Sectional Analytic Research) ทำการศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือน กรกฎาคม พ.ศ.2562

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีเลขที่ HE6203

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเพื่อสุขภาพที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ในช่วงวันที่ 1 พฤษภาคม – 31 กรกฎาคม พ.ศ.2562 จำนวน 1,347 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเพื่อสุขภาพที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ในช่วงวันที่ 1 พฤษภาคม – 31 กรกฎาคม พ.ศ.2562 กำหนดขนาด

ตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel 2010 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 260 คน คัดเลือกกลุ่ม

ตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีนําสลากรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลเพื่อสุขภาพ ตั้งแต่คนที่ 1 ถึงคนที่ 1,347 แล้วทำการสุ่มจับสลากขึ้นมาทีละใบ จนครบ 260 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน โรคร่วมทางกาย ชนิดของยาเบาหวานที่ใช้ ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) ของ Arunpongpaissal et al. (2009)² โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha เท่ากับ .95 โดยให้ได้คำตอบที่ละเอียดถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำไม่ควรอธิบายขยายความเพิ่มเติมโดยคำตอบมีสองตัวเลือกคือใช่กับไม่ใช่ถ้า

ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งว่า “ใช่” จะมีความไวสูงถึงร้อยละ 96.5 (95%CI=95.4-97.6%) แต่ความจำเพาะต่ำร้อยละ 44.6% (95%CI=41.5-47.6%) ถ้าทั้งสองข้อตอบว่า “ใช่” จะเพิ่มความจำเพาะสูงขึ้นถึงร้อยละ 85.1% (95%CI=82.9-87.3%) สำหรับการแปลผลถ้าคำตอบไม่มีทั้ง 2 คำถามถือว่าปกติหากถ้าคำตอบมีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9Q ของ Kongsuk et al. (2008) มีค่า Cronbach's Alpha รายข้ออยู่ระหว่าง 0.78-0.82 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.82 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.72 ($P\text{-value}<0.001$) มีค่าความไวค่าความจำเพาะและค่า Likelihood Ratio ร้อยละ 85, 72 และ 3.04 (95%CI=2.16-4.26) ตามลำดับเน้นการถามเพื่อค้นหาอาการที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาด้วยคำถาม 9 ข้อโดยแบ่งคำตอบจากไม่มีเลยให้ 0 คะแนนถึงปฏิบัติทุกวันให้ 3 คะแนนสำหรับการแปลผลใช้เกณฑ์ดังนี้

< 7 คะแนนหมายถึงไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก

7-12 คะแนนหมายถึงมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย

13-18 คะแนนหมายถึงมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง

≥ 19 คะแนนหมายถึงมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานะทางสุขภาพ(ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานะทางสุขภาพ(n=260)

ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานะทางสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	175	67.3
ชาย	85	32.7
กลุ่มอายุ		

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลเฟื่องฟ้าที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเฟื่องฟ้า จังหวัดอุดรธานี โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการดำเนินการวิจัยและการใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลประจำคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลเฟื่องฟ้าทำการประเมินโดยการถาม-ตอบเป็นภาษาไทยโดยเริ่มจากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) ถ้าตอบว่าใช่ข้อใดข้อหนึ่งให้ถามต่อด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9Q ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 ได้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 260 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลเฟื่องฟ้าที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเฟื่องฟ้า จังหวัดอุดรธานีโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลเฟื่องฟ้าที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเฟื่องฟ้า จังหวัดอุดรธานีโดยใช้สถิติ Multivariate Logistic Regression Analysis คัดเลือกตัวแปรเข้าสมการด้วยวิธี ente

ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานะทางสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 60 ปี	127	48.8
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	133	51.2
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	163	62.7
ตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป	97	37.3
ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน		
1-10 ปี	133	51.2
11 ปีขึ้นไป	127	48.8
โรคร่วมทางกาย		
ไม่มี	51	19.6
มีตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไป	209	80.4
ชนิดของยาเบาหวานที่ใช้		
ยารับประทานอย่างเดียว	210	80.8
ยาฉีด insulin และยารับประทาน	50	19.2
ดัชนีมวลกาย		
น้อยกว่า 25	144	55.4
ตั้งแต่ 25 ขึ้นไป	116	44.6
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด(HbA1C)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7mg%	91	35.0
มากกว่า 7mg%	169	65.0

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.3 ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 62.7 มีระยะเวลาการเป็นเบาหวานตั้งแต่ 1-10 ปี ร้อยละ 51.2 ส่วนใหญ่มีโรคร่วมทางกายตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 80.4 ใช้ยารับประทานอย่างเดียว ร้อยละ 80.8 มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 ร้อยละ 55.4 และส่วน

ใหญ่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด(HbA1C) มากกว่า 7mg% ร้อยละ 65

2. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเพ็ญ ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานีโดยใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน

โรงพยาบาลเพ็ญ ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี (n=260)

ความชุกของภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
เพศหญิง	12	4.62

ความชุกของภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	9	3.46
รวม	21	8.08
กลุ่มอายุ		
น้อยกว่า 60 ปี	10	3.85
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	11	4.23
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	17	6.54
ตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป	4	1.54
ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน		
1-10 ปี	5	1.92
11 ปีขึ้นไป	16	6.15
โรคร่วมทางกาย		
ไม่มี	1	0.38
มีตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไป	20	7.69
ชนิดของยาเบาหวานที่ใช้		
ยารับประทานอย่างเดียว	14	5.38
ยาฉีด insulin และยารับประทาน	7	2.69
ดัชนีมวลกาย		
น้อยกว่า 25	12	4.62
ตั้งแต่ 25 ขึ้นไป	9	3.46
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด(HbA1C)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7mg%	4	1.52
มากกว่า 7mg%	17	6.54

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลประเมินอาการภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 260 รายพบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลพะเยา จังหวัดอุดรธานี จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.08 โดยในเพศชายมีค่าความชุก ร้อยละ 3.46 และเพศหญิงมีค่าความชุก ร้อยละ 4.62 กลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปีมีค่าความชุก ร้อยละ 3.85 กลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีค่าความชุก ร้อยละ 4.23 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาทมีค่าความชุก ร้อยละ 6.54

รายได้ของครอบครัวต่อเดือนตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไปมีค่าความชุก ร้อยละ 1.54 ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน 1-10 ปี มีค่าความชุก ร้อยละ 1.92 ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน 11 ปีขึ้นไปมีค่าความชุก ร้อยละ 6.15 มีโรคร่วมทางกาย ตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไปมีค่าความชุก ร้อยละ 7.69 ไม่มีโรคร่วมทางกายมีค่าความชุก ร้อยละ 0.38 ชนิดของยาเบาหวานที่ใช้ ใช้ยารับประทานอย่างเดียวมีค่าความชุก ร้อยละ 5.38 ใช้ยาฉีด insulin และยารับประทานมีค่าความชุก ร้อยละ 2.69 ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 มีค่าความชุก ร้อยละ 4.62 ดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 ขึ้นไปมีค่าความชุก

ร้อยละ 4.62 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด(HbA1C)น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 มีค่าความชุก ร้อยละ 1.52 และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด(HbA1C)มากกว่า 7 มีค่าความชุก ร้อยละ 6.54

ตารางที่ 3 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิก

เบาหวานโรงพยาบาลเพิ่ม ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเพิ่ม จังหวัดอุดรธานี(n=260)

เพศ	N	2Q-ve (ร้อยละ)	2Q+ve (ร้อยละ)	9Q<7 คะแนน	Mild, MDD 7-12คะแนน	Moderate, MDD 7-12คะแนน	Server, MDD 17-27คะแนน
ชาย	85	76 (89.41)	9 (11.84)	0	9 (100)	0	0
หญิง	175	163 (93.14)	12 (7.39)	0	12 (100)	0	0
รวม	260	239 (91.9)	21 (8.1)	0	21 (100)	0	0

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจากการประเมินคัดกรอง 2Q พบร้อยละ 8.08 และประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q พบว่ามีระดับความรุนแรงระดับน้อยทั้งหมด คิดเป็น 100% ของผู้ที่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าเมื่อพิจารณาแยกตามเพศพบว่าเพศชายมีแนวโน้มของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 11.84 โดยพบว่าระดับความ

ระดับน้อยร้อยละ 100 ส่วนเพศหญิงมีมีแนวโน้มของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 7.39 และพบระดับความรุนแรงระดับน้อยร้อยละ 100 เช่นเดียวกัน

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลเพิ่ม จังหวัดอุดรธานี(ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการใน

คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเพิ่ม จังหวัดอุดรธานี

ปัจจัย	จำนวนทั้งหมด	B	S.E.	Wald	Sig.	Crude OR	(95% CI)	Adjusted OR	(95% CI)
เพศ		.139	.756	.033	.856	1.61	(0.65-3.98)	1.15	(0.26-5.15)
ชาย	85								
หญิง	175								
กลุ่มอายุ		-1.839	.712	6.672	.010	1.06	(0.43- 2.58)	0.16	(0.40 – 0.64)
น้อยกว่า 60 ปี	127								
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	133								

จากตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี โดยใช้การทดสอบทางสถิติโดยวิธี Multivariate Logistic Regression Analysis พบว่า เมื่อควบคุมผลกระทบจากปัจจัยอื่นๆ ให้คงที่หมด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ 1) กลุ่มอายุเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุต่ำกว่า 60 ปี จะมีโอกาสเสี่ยงเป็นภาวะซึมเศร้า ลดลง ร้อยละ 84 ($OR=0.16$, 95% $CI=0.40-0.64$) 2) รายได้ต่อเดือนของครอบครัวเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยครอบครัวที่มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไปเมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวที่มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท จะมีโอกาสเสี่ยงเป็นภาวะซึมเศร้า ลดลง ร้อยละ 84 ($OR=0.16$, 95% $CI=0.03-0.94$) 3) ระยะเวลาการเป็นเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยระยะเวลาการเป็นเบาหวานมากกว่า 11 ปีขึ้นไปเมื่อเปรียบเทียบกับระยะเวลาการเป็นเบาหวาน 1-10 ปี จะมีโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 37.28 เท่า ($OR=37.28$, 95% $CI=4.07-341.53$) 4) ชนิดของยาเบาหวานที่ใช้เป็นปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยการใช้ยารักษาเบาหวานที่ใช้ยาฉีด insulin และยารับประทานเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ยารับประทานเพียงอย่างเดียว จะมีโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 6.13 เท่า ($OR=6.13$, 95% $CI=1.12-33.46$) และ 5) ดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยผู้ที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 ขึ้นไปเมื่อเปรียบเทียบกับดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 จะมีโอกาสเสี่ยงเป็นภาวะซึมเศร้า ลดลง ร้อยละ 90 ($OR=0.10$, 95% $CI=0.02-0.43$)

วิจารณ์

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ที่ศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุมากกว่า 60 ปี มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือนมีระยะเวลาการเป็นเบาหวานตั้งแต่ 1-10 ปี มีโรคร่วมทางกายตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไป ส่วนใหญ่ใช้ยารับประทานอย่างเดียว ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ($HbA1C > 7\text{mg}\%$) ซึ่งเป็นลักษณะของผู้ป่วยเบาหวานที่พบในประเทศไทย ที่มีแนวโน้มทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายหรือทางจิตใจได้และ 1 ใน 8 ของผู้ที่ป่วยโรคทางอายุรกรรมมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตถึงร้อยละ 41 เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่ได้เป็นโรคเรื้อรังทางกาย⁴⁻⁶

ความชุกของภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเพ็ญ เท่ากับร้อยละ 8.08 โดยเพศหญิงมีค่าความชุกมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 4.62 : ร้อยละ 3.46) สอดคล้องกับ วิทยาพลลีลา ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลของจังหวัดบึงกาฬ ผลการศึกษาพบว่า ระดับความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยอยู่ระหว่างร้อยละ 8-30 มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 50-69 ปี สอดคล้องกับ พิรุณิสต์โส ที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีโรคซึมเศร้าระดับน้อย ความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่มีโรคร่วมทางกายมากกว่าหรือเท่ากับ 3 โรค ร้อยละ 29.8 และพบว่า เพศ อายุ การมีโรคร่วมทางกายรวมทั้งระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับ สุภาวิณี ประมวลวงศ์ ที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครปฐม ผลการวิจัยพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 12.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี มีความสัมพันธ์กับระดับซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับรุ่งกิจปิ่นใจ¹⁰ ที่ศึกษาผลของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อการเข้าถึงบริการและการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง โรงพยาบาลรื่องกวาง อำเภอรื่องกวาง จังหวัดแพร่ ที่ผลการศึกษา ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในเพศหญิงและผู้สูงอายุไม่พบอาการของโรคซึมเศร้าที่ระดับปานกลางหรือรุนแรงส่วนใหญ่มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย (7-12 คะแนน) สอดคล้องกับพรรณพิไลวิริยะและกิตติพรเนาว์สุวรรณ¹¹ ที่ศึกษาสถานการณ์โรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในอำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจากการคัดกรอง 9Q มีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยร้อยละ 71.43 สอดคล้องกับนิตยา จรัสแสงและคณะ¹² ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรังที่มารับบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ใช้แบบประเมิน KKU-DI ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากกว่า 1 ใน 3 มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 31.4 อย่างไรก็ตามภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักจะพบว่าเป็นภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงน้อยหรือปานกลางมากกว่าภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงแต่มักก่อให้เกิดความเสื่อมหรือบกพร่องในหน้าที่ด้านต่างๆและมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงซึ่งยังต้องการควรติดตามการรักษาหรือประเมินซ้ำเป็นระยะจากครอบครัวหรือผู้ดูแลเพื่อป้องกันมิให้เกิดอาการที่ระดับรุนแรงขึ้นและสามารถรักษาได้ทันทั่วทั้ง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเพ็ญจังหวัดอุดรธานีพบว่าปัจจัยด้านอายุ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานชนิดของยาเบาหวานที่ใช้ และดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับพิรุณีสัพโส¹³ ที่ศึกษาความชุกของ

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุการมีโรคร่วมทางกายรวมทั้งระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับศุภพงศ์ ไชยมงคล¹³ ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลคอนสารวิเคราะห์ข้อมูลด้วย Logistic Regression Analysis พบว่าเป็นโรคเบาหวาน 11 ปีขึ้นไปมีการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเป็นเบาหวานน้อยกว่า 10 ปี 1.86 เท่า ($OR = 1.86, 95\% CI = 1.04-3.32, p < 0.05$) และผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้ยาฉีด 2.58 เท่า สอดคล้องกับพรรณพิไลวิริยะและกิตติพรเนาว์สุวรรณ¹¹ ที่ศึกษาสถานการณ์โรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในอำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่าพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีระยะที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากกว่า 10 ปีขึ้นไปมีภาวะซึมเศวาร้อยละ 47.61 สอดคล้องกับสมพรรุ่งเรืองกลกิจและคณะ¹⁴ ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยวิธีการถดถอยพหุ (Multiple Logistic Regression) พบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 5 ปีมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเป็น 1.08 เท่า ($95\% CI 1.02-1.13$) สอดคล้องกับผลที่ได้ในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่มีระยะป่วยเป็นเบาหวานตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไปมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่มีระยะป่วยเป็นเบาหวานที่ 1-10 ปี ($p = 0.020$) เช่นเดียวกันอย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้พบว่าปัจจัยด้านเพศ โรคร่วมทางกาย และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทาง

สถิติอาจเป็นเพราะว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างบางกลุ่มมีจำนวนน้อย เช่น กลุ่มเพศชาย กลุ่มการไม่มีโรคร่วมทางกาย กลุ่มระดับน้ำตาลสะสมในเลือดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7mg% และเก็บข้อมูลในระยะเวลาสั้นแต่การศึกษานี้สอดคล้องกับสามารถนิพนธ์และคณะ¹⁵ ที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยลมชักในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของชลวิภาสุลักษณ์านุรักษ์, วโรดมใจสนุก, เบญจามุกตพันธุ์¹⁶ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและความเครียดกับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลน้ำพองจังหวัดขอนแก่น พบว่าภาวะซึมเศร้าและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดแบบแปรผันตรงกันกลุ่มตัวอย่างไม่รู้สึกละเครียดเนื่องจากเกิดความเคยชินต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและเข้าใจอาการของโรคเบาหวานที่เป็นอยู่หากระดับน้ำตาลสูงขึ้นก็จะทำใจไม่เครียดและปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลให้ดี

สรุปผลการวิจัย

1. อัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ในภาพรวม คิดเป็นร้อยละ 8.08 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงระดับน้อย

2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ได้แก่กลุ่มอายุรายได้ต่อเดือนของครอบครัว ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ชนิดของยาเบาหวานที่ใช้ และ ดัชนีมวลกาย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างใกล้ชิดในกลุ่มผู้สูงอายุหรือมีโรคร่วมทางกาย และผู้ที่มีระยะเวลาป่วยเบาหวานนานมากกว่า 11 ปี เพื่อชะลอภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน สามารถเข้ารับการรักษาได้ทัน และป้องกันไม่ให้เกิดอาการซึมเศร้าในระดับที่สูงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเชิงลึก เช่น ผลการติดตามการรักษาหลังได้รับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีอาการระดับน้อยถึงรุนแรง

2. ควรมีการวิจัย ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อใช้ในการวางแผนดูแล ค้นหา รักษาภาวะซึมเศร้า ร่วมกับการลดปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก ดร.นาถนิตดา มรกตศิริวรรณ ที่ได้ให้คำปรึกษา แนะนำขั้นตอนกระบวนการศึกษา ตรวจสอบแก้ไขความถูกต้อง ข้อบกพร่องของเนื้อหา ด้วยความเอาใจใส่เป็นพิเศษ ซึ่งในผลงานการศึกษานี้ในครั้งนี้มีผลสัมฤทธิ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเพ็ญทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลที่สมบูรณ์ ให้ความร่วมมือเก็บแบบสอบถาม ขอขอบคุณ ครอบครัว ที่ให้กำลังใจและความช่วยเหลือในการศึกษาวิจัยมาโดยตลอด

สุดท้ายขอขอบคุณผู้ป่วยเบาหวานที่ให้ความกรุณาตอบแบบสอบถาม ซึ่งผู้ศึกษาขอรำลึก และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560 (พิมพ์ครั้งที่ 3). ปทุมธานี : บริษัท ร่มเย็นมีเดีย จำกัด, 2560.

2. Arunpongpaissal, S., Kongsuk, T., Maneethorn, N., Maneethorn, B., Wannasawek, K., and Leejongpermpoon, J.(2009). Development and Validity of Two-Question Screening test for Depressive Disorders in Northeastern Thai Community. *Asian J Psychiatr*, 2, 149-52. (In Thai)
3. Kongsuk, T., Kenbubpha, K., Sukhawaha, S., Yingyuen, R., Sukjai, S., and Leejongpermpoon. (2008). The Development and Validity of the 9-Question Depressive Disorder Diagnostic test in Thai I-San Dialects. Proceedings of The WPA Thematic Conference on Depression and Other Common Mental Disorders in Primary Care, Held in Spain, Granada, from June 18th to 21th, 2008; *The 11th Congress of the ASEAN Federation for Psychiatry and Mental Health 26th-29th August*, Thailand. Bangkok. (In Thai)
4. เกสร ไชยวุฒิ. การปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสันติสุข จังหวัดน่าน [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2552.
5. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน .พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพมหานคร.บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด. 2560
6. วิจิพันธุ์ ธาณิรัตน์.ความชุกของภาวะซึมเศร้าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คลินิกคอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.[วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร].สุขภาพจิต.บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2551.
7. วิทยา พลลีลา . ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลของจังหวัดบึงกาฬ. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2556 ;3(1) : 62-71
8. พิรุณี สัพโส. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพังโคน. ศรีนครินทร์เวชสาร2553 ; 25(4) : 272-9
9. สุภาวณี ประมวลวงศ์. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครปฐม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต], สุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2548
10. รุ่งกิจ ปินใจ.ผลของแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อการเข้าถึงบริการและการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง โรงพยาบาลรื่องกวาง อำเภอรื่องกวาง จังหวัดแพร่. วารสารวิจัยพัฒนาระบบงานสาธารณสุขแพร่2561;8(7):61-70
11. พรหมพิไล วิริยะ และ กิตติพร เนาว์สุวรรณ. สถานการณ์โรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ใน อ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560 ;4(ฉบับพิเศษ).S1-18
12. นิตยา จรัสแสง,ศิริพร มงคลถาวรชัย,เพชรรัตน์ บุตะเขียว,สมลักษณ์ บุญจันทร์,พรนิภา หาญละครและสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย2555 ;57 (4) : 439.
13. ศุภพงศ์ ไชยมงคล. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลคอนสาร. ชัยภูมิเวชสาร2559 ;(36)
14. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ,ยุพา ถาวรพิทักษ์,วรลักษณ์ กิตติวัฒน์ไพศาล,อิงกญา โคตรนารา,เนตรชนก แก้วจินทา.ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2557;59(3): 287-298
15. สามารถ นิธินันท์ และคณะ.ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคลมชักใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสาร จดหมายเหตุทางการแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ 2550 ;32-36.
16. ชลวิภาสุลัทธิกษณานุรักษ์,วโรดมใจสนุก,เบญจามุคตพันธุ์. ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและความเครียดกับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลน้ำพองจังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร2559 ; 31(1) :34-46

การพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว จังหวัดศรีสะเกษ

Development of Family Care Team in Sisaket Province

ลำพูน วรจักร¹

Lumpoon Vorachak¹

Received: February 12 ,2021 ; Accepted: March 24 ,2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยฉบับนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลสถานการณ์ปัจจุบันการดำเนินงาน ทีมหมอครอบครัวและพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวในพื้นที่ จังหวัดศรีสะเกษ เก็บรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้ให้บริการในทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน จำนวน 200 คน (2) ผู้รับบริการ หรือญาติผู้ดูแล จำนวน 140 คน และ (3) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 56 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามประเมินผลการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว แบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้รับบริการ การสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า การประเมินผลสถานการณ์ปัจจุบัน ดังนี้ (1) ด้านบริบท ทีมหมอครอบครัวมีความเหมาะสม และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน (2) ด้านปัจจัยนำเข้า ภาวการณ์ช่วยเหลือมีส่วนร่วมดี บุคลากรรับรู้แนวทางและสามารถนำสู่การปฏิบัติได้ (3) ด้านกระบวนการ มีการวางแผน ดำเนินงานได้ดี (4) ด้านผลผลิต ที่ได้จากการดำเนินงานในภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 0.88$, $S.D. = 0.30$) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การมีภาวะผู้นำแท้จริง การบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ การสร้างและการมีส่วนร่วมของเครือข่าย การพัฒนาคุณภาพ บริการและระบบส่งต่อที่มีคุณภาพ การบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ ด้านการวิเคราะห์แนวทางการพัฒนาการดำเนินงาน ทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ได้แก่ (1) เสริมสร้างความเข้มแข็งระบบสุขภาพปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัว โดยพัฒนาทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครต้นแบบ (2) พัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการ พัฒนาระบบ Smart Hospital เพิ่มประสิทธิภาพการใช้เตียงรวมทั้งภาครัฐและเอกชน (3) พัฒนาศักยภาพสถานบริการ โดยการเพิ่มศักยภาพ โรงพยาบาลแม่ข่าย และการพัฒนาระบบส่งต่อส่งกลับร่วมกัน (4) พัฒนาระบบสนับสนุนการบริการและบริหารสุขภาพที่สำคัญ โดยพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ภายหลังการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว ผลประเมินผลกระทบ พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก ($M = 4.26$, $S.D. = 0.61$) และคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ อยู่ในระดับ ปานกลาง ($M = 3.48$, $S.D. = 0.64$) ข้อเสนอแนะ ควรเพิ่มช่องทางการสื่อสาร และสนับสนุนทรัพยากรให้กับทีมหมอ ครอบครัวในระดับพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การดำเนินงานทีมหมอครอบครัวคุณภาพมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาทีมหมอครอบครัว; การประเมินผล

Abstract

This research is a Mixed Methods Research. The objective is to assess the current situation, the Family Care Team operation and the development of the Family Care Team **operations in Sisaket province**. Data were collected from 3 sample groups which are (1) Service providers in the Family Care Team at the district, sub-district and community levels, totaling 200 people. (2) 140 people are service recipients or relative carers and (3) 56 people are qualitative data providers. The research instruments were the Family Care Team Performance Assessment Questionnaire, Satisfaction Questionnaire, Quality of Life Questionnaire, Semi-Structured Interview and group discussion. Analyze the quantitative data by using descriptive statistics consist of Mean, Percentage, Standard Deviation. And qualitative data analysis by content analysis.

The results revealed that the current situation evaluation is as follows: (1) The Family Care Team's context is appropriate and responds to the needs of the people (2) Importing factors: Network partners are good participants. Personnel is aware of the guidelines and

¹ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

can put into action. (3) Process: Having a good operational plan, (4) The overall output from operations The average values were at the medium level ($M = 0.88$, $S.D. = 0.30$) Qualitative data analysis results found that the key success factors comprise as true leadership, Systematic management, network creation, and participation, quality of service development and quality referring system, strategic management. In terms of analysis, the development guidelines of the Family Care Team consist of 4 strategies which are (1) Strengthening primary health systems and the Family Care Team by developing a multidisciplinary team and model volunteers. (2) Improve the efficiency of services, develop Smart Hospital systems, increase the efficiency of shared beds in both the public and private sectors. (3) Developing the capacity of the service place by increasing the capacity of Node Hospital and developing a referral forward system together. (4) Develop important health service support systems and administration by developing information technology systems after developing the operations of the Family Care Team. The impact assessment found that Hie satisfaction of Service Provider are at a high level ($M = 4.26$, $S.D. = 0.61$). and the quality of life of Service Provider are Moderate level ($M=3.48$, $S.D. =0.64$) Suggestions should increase communication channels and supporting resources for Family Care Team at the local level. To lead the Family Care Team's operations with quality, efficiency, and sustainability.

Keywords: Development of Family Care Team; Evaluation

บทนำ

พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2554 หมวด 16 มาตรา 42 กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพของประชาชน⁽¹⁾สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ จึงมีบทบาทสำคัญในการจัดการระบบ บริการสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ต่าง ๆ ให้สามารถเข้าถึงและใช้บริการได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียมกัน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและท้องถิ่นห่างไกล ซึ่งมีภารกิจหลักในการบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานใน ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค ทั้งในสถานบริการเชิงรับและสถานบริการเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบ⁽²⁾ ซึ่งการพัฒนาาระบบสุขภาพ ของประเทศไทยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดความก้าวหน้าระดับหนึ่งในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ ปานกลางขั้นสูง (Middle-income Countries) สามารถเป็นแบบอย่างสำหรับหลายประเทศ ในการให้บริการ ประชาชน มีหน่วยบริการและบุคลากร ตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ แต่

ทว่าระบบ สาธารณสุขไทยกำลังเผชิญกับสิ่งที่ท้าทายหลากหลายด้าน อาทิ ความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเคลื่อนย้ายแรงงาน ยาวไกล และเทคโนโลยีที่ราคาแพง สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผล ต่องบประมาณภาครัฐและคุณภาพบริการ⁽³⁾

กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการทำงานระบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board : DHB) เพื่อสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง โดยมีปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาต่อ ยอดให้เกิดความยั่งยืน ได้แก่การมี “ทีมหมอครอบครัว”(Family Care Team) ที่เกิดจากความ ร่วมมือร่วมใจของทุกภาคส่วนกับบุคลากรสุขภาพวิชาชีพต่าง ๆ แบบบูรณาการและประสานงานแบบ เครือข่าย เพื่อร่วมขับเคลื่อนบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพไปสู่ประชาชนทุกกลุ่มวัย ทุกครอบครัวและทุกชุมชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽⁴⁾เป็นหลักการลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดความ เหลื่อมล้ำในสังคม เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการของประชาชนให้เท่าเทียมและทั่วถึง โดยเฉพาะประชาชน กลุ่มผู้ด้อยโอกาสและอยู่ในพื้นที่ห่างไกล⁽⁵⁾ นโยบายทีมหมอครอบครัว ได้ถูกถ่ายทอดเพื่อ

นำไปสู่การปฏิบัติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ทีมหออกรับระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน มีบทบาท ในการดูแลให้คำปรึกษา เสมือนเป็นหนึ่งในเพื่อนสนิทหรือญาติมิตรมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้รับการดูแลที่ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การรักษาการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง⁽⁶⁾ สอดคล้องตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับประชามติปี พ.ศ.2559 หมวด 16 มาตรา 258 (ข) ด้านอื่น ๆ โดยกำหนดให้การแพทย์ปฐมภูมิมี แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ตลอดจนแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ของรัฐบาลแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสุขภาพ) ด้วยความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ สุขภาพดี (PP&P Excellence) บริการดี (Service Excellence) คนดี (People Excellence) และ บริหารดี (Governance Excellence) สู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ด้วยแนวคิด บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยีโดย ทีมหออกรับครัว เกิดการดูแลที่มีคุณค่า เชื่อมันศรัทธาต่อระบบบริการสาธารณสุข ประชาชนทุกกลุ่มวัยเกิดการสร้างสุขภาพ จากภายใน (Self-care) ผู้ครอบครัวและสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน⁽⁴⁾

การดำเนินงานทีมหออกรับครัว ของแต่ละพื้นที่ย่อมมีบริบทที่แตกต่างกัน อีกทั้งนโยบายทีมหออกรับครัวเป็นแนวคิดที่การทำงานร่วมกันของหลายฝ่ายทั้งในส่วนองสาธารณสุข ชุมชนและท้องถิ่น อาจมีความพร้อมและศักยภาพการดำเนินงานแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามจากการประเมินผลการพัฒนาทีม หออกรับครัวของสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁽⁴⁾จากประสบการณ์ ของผู้รับบริการพบว่า

ร้อยละ 59 คือทีมหออกรับครัวที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในทีมเดียวกับหมอที่รักษาประจำ ในโรงพยาบาล สะท้อนให้เห็นจุดเด่นของโครงสร้างทีมในลักษณะการบริการแบบไร้รอยต่อรูปแบบ การทำงานของทีมหออกรับครัวในการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน มีความสัมพันธ์กับด้านบริการระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานอื่นด้านบวก พบว่า การทำงานแบบทีมหออกรับครัวทำให้เปลี่ยน วิธีการทำงานเป็นทีม มีการสื่อสาร และประชุมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น⁽⁷⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมยศ ศรีจารนัยและคณะ⁽⁸⁾ ที่พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จ 3 ประการได้แก่ (1) การบูรณาการดี (Integration) คือการบูรณาการทีมหออกรับครัวเข้าด้วยกันกับงานอื่น ๆ อย่างมีเป้าหมาย (2) มีการเรียนรู้ (Learning) คือ การคิดวิเคราะห์ เพื่อทำความเข้าใจและพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้เหมาะกับบริบทของพื้นที่และ (3) มีแผนปฏิบัติงาน (On tract) การกำหนดแผนยุทธศาสตร์ทุกระดับ เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้การดำเนินงาน ติดตาม ประเมินผลมีทิศทางที่ชัดเจน

จังหวัดศรีสะเกษ ได้มีการดำเนินงานทีมหออกรับครัวมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 เพื่อการดูแลกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 22 อำเภอ 206 ตำบล 254 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 พื้นที่นำร่อง ระยะที่ 2 ครอบคลุมร้อยละ 50 และ ระยะที่ 3 ครอบคลุมร้อยละ 100 มีการแต่งตั้งทีมหออกรับครัวระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน และมีประชากรในความรับผิดชอบที่ชัดเจน และในปี พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา ได้มีการดำเนินงานทีมหออกรับครัวอย่างเต็มรูปแบบ เพื่อให้บริการเชิงรุกดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวมและต่อเนื่อง ในกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล เด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการ และ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลระดับ

ประคอง (Palliative Care) โดยการรวมพลังสังคมจากภาคี เครือข่ายต่าง ๆ และทีมหมอบรรเทาชีวิตระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน ของในแต่ละพื้นที่ร่วมดำเนินการ ซึ่งจากรายงานสรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงาน ในเบื้องต้น พบว่า ยังมีข้อจำกัดและปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย ใน การศึกษานี้เพื่อให้ได้ข้อมูลสารสนเทศเชิงประจักษ์ที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานทีมหมอบรรเทาชีวิตในพื้นที่ โดยเฉพาะในส่วน ของกลุ่มเป้าหมาย ผู้รับบริการ รวมทั้งปัจจัยแห่งความสำเร็จ และแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอบรรเทาชีวิต ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ที่จะศึกษาวิจัยเรื่อง “การพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอบรรเทาชีวิต จังหวัดศรีสะเกษ ” โดยใช้กรอบโมเดล CIPP เพื่อประเมินผลสถานการณ์ปัจจุบัน พัฒนาการดำเนินงานทีมหมอบรรเทาชีวิต อย่างเป็นระบบครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต⁽⁹⁾และนำ ผลการวิเคราะห์ที่ได้ ร่วมกับแนวทางการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มาสังเคราะห์เสนอแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอบรรเทาชีวิต จังหวัดศรีสะเกษ และดำเนินการประเมินผลกระทบการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอบรรเทาชีวิต เพื่อการเพิ่มประสิทธิภาพ คุณภาพ และเกิดความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. . เพื่อประเมินผลสถานการณ์ปัจจุบันการดำเนินงานทีมหมอบรรเทาชีวิต จังหวัดศรีสะเกษ
 2. . เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอบรรเทาชีวิต จังหวัดศรีสะเกษ
 3. . เพื่อประเมินผลกระทบหลังจากการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอบรรเทาชีวิต จังหวัดศรีสะเกษ
- ระเบียบวิธีวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยผสมผสาน (Mix Method Research) ที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง เชิงปริมาณ (Quantitative Data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกัน ได้แก่

- (1) การประเมินผลสถานการณ์ ปัจจุบันการ

ดำเนินงานทีมหมอบรรเทาชีวิต จังหวัดศรีสะเกษ ในด้านบริบท (Context) ด้าน ปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลผลิต (Product) (2) การสังเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานทีมหมอบรรเทาชีวิต และเสนอผลจากการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอบรรเทาชีวิต

1. . ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1.1 -----ประชากร จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้รับบริการหรือญาติผู้ดูแล ผู้วิจัย กำหนดประชากร ดังนี้ (1) กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานหน้าพื้นที่ในทีมหมอบรรเทาชีวิต ในพื้นที่ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน กลุ่มผู้รับบริการหรือญาติผู้ดูแล ได้แก่ กลุ่มเป้าหมายทีมหมอบรรเทาชีวิต 5 กลุ่ม ดังนี้ ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแลเด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการและผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลประคับประคอง หรือญาติผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่นำร่องการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอบรรเทาชีวิตจังหวัดนครราชสีมา ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

1.1.2 -----กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ให้บริการ ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะเฉพาะ และเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย⁽¹⁰⁾ ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานหน้าพื้นที่ ในทีมหมอบรรเทาชีวิตในพื้นที่ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่มาแล้ว ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และเคยมี ประสบการณ์ในการดูแลกลุ่มเป้าหมายมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง สัมภาษณ์เข้าร่วม โครงการวิจัยและยินดีตอบแบบสอบถาม จำนวน 200 คน ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ (1.1) ผู้บริหารระดับอำเภอ 20 อำเภอ ๆ ละ 2 คน รวมเป็น 40 คน (1.2) ผู้ปฏิบัติงานหน้าพื้นที่ในทีมหมอบรรเทาชีวิตระดับอำเภอสาขาวิชาชีพต่าง ๆ รวม 6 สาขา วิชาชีพ ๆ ละ

1 คน จำนวน 20 อำเภอ รวมเป็น 120 คน (1.3) ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมหมอกรอบครัวระดับตำบล 20 แห่ง ๆ ละ 1 คน รวมเป็น 20 คน (1.4) ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมหมอกรอบครัวระดับชุมชน รพ.สต.20 แห่ง ๆ ละ 1 คน รวมเป็น 20 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้รับบริการหรือญาติผู้ดูแล ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง เพื่อให้กลุ่ม ตัวอย่างมีลักษณะเฉพาะและเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย⁽¹⁰⁾จากกลุ่มเป้าหมายทีมหมอกรอบครัว 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแลเด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการและผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลประคับประคอง หรือ ญาติผู้ดูแล ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่การดำเนินงานทีมหมอกรอบครัว จังหวัดศรีสะเกษ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 140 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ (1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยและระบุโดยพื้นที่ศึกษาว่าเป็นกลุ่มเป้าหมายทีมหมอกรอบครัว (2) เป็น กลุ่มเป้าหมายที่เคยได้รับการดูแลโดยทีมหมอกรอบครัวมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง (3) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสาร ภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและยินยอมตอบแบบสอบถาม (4) กรณีเป็นญาติหรือ ผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้รับบริการในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย โดยอาจจะเป็นญาติที่ช่วยเหลือดูแลช่วยเหลือโดยตรงหรือเป็นผู้ที่รู้เห็นการดูแลของ ทีมหมอกรอบครัวต่อญาติของตนมาโดยตลอด

1.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1.2.1 ---- แหล่งข้อมูล ได้แก่ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานทีมหมอกรอบครัว จังหวัดศรีสะเกษ

1.2.2 ---- ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานทีมหมอกรอบครัว จังหวัดศรีสะเกษ

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง จากผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานหรือ ปฏิบัติ

ตามบทบาทหน้าที่ของทีมหมอกรอบครัวมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและ ยินดีให้ข้อมูล กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการเข้าถึงในเรื่องเวลา งบประมาณ⁽¹⁰⁾ และการอึดตัวของข้อมูล⁽¹¹⁾ เพื่อเป็นตัวแทนทีมหมอกรอบครัวระดับอำเภอ ตำบลและชุมชน 20 อำเภอ ๆ ละ 2 คน รวมเป็น 40 คน สำหรับการสนทนาอภิปรายกลุ่ม (Focus Group)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามการประเมินผลสถานการณ์ปัจจุบัน การดำเนินงานทีมหมอกรอบครัว ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก กรอบแนวคิด CPP Model ของ Stufflebeam⁽⁹⁾ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม การประเมินผล และ วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันการดำเนินงานทีมหมอกรอบครัว แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท จำนวน 5 ข้อ ด้านปัจจัยนำเข้า จำนวน 18 ข้อ ด้านกระบวนการ จำนวน 18 ข้อ และด้าน ผลผลิต จำนวน 8 ข้อ รวมทั้งสิ้น จำนวน 49 ข้อ (2) แบบ สอบถาม ความพึงพอใจของผู้รับ บริการ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ จำนวน 16 ข้อ (3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการจำนวน 20 ข้อโดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบประเมินคุณภาพ ชีวิตที่สร้างขึ้นเพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาที่ใช้มาตรการอย่างหนึ่งอย่างใด ฉบับภาษาไทยของ องค์การอนามัยโลก (WHO) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข⁽¹²⁾(4) แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง และแบบสนทนากลุ่ม ใช้ชุดข้อคำถามเดียวกัน ซึ่งประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ (4.1) สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดำเนินงานทีมหมอกรอบครัวในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย (4.2) ปัญหาและอุปสรรค ในการ

ดำเนินงานทีมหมอครอบครัวเพื่อดูแลกลุ่มเป้าหมาย (4.3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานทีม หมอครอบครัว (4.4) ข้อเสนอแนะ

3. . การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1 การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยวิธีการหาค่าดัชนี ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Item Content Validity Index, I-CVI) และความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity for Scale, S-CVI)^(13,14) โดยการนำแบบสอบถาม การประเมินผลและวิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจุบันการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของ ผู้รับบริการ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบสนทนา ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อทำ การตรวจสอบความสอดคล้องเนื้อหาและหลักวิชาการ จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้างไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นและเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยแบบสอบถามประเมินผล การดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว มีค่า CVI ทั้งฉบับ เท่ากับ 0.85 แบบสอบถามความพึงพอใจ ของผู้รับบริการ มีค่า CVI ทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของ ผู้รับบริการ มีค่า CVI ทั้งฉบับ เท่ากับ 0.88

3.2 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมหมอครอบครัว ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น โดยแบบสอบถาม

ประเมินผลและวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน การดำเนินงานทีมหมอครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84

สำหรับแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแบบสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยนำฉบับที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้รับบริการหรือญาติผู้ดูแล ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียง กับกลุ่มตัวอย่าง (นอกเหนือจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่กำหนดไว้) จำนวน 5 ราย นำข้อมูลที่ได้และปฏิกิริยาของ ผู้ให้ข้อมูลมาแก้ไขและปรับปรุง ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่าง

4. . การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถาม

ประเมินผลการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว จำนวน 200 ชุด แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ จำนวน 140 ชุด และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ จำนวน 56 ชุด นำมาหาคะแนนและลงรหัสข้อมูลคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ค่าแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (Standard deviation)

4.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบสนทนา ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยมีขั้นตอน ดังนี้ (1) จัดทำดัชนีข้อมูล (Indexing) เพื่อดึงข้อมูล ที่เป็น Keyword ที่มีความหมายเกี่ยวกับการ ดำเนินงานทีมหมอครอบครัว (2) การจัดกลุ่มข้อมูล (Clustering) ที่ได้จากแบบ การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแบบการสนทนา (3) วิเคราะห์สรุปประเด็น (Thematically analysis) (4) พิสูจน์บทสรุป (Verifying Conclusion) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและ

ความน่าเชื่อถือของ ข้อมูลโดยการทวนสอบข้อมูลกับ
กลุ่มผู้ให้ข้อมูลก่อนสรุปเป็นข้อค้นพบ

การปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็น
มนุษย์สิทธิประโยชน์ ความยุติธรรม และความถูกต้อง
โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ รับรอง
ระหว่างวันที่ 3 มกราคม 2562 ถึง 2 มกราคม 2563 และ
ได้รับอนุญาตขยายเพิ่มถึง 2 มกราคม 2564 ซึ่งผู้วิจัย
ได้ชี้แจง การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัย
โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย
ด้วย ตนเอง ข้อมูลที่ได้จะถือว่าเป็นความลับ และกลุ่ม
ตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีเงื่อนไขและ
ผลเสียใดเกิดขึ้น

ผลการวิจัย

1. . ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิจัย พบว่า ทีมหมอครอบครัวที่ร่วม
ดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ ส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่
ระดับตำบล ร้อยละ 60.00 ระดับอำเภอ ร้อยละ 32.00 และ
ระดับชุมชน ร้อยละ 8.00 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.00
และเพศชาย ร้อยละ 34.00 ส่วนใหญ่ ส่วนใหญ่มีอายุ
มากกว่า 48 ปี ร้อยละ 40.00 และอายุระหว่าง 38-48 ปี
ร้อยละ 34.50 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 65.50 จบการศึกษา
ระดับ ปริญญาตรี ร้อยละ 67.00 เป็น นักวิชาการ
สาธารณสุข ร้อยละ 27.06 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ
21.50 และเป็นทีมผู้บริหารหน่วยงาน ร้อยละ 23.50 สังกัด
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 57.00 และ
โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 28.50

2. . ผลประเมิน การดำเนินงาน ทีม หมอ
ครอบครัวในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ

2.2 ด้านบริบท พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ใน
ระดับ (M = 3.94, S.D. = 0.61) โดยข้อที่มี ค่าเฉลี่ยสูงสุด
ได้แก่ การดำเนินงานทีมหมอครอบครัวในพื้นที่ที่มีความ
สอดคล้องโดยตรงกับนโยบายของรัฐบาล โดยมี ค่าเฉลี่ย

อยู่ในระดับมาก (M = 4.05, S.D. = 0.64) รองลงมา ได้แก่
การดำเนินงาน ทีม หมอครอบครัวในพื้นที่ที่มีความ
สอดคล้องโดยตรงกับนโยบายของรัฐบาล โดยมีค่าเฉลี่ย
อยู่ในระดับมาก (M = 4.04, S.D. = 0.54) และ ส่วนข้อที่มี
ค่าเฉลี่ย ต่ำสุด ได้แก่ ทีมหมอครอบครัวประโยชน์และ
ข้อจำกัดไว้อย่างชัดเจน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (M
= 3.75, S.D. = 0.60)

2.3 ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวม
อยู่ในระดับมาก (M = 3.70, S.D. = 0.67) และ เมื่อ
พิจารณารายด้าน พบว่า รายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่
ด้านเทคนิคและวิธีการดำเนินงาน ค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับ
มาก (M = 3.92, S.D. = 0.56) รายด้านรองลงมา ได้แก่ การ
รับรู้และการนำไปปฏิบัติโดยมี ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก
(M = 3.91, S.D. = 0.60) รายด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่
การสนับสนุน งบประมาณ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปาน
กลาง (M = 3.45, S.D. = 0.78) ส่วนข้อย่อยที่มีค่าเฉลี่ย
สูงสุด ได้แก่ มีการสื่อสารชี้แจงแนวทางการปฏิบัติทุก
ระดับอย่างชัดเจน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (M =
3.96, S.D. = 0.60) ข้อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การ
จัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานมีความเหมาะสม
โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.25, S.D. =
0.95)

2.4 ด้านกระบวนการ พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่
ในระดับมาก (M = 3.67, S.D. = 0.72) และเมื่อพิจารณา
รายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านการกำกับและ
ติดตามประเมินผล มีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก (M = 3.72,
S.D. = 0.71) ส่วนรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การ
วางแผนดำเนินการ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง
(M = 3.55, S.D. = 0.73) ในส่วนข้อย่อย ข้อย่อยที่มี
ค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การสอนและกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วย
และญาติสามารถ ดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องโดยมี
ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (M = 3.91, S.D. = 0.63) และข้อ

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ประชุมชี้แจงทีมหมอครอบครัวให้มีความรู้และเข้าใจบทบาทภารกิจได้อย่างชัดเจน และ ประสานชี้แจงเผยแพร่ข้อมูล ความรู้ และ รายละเอียดเกี่ยวกับ นโยบายฯ ให้ประชาชน หรือ กลุ่มเป้าหมายได้รับทราบข้อมูล โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.52$, $S.D. = 0.72$)

2.5 ด้านผลผลิต พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 0.88$, $S.D. = 0.30$) ข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ มีฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายทีมหมอครอบครัวครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 0.96$, $S.D. = 0.20$) รองลงมา ได้แก่ มีอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุในชุมชนครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 0.95$, $S.D. = 0.27$) สำหรับข้อข้อ ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ มีรายงานสรุปการประชุมทีมหมอครอบครัวครบทุกครั้ง โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ใน ระดับมาก ($M = 0.68$, $S.D. = 0.47$)

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อค้นหาแนวทางการพัฒนาการดำเนินงาน ทีมหมอครอบครัว จังหวัดศรีสะเกษ สรุปดังนี้ (1) การดูแล ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล เด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการและผู้ป่วยที่ต้องการดูแลระดับประคับประคอง โดยการมีส่วนร่วมของ ภาาิ เครือข่ายและทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ตำบล และ ชุมชน กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้เรียนรู้เกี่ยวกับ กระบวนการทำงานแบบบูรณาการและประสานประโยชน์ร่วมกับภาาิ เครือข่ายระดับต่าง ๆ อย่างเป็น รูปธรรม (2) อุปสรรคในการดำเนินงาน ทีม หมอ ครอบครัว ในการดูแล กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีความ คิดเห็นว่า ในด้าน บุคลากร กระบวนการทำงานในพื้นที่มีมากขึ้น บุคลากร ไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน ภาระงานด้านการบันทึก ข้อมูลมีมาก ส่งผลให้การบริการเชิงรุกการติดตาม และ ประเมินผลการดูแล กลุ่มเป้าหมายลดลง (3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว กลุ่มผู้ให้

ข้อมูลมีความ คิดเห็นว่า สิ่งสำคัญได้แก่ (3.1) หน่วย บริการปฐมภูมิจะต้องมีความเข้มแข็ง ผู้บริหารเป็นมือ อาชีพ เอาใจใส่ ภาาิเครือข่ายทุกภาคส่วน (3.2) หน่วย บริการปฐมภูมิที่มีทีมหมอครอบครัวให้บริการเต็มรูปแบบ จะต้อง มี จำนวนบุคลากรและสัดส่วนที่เหมาะสม เพื่อสามารถให้บริการประชาชนได้อย่างทั่วถึง (3.3) การ พัฒนา ศักยภาพสถานบริการเพื่อสนับสนุนการทำงาน ของทีมหมอครอบครัวในทุกพื้นที่ โดยการ พัฒนา ศักยภาพ โรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้สามารถเป็นหน่วย รับส่งต่อผู้ป่วย ให้คำปรึกษา เป็นพี่เลี้ยง สนับสนุน ทรัพยากร การกำกับติดตามประเมินผล (3.4) การพัฒนา ระบบสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิและทีมหมอ ครอบครัว ได้แก่ ระบบการเงินการคลังหรือการจัดสรร ทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบ Lab หรือระบบทางห้องปฏิบัติการระบบ Logistic (4) ข้อเสนอแนะคือควรมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ ชัดเจน มีการประสานงานทุกระดับการวางแผนดูแล ร่วมกันในทีมสหวิชาชีพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

4. แนวทางการพัฒนาการดำเนินงานทีม หมอครอบครัว จังหวัดศรีสะเกษ

ผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลจากการประเมินสถานการณ์ ปัจจุบันการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว และผลการ วิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม โดย เสนอให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์เรียนรู้ ด้านเวช ศาสตร์ครอบครัวเพื่อพัฒนาระบบปฐมภูมิและทีมหมอ ครอบครัว จังหวัดศรีสะเกษ ประชุมกำหนด ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จและยุทธศาสตร์การพัฒนาทีมหมอครอบครัว สรุปแนวทางการพัฒนาทีมหมอ ครอบครัว ดังนี้

4.1 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาทีม หมอครอบครัว (1) ผู้นำทีมหมอครอบครัวต้องมีภาวะ ผู้นำที่แท้จริง โดยสร้างคุณลักษณะที่มีความพร้อมต่อการ พัฒนา มีทิศทางที่ชัดเจน (2) ต้องมีการบริหารและ การ

จัดการทีมหมอบรรลุอย่างเป็นระบบ การสร้างและพัฒนาเครือข่ายพัฒนางาน (3) ต้องมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่าย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ (4) ต้องทำงานตามกระบวนการ โดยดำเนินการตามแผนและเป้าหมายที่ตั้งไว้ มีการใช้แนวคิด 1A4C คือ บริการทุกคน (Accessibility) บริการทุกอย่าง (Comprehensive Care) บริการทุกที่ (Continuous Care) บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี (Coordinating Care, First Contact Care) ต้องมีการจัดการด้านการเงินอย่างเป็นระบบ (5) ต้องมีการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ โดยทบทวนยุทธศาสตร์ และมาตรการของการพัฒนาคลินิกหมอบรรลุทุกระดับ

4.2 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพ ปฐมภูมิและทีมหมอบรรลุ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีเป้าหมาย ได้แก่ “เพิ่มประสิทธิภาพการบริการของทีมหมอบรรลุ โดมนุ่มประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อการลดแออัดในโรงพยาบาล” ประกอบไปด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความเข้มแข็ง ระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการ ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาศักยภาพ สถานบริการ ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบสนับสนุน

นํ้าปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาทีมหมอบรรลุและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบ ปฐมภูมิ และทีมหมอบรรลุ จังหวัดศรีสะเกษ ไปถ่ายทอด ในเวทีประชุมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้าน สุขภาพ เวทีประชุมผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานคลินิกหมอบรรลุ หรือผู้แทนทีมหมอบรรลุ และหัวหน้างานแผนงานของโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมในระดับพื้นที่ต่อไป

5. ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.26$, $S.D. = 0.61$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้าน

ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านความสะดวกด้านบริการ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.29$, $S.D. = 0.62$) ด้านรองลงมา ได้แก่ ความเป็นกันเอง เป็นมิตร เต็มใจดูแล ($M=4.28$, $S.D. = 0.60$) ด้านความเป็นธรรมชาติและประหยัดค่าใช้จ่าย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M=4.24$, $S.D. = 0.60$) และ ด้านคุณภาพการดูแลของทีมหมอบรรลุ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.24$, $S.D. = 0.64$) ในส่วนข้อย่อย ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ทีมหมอบรรลุให้การดูแลด้วยความใกล้ชิด เป็นกันเอง โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M=4.39$, $S.D.=0.58$) รองลงมา ได้แก่ ทีมหมอบรรลุเต็มใจให้การดูแลและให้คำปรึกษา โดยมีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก ($M=4.37$, $S.D. = 0.57$) และการดูแลของทีมหมอบรรลุช่วยให้ผู้ป่วย ครอบครัว มีกำลังใจที่ดีขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M=4.35$, $S.D.= 0.57$) ข้อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยระดับต่ำ ได้แก่ การดูแลของทีมหมอบรรลุช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.06$, $S.D. = 0.74$)

6. ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.48$, $S.D. = 0.64$)

โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ รู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายอยู่ในระดับมาก ($M = 4.18$, $S.D. = 0.61$) ข้อรองลงมา ได้แก่ พอใจกับการช่วยเหลือที่ได้รับจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและทีมหมอบรรลุ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.16$, $S.D. = 0.60$) และพอใจกับการช่วยเหลือที่ได้รับจากทีมหมอบรรลุ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.07$, $S.D.= 0.60$) ส่วนข้อที่

มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด มีเงินเพียงพอใช้จ่ายตาม ที่ท่านต้องการ
มี ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.93, S.D. = 0.85$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. การประเมินผลการดำเนินงานทีมหมอ
ครอบครัว จังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยใช้กรอบของ
CIPP

Model ในการอภิปรายผล ดังนี้

- 1.1 ด้านบริบท ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ย
โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะทีมหมอ
ครอบครัว

ตอบสนองต่อความต้องการและแก้ไขปัญหาของ
ประชาชน ทั้งนี้อาจ เนื่องมาจากทีมหมอบริการ ได้
เกิดขึ้นจากแนวคิดของรัฐบาลในการแก้ไขปัญหาการ
เข้าถึงบริการ สุขภาพของประชาชน ให้เท่าเทียมและ
ครอบคลุม จะเห็นได้จากการที่มีทีมหมอบริการ
ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี 2559
กำหนดให้ระบบการแพทย์ปฐมภูมิมีแพทย์เวชศาสตร์
ครอบครัว ดูแลประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะ ประชาชน
กลุ่มผู้ด้อยโอกาสและอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ทีมหมอ
ครอบครัวจึงสอดคล้องกับความต้องการของ ประชาชน
สอดคล้องกับผลการศึกษาของรวิวรรณ ภิริสมบุรณ์
และณภัทรกฤต ชันทวงศ์⁽¹⁵⁾พบว่า ด้านบริบท ของ
โครงการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง มีความเหมาะสมในระดับมาก ใน ประเด็นความ
สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน สามารถสนับสนุน
การดำเนินงานให้ได้รับผลผลิตตาม วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้
ตามความคาดหวังของผู้บริหารและคณะทำงานที่
เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษครั้งนี้ พบว่า
ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ประชุมชี้แจงทีมหมอ
ครอบครัวให้มีความรู้และเข้าใจบทบาทภารกิจได้อย่าง
ชัดเจน และประสานชี้แจงเผยแพร่ข้อมูล ความรู้ และ
รายละเอียดเกี่ยวกับ นโยบายฯให้ประชาชนหรือ

กลุ่มเป้าหมายได้รับทราบข้อมูล ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก
การถ่ายทอดการดำเนินงานทีมหมอบริการสู่การ
ปฏิบัติในระยะแรก อาจยังไม่ชัดเจนถึงทุกระดับ และ
บุคลากรผู้ปฏิบัติยังต้องการข้อมูลสารสนเทศเพิ่มเติม

1.2 ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่
ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านเทคนิควิธีการดำเนินงาน
พบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อาจเนื่องมาจากการนำแนวทาง
ทีมหมอบริการสู่การปฏิบัติขึ้นอยู่กับความพร้อมของ
แต่ละพื้นที่ และ ทุกพื้นที่มีต้นทุนเดิมสูง โดยเฉพาะการ
ดำเนินงานเชิงรุกดูแลผู้ป่วยและกลุ่มเป้าหมาย ที่แต่ละ
พื้นที่มี แผนการทำงานหรือรูปแบบการทำงานที่ใช้การบูร
ณาการกับงานเดิมที่ทำอยู่จริงและชัดเจน จึงสามารถ
พัฒนาต่อยอด ขยายผลได้มากขึ้น (สมยศ ศรีจารนัย และ
คณะ, ม.ป.ป.) และด้านการรับรู้และแนวทางปฏิบัติ ด้าน
เทคนิคและวิธีการที่พบว่ามีค่าเฉลี่ยในระดับมากรองลงมา
ซึ่งมีความสอดคล้องเป็นไป ตามความคาดหวังและ
แนวทางปฏิบัติของทีมหมอบริการ ที่เน้นการ
ขับเคลื่อนและพัฒนาทีม หมอบริการให้เป็นรูปธรรม
โดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชนในการจัดการ
สุขภาพ (มูลนิธิ แพทย์ชนบท, 2558) ผลการศึกษครั้งนี้
สอดคล้องกับ นิยมล กุมพชาติและคณะ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า การ
สร้างทีมที่เข้มแข็งและสร้างเครือข่าย ในการ
ดำเนินงานที่มาจากความร่วมมือทุกภาคส่วน ภายใต้การ
รับรู้และนำทีมหมอบริการ ไปปฏิบัติ ได้วางแผน
ดำเนินการ และแก้ไขปัญหาสาธารณสุข เป็นกลไกหนึ่ง
ในการพัฒนาระบบ สุขภาพอำเภอให้ประสบผลสำเร็จ
และ นิยมล บุญโสภณ และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า ปัจจัยแห่ง
ความสำเร็จ การพัฒนารูปแบบทีมหมอบริการในการ
ดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ของตำบลวังสาว อำเภอภูพาน
จังหวัด ขอนแก่น คือการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนและ
การทำความเข้าใจในธรรมชาติของผู้สูงอายุติดบ้าน และ
ด้านบุคลากรในการดำเนินการ พบว่า อยู่ในระดับปาน

กลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่ยัง ต้องการได้รับการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อไปวางแผนดำเนินงาน ได้เต็มที่

1.3 ด้านกระบวนการ พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านการกำกับและติดตาม ประเมินผล ทั้งนี้อาจเนื่องจากการมีระบบนิเทศเสริมพลัง ทีมหมอครอบครัว และระบบการพัฒนาคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ซึ่งต่อ ยอดมาจากการทำงาน ระบบสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประเทศไทยได้เริ่ม ดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2555 เป็นต้นมา และมีพัฒนาการ มาตามลำดับ ด้วยการเพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการ การนิเทศ ติดตาม กำกับ ประเมินผล เพื่อให้เกิดระบบ บริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง ซึ่งจังหวัดศรีสะเกษ ได้ ดำเนินการทีมหมอบริการอย่างต่อเนื่อง จึงนับว่ามี ต้นทุนการ ดำเนินการที่ดี การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ ณัฐวรรณ เข้มละมัย และสุณี หงส์วิเศษ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าด้าน กระบวนการส่งเสริมกิจกรรมให้สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ของโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลตะเคียนเตี้ย อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี มีความเหมาะสม สอดคล้องในระดับมาก และกิตติคุณ บัวบาน⁽¹⁹⁾ พบว่า โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ใน เครือข่ายเด็กไทยฟันดีมีกระบวนการที่ดีสามารถ ดำเนินการได้ตามแผน มีการบริหารจัดการได้ตาม มาตรฐาน แต่ยังคงขาดความต่อเนื่องในการกำกับติดตาม ประเมินผลที่แสดงถึงประสิทธิผลของโครงการ

1.4 ด้านผลผลิต พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง เนื่องจากการดำเนินงานตาม แผนงาน โครงการ ที่ทำให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพดีขึ้น จะ เกี่ยวข้องกับการวางแผนดำเนิน กิจกรรม การเลือก กิจกรรมที่คาดว่าจะทำให้ประสบผลสำเร็จ และการกำกับ ติดตามการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการได้รับการ จัดสรรทรัพยากรอย่างเพียงพอ จะทำให้การดำเนินงานมี ประสิทธิภาพมากขึ้น แต่จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ใน

ด้านกระบวนการ การกำกับติดตามและประเมินผลการ ดำเนินงานทีมหมอบริการอยู่ ใน ระดับมาก อีกทั้ง โครงการที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ จะ เกี่ยวข้องกับงบประมาณ จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยนำเข้า ด้านงบประมาณและความเพียงพอเหมาะสม ของอัตรากำลังด้านสาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการอภิปรายกลุ่มย่อย ที่พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตาม นโยบายทีมหมอ ครอบครัว ได้แก่การมีบุคลากรไม่เพียงพอต่อการ ดำเนินงาน ภาระงานด้านการบันทึกข้อมูลมีมาก ส่งผลต่อ การให้บริการเชิงรุกและการติดตามประเมินผลการ ดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ผล การศึกษานี้สอดคล้องกับ ณัฐวรรณ เข้มละมัยและสุณี หงส์วิเศษ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า ด้านผลผลิต เกี่ยวกับการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุมีการดูแลและการให้ความรู้ด้านสุขภาพ และจิตใจ มีความ เหมาะสมในระดับมาก สอดคล้องกับ สอดคล้องกับอุดม อัสวฒนางกูรและคณะ⁽²⁰⁾ที่พบว่า การ ดำเนินงานคุ้มครอง ผู้บริโภคภาคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี มี ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลผลิต อยู่ใน ระดับปานกลาง

2. การพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอบริการ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการ พัฒนาทีมหมอบริการ ที่สำคัญได้แก่ (2.1) ผู้นำทีม หมอบริการที่ต้องมีภาวะผู้นำแท้จริงพร้อม ต่อการ พัฒนา กำหนดทิศทางชัดเจน มีแบบแผน รับฟังความ คิดเห็น (2.2) ต้องมีการบริหารและการจัดการ ทีมหมอ ครอบครัวอย่างเป็นระบบ ตั้งเป้าหมาย การสร้างและ พัฒนาเครือข่าย (2.3) ต้องมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย ทั้งทีมสหวิชาชีพและส่วนราชการหรือภาคีเครือข่าย (2.4) ต้องทำงานตามกระบวนการ ตาม แนวคิด 1A4C คือ บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี (2.5)

ต้องมีการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์เพื่อสร้างภาพใน
อนาคตและทิศทางร่วมกัน สอดคล้องกัน และพบว่า การ
พัฒนาระบบปฐมภูมิ และทีมหมอครอบครัว ต้อง
ประกอบไปด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1
เสริมสร้างความเข้มแข็ง ระบบสุขภาพปฐมภูมิและทีม
หมอ ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการ
ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนา ศักยภาพสถานบริการ ยุทธศาสตร์
ที่ 4 พัฒนาระบบสนับสนุนการบริการและบริหารสุขภาพ
ที่สำคัญ สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 9 ที่
กล่าวว่า แนวทางลดแออัดไว้รอต่อ เขตสุขภาพที่ 9
ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (1) สร้างความเข้มแข็ง
ระบบปฐมภูมิ (2) พัฒนาประสิทธิภาพการบริการ (3)
พัฒนา ศักยภาพสถานบริการ (4) พัฒนาระบบสนับสนุน
เพื่อการบริหารจัดการ

2.1 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผลวิจัยพบว่า
ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะ ด้านความ
เป็นกันเอง เป็นมิตรและเต็มใจดูแล และด้านความสะดวก
ในการรับบริการ ทั้งนี้ เป็นไปตาม เป้าหมายของนโยบาย
ทีมหมอครอบครัว ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนอุ่น
ใจ เป็นญาติมิตร ให้คำปรึกษา แนะนำและดูแลด้าน
สุขภาพของประชาชนและครอบครัวอย่างองค์รวม อีกทั้ง
การใช้แนวคิด การดูแลกลุ่มเป้าหมายของทีม หมอ
ครอบครัวตามหลักการเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นการดูแล
สุขภาพที่ครบ วงจร ด้วยแนวคิดที่สำคัญ คือ เป็นผู้ดูแลแต่
แรก ดูแลอย่างต่อเนื่อง ดูแลแบบครอบคลุมผสมผสาน มี
ระบบ คำปรึกษา และการส่งต่อ จึงส่งผลให้ ผู้รับบริการ
หรือญาติผู้ดูแลมีความพอใจในระดับมาก ผลการศึกษานี้
สอดคล้องกับปิยะ เทพพิรวงศ์¹⁶ พบว่า ผู้ป่วยที่ต้องการ
ดูแลระยะยาวมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของ ทีม
หมอครอบครัวในระดับมาก นฤมล บุญโสภณและคณะ
⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุติดบ้านมีความพึงพอใจต่อ รูปแบบ
ทีมหมอครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และวัฒนา

ศรีวิชัย⁽²²⁾ ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย และผู้ดูแลที่
ได้รับการบริการจากทีมหมอครอบครัว มีความพึงพอใจใน
การจัดบริการด้านสุขภาพด้านชุมชน และด้านสังคม อยู่
ในระดับมาก เช่นเดียวกัน

2.2 คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ ผลวิจัยพบว่า
อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับอุดม
ลักษณ์

เวชพิทักษ์และคณะ⁽²³⁾ ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
มี 5 มิติ จากการประเมินผลการดำเนินงานคลินิก หมอ
ครอบครัว จังหวัดปทุมธานี อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งอาจ
เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ใน การศึกษาครั้งนี้ เป็น
กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่
ต้องได้รับการดูแล เด็กที่มี ปัญหาด้านพัฒนาการ และ
ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลระดับประคอง ซึ่งอาจมีทุน
เดิมด้านคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีนัก และอาจต้องใช้ระยะเวลา
การดูแลที่ยาวนานต่อเนื่องเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ
สุพัตรา ศรีวิชัยกร และคณะ⁽²⁴⁾ ที่สำรวจสถานการณ์
การดำเนินงานและความคิดเห็นต่อนโยบายทีมหมอ
ครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่มีความคาดหวังต่อบทบาททีม
หมอครอบครัวในเชิงรูปแบบการทำงานที่เป็นองค์รวม
ให้ ผสมผสานต่อเนื่อง รวมทั้งการส่งเสริมให้ประชาชนมี
การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. . ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 การเพิ่มช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย และ
การสื่อสารสาธารณะที่มากขึ้น ในการพัฒนาการ
ดำเนินงานทีมหมอครอบครัว เพื่อให้การปฏิบัติงานและ
แผนงานที่เกี่ยวข้องกับทีมหมอครอบครัวในระดับ
กระทรวง ได้สื่อสารถึงพื้นที่และอำนวยความสะดวก
ให้กับพื้นที่ เพื่อความถูกต้องมากขึ้น

1.2 การสนับสนุนทรัพยากรให้กับทีมหมอ
ครอบครัวในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในด้านงบประมาณ

ด้านบุคลากร (ทั้งปริมาณ คุณภาพ และขวัญกำลังใจ) รวมทั้งยานพาหนะที่ใช้สำหรับการรับส่งต่อผู้ป่วย ในพื้นที่ทุรกันดารและห่างไกลเมือง

1.3 ครอบคลุมนักจิตสำนึกในการทำงานของ ทีมหมอครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ ให้เห็นคุณค่าในการช่วยเหลือในลักษณะจิตอาสาให้เพิ่มขึ้น

1.4 การสร้างสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับชุมชน และการสร้างเครือข่ายใหม่ ๆ เพื่อร่วมดำเนินงานทีมหมอครอบครัว โดยการค้นหา ต้นทุนทางสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่น เพื่อ นำมาช่วยในการขับเคลื่อนกิจกรรมการดูแลสุขภาพประชาชนและชุมชน เช่น ปรากฏชาวบ้าน ภูมิปัญญา บัองถิ่น กลุ่มแพทย์แผนไทย ฯลฯ

2. . ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

เอกสารอ้างอิง

1. ราชกิจจานุเบกษา. (2554). **อำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข**. เข้าถึงเมื่อวันที่ 23 เมษายน 2560,จาก <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/RKJ/index/index.htm>
2. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2552). **ทิศทางของการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยสู่ศตวรรษที่ 4. วารสารสุขภาพภาคประชาชน** ภาคใต้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 22 (2), 2-5.
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2559). **คลินิกหมอครอบครัวปฏิรูปสาธารณสุขไทย**.สืบค้นเมื่อ วันที่ 23 เมษายน 2560, จาก <http://www.thaihealth.or.th/>
3. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). **คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์แห่งประเทศไทย.
4. สำเริง แหงกระโทก. (2560). **การดำเนินงานตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit=PCU)**. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
5. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). **ทีมหมอครอบครัว(Family Care Team)**, กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
6. ไพบูลย์สุริยวงษ์ไพศาล, สุภา พงศ์พิศ, สมชาย วิจิตรมัยกุล, นภาพร วาณิชกุล และสุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ. (2559). **ติดตามประเมินผลนโยบายทีมหมอครอบครัว**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
7. สมยศ ศรีจารนัย, พิษณุภัสสร วรณศิริกุล, ปารณัฐ สุขสุทธิ, อรณรินทร์ ขจรวงศ์วัฒนา และสมใจ นกคิวิชัย (2558). **การวิจัยประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว**. กรุงเทพฯ :ชุมชน สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
8. Stufflebeam, D.L. (1971). The relevance of the CIPP evaluation model for educational Accountability. Journal of research and Development

ผู้ปฏิบัติและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว สามารถนำข้อค้นพบที่ได้นี้ไปประยุกต์ใช้ ในการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว เพื่อตอบสนองกลุ่มเป้าหมายให้มีประสิทธิภาพ คุณภาพ และการดำเนินงานที่ยั่งยืน

3. . ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการศึกษาวิจัยประเมินผลการดูแลกลุ่มวัยต่างๆของทีมหมอครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแล ที่ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ที่มีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อกลุ่มเป้าหมายต่อไป

3.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจความพึงพอใจด้านสุขภาพและความคาดหวังของประชาชนในการให้บริการของทีมหมอครอบครัว

in Education, 5(1), 19 - 25.

9. บุญธรรม กิจปรีดาภิสุทธี. (2551). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์**. (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ : จามจุรีโปรดักท์.
10. บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2553). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเอสดีไอ อินเตอร์มีเดีย
11. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2540). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI). สืบค้นเมื่อ วันที่ 21 ตุลาคม 2560 จาก <http://www.dmh.moph.go.th/test/whoqol/>
12. Waltz, c. F., Strickland, o., Lenz, E. R., and Waltz, c. F. (2005). **Measurement in nursing and health research**. New York: Springer Pub.
13. Polit, D. F., & Beck, c. T. (2006). **Essentials of Nursing Research ๙ Methods, Appraisal, and Utilization**. (6th ed.) Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
14. รวีวรรณ ศิริสมบุรณ์ และณภัทรกฤต จันทวงศ์. (2558). การวิจัยประเมินผลโครงการระบบการดูแลและขยายสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบ้านสา อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี. **วารสารวิชาการ สาธารณสุข**, 24 (6), 1075 - 85.
15. นฤมล กุมพาทิ, สงครามชัย สีทองดี และสุพร ลอยหา. (2558) รูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. **วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร**, 18 (3), 183 - 93.
16. นฤมล บุญโสภณ, วราภรณ์ จันทวงศ์ และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. (2561). การพัฒนารูปแบบทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านของตำบลวังสาว อำเภอภูพาน จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย**, 12(1): 172-80.
17. ณัฐวรรณ เข้มละมัย และสุณี หงส์วิเศษ. (2561). การประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเทศบาลตำบลตะเคียนเตี้ย อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. **วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม**, 8(3) กันยายน - ธันวาคม, 17 - 25.
18. กิตติคุณ บัวบาน (2561). การประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเครือข่ายเด็กไทยฟันดีตำบลชะโนด อำเภอรามดง จังหวัดตาก. **วารสารทันตสาธารณสุข**, 23 (1), 13 -25.
19. อุดม อัสวฒมางกูร, อรยา ประเสริฐชัย และช่อทิพย์บรมธนรัตน์. (2560). การประเมินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี. **วารสารศูนย์ การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า**, 34 (2), 124 - 34.
20. ปิยะเทพปียวงศ์. (2558). แนวพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวและความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการดูแลและขยาย อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. **วารสารสุขภาพศึกษา**, 38(130), 1 - 15.
22. วัฒนา ศรีวิชัย. (2561). การสำรวจการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในจังหวัดตาก : ความคาดหวังการได้รับการบริการสุขภาพและความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายและผู้ดูแล. **บูรพาเวชสาร**, 5 (1), 64 - 82.
23. อุดมลักษณ์ เวชพิทักษ์, ศศิพร โลจายะ, และดุจดเดือน ตั้งเสถียร. (2561). การประเมินผลการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานีปีงบประมาณ 2560. **วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย**, 8 (3), 450 - 66.
24. สุภัตรา ศรีวนิชชากร, ทศนีย์ญาณะ, พุกยา บุญบุญ และปิยฉัตร ตระกูลวงศ์. (2557). ผลการสำรวจสถานการณ์การดำเนินงานและความเห็นต่อนโยบายการพัฒนาระบบทีมหมอครอบครัว. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

การบูรณาการหลักสูตรสิ่งแวดล้อมและกระบวนการเรียนรู้สำหรับการศึกษขั้นพื้นฐาน

Integration of the Environmental Curriculum and Learning Processes for Basic Education

วินัย วีระวัฒนานนท์¹, บุญเลิศ วงศ์โพธิ์², ธัชชนพัฒน์ ปานพรม³

Vinai Veeravatnanond¹, Bunlert Wongpho², Thassanaphat Panprom³

Received: January 9, 2021 ; Accepted: March 17, 2021)

บทคัดย่อ

องค์ความรู้สิ่งแวดล้อมที่บูรณาการในหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย สารความรู้ในชุมชนท้องถิ่นทั้งด้านสังคมศาสตร์ ประวัติศาสตร์ ภูมิศาสตร์ และทรัพยากรธรรมชาติของชุมชนทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ได้แก่ ประวัติชุมชน สังคม ประเพณี วัฒนธรรม เศรษฐกิจ ประชากร และการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งผลกระทบต่อชุมชนในสภาวะการณ์ใหม่ (New Normal)

ส่วนกระบวนการเรียนรู้ เน้นการเรียนรู้เพื่อสร้างความคิดที่เป็นระบบ สร้างปัญญา จิตสำนึกต่อชุมชน ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประสบการณ์ตรง และการเรียนแบบการปฏิสัมพันธ์ด้วยการปฏิบัติจริง รวมทั้งการเรียนรู้โดยการจัดให้มีเวทีเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติ อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การบูรณาการหลักสูตรสิ่งแวดล้อม, การศึกษาขั้นพื้นฐาน, กระบวนการเรียนรู้

Abstract

The body of knowledge integrated in the basic education curriculum cover the knowledge areas in local communities, including social sciences, history, geography and natural resources of communities, in the past, the present and the future. These include community history, social events, tradition, culture, economy, demography, relationship, as well as the New Normal community impacts.

In regards to the learning processes, the emphasis is too create the systematic thinking suit, wisdom and community resources through participative learning process, direct experience and interactive learning with actual practices, learning by forum activities for learning and experience exchange and learning by doing successively.

Keywords: Integration of the environmental curriculum, basic education, learning processe

¹ อาจารย์ประจำ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา) คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

² อาจารย์ประจำ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา) คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

³ อาจารย์ประจำ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา) คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

บทนำ

ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติได้ทวีความรุนแรงขยายวงกว้างไปทั่วทั้งภูมิภาคของประเทศและระดับโลก ในบางประเทศเกิดความแห้งแล้ง อากาศร้อนจัด จนเกิดไฟป่า เกิดความเสียหายต่อการเกษตร ปศุสัตว์ ในขณะที่เดียวกันประเทศในแถบขั้วโลก พื้นที่ที่เป็นน้ำแข็งเกิดการละลายเป็นบริเวณกว้างอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน ระดับน้ำทะเลยกตัวสูงขึ้นมากกว่าเดิม ส่งผลกระทบต่อสิ่งมีชีวิตที่ต้องปรับตัวและอพยพย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยใหม่ นอกจากนี้ ยังเกิดการแพร่กระจายสารพิษในแหล่งน้ำ อากาศ และห่วงโซ่อาหาร เกิดปริมาณขยะมูลฝอยที่ย่อยสลายยาก จำพวกพลาสติก ขาง โลหะ ฯลฯ ที่ส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศและสุขภาพอนามัยของมนุษย์

ประเทศไทย กำลังเผชิญกับผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศเช่นเดียวกัน เริ่มตั้งแต่ต้นปี 2560 ได้ตรวจพบฝุ่นควันขนาดเล็ก (Smog) ในพื้นที่ภาคเหนือ เช่นจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง รวมทั้งพื้นที่ภาคกลางอีกหลายจังหวัด โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีหลายพื้นที่มีฝุ่นละอองขนาดเล็กสูงเกินมาตรฐานเข้าสู่ขั้นวิกฤติ จนรัฐบาลต้องออกมาแก้ไขปัญหาในระยะเร่งด่วนและกำหนดเป็นมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหา

ปัญหาสิ่งแวดล้อมจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการแก้ไขอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยการสร้างความตระหนักให้กับคนในสังคมได้เกิดความสำนึกที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม มีความรู้ ความเข้าใจ มีเจตคติที่ดี และมีพฤติกรรมที่จะช่วยเหลือ ป้องกัน รักษา และพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ที่เรียกว่า “การระเบิดจากข้างใน” ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญ

สิ่งแวดล้อมศึกษาเป็นกระบวนการศึกษาเพื่อให้ผู้เรียนเข้าถึงความเป็นจริงและกฎเกณฑ์ของธรรมชาติ ปัญหาสิ่งแวดล้อมและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อระบบนิเวศ การดำรงชีวิตของมนุษย์ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อกัน โดยเฉพาะสังคมไทย

ที่มีรูปแบบวิถีชีวิตเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม มาอย่างยาวนาน การพัฒนาองค์ความรู้ หลักสูตร กระบวนการเรียนรู้ กิจกรรมของโรงเรียน และการฝึกอบรมครูให้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ มีจิตวิญญาณของความเป็นครูเพื่อตอบโจทย์การปฏิรูปการศึกษาในระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน เป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการในทันที

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตั้งวัตถุประสงค์ไว้ ดังนี้

1. เพื่อพัฒนาหลักสูตรสิ่งแวดล้อมและกระบวนการเรียนรู้สำหรับการจัดการศึกษา ขั้นพื้นฐาน สำหรับครูและโรงเรียนในประเทศไทย
2. เพื่อพัฒนากระบวนการสอนครูแกนนำ ให้มีความรู้ความเข้าใจในหลักสูตรสิ่งแวดล้อมและกระบวนการเรียนรู้สำหรับการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน
3. เพื่อทดลองใช้หลักสูตรสิ่งแวดล้อมและกระบวนการเรียนรู้สำหรับการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน

ขอบเขตการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดรายละเอียดของขอบเขตของการวิจัยไว้ ดังนี้

1. การจัดทำรายละเอียดการดำเนินงาน ประกอบด้วย แนวทางการดำเนินโครงการฯ แผนการดำเนินงานในภาพรวม องค์ประกอบของคณะกรรมการพัฒนา (ร่าง) การจัดทำหลักสูตรสิ่งแวดล้อมเพื่อบูรณาการกับหลักสูตรของโรงเรียนในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน
2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำแนวคิดและทฤษฎีที่สอดคล้อง มีความเหมาะสม มาประกอบเป็นแนวทางในการพัฒนา (ร่าง) การจัดทำหลักสูตรสิ่งแวดล้อมเพื่อบูรณาการกับหลักสูตรของโรงเรียนในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน
3. จัดประชุมชี้แจงการจัดทำหลักสูตรสิ่งแวดล้อมเพื่อบูรณาการกับหลักสูตรของโรงเรียนใน

การจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน กับครูแกนนำทั้ง 4 ภาค
จำนวน 48 คน

4. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการกับครูแกนนำ
เพื่อสร้างเนื้อหาการเรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมตามบริบท
ของพื้นที่ในแต่ละภาค ให้ครบทั้ง 4 ภาค

5. จัดทำแผนการสอนแบบบูรณาการ เพื่อ
นำหลักสูตรสิ่งแวดล้อม บูรณาการเข้ากับหลักสูตรของ
โรงเรียนในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน จำนวน 4 กลุ่ม
สาระ และจัดทำแผนกิจกรรมประจำปีของโรงเรียนให้
สอดคล้องกับงานด้านสิ่งแวดล้อม

6. ทดลองใช้หลักสูตรสิ่งแวดล้อมเพื่อ
บูรณาการกับหลักสูตรของโรงเรียนในการจัดการศึกษา
ขั้นพื้นฐาน โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ที่ฝึกอบรมให้กับ
ครูแกนนำ ภาคละ 1 แห่ง รวมทั้งสิ้น 4 แห่ง

7. ประเมินผลการใช้หลักสูตร โดยการ
ประเมินครูแกนนำ และนักเรียน ที่ใช้หลักสูตร
สิ่งแวดล้อมเพื่อบูรณาการกับหลักสูตรของโรงเรียนใน
การจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน

8. ประชุมสรุปผลการดำเนินงานกับครู
แกนนำ

9. จัดทำเอกสารสรุปผลการวิจัยฉบับ
สมบูรณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักสูตร
สิ่งแวดล้อมเพื่อบูรณาการกับหลักสูตรของโรงเรียนใน
การจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน เป็นการฝึกอบรม สัมมนา
เพื่อถ่ายทอดความรู้และทักษะกระบวนการเรียนรู้ให้กับ
ครูแกนนำ โดยมีวิธีการพัฒนาครูแกนนำแบบมีส่วนร่วม
ในการคิด และร่วมปฏิบัติ (Participatory and Value
Clarification) การสัมมนาและใช้แผนการพัฒนาโรงเรียน
ส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมการเรียนรู้ของโรงเรียนแบบจิต
อาสา รวมทั้งการมีส่วนร่วมของชุมชนกับโรงเรียน
ตลอดจนการทดลองใช้หลักสูตรที่พัฒนาขึ้นให้กับ
นักเรียนในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 ในรายวิชา
หลักของการศึกษาระดับประถมศึกษา ชั้นละ 4 รายวิชา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ครูประจำการที่
สอน ใน โรงเรียน สังกัด การศึกษา ขั้น พื้นฐาน
กระทรวงศึกษาธิการ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ครูแกนนำที่
สอนในระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน ชั้นประถมศึกษาปีที่
4 – 6 แห่งละ 12 คน รวมทั้งสิ้น 48 คน

สถิติที่ใช้ในการวิจัย ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล
แบบอุปนัย (Analytic inductive) เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปที่
เป็นรูปธรรมจากการร่วมคิดและปฏิบัติของครูแกนนำ ใน
การบูรณาการหลักสูตรสิ่งแวดล้อมและกระบวนการ
เรียนรู้สำหรับการศึกษาขั้นพื้นฐาน

สรุปผลการวิจัย

การบูรณาการองค์ความรู้สิ่งแวดล้อมศึกษา
สำหรับหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วยสาระ
ดังนี้

1. องค์ความรู้เกี่ยวกับท้องถิ่น มีสาระเนื้อหาที่
เกี่ยวกับท้องถิ่น ได้แก่

1.1 ประวัติศาสตร์ท้องถิ่น ศึกษาจากการ
จัดตั้งเมืองและชุมชนในอดีต ภูมิประเทศ บ้านเรือน
ประชากร เชื้อชาติ ศาสนา การปกครอง การคมนาคม การ
ประกอบอาชีพ ศิลปะ วัฒนธรรม ประเพณี บุคคลสำคัญ
อาหาร เสื้อผ้า และเครื่องใช้ในชีวิตประจำวัน ตลอดจน
โบราณสถาน โบราณวัตถุ ศาสนสถาน การศึกษาเล่าเรียน
วรรณกรรม นิทาน การเล่น การแสดง กีฬาและ
นันทนาการ ภาษาในการพูด เขียน การดูแลสุขภาพ
หมอและยาพื้นบ้าน ความเชื่อ และคตินบ้าน

1.2 ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
ศึกษาลักษณะภูมิประเทศ สาธารณูปโภค อาคาร
บ้านเรือน แม่น้ำ ลำคลอง และแหล่งน้ำอื่นๆ ดินและที่ดิน
ป่าไม้และพืชพรรณ ภูมิปัญญา พลังงานและแร่ธาตุ พืช
สมุนไพร พืชอาหาร และผลไม้ สัตว์ป่า สัตว์เลี้ยง สัตว์น้ำ
แมลง การศึกษาทางนิเวศวิทยา ชีววิทยา และทางเคมีที่
เกี่ยวกับทรัพยากรธรรมชาติเหล่านั้น การใช้ภูมิปัญญา
และเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการแสวงหา การใช้และ
ดูแลรักษาทรัพยากรธรรมชาติ ปัญหาความเสื่อมโทรม
และการสูญเสียทรัพยากรธรรมชาติ สารพิษ ขยะ สิ่ง

ปฏิภณ และโรคระบาด ภัยธรรมชาติ เช่น แผ่นดินไหว ดินถล่ม อุทกภัย พายุ ไฟป่า สึนามิ อากาศเสีย โลกร้อน ฯลฯ

1.3 สภาพท้องถิ่นในปัจจุบัน ศึกษาภูมิทัศน์ และสิ่งแวดล้อม อาคารบ้านเมือง สถานที่สำคัญ การปกครอง การศึกษา สาธารณูปโภค ขนพาหนะ การคมนาคม การสื่อสาร ศิลปะ ประเพณี วัฒนธรรม ภาษา ความเชื่อและค่านิยม การประกอบอาชีพ ธุรกิจ แรงงาน การค้าขาย และวัตถุดิบ การผลิตสินค้า การเล่น การแสดง และนันทนาการ การท่องเที่ยว กฎหมายและข้อบัญญัติของท้องถิ่น ปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาความเสื่อมโทรมทรัพยากรธรรมชาติ และสารพิษ อาชญากรรม ยาเสพติด หนี้สิน การจำหน่ายผลผลิต ความขัดแย้งในสังคม อนามัยและโรคระบาด การสร้างสรรค์สังคม ศิลปวัฒนธรรม ประเพณี และการฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

2. วัตถุประสงค์และจุดมุ่งหมายของการเรียนรู้ คุณลักษณะของผู้เรียนที่พึงประสงค์และแนวปฏิบัติที่จะทำให้ผู้เรียนเกิดคุณลักษณะตามเกณฑ์มาตรฐานของหลักสูตรที่กำหนดไว้ควรเป็นไปตามวัตถุประสงค์และจุดมุ่งหมาย ดังนี้

2.1 วัตถุประสงค์และคุณลักษณะของผู้เรียน ภายหลังการเรียนรู้จะมีคุณสมบัติ ดังนี้

2.1.1 มีทักษะการคิดแบบองค์รวม ความมีเหตุผลและความคิดที่เป็นระบบ มีความคิดสร้างสรรค์ และมีสมรรถภาพในการคิดแก้ปัญหาในการดำรงชีวิต

2.1.2 มีทักษะในการแสวงหาความรู้ และมีความใฝ่รู้ ด้วยการใช้สิ่งที่มีอยู่ การเข้าถึงแหล่งความรู้ และการจัดการความรู้ที่ได้อย่างเป็นระบบ

2.1.3 มีคุณธรรมจริยธรรมที่เหมาะสม สามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันเพื่อเป็นหลักในการดำรงตน และเป็นประโยชน์ต่อครอบครัว ชุมชน ประเทศและโลก บนพื้นฐานของเศรษฐกิจพอเพียง

2.1.4 มีทักษะในการสื่อสารได้หลากหลาย ทั้งการใช้ภาษาไทย ภาษาต่างประเทศ หรือ

ภาษาถิ่น รวมทั้งมีความสามารถในการสื่อความหมาย อื่นๆ เช่น การเล่านิทาน การแสดง การผลิตงานศิลปะ ฯลฯ

2.1.5 มีทักษะในการปฏิบัติ ทำนุบำรุง ศิลปวัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างสร้างสรรค์ การอนุรักษ์ การฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในชุมชน

2.2 จุดมุ่งหมาย ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ดังนี้

2.2.1 มีส่วนร่วมในการเรียนรู้เกี่ยวกับชุมชนทั้งในอดีตและปัจจุบัน

2.2.2 สามารถแสดงความรู้ การวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้ สร้างสรรค์ความรู้เพื่อการใช้ประโยชน์ในการดำรงชีวิตของตนเอง การประกอบอาชีพ การพัฒนาชุมชน ประเทศและโลก อย่างยั่งยืน

2.2.3 รู้จักเลือกใช้ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ภูมิปัญญาเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมของชุมชนอย่างยั่งยืน

2.2.4 รู้จักใช้เทคโนโลยีเพื่อการแสวงหาความรู้และการสร้างสรรค์เพื่อสื่อความหมายขององค์ความรู้ที่ได้

2.2.5 สามารถสื่อสารทั้งการใช้ภาษา และสื่อความหมายได้อย่างน้อยสองภาษาหรือสองวิธี

2.2.6 มีค่านิยมในการดำรงชีวิตตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงและหลักของศาสนา มีส่วนร่วมในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อมของชุมชน และของโลก

3. กิจกรรมการเรียนรู้ หลักสูตรท้องถิ่นเป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับชุมชน ดังนั้นเมื่อเนื้อหาหรือองค์ความรู้ เป็นเรื่องราวที่มีอยู่ในชุมชน การเรียนรู้จำเป็นต้องนำผู้เรียนไปศึกษาเรียนรู้ในชุมชน หรือนำองค์ความรู้เข้าไปไว้ในโรงเรียน เช่น การน่านักเรียนไปศึกษาเรียนรู้ที่ศูนย์ทอผ้าของหมู่บ้าน หรือการนำเครื่องทอผ้าไปฝึกให้นักเรียนทอผ้าในโรงเรียน เป็นต้น ดังนั้นการจัดกิจกรรม

การเรียนรู้จะต้องดำเนินไปให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตรที่มีอยู่แล้ว ดังนี้

3.1 การเรียนรู้ด้วยประสบการณ์ (Experiential Learning) การเรียนรู้ที่ได้รับความรู้โดยตรงได้มองเห็น ได้ฟัง ได้สัมผัสกับสภาพจริงในชุมชน จะเป็นการเรียนรู้ด้วยความเพลิดเพลินไม่รู้สึกรู้สึกับเนื้อหาและมองเห็นสาระความรู้ที่อยู่ใกล้ตัวได้อย่างเป็นรูปธรรม

3.2 การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) การทำให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการศึกษาชุมชน สัมภาษณ์ผู้รู้ในชุมชน หรือทดลองฝึกปฏิบัติร่วมในกิจกรรมต่างๆของชุมชน เป็นการเรียนรู้ที่จะซึมซับเนื้อหาสาระและเข้าใจความเป็นองค์รวมของความรู้ในชุมชนได้

3.3 การพัฒนาทักษะการคิด กิจกรรมการเรียนรู้จะต้องมุ่งพัฒนาทักษะการคิดทั้งกระบวนการคิดแบบสร้างสรรค์ (Creative Thinking) การคิดเชิงวิพากษ์ (Critical Thinking) การคิดแบบแก้ปัญหา (Problem Solving) การคิดแบบเป็นเหตุเป็นผลและเป็นระบบ การฝึกให้เรียนรู้ด้วยการคิดเป็นการพัฒนาผู้เรียนที่เรียกว่าการพัฒนาปัญญา (Cognitive Development)

3.4 การพัฒนาทักษะการสื่อสาร เป็นการเรียนรู้ที่นักเรียนจะต้องฝึกการบันทึกข้อมูลด้วยภาษา การจัดทำตารางข้อมูล การเก็บภาพ การเรียบเรียงสาระที่ได้ และการนำเสนอเนื้อหาที่ได้มาวิเคราะห์ วิพากษ์และวิจารณ์ฝึกการสนทนาด้วยภาษาถิ่น รวมทั้งการนำเสนอเนื้อหาในเว็บไซต์ด้วยภาษาต่างประเทศ เป็นต้น

3.5 การพัฒนาเจตคติและจริยธรรม เป็นการพัฒนานักเรียนให้รู้จักการทำงานร่วมกัน มารยาทในการเข้าชุมชน การตรงต่อเวลา ความขยันอดทนของคนในชุมชน เป็นการเสริมสร้าง เจตคติ ความรักต่อชุมชน การมีส่วนร่วมในการบำรุงรักษาศิลปวัฒนธรรมและทรัพยากร ธรรมชาติของชุมชน

3.6 การสร้างโรงเรียนสีเขียว (Green School) โรงเรียนจะต้องพัฒนาให้เป็นโรงเรียน สีเขียว ได้แก่ การปรับปรุงภูมิทัศน์ของโรงเรียนให้เป็นธรรมชาติ เป็นแหล่งเรียนรู้ทางธรรมชาติ การจัดการขยะทั้งระบบ การ

ส่งเสริมการดื่มน้ำสะอาด การกินอาหารจากพืชผัก ฝัก ฝรั่งที่ปลอดสารพิษ การดูแลอาคารสถานที่ให้สะอาด ระเบียบร้อย และการลดการใช้พลังงานในโรงเรียน เป็นต้น

4. ทักษะการสอน ครูจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับองค์ความรู้ กระบวนการสร้างปัญญา และมีทักษะในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่สร้างทักษะทางปัญญา ดังนี้

4.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับองค์ความรู้ ความรู้หมายถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับธรรมชาติ วัตถุ รวมทั้งสิ่งมีชีวิตและไม่มีชีวิต เหตุการณ์ กฎเกณฑ์ต่างๆ ทั้งทางธรรมชาติ สังคม คุณค่า ความดีงาม ความถูกต้องทางสังคม และทางศาสนา

4.2 การรับรู้และการซึมซับความรู้ องค์ความรู้ที่มีอยู่ทั้งหมดถูกกำหนดว่ามีอยู่จริง โดยการรับรู้ของมนุษย์ผ่านประสาททั้ง 5 คือ หู ตา จมูก ลิ้น และผิวหนัง สมองเกิดการรับรู้สิ่งที่สัมผัสได้ แล้วจิตจะสะสมเป็นการตอบสนองต่อสิ่งนั้นไว้เป็นความรู้สึก เป็นคุณค่า หรือความงาม เป็นความรัก ความเกลียด ซึ่งแล้วแต่สภาพของจิตที่มีอยู่

4.3 การนำความรู้ไปปฏิบัติ ความรู้ที่ได้รับจะถูกนำไปปฏิบัติตามสภาวะการรับรู้ของแต่ละคน ผู้ที่ได้รับการพัฒนาปัญญาแล้วจะรู้เท่าทันสภาวะของจิต รู้จักทำจิตให้เป็นอิสระ ไม่ลำเอียง ไม่ถูกครอบงำ รู้จักเลือกสรรความรู้ที่ถูกต้องไปปฏิบัติ ปัญญาหรือจิตที่พัฒนาแล้ว จะเกิดเป็นความคิดในสิ่งที่ถูกต้องดีงาม รู้จักคิดอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งเป็นการผุดบังเกิดของปัญญา เช่น การแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ หรือการคิดออกแบบสิ่งใหม่ๆ ขึ้นได้

4.4 กระบวนการพัฒนาปัญญา ปัญญาหรือจิต เป็นสิ่งที่พัฒนาหรือฝึกให้เกิดขึ้นได้ ในอดีตเคยมีการฝึก เช่น การท่องจำอาขยาน การท่องจำคำศัพท์ การทำแบบฝึกหัด ทำขบถเรียน เช่น วิชาคณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ ศิลปะ ฯลฯ หรือการฝึกสมาธิตามหลักทางพุทธศาสนา ก็ล้วนเป็นการพัฒนาปัญญา สำหรับการเรียนรู้สมัยใหม่ เป็นการสร้างโครงงาน การวิเคราะห์ สาระความรู้ การแสวงหาความรู้จากแหล่งต่างๆ ซึ่งครู

จะต้องมีความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะในการใช้กระบวนการเหล่านี้

4.4.1 การสร้างคำถาม เพื่อวัดทักษะทางปัญญาของผู้เรียน ตามตัวอย่างการสร้างข้อคำถามดังนี้

1) การสร้างข้อคำถามเกี่ยวกับเรื่องของความจำ เช่น อุทกภัยในมณฑลทางตะวันตกเฉียงเหนือของจีน ทำให้ชาวบ้านเสียชีวิตไปเท่าไร? คำตอบคือ 127 คน

2) การสร้างข้อคำถามเกี่ยวกับความเข้าใจ เป็นการสร้างทักษะในการคิดของผู้เรียน เช่น เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในมณฑลทางตะวันตกเฉียงเหนือของจีน คืออะไร? คำตอบคือ เกิดฝนตกหนัก น้ำท่วม ดินถล่ม ทำให้มีคนตาย สูญหาย และเกิดความเสียหายอย่างมาก

3) การสร้างข้อคำถามเกี่ยวกับการนำไปประยุกต์ใช้ เช่น จงอธิบายถึงเหตุการณ์ในลักษณะเดียวกันที่เกิดขึ้นในประเทศไทย? คำตอบคือ การเกิดฝนตกหนัก น้ำท่วม ดินถล่ม ที่อำเภอฉลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ในปี พ.ศ. 2548

4) การสร้างข้อคำถามเกี่ยวกับการวิเคราะห์ เช่น จากข้อความที่ยกตัวอย่างข้างต้น จงอธิบายว่าเหตุใดจึงเกิดน้ำท่วมฉับพลัน? คำตอบคือ ฝนที่ตกลงมาทำให้มีปริมาณน้ำมาก การระบายน้ำไปสู่ที่ลุ่มต่ำทำได้ไม่ทัน มีวัสดุปิดกั้น อุดตัน มีการสร้างสิ่งสาธารณูปโภค บ้านเรือน ขวางกั้นทางน้ำ

5) การสร้างข้อคำถามเกี่ยวกับการสังเคราะห์ เช่น ให้นักเรียนส่งข้อความไปแสดงความเห็นใจและเสียใจต่อประชาชนในประเทศจีนที่ได้รับความเดือดร้อนจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในมณฑลทางตะวันตกเฉียงเหนือ คำตอบ นักเรียนเขียนบรรยายเป็นข้อความ..... ขอแสดงความเสียใจ..... และเป็นกำลังใจให้กับนักเรียนที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ในครั้งนี้

4.4.2 การสร้างคำถาม เพื่อวัดเจตคติของผู้เรียน ตามตัวอย่างการสร้างข้อคำถาม ดังนี้

1) ควรมีการเรียนรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์อุทกภัยมากน้อยเพียงใด

2) ประชาชนในภาคตะวันตกเฉียงเหนือของประเทศจีนอยู่ในภาวะทุกข์ยาก และเดือดร้อนเพียงใด

3) เราควรให้ความช่วยเหลือหรือให้กำลังใจประชาชนในประเทศจีนให้ต่อสู้กับความยากลำบาก ได้อย่างไร เป็นต้น

4.4.2 การสร้างคำถาม เพื่อวัดความคิดสร้างสรรค์ของผู้เรียน ตามตัวอย่างการสร้างข้อคำถามดังนี้

1) วัดและประเมินความคิดสร้างสรรค์จากผลงาน เช่น การเขียนโครงการ การแต่งคำประพันธ์ร้อยแก้ว ร้อยกรอง การเขียนภาพ การจัดการแสดง การสร้างงานศิลปะของท้องถิ่น และการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาและทรัพยากรธรรมชาติในชุมชน เป็นต้น

การบูรณาการหลักสูตรสิ่งแวดล้อมและกระบวนการเรียนรู้การศึกษาขั้นพื้นฐาน อาจเรียกว่าหลักสูตรท้องถิ่น การสร้างหลักสูตรให้เกิดผลตามระบุไว้ในหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน จำเป็นต้องมีการปฏิรูปครูให้เป็น “ครูพันธุ์แท้” จึงจะเกิดผลต่อผู้เรียนได้ นอกจากนี้ต้องพัฒนาหรือจัดการเรื่องอื่นๆ ให้สอดคล้องกันทั้งหมด ซึ่งนับว่าเป็นภารกิจที่ไม่ง่ายและจะไม่สำเร็จในเวลาอันรวดเร็วได้

อภิปรายผลการวิจัย

การบูรณาการหลักสูตรสิ่งแวดล้อมและกระบวนการเรียนรู้สำหรับการศึกษาขั้นพื้นฐาน การพัฒนากระบวนการสอนให้กับครูแกนนำ ได้มีความรู้ความเข้าใจในหลักสูตรสิ่งแวดล้อมและกระบวนการเรียนรู้สำหรับการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน ครูแกนนำต้องมีทักษะในการสอน มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับองค์ความรู้ในกระบวนการสร้างปัญญา และมีทักษะในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่สร้างทักษะทางปัญญาให้กับผู้เรียนคือ

1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับองค์ความรู้ ได้แก่ ข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับธรรมชาติ วัตถุ รวมทั้งสิ่งมีชีวิตและไม่มีชีวิต เหตุการณ์ กฎเกณฑ์ทั้งทางธรรมชาติและสังคม คุณค่า ความถูกต้อง ดีงาม ในทางศาสนาและสังคม

2. การรับรู้และการซึมซับความรู้ การรับรู้ที่ผ่านทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ ตา หู จมูก ลิ้น และการสัมผัสทางผิวหนัง สมองจะตอบสนองต่อการสัมผัสสิ่งเหล่านั้นได้ แล้วเก็บสะสมเป็นความรู้สึกรู้เห็นเป็นคุณค่า ความงาม ความรัก ความเกลียด ความกลัว ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาวะของจิตในเวลานั้นๆ

3. การนำความรู้ไปปฏิบัติ ความรู้ที่ได้รับจะถูกนำไปปฏิบัติตามความสามารถในการรับรู้ของแต่ละบุคคล ครูผู้สอนที่ได้รับการพัฒนาทบทวนแล้วจะรู้เท่าทันสภาวะของจิต มีจิตใจที่เป็นอิสระ ไม่ลำเอียง ไม่ถูกครอบงำ รู้จักยับยั้งชั่งใจ รู้จักเลือกสรรความรู้ที่ถูกต้องปฏิบัติ รู้จักคิดอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งเป็นการผุดเกิดขึ้นของ

ปัญญา เช่น การแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ การคิดออกแบบวิธีการหรือสิ่งใหม่ๆ ได้ เป็นต้น

4. กระบวนการพัฒนาปัญญา ในการเรียนรู้สมัยใหม่ ควรเป็นการเรียนรู้จากการสร้างโครงงาน การวิเคราะห์สาระความรู้ การแสวงหาความรู้จากแหล่งเรียนรู้ต่างๆ หรือการวิจัย ครูแกนนำต้องมีความรู้ความเข้าใจที่แตกฉาน ใช้ทักษะในการนำไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยสรุป การบูรณาการหลักสูตรสิ่งแวดล้อมและกระบวนการเรียนรู้สำหรับการศึกษาขั้นพื้นฐาน ให้บรรลุวัตถุประสงค์ และจุดมุ่งหมายได้นั้น จำเป็นจะต้องพัฒนากระบวนการสอนของครูแกนนำ ให้มีความรู้ความเข้าใจในหลักสูตรสิ่งแวดล้อมและกระบวนการเรียนรู้สำหรับการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน ให้เป็นครูพันธุ์แท้ จึงจะเกิดผลต่อผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังต้องพัฒนาหรือจัดการเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องไปพร้อมกันด้วยทั้งหมด

เอกสารอ้างอิง

- 1.กระทรวงศึกษาธิการ.(2551). หลักสูตร5.ตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551. กรุงเทพฯ.
- 2.ฐากร สิทธิโชค. (2559). การจัดกระบวนการเรียนรู้ สิ่งแวดล้อมศึกษาในสถานศึกษา. วารสารทักษิณ, ปีที่ 11 ฉบับพิเศษ (มกราคม – ธันวาคม 2559). มนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัย
- 3.ปรีชา สภาสุวรรณกุล และคณะ. (2554). การพัฒนารูปแบบนำร่องหลักสูตรสิ่งแวดล้อมศึกษา สำหรับโรงเรียน ประถมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาชัยภูมิ เขต 1. วารสารวิจัย มข. 11 (3) 4.กรกฎาคม - กันยายน 2554.
- 5.วินัย วีระวัฒนานนท์ และอดิศักดิ์ สิงห์สีโว. (2550). การพัฒนาโรงเรียนสิ่งแวดล้อมศึกษาด้านแบบ. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาล 5 เมสา

สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

PERSONAL CHARACTERISTICS AND MOTIVATION AFFECTING THE QUALITY OF SERVICE DEVELOPMENT AMONG HEALTH PERSONNEL AT HAMESA HOSPITAL LAO PEOPLE'S DEMOCRATIC REPUBLIC

สรนรินทร์ ศรีสังคม¹, ประจักษ์ บัวพันธ์²

Sonenalinh Sisangkhom¹, .Prachak Bouphan²

(Received: December 5 ,2020 ; Accepted: February 9 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรโรงพยาบาล 5 เมสา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ประชากรที่ศึกษา คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 5 เมสา จำนวน 223 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งภาคชั้นภูมิ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 157 คน และการสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 12 คน แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พบว่ามีค่า IOC ทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.50 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.98 เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 2 กันยายน 2563 ถึงวันที่ 7 กันยายน 2563 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05. ผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมระดับแรงจูงใจ และระดับการพัฒนาคุณภาพบริการใน โรงพยาบาล 5 เมสา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.80 (S.D. = 0.36) และ 3.70 (S.D. = 0.49) ตามลำดับ และพบว่า ภาพรวมของแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาล 5 เมสา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.711$, $p\text{-value} < 0.001$) ตัวแปร 4 ตัว ประกอบด้วย และปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ ปัจจัยจูงใจด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน ปัจจัยจูงใจด้านสถานภาพวิชาชีพ และคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มีผลและสามารถร่วมกันพยากรณ์การพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรโรงพยาบาล 5 เมสา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ได้ร้อยละ 59.2 ($R^2 = 0.592$, $p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ :คุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจ การพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากร

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aimed to study Personal Characteristics and Motivation Affecting the Quality of Service Development among Health Personnel at Hamesa Hospital Lao People's Democratic Republic. The samples were 157 that randomly selected by Stratified random sampling from the 223 population of health personnel at Hamesa Hospital. and 12 key informants were selected to the In-depth interview guidelines for the qualitative data gathering. The questionnaire was checked by three experts and all items were more than 0.50 including reliability with Cronbach's Alpha Coefficient that was at 0.98. Data was collected between 2nd September to 7th September 2020. Data analysis was performed by descriptive statistics and inferential statistics as significant level at 0.05. The results showed that the overall of motivation and quality of service development among health personnel at Hamesa hospital Lao People's democratic republic were at high level with averages of 3.80 (S.D. = 0.36) and 3.70 (S.D. = 0.49), respectively. The overall Motivation had high relationship with the quality of service development among health personnel at Hamesa hospital Lao people's democratic republic ($r = 0.711$, $p\text{-value} < 0.001$). The results showed that four variables; responsibility of motivator, salary and benefit and status of career including one personal characteristics; experience of working effected and join predicted the quality of service development among health personnel at Hamesa hospital Lao People's Democratic Republic at 59.2 percentage. ($R^2 = 0.592$, $p\text{-value} < 0.001$)

¹ นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Keywords: Personal characteristics, Motivation, Quality of service development health personnel

บทนำ

ประชาคมอาเซียน (ASEAN community) เป็นการรวมตัวกันของกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียน ประกอบด้วย 10 ประเทศให้เป็นชุมชนที่เข้มแข็งทั้งด้านเศรษฐกิจ การเมือง ความมั่นคง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในโลกาภิวัตน์ปัจจุบันของด้านเศรษฐกิจ การเมือง ความมั่นคง ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพโดยตรง ประชาคมอาเซียนจึงมีนโยบายในการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในกลุ่มประเทศประชาคมอาเซียน ซึ่งสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ได้เห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแก่ประชาชนชาวลาวให้ทั่วถึงทุกกลุ่มอย่างเท่าเทียมกัน ปฏิรูปสาธารณสุขอย่างรอบด้านและสร้างระบบบริการสุขภาพที่ดียึดประชาชนชาวลาวเป็นศูนย์กลางในประเทศลาว ในการเป็นกำลังหลักของอนาคตในการพัฒนาระบบสุขภาพและประเทศอย่างมั่นคงต่อไป (พรรคประชาชนปฏิวัติลาว, 2010) ซึ่งสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวนั้นได้มีการกำหนดนโยบายในการพัฒนาประเทศ อย่างยั่งยืน อย่างเป็นระบบ จากจังหวัดสู่อำเภอและจากอำเภอสู่พื้นที่ชุมชน ซึ่งการพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้สามารถเป็นแกนนำสุขภาพภายในชุมชนเพื่อที่จะเป็นผู้ดูแลและจัดการสุขภาพให้ไปในทิศทางเดียวกันอย่างถูกต้องและเหมาะสม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพที่ประชาชนชาวลาวสามารถเข้าถึงได้กันทุกคนและสามารถดูแลตนเองสร้างสังคมที่มีคุณภาพในการพัฒนาประเทศต่อไป (World Health Organization, 2014)

นโยบายของประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ในปัจจุบันมุ่งเน้นไปในการยกระดับการให้บริการประชาชนชาวลาวให้ได้รับการบริการทางแพทย์ที่ดีมีคุณภาพอย่างครอบคลุมและเหมาะสมกับการให้บริการขั้นปฐมภูมิ จึงได้สร้างมาตรฐานในการยกระดับโรงพยาบาลให้เกิดการพัฒนาให้ไปในทิศทางเดียวกัน สร้างมาตรฐานให้เกิดความเชื่อมั่นแก่ประชาชน คือ นโยบาย 5 ดี 1 พอใจ เพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย 1) ด้อยโรคดี 2) สะอาดดี 3) สะดวกดี 4) วินิจฉัยชัดเจนดี 5) รักษาดีเร็ว และ 6) ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ (กรมรักษาโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2016) เพื่อขับเคลื่อนโรงพยาบาลให้ยกระดับการให้บริการที่มีมาตรฐานและประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสม

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เสนอนโยบายและแนวทางปฏิบัติต่อคณะรัฐมนตรีและนำเข้าสู่การพิจารณาของสภาแห่งชาติให้นโยบาย 5 ดี 1 พอใจ เป็นนโยบายที่โรงพยาบาลของรัฐบาลทุกแห่งต้องนำไปปฏิบัติและสภาแห่งชาติให้ความเห็นชอบนโยบายดังกล่าวและมีการประกาศให้โรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศได้มีการดำเนินงานตามนโยบายต่อไป (กรมรักษาโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2016) เพื่อเป็นการสร้างขั้นพื้นฐานการบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน

ในการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้สำเร็จและบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้นั้น จะต้องอาศัยปัจจัยภายในที่สำคัญ คือ คุณลักษณะส่วนบุคคล เนื่องจากคุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นอย่างมาก

ซึ่งคุณลักษณะส่วนที่สำคัญประกอบด้วย
1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) รายได้ 5) ระดับการศึกษา 6) สถานะทางเศรษฐกิจสังคม 7) ประสบการณ์ในการทำงาน และ 8) การได้รับการอบรม (Schermerhorn, Hunt and Osborn, 2003) ซึ่งมีผู้ทำวิจัยไว้แล้ว พบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลพบว่า เพศ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข (มนฤดี อุดมตัน และคณะ, 2562; สิทธิศักดิ์ แก้วโพนเพ็ก และประจักษ์ บัวพันธ์, 2558; จริญญา ทองอนก และประจักษ์ บัวพันธ์, 2557)

นอกจากคุณลักษณะส่วนบุคคลที่เป็นส่วนสำคัญในการปฏิบัติงานการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุขให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้แล้วนั้น ปัจจัยแรงจูงใจก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาปฏิบัติงาน เพื่อการสร้างแรงจูงใจและขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยยึดหลักทฤษฎีสองปัจจัย (Herzberg's Two-Factor Theory) ของ Herzberg, Mausner, & Snyderman (2010) ซึ่งประกอบไปด้วย ปัจจัยจูงใจ ได้แก่ 1) ความสำเร็จในการทำงาน 2) การยอมรับนับถือ 3) ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ 4) ความรับผิดชอบ 5) ความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ และปัจจัยค่าจูง ได้แก่ 1) เงินเดือนและค่าตอบแทน 2) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 3) การปกครองบังคับบัญชา 4) นโยบายและบริหาร 5) สภาพการปฏิบัติงาน 6) สถานภาพวิชาชีพ 7) ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน 8) ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ซึ่งเป็นแรงจูงใจที่สำคัญส่งผลต่อความสำเร็จของการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล มีความพึงพอใจผลงานทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งมีผู้ทำวิจัยไว้แล้ว พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการ

ปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข (ชนากานต์ นาพิมพ์ และคณะ, 2561; ณัฐริมา ต่อศรี และชนะพล ศรีฤทธา, 2558; ใจรัก กาญจนะ และประจักษ์ บัวพันธ์, 2555) และพบว่าปัจจัยค่าจูงด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน เป็นปัจจัยสำคัญในการทำงานเนื่องจากเป็นผลตอบแทนที่ได้จากการทำงาน มีความเหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบ (ณัฐริมา ต่อศรี และชนะพล ศรีฤทธา, 2558; สิทธิศักดิ์ แก้วโพนเพ็ก และประจักษ์ บัวพันธ์, 2558; กัญญวลัย ศรีสวัสดิ์พงษ์ และประจักษ์ บัวพันธ์, 2554)

ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ปัจจุบันมีนโยบาย 5 ปี 1 พหุ ใจ มาปรับใช้ในการพัฒนาการดำเนินการให้บริการเพื่อการรับบริการของประชาชนลาวที่มีความเหมาะสม แต่ยังพบว่าผลการดำเนินการนั้นไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายยังพบว่าการต้อนรับผู้มารับบริการยังไม่ครอบคลุม ความสะอาดและการจัดการสิ่งแวดล้อม รวมถึงอุปสรรคด้านความสะดวกในการเข้ามาใช้บริการเนื่องจากมีขั้นตอนยุ่งยากหลายขั้นตอนทำให้ประชาชนลาวบางส่วนนั้นเลือกไปรับบริการทางการแพทย์ที่ประเทศไทยที่มีมาตรฐานที่สูงกว่า มีความน่าเชื่อถือและคุณภาพที่เหมาะสมและบางส่วนยังขาดความพึงพอใจในคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลรัฐประชาชนลาว ทำให้ประชาชนลาวบางส่วนเดินทางมารับบริการในโรงพยาบาลตามเขตชายแดนประเทศไทย โดยเฉพาะจังหวัดหนองคาย และประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยนอก เป็นจำนวน 5,094 คน คิดเป็น 12,424 ครั้ง และมีผู้ป่วยใน เป็นจำนวน 1,433 คน คิดเป็น 1,719 ครั้ง (โรงพยาบาลหนองคาย, 2561) ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นทุกๆปี แสดงให้เห็นว่าประชาชนลาวนั้นเชื่อมั่นระบบการให้บริการทางการแพทย์ของประเทศไทยมากกว่าประเทศ

สาธารณสุขรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวในปัจจุบันที่มีคุณภาพการให้บริการที่เป็นระบบ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการมาตรฐาน 5 คี 1 พอใจ เพื่อนำสู่การให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพเป็นสิ่งสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินการให้บรรลุสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนและมั่นคงในการให้บริการที่มีความเหมาะสมขององค์กรทางการแพทย์และเพื่อประโยชน์ของผู้มารับบริการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรโรงพยาบาล 5 เมสา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เพื่อจะได้นำผลที่ได้มาพัฒนาต่อยอดการปฏิบัติงานและเป็นแนวทางในการวางแผนการพัฒนาคุณภาพการบริการให้ตรงกับความต้องการของประชาชนต่อไปและเป็นไปในทิศทางที่มีความชัดเจนและถูกต้องจึงเป็นประเด็นให้เกิดการศึกษาครั้งนี้ขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษา

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากร โรงพยาบาล 5 เมสา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว
2. คุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับแรงจูงใจ และระดับการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากร โรงพยาบาล 5 เมสา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

$$\text{สูตร} \quad N = \frac{\lambda (1 - R_{Y.A,B}^2)}{R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.A}^2} + W \quad \dots\dots\dots (1)$$

$$\text{เมื่อ} \quad \lambda = \lambda_L - \frac{1/V_L - 1/V_U}{1/V_L - 1/V_U} (\lambda_L - \lambda_U) \quad \dots\dots\dots (2)$$

เมื่อกำหนดให้

$R_{Y.A,B}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Full Model ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรจากการศึกษา การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ (กัญญ

3. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากร โรงพยาบาล 5 เมสา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) โดยมีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามและเชิงคุณภาพโดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากร โรงพยาบาล 5 เมสา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากร โรงพยาบาล 5 เมสา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว จำนวน 223 คน (โรงพยาบาล 5 เมสา, 2562)

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากร โรงพยาบาล 5 เมสา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว จำนวน 157 คน และการสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 12 คน โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis) โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ Cohen (1988) ดังนี้

วัลย์ ศรีสวัสดิพงษ์ และประจักษ์ บัวพันธ์, 2554) ซึ่งเป็นงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันและมีพื้นที่เดียวกันในการทำวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้ค่า $R^2_{Y.A,B}$ มีค่าเท่ากับ 0.639

$R^2_{Y.A}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Reduce model ($R^2_{Y.A,B} - R^2_{Y.B}$) มีค่าเท่ากับ 0.621

$R^2_{Y.B}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุที่เปลี่ยนแปลง (R^2 Change) เมื่อไม่มีตัวแปรที่ต้องการทดสอบ มีค่าเท่ากับ 0.18

λ คือ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนตัวแปรอิสระและอำนาจการทดสอบ

w คือ จำนวนตัวแปรอิสระนอกเหนือจากตัวแปรที่ต้องการทดสอบ (เขต A) เท่ากับ 0 (เขต B) เท่ากับ 15

u คือ จำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการทดสอบ (เขต B) เท่ากับ 1 ตัวแปร

v คือ ค่าที่ได้จาก $v = N - u - w - 1$

$$\text{แทนค่าได้ } N = \frac{7.8(1-0.639)}{(0.639-0.621)}$$

$$N = \frac{2.815}{0.018}$$

$$N = 156.43$$

ดังนั้นจึงได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 157 ตัวอย่าง

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งภาคชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างโดยการแบ่งประชากรออกเป็นกลุ่มตามตำแหน่ง โดยให้ประชากรในแต่ละชั้นภูมิมีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุดและทำการเทียบสัดส่วนขนาดตัวอย่างต่อกลุ่มประชากรของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จนได้ขนาดตัวอย่างครบ 157 คน และทำการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณโดยคัดเลือกจากบุคลากรที่ให้ข้อมูลการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรโรงพยาบาล 5 เมส่า สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ได้เป็นอย่างดี (Key Informants) จำนวน 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2

แรงจูงใจ ส่วนที่ 3 การพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากร โดยส่วนที่ 2 ถึงส่วนที่ 3 ใช้มาตราส่วน ประเมินค่า (Rating scales) มีคำตอบให้เลือกตอบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ (Likert, 1967) และส่วนที่ 4 คำถามปลายเปิด โดยให้ผู้ตอบได้เสนอปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรโรงพยาบาล 5 เมส่า สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

ชุดที่ 2 แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก มีทั้งหมด 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แรงจูงใจ ส่วนที่ 2 การพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากร และส่วนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรโรงพยาบาล 5 เมส่า สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทั้ง 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พบว่า ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุงจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปทดลองใช้เครื่องมือกับ บุคลากรโรงพยาบาลแขวงเวียงจันทน์สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ซึ่งมีลักษณะการปฏิบัติงานคล้ายคลึงกันและมีพื้นที่ใกล้เคียงกันในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbrach's Alpha Coefficients) ซึ่งจากการทดลองใช้แบบสอบถามได้ค่าความเที่ยงของตัวแปรแรงจูงใจเท่ากับ 0.98 ตัวแปรการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากร โรงพยาบาล 5 เมสา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวเท่ากับ 0.96 และภาพรวมทั้ง 2 ตัวแปรที่ศึกษาเท่ากับ 0.98

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ส่วนการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อนำมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา(Content analysis)

การแปลผล การแปลผลคะแนนระดับแรงจูงใจ และระดับการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรโรงพยาบาล 5 เมสา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวโดยนำมาจัดระดับ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย (สำเร็จ จันทรสุวรรณ และสุวรรณ บัวทวน, 2547) ดังนี้ ระดับมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน) ระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) ระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) Elifson (1990) มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 แบ่งระดับดังนี้ $r = 0$ หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์(No Relationship) $r = +0.01$ ถึง $+0.30$

หมายถึง มีความสัมพันธ์ต่ำ (Weak Relationship) $r = +0.31$ ถึง $+0.70$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ปานกลาง (Moderate Relationship) $r = +0.71$ ถึง $+0.99$ หมายถึง มีความสัมพันธ์สูง (Strong Relationship) $r = +1$ หมายถึง มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์ (Perfect Relationship)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากการวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 1 กันยายน 2563 เลขที่ HE632227 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 2 กันยายน 2563 ถึงวันที่ 7 กันยายน 2563

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาล 5

เมสา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

คุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาล 5 เมสา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 68.8 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21 – 30 คิดเป็นร้อยละ 61.1 โดยมีอายุเฉลี่ย 31.06 ปี (S.D. = 7.58) อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 54 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 53.5 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 52.9 ส่วนใหญ่มีตำแหน่งแพทย์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.2 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6000 บาท คิดเป็นร้อยละ 84.1 โดยมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 5,772.17 บาท (S.D. = 1,229.41 บาท) รายได้ต่ำสุด 4,700 บาท รายได้สูงสุด 10,000 บาท ส่วนใหญ่ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 5 เมสา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว อยู่ระหว่าง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 68.1 มีค่ามัธยฐาน 3 ปี ค่าต่ำสุด 1 ปี ค่าสูงสุด 34 ปี และส่วนใหญ่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการ 1-2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 82.6 ซึ่งมีค่าต่ำสุด 1 ครั้ง ค่าสูงสุด 4 ครั้ง

2. ระดับแรงจูงใจของการพัฒนาคุณภาพบริการ ของบุคลากรโรงพยาบาล 5 เมธา สาธารณรัฐประชาธิปไตย ประชาชนลาว

เมื่อพิจารณาระดับปัจจัยแรงจูงใจหลัก พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.80 (S.D. = 0.36) ประกอบด้วย ปัจจัยจูงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.83 (S.D. = 0.39) และปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.76 (S.D. = 0.36) เมื่อพิจารณารายด้านปัจจัยจูงใจพบว่า ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะของงานมีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.09 (S.D. = 0.59) รองลงมาคือ ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงานอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.79 (S.D. = 0.49) ส่วนปัจจัยจูงใจด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.69 (S.D. = 0.43) รองลงมาคือ ด้านความรับผิดชอบอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.78 (S.D. = 0.49) และเมื่อพิจารณารายด้านปัจจัยค้ำจุนพบว่า ปัจจัยค้ำจุนด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.92 (S.D. = 0.54) รองลงมาคือปัจจัยค้ำจุนด้านสถานะอาชีพอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.92 (S.D. = 0.57) ส่วนปัจจัยค้ำจุนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ปัจจัยค้ำจุนด้านสภาพการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.58 (S.D. = 0.41) รองลงมาคือ ปัจจัยค้ำจุนด้านการปกครองบังคับบัญชาอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.61 (S.D. = 0.38) ตามลำดับ

3. ระดับการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากร โรงพยาบาล 5 เมธา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

เมื่อพิจารณาระดับการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรโรงพยาบาล 5 เมธา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.70 (S.D. = 0.49) เมื่อพิจารณารายด้านแล้วพบว่า ด้านต้อนรับดีมีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.92 (S.D. = 0.59) รองลงมาคือ ด้านสะอาดดีอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.79 (S.D. = 0.60) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านผู้บริการมีความพึงพอใจ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.43 (S.D. = 0.60) รองลงมาคือ ด้านรักษาดีเร็ว อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.59 (S.D. = 0.61) ตามลำดับ

4. คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มี ความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากร โรงพยาบาล 5 เมธา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอายุ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรโรงพยาบาล 5 เมธา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.221$, $p\text{-value} = 0.005$ และ $r = 0.234$, $p\text{-value} = 0.003$) ตามลำดับ ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งรายได้ และการได้รับการฝึกอบรมพัฒนาคุณภาพบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรโรงพยาบาล 5 เมธา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรโรงพยาบาล 5 เมธา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (N = 157)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	การพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรโรงพยาบาล 5 เมธา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. เพศ (หญิง)	0.093	0.731	ไม่มีความสัมพันธ์
2. อายุ	0.221**	0.005	ต่ำ
3. สถานภาพสมรส (คู่)	-0.054	0.449	ไม่มีความสัมพันธ์
4. ระดับการศึกษา (ปริญญาตรี)	-0.043	0.596	ไม่มีความสัมพันธ์
5. ตำแหน่ง (แพทย์)	-0.114	0.154	ไม่มีความสัมพันธ์
6. รายได้	0.133	0.097	ไม่มีความสัมพันธ์
7. ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	0.234**	0.003	ต่ำ
8. การได้รับการอบรมพัฒนาคุณภาพบริการ (เคย)	0.050	0.537	ไม่มีความสัมพันธ์

** ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01

แรงจูงใจ พบว่า ภาพรวมแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรโรงพยาบาล 5 เมธา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.711$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยปัจจัยจูงใจและปัจจัยก้ำจุน มีความสัมพันธ์ระดับปาน

กลางกับการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรโรงพยาบาล 5 เมธา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.649$, $p\text{-value} < 0.001$, ($r=0.697$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างระหว่างแรงจูงใจกับการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรโรงพยาบาล 5 เมธา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (N = 157)

แรงจูงใจ	การพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรโรงพยาบาล 5 เมธา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ภาพรวมแรงจูงใจ	0.711	< 0.001	สูง
ปัจจัยจูงใจ	0.649	< 0.001	ปานกลาง
1. ความสำเร็จในการทำงาน	0.483	< 0.001	ปานกลาง
2. การยอมรับนับถือ	0.478	< 0.001	ปานกลาง
3. ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ	0.477	< 0.001	ปานกลาง
4. ความรับผิดชอบ	0.631	< 0.001	ปานกลาง
5. ความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่	0.522	< 0.001	ปานกลาง

แรงจูงใจ	การพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรโรงพยาบาล 5 เมธา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยค่าจูง	0.697	< 0.001	ปานกลาง
1. เงินเดือนและค่าตอบแทน	0.555	< 0.001	ปานกลาง
2. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.453	< 0.001	ปานกลาง
3. การปกครองบังคับบัญชา	0.397	< 0.001	ปานกลาง
4. นโยบายและบริหาร	0.504	< 0.001	ปานกลาง
5. สภาพการปฏิบัติงาน	0.508	< 0.001	ปานกลาง
6. สถานภาพวิชาชีพ	0.591	< 0.001	ปานกลาง
7. ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	0.585	< 0.001	ปานกลาง
8. ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	0.521	< 0.001	ปานกลาง

*** ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.001

5. คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการ พัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรโรงพยาบาล 5 เมธา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการ
พัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากร โรงพยาบาล 5 เมธา
สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ตัวแปรอิสระที่ถูก
เลือกเข้าสมการเรียงตามลำดับดังนี้ ปัจจัยจูงใจด้านความ

รับผิดชอบ (p-value < 0.001) ปัจจัยค่าจูงด้านเงินเดือนและ
ค่าตอบแทน (p-value<0.001) ปัจจัยค่าจูงด้านสถานภาพ
วิชาชีพ (p-value<0.001) และคุณลักษณะส่วนบุคคลด้าน
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (p-value = 0.027) ดังนั้น จึง
กล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปร มีผลและสามารถร่วม
พยากรณ์การพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากร โรงพยาบาล
5 เมธา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ได้ร้อยละ
59.2 ดังรายละเอียดในตารางที่

ตารางที่ 3 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรโรงพยาบาล 5 เมธา
สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

ตัวแปร	B	Beta	T	P-value	R	R ²	R ² adj	R ² change
1. ความรับผิดชอบ	0.354	0.359	5.577	<0.001	0.631	0.398	0.394	-
2. เงินเดือนและ ค่าตอบแทน	0.359	0.340	6.063	<0.001	0.732	0.536	0.530	0.138
3. สถานภาพวิชาชีพ	0.217	0.254	3.923	<0.001	0.761	0.579	0.571	0.043

4. ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	0.008	0.117	2.236	0.027	0.770	0.592	0.582	0.013
ค่าคงที่ 0.160, F = 55.199, p-value < 0.001, R = 0.770, R ² = 0.592, R ² adj = 0.582								

6. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรโรงพยาบาล 5 เมธา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากร โรงพยาบาล 5 เมธา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว โดยภาพรวมข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิดจากแบบสอบถามทั้งหมด 157 ฉบับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด 53 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 33.76 โดยปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่ คือ บังคับจ่ายเงินเดือนและค่าตอบแทน เนื่องจากบุคลากรได้รับภาระงานมากนอกเหนือจากงานที่รับผิดชอบ เมื่อเทียบกับเงินเดือนและค่าตอบแทนที่น้อยเกินไป และสวัสดิการที่แตกต่างในแต่ละวิชาชีพ เช่น ค่า ค่าปฏิบัติงานนอกเวลา หรือค่าตอบแทนอื่นๆ ข้อเสนอแนะ คือ ควรมีการพิจารณาค่าตอบแทนแก่บุคลากรให้มีความเหมาะสมกับความรู้ ความสามารถและภาระงาน เพื่อช่วยกระตุ้นและเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร

สรุปและอภิปรายผล

1. ภาพรวมคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอายุ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากร โรงพยาบาล 5 เมธา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.221$, $p\text{-value} = 0.005$) และ ($r=0.234$, $p\text{-value} = 0.003$) ตามลำดับ ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง รายได้ และการได้รับการอบรมไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานกับการพัฒนาคุณภาพ

บริการของบุคลากร โรงพยาบาล 5 เมธา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และในการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากร โรงพยาบาล 5 เมธา นั้นจำเป็นต้องอาศัยคุณลักษณะบุคคลเฉพาะในด้านอายุ และระยะเวลาการปฏิบัติงานซึ่งมีความสอดคล้องสัมพันธ์กัน เพราะเป็นส่วนสำคัญให้บุคคลนั้นรู้สึกนึกคิดและเห็นความสำคัญในการตัดสินใจในการแก้ปัญหาในการทำงาน และตระหนักถึงการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข (มนฤดี อุดมตัน และคณะ, 2562; สิทธิศักดิ์ แก้วโพธิ์เพ็ก และประจักษ์ บัวพันธ์, 2558; จริญญา ทองอนงค์ และประจักษ์ บัวพันธ์, 2557)

2. ภาพรวมแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากร โรงพยาบาล 5 เมธา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.711$, $p\text{-value} < 0.001$) เนื่องจากแรงจูงใจเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งในการกระตุ้นให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในองค์กรเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานและตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากรในหน่วยงานได้ โดยกระตุ้นพลังภายในตัวบุคคลที่จะทำให้แสดงพฤติกรรมออกมาเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุตามเป้าหมายขององค์กรที่กำหนดไว้ (Herzberg et al., 2010) เมื่อบุคลากรได้รับแรงจูงใจจะทำให้รู้สึกอยากทุ่มเทกำลังกาย และกำลังใจเพื่อการพัฒนาการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว

พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข (ชนากานต์ นาพิมพ์ และคณะ, 2561; ฌฐธิมา ต่อศรี และชนะพล ศรีฤาชา, 2558; ใจรัก กาญจนะ และประจักษ์ บัวพันธ์, 2555)

3. จากการวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรโรงพยาบาล 5 เมตา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว โดยใช้การวิเคราะห์หัดดอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรโรงพยาบาล 5 เมตา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ได้แก่ ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ ปัจจัยค่าจ้างด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน ปัจจัยค่าจ้างด้านสถานภาพวิชาชีพ และคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปร สามารถพยากรณ์การพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรโรงพยาบาล 5 เมตา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ได้ร้อยละ 59.2 ซึ่งปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการจัดลำดับในการปฏิบัติงานได้เองตามที่ตั้งใจ ซึ่งเป็นการมอบอำนาจตัดสินใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงการบริหารงานตามบทบาทหน้าที่และความพึงพอใจต่อบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายในการปฏิบัติงาน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วว่าพบว่า ปัจจัยค่าจ้างด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน เป็นปัจจัยสำคัญในการทำงานเนื่องจากเป็นผลตอบแทนที่ได้จากการทำงาน มีความเหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบ เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการทำงานให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (ฌฐธิมา ต่อศรี และชนะพล ศรีฤาชา, 2558; สิทธิศักดิ์ แก้ว โพนเพ็ก และประจักษ์ บัวพันธ์, 2558; กัญญวาลย์ ศรีสวัสดิ์ พงษ์ และประจักษ์ บัวพันธ์, 2554) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วว่าพบว่า ปัจจัยค่าจ้าง

ด้านสถานภาพวิชาชีพ เป็นสถานภาพของบุคคลในสังคมในแต่ละวิชาชีพ มีความภาคภูมิใจในตำแหน่งงาน ได้รับการยอมรับนับถือจากวิชาชีพอื่นและเห็นคุณค่าของงานที่ได้รับมอบหมาย (ชนากานต์ นาพิมพ์ และคณะ, 2561; สุมาลี ธารังสิต และประจักษ์ บัวพันธ์, 2557) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วว่าพบว่าและคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านระยะเวลาในการปฏิบัติงาน เป็นการส่งเสริมประสบการณ์ ความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติงานในตำแหน่งงานที่ได้รับมอบหมาย และตระหนักถึงความสำคัญในการทำงาน (นาตยา คำเสนา และคณะ, 2563; สุวัฒน์ ศรีแก่นทราย และประจักษ์ บัวพันธ์, 2555; กัญญวาลย์ ศรีสวัสดิ์ พงษ์ และประจักษ์ บัวพันธ์, 2554)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขแขวงเวียงจันทน์ และโรงพยาบาล 5 เมตา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ควรให้ความสำคัญกับปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ โดยการมอบหมายอำนาจในการตัดสินใจในการปฏิบัติงานตามบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน

2. สำนักงานสาธารณสุขแขวงเวียงจันทน์ และโรงพยาบาล 5 เมตา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ควรสนับสนุนปัจจัยค่าจ้างด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน โดยการนำผลสำเร็จในการปฏิบัติงานมาประกอบการพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือนและค่าตอบแทนอย่างโปร่งใส ให้เหมาะสมกับตำแหน่งและภาระงานที่ได้รับมอบหมาย ตลอดจนการพิจารณาเพิ่มค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาให้มากขึ้น เพื่อให้เกิดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในการปฏิบัติงาน

3. สำนักงานสาธารณสุขแขวงเวียงจันทน์ และโรงพยาบาล 5 เมตา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ควรส่งเสริมกับปัจจัยค่าจ้างด้านสถานภาพวิชาชีพ โดย

การส่งเสริมความก้าวหน้าตามตำแหน่งงานที่ปฏิบัติตาม
ความรู้ความสามารถของบุคลากรแต่ละวิชาชีพ

4. สำนักงานสาธารณสุขแขวงเวียงจันทน์ และ
โรงพยาบาล 5 เมสา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชน
ลาว ควรให้ความสำคัญในเรื่องของระยะเวลาในการ
ปฏิบัติงานเป็นส่วนหนึ่งของการคัดเลือกบุคคลเพื่อ
รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพบริการ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม
ในการมอบหมายงานตามบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงาน
ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 5 เมสา

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจ่ายเงิน
ค่าตอบแทนและการปฏิบัติงานนอกเวลาของบุคลากร
โรงพยาบาล 5 เมสา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.
ประจักษ์ บัวผัน ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รวมถึง
คณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่าน และ
ขอขอบพระคุณภาคีบริหารสาธารณสุข คณะ
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอบพระคุณ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 5 เมสา บุคลากรที่ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาล 5 เมสา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว
และทุกท่านที่ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. พรตประชาชนปฏิวัติลาว. (2553). แนวทางนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างรอบด้านเพื่อการเข้าถึงการบริการของ ประชาชนทุกชั้นคน.
กรมรักษาโรค กระทรวงสาธารณสุข.
2. World Health Organization.(2014). **monitoring health for the SDGs, world health statistics: 2014**. Geneva : WHO
3. กรมรักษาโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). นโยบายว่าด้วยการรับรองคุณภาพของการบริการสุขภาพ”ห้าดี หนึ่งพอใจ”ของสถานบริการสุขภาพ
ทุกชั้น ทุกระดับใน สปป.ลาว. ลาว : กรมรักษาโรค กระทรวงสาธารณสุข.
4. Schermerhorn R., Hunt G., Osborn N. **Organization Behavior**. New York: John Wily & Sons. 2003.
5. Herzberg F, Mausner B, Snyderman BB. **The motivation to work**. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers; 1993.
6. โรงพยาบาลหนองคาย. (2561). **สรุปจำนวนผู้ป่วยต่างชาติที่มาใช้บริการ**.หนองคาย : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาล หนองคาย.
7. โรงพยาบาล 5 เมสา. (2562). **ข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาล 5 เมสา ประจำปี 2561**. ลาว : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล 5 เมสา.
8. Cohen, J. (1988). **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. 2nded. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
9. กัญญวลัย ศรีสวัสดิ์พงษ์ และประจักษ์ บัวผัน. (2554). การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์.
วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 16(5), 563-574.
10. Likert, R. (1967). **The human organization: Its management and value**. New York: McGraw-Hill.
11. สำเริง จันทสุวรรณ, และสุวรรณ บัวทวน. (2547). **ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์**. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและ มนุษยวิทยา คณะ
มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
12. Elifson, K. (1990). **Fundamental of social statistic**. Singapore: McGraw-Hill.
13. มนฤดี อุดมตัน, ประจักษ์ บัวผัน, และมกราพันธุ์ จูทะรสก. (2562). การดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ
ท้องถิ่นหรือพื้นที่ จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 19(1), 161-171.
14. สิทธิศักดิ์ แก้วโพนเพ็ก และประจักษ์ บัวผัน. (2558). คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของนักบริหารงานสาธารณสุข
ในเทศบาล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 15(4). 74-67.

15. จริญญา ทองเอนก และประจักษ์ บัวพันธ์. (2557). สุนทรียทักษะภาวะผู้นำที่มีผลต่อบทบาทในการควบคุมกำกับกับการดำเนินงาน ตามโครงการ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดร้อยเอ็ด. **วารสารวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ**, 7(2), 218-229
16. ชนกานันต์ นาพิมพ์, ประจักษ์ บัวพันธ์, และชญญา อภิบาลกุล. (2561). ศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อความสุขในการทำงาน
ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)**, 18(4), 154-166.
17. ณัฐริมา ค่อสร และชนะพล ศรีฤทธา. (2558). แรงจูงใจของเภสัชกรที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาลของฝ่ายเภสัชกรรม ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น**, 22(2), 1-10.
18. ใจรัก กาญจนะ และประจักษ์ บัวพันธ์. (2555). การปฏิบัติงานคุณภาพระบบยาตามเกณฑ์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของเภสัชกร
โรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)**, 12(4), 53-64.
19. สุมาลี การังสิต และประจักษ์ บัวพันธ์. (2557). ศึกษาการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)**, 14(3), 67-80.
20. นาดยา คำสนา, ประจักษ์ บัวพันธ์, และมกรพันธ์ จูฑะรสก (2563). แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของ
เจ้าพนักงานสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)**, 20(2), 84-95.
21. สุวัฒน์ ศิริแก่นทราย และประจักษ์ บัวพันธ์. (2555). การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าพนักงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลชุมชนเขตสาธารณสุข
ที่ 12. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)**, 12(4), 76-88.
22. วสันต์ บุญหล้า และประจักษ์ บัวพันธ์. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักบริหารงานสาธารณสุขในเทศบาล เขต
สาธารณสุขที่ 12. **วารสารวิจัย มข.**, 16(6), 693-705.

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน กรณีศึกษา จังหวัดพิษณุโลก

A Development of Early Childhood Developmental Program Based on Family and Community

Participation: A Case Study in Phitsanulok, Thailand

สมชาย พรหมมณี^{1*}

Somchai Prommanee¹

(Received: January 14, 2021 ; Accepted: February 20, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อสร้างและประเมินโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 2) เพื่อทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนและ 3) เพื่อขยายผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 สร้างและประเมินโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ครูพี่เลี้ยงเด็ก ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็ก อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ปกครองจำนวน 50 คน ขั้นตอนที่ 2 ทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เด็กปฐมวัยและผู้ปกครอง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน ขั้นตอนที่ 3 ขยายผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เด็กปฐมวัยและผู้ปกครองที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในจังหวัดพิษณุโลก อำเภอละ 1 แห่ง จำนวน 270 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย Independent t-test และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1. โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) ชื่อโปรแกรม 2) หลักการและเหตุผล 3) วัตถุประสงค์ 4) กิจกรรม และ 5) การประเมินผล 2. ผลการทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยครอบครัวมีส่วนร่วม พบว่า ก่อนการทดลอง พัฒนาการเด็ก ความฉลาดทางอารมณ์ และทักษะการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยครอบครัวมีส่วนร่วม พบว่า พัฒนาการเด็ก ความฉลาดทางอารมณ์ และทักษะการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครองของกลุ่มทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3. ผลการขยายผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เด็กและผู้ปกครองที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยด้านพัฒนาการเด็ก ความฉลาดทางอารมณ์ และทักษะการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครองสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการ เด็กปฐมวัย การมีส่วนร่วม

Abstract

The purposes of this study are 1) to create and evaluate a development of early childhood developmental program based on family and community participation, 2) to try out the program, and 3) to expand the results of the use of early childhood development promotion programs. With the participation of families and communities. There were three steps. Step 1: Create and evaluate a program to promote early childhood development. With the participation of families and communities The sample group was teachers, babysitters. Hospital Director District Public Health Person in charge of child development work Public health volunteers and parents about 50 persons. Step 2: Experiment with a program to promote early childhood development. With the participation of families and communities The sample consisted of 60 preschool children and parents divided into 30 experimental groups and 30 control groups. Step 3: Expand the results of the use of early childhood development promotion programs. With the participation of families and communities. The samples were early childhood children and parents in early

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

childhood development centers in Phitsanulok province 1 per district about 270 people. The data analysis consisted of percent, mean, independent t-test, and paired t-test.

The findings of the study were as follows: 1. The results of created and developed a development of early childhood developmental program based on family and community participation consisted of five components: 1) program title; 2) rationale; 3) objectives; 4) activities; 5) program evaluation. 2. The results of the use of an early childhood developmental program based on family and community participation were that child development, emotional quotient (E.Q), and development promotion skills of guardians after enrolling in the program were significantly higher than before enrolling ($p\text{-value} < 0.005$). 3. The results of expanding results of the use of the early childhood developmental program based on family and community participation. It was found that after the use of the early childhood developmental program based on family and community participation Children and parents participating in the program Has an average rating were that child development, emotional quotient (E.Q), and development promotion skills of guardians after enrolling in the program were significantly higher than before using the first of an early childhood developmental program based on family and community participation. ($p\text{-value} < 0.001$).

Keywords: Developmental Program, Early Childhood, Participation

บทนำ

การพัฒนาเด็กปฐมวัยถือเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาประเทศ เพราะช่วงปฐมวัยถือเป็นช่วงวัยแห่งการเจริญเติบโตที่สำคัญที่สุดในช่วงชีวิต พัฒนาการทุก ๆ ด้าน ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา ภาษา จริยธรรม และความคิดสร้างสรรค์ จะสามารถเจริญเติบโตและพัฒนาได้มากที่สุดในช่วงดังกล่าว อันจะเป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อการพัฒนาในช่วงวัยอื่น ๆ ของชีวิตต่อไป ซึ่งการพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นสิ่งที่รัฐบาลไทยได้เห็นถึงความสำคัญมาอย่างต่อเนื่อง โดยจะเห็นได้จากนโยบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย ได้ถูกกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2562, แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ, แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12, แผนการปฏิรูปประเทศ และนโยบายรัฐบาล รวมถึงแผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560 - 2579 ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาเด็กปฐมวัย ทั้งในด้านคุณภาพการศึกษา โภชนาการ การบริการด้านสุขภาพ และเป็นเครื่องกำกับให้การดำเนินงานด้านเด็กปฐมวัยของประเทศเป็นไปในทิศทางเดียวกัน (รายงานการพัฒนาเด็กปฐมวัย, 2562)

เด็กวัย 3 - 5 ปี หรือ เด็กวัยก่อนเรียน หรือ วัยอนุบาล (preschool) เป็นวัยที่สำคัญระยะหนึ่งของชีวิตเพราะเป็นช่วงที่เด็กเริ่มมีพัฒนาการหลายด้านก้าวหน้าขึ้นทั้งด้านความคิด ภาษาการสื่อสาร ด้านกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหว และการ

ช่วยเหลือตนเอง ทำให้เด็กพึ่งพาตนเองได้อย่างแท้จริง ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของคนที่จะมีชีวิตอิสระเป็นของตัวเองเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นวัยที่เด็กเริ่มจากครอบครัวไปสู่โรงเรียนอนุบาล หรือศูนย์เด็กเล็ก ได้เรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่นและใช้ชีวิตภายนอกบ้านมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันหากเด็กวัยนี้ไม่ได้รับการส่งเสริมทักษะที่จำเป็นตามช่วงวัย อาจจะเป็นจุดตั้งต้นของปัญหาต่อไปในอนาคต จากการศึกษาพัฒนาการเด็กปฐมวัยของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 - 2559 โดยองค์การยูนิเซฟประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าสัดส่วนของเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยของประเทศทั่วโลก มีตั้งแต่ร้อยละ 33 - 97 โดยข้อมูลของประเทศไทยเองมีร้อยละของเด็กอายุ 36 - 59 เดือนซึ่งมีพัฒนาการอย่างน้อย 3 ใน 4 ด้านเป็นไปตามเกณฑ์ (พัฒนาการ 4 ด้าน คือ ด้านการอ่านออกและการรู้จักตัวเลข ด้านกายภาพ ด้านสังคมและอารมณ์และด้านการเรียนรู้) เท่ากับร้อยละ 91.1 เมื่อพิจารณาแยกตามองค์ประกอบ 4 ด้าน พบว่า ร้อยละ 97.7 ของเด็กมีพัฒนาการด้านกายภาพเป็นไปตามเกณฑ์ รองลงมา คือด้านการเรียนรู้ (ร้อยละ 97.6) ส่วนด้านการอ่านออกเขียนได้และการรู้จักตัวเลขและด้านสังคมและอารมณ์มีสัดส่วนค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 69.3 และ 79.4 ตามลำดับ (องค์การยูนิเซฟประเทศไทย, 2558) ข้อมูลจากสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ พบว่าพัฒนาการของเด็กปฐมวัยไทยโดยเฉลี่ยทุกกลุ่มวัยเท่ากับร้อยละ 23 โดยเมื่อ

มองจะเป็นตามกลุ่มวัยพบว่าเด็กมีพัฒนาการล่าช้าเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และไปสูงสุดอยู่ที่กลุ่มอายุ 42 เดือน ซึ่งเป็นกลุ่มเด็กที่อยู่ในความดูแลของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั่วประเทศ นอกจากนี้คือเด็กแต่ละช่วงวัยก็มีปัญหาพัฒนาการที่ต่างกัน จากข้อมูลพัฒนาการเด็กสงสัยล่าช้าแยกรายด้าน (สถาบันพัฒนาอนามัยแม่และเด็กแห่งชาติ, 2560) สำหรับจังหวัดพิษณุโลก ดำเนินการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วยแบบคัดกรอง DSPM ในปี 2561, 2562, 2563 พบว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยครั้งแรก ร้อยละ 73.28, 71.07, 59.05 ตามลำดับ มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 14.51, 20.44 และ 22.85 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยตั้งแต่การตรวจครั้งแรกมีแนวโน้มลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2563)

เด็กปฐมวัยเป็นวัยที่จำเป็นต้องพึ่งพ่อแม่ หรือผู้ใหญ่ในการอบรมเลี้ยงดู ปกป้อง ค้ำครอง ให้ความรัก ความอบอุ่นเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด การอบรมเลี้ยงดูที่มีคุณภาพจะส่งผลให้เด็กเจริญเติบโต สุขภาพแข็งแรง มีพัฒนาการสมดุลงាំងทางด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ สังคม มีความสามารถในการเรียนรู้ และเติบโตเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพ จากการสำรวจข้อมูลพัฒนาการเด็กปฐมวัยในช่วงปี 2557 - 2558 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558) พบว่าเด็กปฐมวัยไทยมากกว่า 1 ใน 4 มีระดับพัฒนาการโดยรวมสงสัยล่าช้า โดยกลุ่มเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้า ได้แก่ เด็กที่มาจากครอบครัวยากจน กลุ่มแรงงานย้ายถิ่นอพยพ และเด็กที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ และพบว่าเด็กที่ทั้งพ่อและแม่ย้ายถิ่นมีระดับพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กที่อยู่กับพ่อแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ครอบครัวจึงมีความสำคัญในการเสริมสร้างการเรียนรู้และเป็นแบบอย่างให้กับเด็ก บทบาทการดูแลเด็กปฐมวัยจำเป็นต้องมีหลายภาคส่วนในชุมชนที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการ อันประกอบไปด้วยภาคส่วนหลัก ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สถานพยาบาล ผู้ปกครอง และภาคส่วนร่วม ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากข้อมูลสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยและปัจจัยดังกล่าว ผู้วิจัยได้เห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาการเด็ก โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยประยุกต์ใช้กิจกรรมจากโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (DSPM based family - mediated Preschool Parenting Program; Triple P) ของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้มีพัฒนาการที่สมวัย ซึ่งจะส่งผลต่อการเรียนรู้ของเด็กเมื่อเจริญเติบโตในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสร้างและประเมินคุณภาพโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน
2. เพื่อทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน
3. เพื่อขยายผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน กรมศึกษาจังหวัดพิษณุโลก การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างและประเมินคุณภาพโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

การดำเนินการในระยะนี้ ผู้วิจัยดำเนินการโดย 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 2) สร้างและประเมินคุณภาพโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

ปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

1.1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เป็นการค้นหาปัญหาและวิเคราะห์แนวทางแก้ไขปัญหาการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในปัจจุบัน แล้วนำข้อมูลดังกล่าวมาพิจารณาโดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อนำเสนอผลการศึกษาและปัญหาอุปสรรคในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก ให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับทราบ และร่วมกันกำหนดแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ให้ข้อเสนอแนะในการวางแผนพัฒนา จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาสรุปเป็นข้อมูลเพื่อนำไปสร้างโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

1.2 การสร้างและประเมินคุณภาพโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยนำข้อมูลจากผลสรุปการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย นำมาออกแบบร่างโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ให้สอดคล้องกับบริบทของสภาพปัญหาและความต้องการในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และประเมินคุณภาพโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมีคุณสมบัติเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์การทำงานไม่ต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 7 ท่าน โดยพิจารณาประเด็นการประเมินใน 3 มิติ คือ ความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ จากนั้นนำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงและนำโปรแกรมไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบการดูแลพัฒนาการเด็ก ครูพี่เลี้ยง ซึ่งเป็นตัวแทนศูนย์เด็กเล็กในจังหวัดพิษณุโลก ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 50 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

1.2 แหล่งข้อมูลด้านการประเมินคุณภาพโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน คือ ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมีคุณสมบัติเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์การทำงานไม่ต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 7 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ อาจารย์มหาวิทยาลัย หรือผู้รับผิดชอบงาน ที่เชี่ยวชาญด้านส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และการสังเกตเอกสาร

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน คือ แบบประเมินคุณภาพโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยดำเนินการประเมินคุณภาพเพื่อตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบใน 3 มิติ คือ ด้านความถูกต้อง ด้านความเป็นไปได้ และด้านความเหมาะสม (Stufflebeam Daniel L. And Shinkfield A.J., 2007: 87-89) การประเมินคุณภาพของโปรแกรมในขั้นนี้ เป็นการประยุกต์ใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) ในการประเมินคุณภาพ โดยสร้างแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) มีเกณฑ์การพิจารณา 3 ด้าน คือ ความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ ดังนี้

5 หมายถึง มีความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในระดับมากที่สุด

4 หมายถึง มีความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในระดับมาก

3 หมายถึง มีความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในระดับพอใช้

2 หมายถึง มีความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในระดับน้อย

1 หมายถึง มีความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในระดับน้อยที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการสังเคราะห์เอกสาร การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการจัดกลุ่ม (Categorized) ประกอบกับการศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.2 วิเคราะห์ข้อมูลโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากผลสรุปการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย รวมถึงผลการสังเคราะห์เอกสารเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี นำมาสังเคราะห์เพื่อสร้างโครงร่างโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และนำร่างโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนยกย่องนำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาในด้านความถูกต้อง ด้านความเป็นไปได้ และด้านความเหมาะสม ดำเนินการประเมินคุณภาพของโปรแกรมด้วยผู้เชี่ยวชาญ 7 ท่าน โดยวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินความมีอรรถประโยชน์ของร่างโปรแกรมในแต่ละด้าน ได้แก่ ความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ โดยนำคำตอบของผู้เชี่ยวชาญทุกคนมาวิเคราะห์ หาค่าเฉลี่ย และแปลผลตามเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

4.51 – 5.00 หมายถึง มีความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ต่อการนำไปใช้ในระดับ มากที่สุด

3.51 – 4.50 หมายถึง มีความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ต่อการนำไปใช้ในระดับ มาก

2.51 – 3.50 หมายถึง มีความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ ต่อการนำไปใช้ในระดับพอใช้

1.51 – 2.50 หมายถึง มีความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ ต่อการนำไปใช้ในระดับ น้อย

1.00 – 1.50 หมายถึง มีความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ ต่อการนำไปใช้ในระดับ น้อยที่สุด

นำผลการวิเคราะห์ที่ได้เทียบกับเกณฑ์ค่าเฉลี่ยความมีอรรถประโยชน์ ซึ่งได้แก่ มีความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ ต่อการนำไปใช้ในระดับที่กำหนดค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ตั้งแต่ 3.51 ขึ้นไป ถือว่าโปรแกรมมีความถูกต้อง มีความเหมาะสม มีความเป็นไปได้ และมีอรรถประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในระดับเหมาะสม ข้อมูลส่วนที่เป็นข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยสรุปเป็นประเด็นสำคัญและปรับปรุงโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ให้มีความสมบูรณ์ก่อนการนำไปทดลองใช้ต่อไป

ระยะที่ 2 การทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

เป็นการนำโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่ได้รับการปรับปรุงแล้วมาทดลองใช้กับเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ใน 3 ประเด็น คือ พัฒนาการเด็ก ความฉลาดทางอารมณ์ และทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่ เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 3 – 5 ปี ที่มีสัญชาติไทย และพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กอายุ 3 – 5 ปี ที่มีสัญชาติไทย ที่อยู่ในศูนย์เด็กเล็ก กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มเด็กอายุ 3 - 5 ปี ที่มีสัญชาติไทย และพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กอายุ 3 – 5 ปี ที่มีสัญชาติไทย ที่อยู่ในศูนย์เด็กเล็กจังหวัดพิษณุโลก ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 7 ท่าน

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน 2) แบบวัดทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง หากความเที่ยงโดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.899 3) แบบวัดความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3-5 ปี หากความเที่ยงโดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.905 4) แบบวัดพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี หากความเที่ยงโดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Pair t-test และ Independent t-test

ระยะที่ 3 ขยายผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

เป็นนำผลการทดลองในระยะที่ 2 มาพัฒนาและนำไปขยายผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

ปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนให้ครอบคลุมทุกอำเภอ ในจังหวัดพิษณุโลกเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่ เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 3 – 5 ปี ที่มีสัญชาติไทย และพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กอายุ 3 – 5 ปี ที่มีสัญชาติไทย ที่อยู่ในศูนย์เด็กเล็ก กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มเด็กอายุ 3 - 5 ปี ที่มีสัญชาติไทย และพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กอายุ 3 – 5 ปี ที่มีสัญชาติไทย ที่อยู่ในศูนย์เด็กเล็กอำเภอละ 1 แห่ง ในจังหวัดพิษณุโลก ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยคัดเลือกจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีเด็กอายุ 3 – 5 ปี จำนวนน้อยกว่า 35 คน จำนวน 270 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 7 ท่าน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน 2) แบบวัดทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง หากความเที่ยงโดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.899 3) แบบวัดความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3-5 ปี หากความเที่ยงโดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.905 4) แบบวัดพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี หากความเที่ยงโดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Pair t-test

โครงการวิจัยผ่านการเห็นชอบรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก กระทรวงสาธารณสุข เลขที่โครงการ 023-2563

ผลการวิจัย

1. ผลการสร้างและพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

1.1 ผลการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ผลการวิจัยพบว่า จากสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดพิษณุโลกในปัจจุบัน เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ คิดเป็นร้อยละ 90.05 พบว่ามีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) คิดเป็นร้อยละ 22.52 และได้รับการติดตามประเมินซ้ำ ภายใน 30 วัน คิดเป็นร้อยละ 91.46, เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย คิดเป็นร้อยละ 97.59 และเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน คิดเป็นร้อยละ 60.98 นำข้อมูลดังกล่าวมาสนทนากลุ่มกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบการดูแลพัฒนาการเด็ก และครูพี่เลี้ยงซึ่งเป็นตัวแทนศูนย์เด็กเล็กในจังหวัดพิษณุโลก เพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า เจ้าหน้าที่ยังเกิดความเข้าใจไม่ตรงกันในเรื่องการกระตุ้นพัฒนาการและการประเมินพัฒนาการ และยังพบว่าผู้ปกครองยังขาดความเข้าใจเรื่องพัฒนาการ รวมทั้งความห่างไกลและความยากลำบากในการเดินทางในบางพื้นที่ทำให้ผู้ปกครองไม่ตระหนักและให้ความสำคัญเรื่องพัฒนาการเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบปัญหาการจัดเก็บและเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลการกระตุ้น

พัฒนาการในพื้นที่ทำให้การติดตามกระตุ้นเด็กพัฒนาการช้า ไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง จึงทำให้เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการเข้าสู่ระบบบริการอย่างต่อเนื่องจนกลับมาเป็นปกติน้อย

การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ และสนทนากลุ่ม (Interviewing guideline) ประกอบไปด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ครูพี่เลี้ยงเด็ก และแกนนำจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 ครั้ง เพื่อนำเสนอศึกษาปัญหาอุปสรรคในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็กให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับทราบ และให้ข้อเสนอแนะในการวางแผนพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยสรุปได้ว่า ให้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยประยุกต์ใช้กิจกรรมจากโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (DSPM based family - mediated Preschool Parenting Program; Triple P) ของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ โดยเน้นการทำงานร่วมกันระหว่างครอบครัวกับชุมชนและนำไปทดลองใช้จริงในพื้นที่

1.2 ผลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ การสังเคราะห์เอกสารแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ผลการวิเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนด้วยวิธีการโดยการสังเคราะห์เอกสารการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการจัดกลุ่ม (Categorized) ในประเด็น การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน สังเคราะห์องค์ประกอบของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) ชื่อโปรแกรม (Program title) 2) หลักการและเหตุผล (Rationale) 3)

วัตถุประสงค์ (Objectives) 4) กิจกรรม (Activities) และ 5) การประเมินผล (Evaluation) โดยประยุกต์ใช้กิจกรรมจากโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (DSPM based family - mediated Preschool Parenting Program; Triple P) ของ ศ.ดร.บ.น. พัฒนาการเด็กราชบัณฑิต เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้มีพัฒนาการที่สมวัย โดยมีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างสายใย มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. สร้างกลุ่มสัมพันธ์เพื่อกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงร่วมกัน (group cohesion)
2. พัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างเด็กปฐมวัยกับผู้ปกครอง (relationship/attachment)

กิจกรรมครั้งที่ 2 สร้างวินัย มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. สร้างกลุ่มสัมพันธ์เพื่อกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงร่วมกัน (group cohesion)
2. พัฒนาทักษะการสร้างวินัยเชิงบวกสำหรับผู้ปกครอง (positive discipline)
3. ลดการปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การลงโทษที่รุนแรง หรือการลงโทษทางร่างกาย (corporal Punishment)

กิจกรรมครั้งที่ 3 สร้างเด็กเก่ง 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. สร้างกลุ่มสัมพันธ์เพื่อกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงร่วมกัน (group cohesion)
2. พัฒนาทักษะการมองหาข้อดีและชมเพื่อสร้างความภาคภูมิใจ
3. เพิ่มทักษะการเลี้ยงดูเด็กแก่ผู้ปกครองเพื่อเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้และการช่วยเหลือตนเอง ในชีวิตประจำวัน

ของเด็ก

กิจกรรมครั้งที่ 4 สร้างเด็กเก่ง 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. สร้างกลุ่มสัมพันธ์เพื่อกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงร่วมกัน (group cohesion)
2. พัฒนาทักษะการสร้างวินัยเชิงบวกสำหรับผู้ปกครอง (positive discipline)
3. เพิ่มทักษะการเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพื่อพัฒนาทักษะการเรียนรู้

โดยการดำเนินกิจกรรมในทุกครั้ง จำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างครอบครัวและชุมชน โดยต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมและมีการกำกับติดตาม และประเมินผลการดำเนินการทุกขั้นตอนของกิจกรรม ซึ่งมีบทบาท ดังนี้

บทบาทของผู้ปกครอง

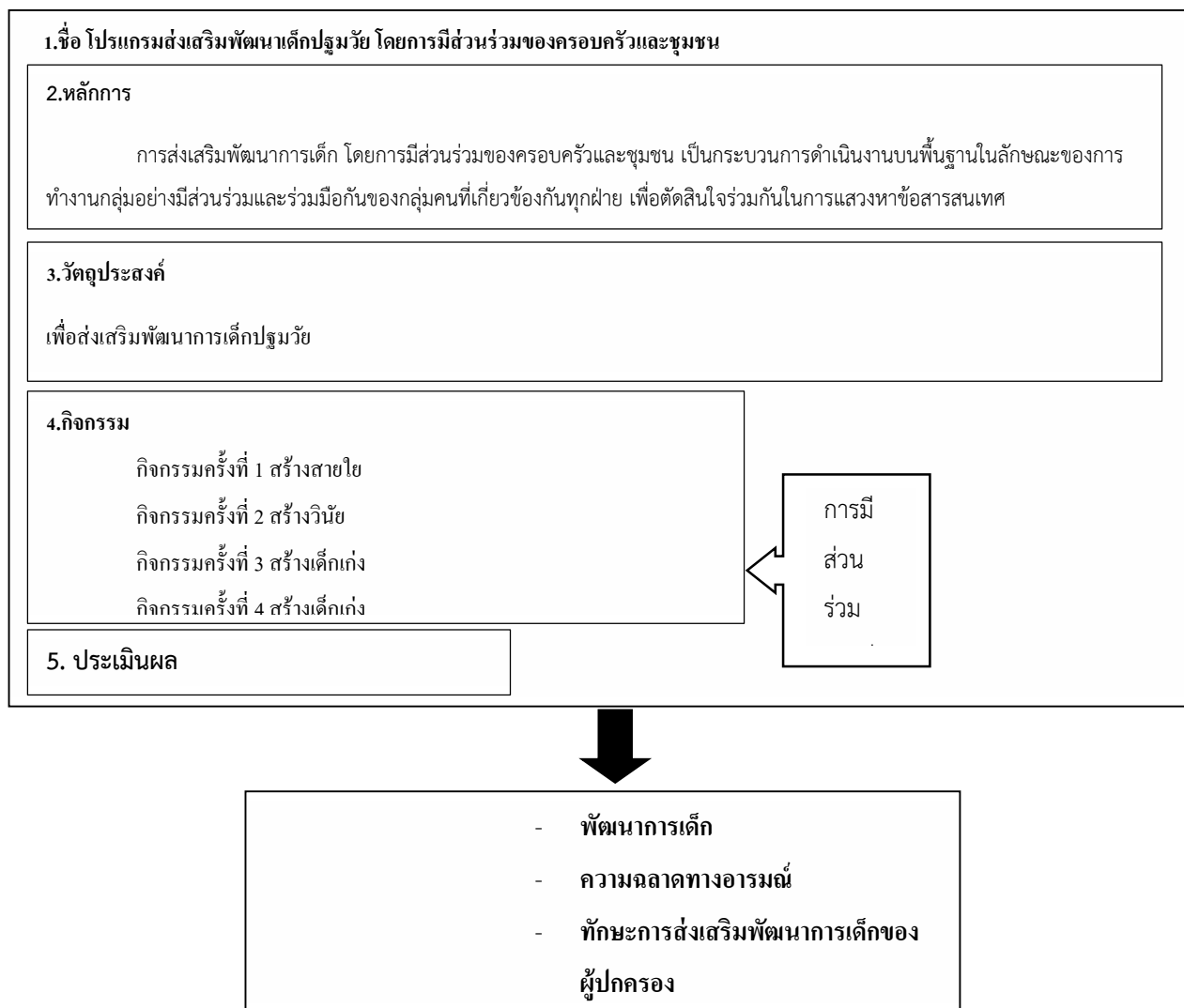
ผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก ซึ่งเป็น ภาระหน้าที่พื้นฐาน ของผู้ปกครองที่จะต้องจัดให้เด็กซึ่งควรรวมถึง การจัดหาที่อยู่อาศัย การดูแลสุขภาพอนามัย อาหาร ที่มีคุณภาพ และความปลอดภัยให้แก่เด็ก นอกจากนั้น ผู้ปกครองควรจะต้องจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านที่ส่งเสริมการเรียนรู้ให้แก่เด็กอย่างเหมาะสมกับวัย ผู้ปกครองต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย การปรับพฤติกรรมเด็ก นอกจากนี้ยังต้องมีส่วนร่วมในการสื่อสารจากบ้านสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวมถึงสถานพยาบาลใกล้บ้านหาพบว่าเด็กมีความผิดปกติ

บทบาทของชุมชน

แกนนำองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ร่วมกับอาสาสมัครหมู่บ้านร่วมกันเฝ้าระวัง กำกับ และติดตามผลการดำเนินงาน ตั้งแต่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จนถึงเด็กเข้าไปอยู่ในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ดำเนินการติดตามผลการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ทุกเดือน หากพบว่ามีความผิดปกติรีบแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ทราบทันที ด้านการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนจากชุมชน เช่น การประชุม

ชี้แจงให้ราษฎรในชุมชนทราบถึง ประโยชน์และความ
จำเป็นของการดำเนินงาน การจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์
การจัดให้มีกองทุน ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงาน
ตลอดจนการติดตามและประเมินผลรวมถึงการเข้ามามีส่วน
ร่วม จากชุมชน หรือประชาคมในท้องถิ่น

ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นในการประเมินความ
สอดคล้องของร่าง โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
ปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พบว่า
ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นต่อรายการประเมินของร่าง
โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วน
ร่วมของครอบครัวและชุมชน



ภาพที่ 1 รูปแบบโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน (Model)

2. ผลการทดลองโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

2.1 การทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน
ก่อนการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

เท่ากับ ($\bar{X} = 4.33$, S.D. = 0.88) และ ($\bar{X} = 4.17$, S.D. = 0.79) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการสมวัย ไม่แตกต่างกัน ($t = -0.769$, $p = 0.445$)

2.2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัย ก่อน – หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพัฒนาการสมวัยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ ($\bar{X} = 4.33$, S.D. = 0.88) และ ($\bar{X} = 4.17$, S.D. = 0.79) ตามลำดับ ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการสมวัย ไม่แตกต่างกัน ($t = -0.76$, $p = 0.445$) ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง เท่ากับ ($\bar{X} = 4.97$, S.D. = 0.18) และ ($\bar{X} = 4.30$, S.D. = 0.79) ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการสมวัยสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t = 4.48$, $p = 0.001$)

2.3 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย ก่อน – ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการสมวัยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ ($\bar{X} = 45.80$, S.D. = 3.53) และ ($\bar{X} = 44.70$, S.D. = 2.99) ตามลำดับ ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ไม่แตกต่างกัน ($t = -1.30$, $p = 0.199$) ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง เท่ากับ ($\bar{X} = 53.97$, S.D. = 1.56) และ ($\bar{X} = 44.93$, S.D. = 2.84) ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการสมวัยสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t = 15.26$, $p = 0.001$)

2.4 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง ก่อน – ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ ($\bar{X} = 121.30$, S.D. = 11.25) และ ($\bar{X} = 126.13$, S.D. = 12.67) ตามลำดับ ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง ไม่แตกต่างกัน ($t = -1.56$, $p = 0.124$) ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง เท่ากับ ($\bar{X} = 138.53$, S.D. = 17.13) และ ($\bar{X} = 120.87$, S.D. = 11.65) ซึ่งพบว่า กลุ่ม

ทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการสมวัยสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t = 4.67$, $p = 0.001$)

จากผลการทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมา ในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยในด้าน พัฒนาการของเด็กปฐมวัย ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย และทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง ที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ จึงควรนำโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดพิษณุโลก กำหนดเป็นนโยบายและเป็นแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และขยายผลการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกอำเภอในจังหวัดพิษณุโลก

3. ผลการขยายผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

จากการศึกษาผลการขยายผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยวัดก่อนและหลัง (Two Group Pretest - Posttest Design) การใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มเด็กอายุ 3 - 5 ปี ที่มีสัญชาติไทย และพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กอายุ 3 - 5 ปี ที่มีสัญชาติไทย ที่อยู่ในศูนย์เด็กเล็กจังหวัดพิษณุโลก ทั้ง 9 อำเภอของจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 270 คน พบว่า

3.1 การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก พบว่า เด็กปฐมวัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 158 คน (ร้อยละ 58.5) รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 112 คน (ร้อยละ 41.5) ส่วนใหญ่อายุ 4 ปี จำนวน 178 คน (ร้อยละ 65.9) รองลงมาอายุ 3 ปี 74 คน (ร้อยละ 27.4) ส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับที่ 1 จำนวน 173 คน (ร้อยละ 64.1) รองลงมาเป็นบุตรลำดับที่ 2 จำนวน 79 คน (ร้อยละ 29.3) ระยะเวลาที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่วนใหญ่ คือ 5-8 เดือน จำนวน

93 คน (ร้อยละ 34.4) รองลงมา คอ 1-4 เดือน จำนวน 89 คน (ร้อยละ 33) ตามลำดับ

3.2 การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง พบว่า อายุของผู้ปกครอง ส่วนใหญ่อายุ 31-40 ปี 82 คน (ร้อยละ 30.4) รองลงมาอายุ 21-30 ปี (ร้อยละ 27) การศึกษาของผู้ปกครอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา 93 คน (ร้อยละ 34.4) รองลงมา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. 71 คน (ร้อยละ 26.3) อาชีพของผู้ปกครอง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร 109 คน (ร้อยละ 40.4) รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ (แม่บ้าน) 50 คน (ร้อยละ 18.5) สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นคู่ 228 คน (ร้อยละ 84.4) รองลงมาหย่า 28 คน (ร้อยละ 10.4) ลักษณะครอบครัว ส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย 154 คน (ร้อยละ 57) รองลงมาเป็นครอบครัวเดี่ยว 116 คน (ร้อยละ 43) และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 4-6 คน 174 คน (ร้อยละ 64.4) รองลงมา 1-3 คน (ร้อยละ 23) ตามลำดับ

3.3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัย ก่อน – หลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน แยกเป็นรายอำเภอ พบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน คะแนนเฉลี่ยพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย ในทุกอำเภอ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยอำเภอที่มีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย สูงสุด คือ อำเภอวังทอง มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง เท่ากับ ($\bar{X}=5.00$, S.D. = 0.00)

3.4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย ก่อน – หลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน แยกเป็นรายอำเภอ พบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก

ปฐมวัย ในทุกอำเภอ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยอำเภอที่มีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย สูงสุด คือ อำเภอเมืองพิษณุโลก อำเภอบางกระทุ่ม และอำเภอบางระกำ มีคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้โปรแกรมเท่ากับ ($\bar{X}=54.07$, S.D. = 1.53) , ($\bar{X}=54.07$, S.D. = 1.53) และ ($\bar{X}=54.07$, S.D. = 1.53) ตามลำดับ

3.5 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการก่อน-หลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน คะแนนเฉลี่ยพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง เท่ากับ ($\bar{X}=4.95$, S.D. = 0.22) ภายหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ มีคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้โปรแกรมเท่ากับ ($\bar{X}=54.01$, S.D. = 1.50) พฤติกรรมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก ก่อน – หลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง เท่ากับ ($\bar{X}=140.98$, S.D. = 14.85)

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดพิษณุโลก เป็นโปรแกรมที่ถูกพัฒนาจากการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการส่งเสริมและพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยหน่วยงานทุกภาคส่วนจะเข้ามามีส่วนร่วม ตั้งแต่การรับรู้ถึงสภาพปัญหา สถานการณ์ปัจจุบัน และ

ความต้องการในการพัฒนาเด็กปฐมวัย แล้วนำข้อมูลดังกล่าวมาพิจารณาโดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อนำเสนอผลการศึกษาและปัญหาอุปสรรคในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก ให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับทราบ และร่วมกันกำหนดแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ให้ข้อเสนอแนะในการวางแผนพัฒนา ซึ่งการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหามีส่วนร่วมในการดำเนินงานแก้ปัญหาจะก่อให้เกิดความผูกพันและความรู้สึกเป็นเจ้าของกระบวนการ ซึ่งสอดคล้องกับ จอมพงศ์ มงคลวนิช (2555: 228) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม คือการเปิดโอกาสให้บุคลากรมีความเชื่อมโยงใกล้ชิดกับการดำเนินการและการตัดสินใจ ซึ่งก่อให้เกิดผลดีต่อการขับเคลื่อนองค์กรหรือเครือข่าย เพราะมีผลในทางจิตวิทยาเป็นอย่างยิ่ง กล่าวคือ ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมย่อมเกิดความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการบริหาร ความคิดเห็นถูกรับฟังและนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนาและที่สำคัญผู้ที่มีส่วนร่วมจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการหรือองค์การ ความรู้สึกเป็นเจ้าของจะเป็นพลังในการขับเคลื่อนองค์กรและหน่วยงานที่ดีที่สุด

โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดย การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) ชื่อ โปรแกรม (Program title) 2) หลักการและเหตุผล (Rationale) 3) วัตถุประสงค์ (Objectives) 4) กิจกรรม (Activities) และ 5) การประเมินผล (Evaluation) โดยประยุกต์ใช้กิจกรรมจาก โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม (DSPM based family - mediated Preschool Parenting Program; Triple P) ของ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้มีพัฒนาการที่สมวัย โดยมีกิจกรรม 4 กิจกรรม คือ การสร้างสายใย การสร้างวินัย การสร้างเด็กเก่ง 1 และ 2 โดยผู้ปกครองต้องเข้ามามีส่วน

ร่วมในการดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง เพื่อร่วมเสริมสร้างทักษะด้านต่าง ๆ ให้แก่เด็ก รวมทั้งได้เกิดการเรียนรู้แนวทางส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้านด้วย ซึ่งจะส่งให้เด็กได้รับความรักความห่วงใยจากผู้ปกครอง เป็นการกระตุ้นพัฒนาการ และความฉลาดทางอารมณ์ให้สูงขึ้นด้วย ซึ่งงานวิจัยของ อุดมลักษณ์กุล พิจิตร และพัชรภรณ์ พุทธิกุล (2560) ได้วิเคราะห์สถานการณ์ของการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยผู้ปกครองที่ไม่ใช่พ่อแม่ และนวัตกรรมเสริมสร้างความผูกพันในครอบครัว อธิบายไว้ว่า การพัฒนาความผูกพัน โดยการให้ความรักความเอาใจใส่เสมอต้นเสมอปลาย ไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์จิตใจ ด้านสังคม ด้านสติปัญญา การปรับตัวระหว่างเด็ก และผู้ดูแลหลัก เช่น ปู่ย่าตายาย การหมั่นคอยติดตามสิ่งที่เด็กสื่อสาร พร้อมทั้งตอบสนองความต้องการ รวมถึงการสนทนากับเด็กด้วยภาษาากาย เป็นองค์ประกอบหลักของการผูกสายสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ดูแลหลัก ซึ่งจะส่ง ผลบวกต่อการเสริมสร้างพัฒนาการเด็กต่อไป

ผลการทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน พบว่า พัฒนาการสมวัย และความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปฐม นวลคำ (2559) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่า เมื่อเปรียบเทียบหลังการทดลอง รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่พัฒนาขึ้นระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มทดลองมีผลของการมีความรู้ และพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และสอดคล้องกับ

งานวิจัยของ กรแก้ว ทัทมาลัย (2561) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า จากการประเมิน ประสิทธิภาพรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย มี พฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยดี ขึ้น และทำให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการดีขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ ($p\text{-value} < 0.05$) และในภาพรวมผล หลังการทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พบว่า พัฒนาการสมวัย ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก และทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง ของ กลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p\text{-value} < 0.001$) จะเห็นได้ว่า การใช้โปรแกรมการส่งเสริม พัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย และความ ฉลาดทางอารมณ์เพิ่มขึ้น และผู้ปกครองมีทักษะการ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ของ วิจิตร จันดาบุตรและคณะ (2561) ได้ศึกษา กระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก เทศบาล ตำบลสีวิเชียร อำเภอน้ำเย็น จังหวัด อุบลราชธานี พบว่า กระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ปฐมวัย ส่งผลให้กลุ่ม ตัวอย่างที่มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก และการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน รวมทั้งการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ปฐมวัย โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและ ผู้ปกครอง โดยมุ่งเน้นให้ตระหนักถึง ความสำคัญและ เข้าใจบทบาทของตนเองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก มี การปฏิบัติกำกับติดตาม และประเมินผล อย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ปฐมวัย จุดเด่นของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดพิษณุโลก คือ การพัฒนาทักษะการส่งเสริม

พัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง ที่มีส่วนร่วมในการดำเนิน กิจกรรมทุกครั้งและดำเนินการกระตุ้นพัฒนาการเด็กเวลา อยู่บ้านส่งผลให้พัฒนาการของเด็กปฐมวัยสมวัยเพิ่มขึ้น มี การจัดเก็บและเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลการกระตุ้น พัฒนาการในพื้นที่ทำให้การติดตามกระตุ้นเด็กพัฒนาการ ล่าช้าได้ครอบคลุมและต่อเนื่อง จึงทำให้เด็กที่มีปัญหา พัฒนาการเข้าสู่ระบบบริการอย่างต่อเนื่องจนกลับมาเป็น ปกติเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ในเชิงนโยบายทางสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพิษณุโลก ควรนำโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาเด็ก ปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดพิษณุโลก มากำหนดเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายใน การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และนำไปขยายผลการ ดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนา เด็กเล็กของจังหวัดพิษณุโลกให้ครอบคลุมครบทุกแห่ง โดยประสานผ่านกลไกคณะอนุกรรมการส่งเสริมการ พัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัด ที่มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็น ประธานขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงาน

2. การนำโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ไปใช้ควร ดำเนินการอย่างเป็นระบบโดยการพัฒนาทักษะของครูพี่ เลี้ยงเด็ก อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีความรู้ความเข้าใจในการ ดำเนินงานของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัย โดย การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

3. ส่งเสริมและพัฒนาให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็น ศูนย์การเรียนรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของ ชุมชนให้ทุกคนมีโอกาสเข้ามาเรียนรู้และได้รับการ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่องตามโปรแกรม ดังกล่าว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ เจ้าหน้าที่

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ทุกแห่งใน ตามโครงการส่งผลให้งานวิจัยนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์
จังหวัดพิษณุโลก ที่ช่วยจัดเก็บข้อมูล อาสาสมัคร ที่ตั้งไว้
สาธารณสุข ครูพี่เลี้ยงเด็ก ทุกคนที่ร่วมดำเนินกิจกรรม

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรแก้ว ทัทมาลัย. (2561). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสุพรรณบุรี.วารสารสุนอานามย์
ที่ 9. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 12 (29), 5-19
- 2.คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. (2561). ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ.2561-2580. แหล่งข้อมูล:
http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/082/T_001.PDF.สืบค้นเมื่อวันที่ 15 กันยายน 2563
- 3.คณะกรรมการการตรวจสอบและประเมินผลภาคราชการ. (2562). รายงานการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ
- 4.จอมพงศ์ มงคลวนิช. (2555). การบริหารองค์การและบุคลากรทางการศึกษา. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 5.ธัญพร เมฆรุ่งจิตร และอดิสรุตา เพื่องฟู. (2561). ปัจจัยที่กระทบต่อการพัฒนาการเด็ก. ตำราพฤติกรรมเด็ก เล่ม 4 กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
- 6.ปฐม นวลคำ. (2559). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดแม่ฮ่องสอน. วารสารสุขภาพ
ภาคประชาชน: 12 (1), 36-45
- 7.นิตยา คชภักดี. (2552). พัฒนาการเด็ก. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ : ปิยอนด์เอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด.
- 8.นิรชา เรืองคารกานนท์. (2551). พัฒนาการและแนวโน้มปัญหาของเด็กไทย. กรุงเทพฯ : เอกสารอัดสำเนา
- 9.วิชัย เอกพลกร. บรรณาธิการ. (2554). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 นนทบุรี : สำนักวิจัยระบบ
สาธารณสุข.
- 10.วรสิทธิ์ ศิริพรพาณิชย์ และนัยพินิจ คชภักดี. (2561). บทบาทของสมองต่อการพัฒนาการเด็ก. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 4.
กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
- 11.วิจิตร จันดาบุตร และคณะ. (2561). การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลตำบลสีวิเชียร อำเภอ
น่ายัน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัย ทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 13(1): 208-219.
- 12.สถาบันพัฒนาอนามัยแม่และเด็กแห่งชาติ.(2560). รายงานประจำปี 2560 สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ.กรมอนามัย กระทรวง
สาธารณสุข.
- 13.สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, สำนักงาน.(2563). รายงานผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2563. พิษณุโลก.
- 14.ศิริลักษณ์ พนมเชิง.(2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์ในเด็กที่มีภาวะพูดช้ากว่าวัย (Delayed Speech) แผนกผู้ป่วยนอกและ คลินิกWell baby
แผนกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลบางละมุง.วารสาร กุมารเวชศาสตร์ 2556 ; 52 : 44-55
- 15.องค์การยูนิเซฟประเทศไทย. (2558-2559). การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- 16.Bee H. (1995). **The growing child** New York : Harper Collins College Publishers; 3-28,83-105
- 17.Rajatanavin R.,Chailurkit L. Winichakoon P.,Mahachoklertwattana P.,Soranasataporin S., Wacharasin R. (1997). **Endemic cretinism in
Thailand: a multidisciplinary survey.** EurJEndocrinol; 137: 35-349
- 18.Stufflebeam, D.L. (1999). **Foundational Models for 21 st Century Program Evaluation.** Mi :The Occasional Paper Series.
- 19.Wendy H.Oddy, JianghongLi, Monique Robinson,Andrew J.O., Whitehouse.(2012). **The Long-Term Effect of Breasrfeeding on
Development.CentrePopulation Health Research.Contemporary Pediatrics.Publisher InTech:** 57-78. From
<http://cdn.intechopen.com /pdfs/31651.pdf>

การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน โรงพยาบาลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย

Development of Community Mental Health Network Sakhray Hospital, Sakhray District, Nong Khai Province

อลงกฏ ดอนละ¹Alonggot Donla¹

(Received: February 23 ,2021 ; Accepted: March 30 ,2021)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ เกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจัยนำเข้าและการพัฒนากระบวนการ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ปัจจัยนำเข้าและการพัฒนากระบวนการกับการมีส่วนร่วมของเครือข่าย เปรียบเทียบอาการและความสามารถในการกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช ศักยภาพของผู้ดูแล และเปรียบเทียบผลงานสุขภาพจิตระหว่างปีงบประมาณ 2559 กับ 2563 เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) ระหว่างเดือนธันวาคม 2563-มีนาคม 2564 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เครือข่ายจำนวน 128 คน ผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 47 คน และผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 47 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามเครือข่าย แบบประเมินอาการและความสามารถในการกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยและแบบสอบถามศักยภาพของผู้ดูแล โดยใช้สถิติ ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation), Paired samples T test และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis)

ผลการศึกษาพบว่า หลังพัฒนาสถานการณ์ปัจจัยนำเข้าและการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนา (ต่างกันร้อยละ 19.4) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายหลังพัฒนาโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา ร้อยละ 17.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านสถานการณ์ปัจจัยนำเข้าและการพัฒนากระบวนการที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของเครือข่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นตามสมมุติฐาน โดยรวมสามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมของเครือข่ายได้ ร้อยละ 62 ($\text{adj.}R^2 = 0.62$) ผู้ป่วยจิตเวชหลังพัฒนาโดยรวมค่าเฉลี่ยความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของลดลงกว่าก่อนพัฒนา (ค่าต่างร้อยละ 49.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ความสามารถในการกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชหลังพัฒนาโดยรวมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทุกด้าน ผู้ดูแลหลังพัฒนาโดยรวมมีศักยภาพด้านบทบาทการทำงานและคุณภาพการดูแลเพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนา (ค่าต่าง ร้อยละ 34.8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และผลงานดูแลสุขภาพจิตผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด สรุป หลังพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน โรงพยาบาลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย นี้ ส่งผลทำให้การมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ศักยภาพของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นและผลงานสุขภาพจิตผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : การพัฒนา, เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน

ABSTRACT

This study aimed to comparison between before and after the operation were as situation, inputs and process development, analyze the relationship between situation, inputs and process development with network participation, comparison between symptoms and activities daily living of a psychiatric patient, the potential of caregiver and comparison of mental health performance between the fiscal year 2016 and 2020. This quasi-experimental study, between December 2020 - March 2021, the sample consisted 128 networks, 47 psychiatric patients and 47 caregivers. The instruments were network questionnaire, a symptom and activities daily living of psychiatric patient assessment and caregiver potential questionnaire. Using statistics were percentage, mean, standard deviation, Paired samples T test and the multiple regression analysis.

Results shown that after overall development of situation, inputs and process development for psychiatric patients care there were means higher than before development (19.4% difference) was statistically significant ($p < 0.001$). A network participation means was higher than before development (17.8% difference) was statistically significant ($p < 0.001$) with a moderate level. Factors of situation, inputs and process development had a statistically significant influence on network participation at a level of 0.01, based on hypothesis. Overall, the network participation could be predicted by 62% ($\text{Adj.}R^2 = 0.62$). The psychiatric patients that mean after overall the high risk of incidence

¹พ.บ., อนุมัติบัตรสาขาเวชกรรมป้องกัน (แขนงสุขภาพจิตชุมชน) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสระใคร

was lower than before development (49.3% difference) was statistically significant ($p < 0.001$). The activities daily living of psychiatric patients after overall development, the mean was significantly higher than before ($p < 0.001$) in all aspects. Caregivers that mean after overall was a statistically significant increase in the potential of work roles and quality of care than before (34.8% difference) ($p < 0.001$) and the results of health care in psychiatric patients passed the criteria of all indicators. Conclusion: after development of community mental health network in Sakhrat hospital, Sakhrat district, Nong Khai province as a result increased participation, ability in daily activities of psychiatric patients, caregivers' potential and performance threshold.

Keyword: Development, Community Mental Health Network

บทนำ

สุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในทุกช่วงของชีวิต มีหลักฐานสำคัญบ่งชี้ว่า ปัจจัยทางสังคมที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยทางจิต จะสัมพันธ์กับการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด อาชญากรรม และการออกจากโรงเรียนกลางคัน การขาดปัจจัยกำหนดสุขภาพ และการมีปัจจัยเสี่ยง ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้น เช่น มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย อุบัติเหตุบนท้องถนน ขาดการออกกำลังกาย ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกำหนดเหล่านี้กับสุขภาพจิตมีความซับซ้อนมาก เช่น การว่างงานอาจจะสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า หรือใช้สารเสพติด เป็นต้น (Walker, Moodie, Herrman, 2004)

ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการรักษา 2 ล้าน 6 แสนกว่าคน หัวใจสำคัญที่สุดที่จะไม่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบ คือ 1) ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง แม้ว่าอาการจะดีขึ้นแล้ว ก็ยังไม่ได้แปลว่าหายขาด 2) ไม่ใช้สารเสพติดทุกชนิด เช่น สุรา บุหรี่ และ 3) ไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง หากปฏิบัติตามดังกล่าว จะไม่มีปัญหาอาการกำเริบและมีโอกาสหายสูง โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการป่วยครั้งแรก แต่หากปล่อยให้อาการกลับเป็นซ้ำแล้วซ้ำอีก จะมีโอกาสป่วยเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด ต้องพึ่งยาตลอดชีวิต เช่นเดียวกับผู้ที่มีเป็นโรคประจำตัวทั่วไป ปัญหาหลักที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบ ป่วยซ้ำๆ บางรายมีอาการรุนแรงขึ้นกว่าเดิม (กรมสุขภาพจิต, 2562)

จังหวัดหนองคายในปี 2559 พบการเข้าถึงบริการโรคจิตในจังหวัดหนองคายมีผู้ป่วยสะสมทั้งหมด 2,735 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.80 มีผู้ป่วยจิตเวชในเขตจังหวัดหนองคายเข้ารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ทั้งหมด 104 ราย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีนโยบายสนับสนุนงบกองทุนจิตเวช

เรื้อรัง ในการจัดบริการเชื่อมติดตามผู้ป่วยจิตเวช (รหัส F20) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่บ้านหรือในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการขาดยา ไม่มีอาการกำเริบ ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีกลุ่มเป้าหมายหลักคือผู้ป่วยจิตเภทที่นอนในโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2558 และติดตามเชื่อมบ้านในช่วงมกราคม-มิถุนายน 2559 จังหวัดหนองคายได้รับการจัดสรรโควตาทั้งหมด 71 ราย และได้ดำเนินการติดตามเชื่อมโดยมี โรงพยาบาลหนองคายเป็นโรงพยาบาลที่เล็งออกติดตามเชื่อมครอบคลุมทุกอำเภอ ปีงบประมาณ 2562 โดยรวมพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 71.12 และอำเภอสระใคร ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 67.95 (เกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 63) แต่ยังพบปัญหาผู้ติดตามเสพติดที่บ่าบดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี ร้อยละ 0.0 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20) สำหรับโรงพยาบาลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2559-2561 มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ติดตามดูแลงานสุขภาพจิต จำนวน 12, 7 และ 5 คน โดยพบปัญหาความรุนแรงจิตเวชฉุกเฉินที่เกิดขึ้น ด้านความรุนแรงจากการทำร้ายร่างกายของคนในครอบครัว มากที่สุดในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 5 ครั้ง รองลงมาคือผู้ป่วยจิตเวชไม่รับประทานยา เกิดอาการทางจิตคลุ้มคลั่ง อาละวาด การทำลายทรัพย์สินและทำร้ายผู้อื่น จำนวน 4 คน และความรุนแรงจากปัญหาการเสพติด ทำให้เกิดอาการหูแว่ว ประสาทหลอน กลัวคนมาทำร้าย จำนวน 2 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่อง โดยปีงบประมาณ 2562 โรงพยาบาลสระใคร มีผู้ป่วยสุขภาพจิต จำนวน 47 คน ที่จะต้องได้รับการประเมินติดตาม

ตามที่เป็นระบบอย่างชัดเจน อีกทั้งยังมีแนวทางในการประเมินความก้าวหน้าของโรคในผู้ป่วยจิตเวช ทำให้มีผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ได้รับการประเมินสมรรถภาพจะได้รับ การประเมินความเสี่ยงอาการรุนแรงทางจิตเวชฉุกเฉิน ให้ ความร่วมมือในการใช้ยาและสมรรถภาพในกิจวัตร ประจำวัน สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพจิต ชุมชนระหว่างแกนนำชุมชน ผู้บริหารองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น (อปท.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย, 2563)

ทั้งนี้ การศึกษาเพื่อพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิต ชุมชน โรงพยาบาลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัด หนองคาย นี้ ภายใต้โครงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่ บ้าน เพื่อให้บริการดูแลสุขภาพผู้ที่มีอาการทางจิตและจิต เวชฉุกเฉินในชุมชน โดยมีการจัดทำแผนการดำเนินงาน ขับเคลื่อนด้วยบุคลากร (FCT : family care team) ใน กำกับดูแลของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ สระใคร (พชอ.) พร้อมทั้งพัฒนาระบบการเข้าถึงยาจิตเวช ตามกรอบบัญชียาจิตเวช มีการพัฒนาระบบการกระจายยา สำคัญในการบำบัดโรคจิตเวช และเชื่อมงานบริการรับส่ง ต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน มุ่งเน้นให้มีระยะเวลาการรักษาตัว ในโรงพยาบาลที่สั้นลงและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ดำเนิน ชีวิตโดยเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและชุมชนได้ตามปกติ เป็น การลดค่าใช้จ่ายจากการเข้าพักรักษาตัวใน โรงพยาบาล ช่วยลดอาการกำเริบซ้ำ และลดอัตราการ กลับมารักษาซ้ำ อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาเครือข่ายบริการ ด้านสุขภาพจิตในระดับชุมชน ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ ผู้รับบริการและผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งจะเป็นการลดการ กลับเป็นซ้ำ ลดการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อ อันจะส่งผล ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมชุมชน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิต ชุมชน ระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบสถานการณ์ปัจจัยนำเข้า และการพัฒนากระบวนการ ระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา

2. เพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ระหว่างก่อนกับหลังพัฒนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างสถานการณ์ ปัจจัยนำเข้าและการพัฒนา กระบวนการกับการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

3. เพื่อเปรียบเทียบอาการป่วยและ ความสามารถในการกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช ระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา

4. เพื่อเปรียบเทียบศักยภาพของผู้ดูแลระหว่าง ก่อนกับหลังพัฒนา

5. เพื่อเปรียบเทียบผลงานตามตัวชี้วัด สุขภาพจิตระหว่างปีงบประมาณ 2559 กับ 2563

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ สถานการณ์ปัจจัยนำเข้า การ พัฒนาระบบการและการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย อาการและความสามารถในการกิจวัตร ประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช ศักยภาพของผู้ดูแลและความ พึงพอใจ

ตัวแปรตาม คือ ผลงานตามตัวชี้วัดสุขภาพจิต ระหว่างปีงบประมาณ 2559 กับ 2563

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) สถานที่ศึกษาในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาล สระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย เก็บข้อมูล ระหว่างเดือนธันวาคม 2563-มีนาคม 2564 กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 128 คน โดยใช้สูตร Power analysis คำนวณขนาดตัวอย่าง (นิพัฑ พนธ์ สนิทเหลือ และคณะ, 2562) ได้แก่ แกนนำชุมชน ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำการ ทดสอบครั้งที่ 1 ก่อนพัฒนาในเดือน ธันวาคม 2563 และ ครั้งที่ 2 ทดสอบหลังพัฒนาเดือนมีนาคม 2564

2. ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน จำนวน 47 คน เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย ผู้วิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงศึกษาผู้ป่วยจิตเวชทุกคน ที่

ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามการจำแนกโรคแบบสากล International Classification of Disease, ICD10 อยู่ในกลุ่ม F 20.0- F 20.9

3. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 47 คน เลือกรับการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ เป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ในข้อ 2

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างประชากรศึกษาคือผู้ป่วยจิตเวช ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามการจำแนกโรคแบบสากล International Classification of Disease, ICD10 อยู่ในกลุ่ม F 20.0- F 20.9

2. สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้หรือตอบคำถามโดยผู้ดูแลหรือครอบครัว

3.ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เป็นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชที่ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ที่สามารถควบคุมอาการได้

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยจิตเวชเจ็บป่วยอาการกำเริบรุนแรงที่เป็นอุปสรรคในระหว่างการศึกษา

2. มีข้อมูลไม่ครบตามที่กำหนดไว้ เข้าโรงพยาบาลหรือย้ายออกไปอยู่ที่อื่น

3. ไม่มีผู้ดูแลหรือผู้ดูแลไม่อยู่ในระหว่างการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เป็นแบบสอบถาม มีทั้งแบบให้เลือกตอบ (multiple choice) และคำถามแบบเปิด (open-ended) จำนวน 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จำนวน 30 ข้อ $\alpha = 0.84$ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจัยนำเข้าและกระบวนการพัฒนา จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 15 ข้อ ปรับจาก ชลินดา จันทรวงาม และคณะ (2559)

ชุดที่ 2 แบบประเมินผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 69 ข้อ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลอาการผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับลักษณะผู้ป่วยจิตเวช 10 ด้าน ปรับมาจากแบบติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนรินทร์ (2559)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย $\alpha = 0.91$ จำนวน 54 ข้อ ปรับมาจากสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต (2560)

ชุดที่ 3 ศักยภาพของผู้ดูแล จำนวน 39 ข้อ $\alpha = 0.89$ แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ศักยภาพของผู้ดูแลด้านบทบาทการทำงาน จำนวน 7 ข้อ ปรับจาก นงคราญ สมฤทธิ์ (2558)

ส่วนที่ 3 ศักยภาพของผู้ดูแลด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 17 ข้อ

ชุดที่ 4 แบบบันทึกผลการดำเนินงานจำนวน 9 ตัวชี้วัด เพื่อประเมินผลตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานสุขภาพจิตของ กรมสุขภาพจิต ปี 2563-2565 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2561)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้ศึกษานำแบบสัมภาษณ์ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุม ความตรงของเนื้อหา รวมทั้งความเหมาะสมของภาษา และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การหาความเชื่อมั่น (reliability) ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับประชาชนในชุมชนอื่น จำนวน 30 คน เพื่อหาความสอดคล้องแล้วหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน บาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าเชื่อมั่นโดยรวมของแบบสอบถามมากกว่า 0.81

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

1. สถิติเชิงพรรณนา เป็นการอธิบายลักษณะของข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างก่อน-หลัง โดยใช้ Paired samples T test และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis)

ผลการศึกษา

สถานการณ์ ปัจจัยนำเข้าและการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช หลังพัฒนาโดยรวม ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนา (ค่าต่างร้อยละ 19.4) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เพิ่มขึ้นมากที่สุดด้าน

คุณลักษณะของระบบดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชเป็นระบบที่ดี (ค่าต่างร้อยละ 23.6) มีการสื่อสารและการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์ระบบเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชและตัวชี้วัดไปสู่ผู้ปฏิบัติงานได้ครอบคลุมและทั่วถึง (ค่าต่างร้อยละ 21.8) แผนปฏิบัติงานและกิจกรรมตามระบบเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช มีความสอดคล้องกับระยะเวลาดำเนินงาน (ค่าต่างร้อยละ 21.7) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความแตกต่างกัน คือด้านกระบวนการ ได้แก่ การได้รับการประชุมชี้แจงแนวทางการติดตามเฝ้าติดตามให้ไปรักษาและทีมสหสาขาวิชาชีพ/ทีมหมอครอบครัวออกเยี่ยมผู้ป่วยในรายที่พบปัญหาซับซ้อน (ตาราง 1)

ตาราง 1 เปรียบเทียบสถานการณ์ปัจจัยนำเข้าและการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย ระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา (n=128)

สถานการณ์ปัจจัยนำเข้าและการพัฒนากระบวนการ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		%ค่า	p-value
	Mean	SD	Mean	SD	ต่าง	
ด้านสถานการณ์						
1. นโยบายมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน	2.84	0.57	3.45	0.73	17.7	<0.001*
2. กลยุทธ์ของแผนงานระบบดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชครอบคลุมสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วย	2.80	0.58	3.47	0.86	19.3	<0.001*
3.แผนปฏิบัติงานและกิจกรรม มีความสอดคล้องกับระยะเวลา	2.78	0.68	3.55	0.97	21.7	<0.001*
4. มีการถ่ายทอดนโยบายฯสู่ผู้ปฏิบัติถึงระดับชุมชน	3.07	0.50	3.62	0.88	15.2	<0.001*
5. การแต่งตั้งทีมหมอบริการมีความเหมาะสม	2.86	0.51	3.55	0.69	19.4	<0.001*
ด้านปัจจัยนำเข้า						
6. มีการสื่อสารและการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์ไปสู่ผู้ปฏิบัติงานได้ครอบคลุมและทั่วถึง	2.84	0.55	3.63	0.97	21.8	<0.001*
7. มีแผนปฏิบัติการระบบเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชบูรณาการกับเครือข่ายท้องถิ่น	2.88	0.37	3.48	0.86	17.2	<0.001*
8. เกณฑ์ในการประเมินการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชเหมาะสมกับปฏิบัติงานระดับอำเภอถึงระดับชุมชน	2.83	0.37	3.45	0.84	18.0	<0.001*
9. คุณลักษณะของระบบเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่ดำเนินการในปี 2562-2563 นี้ เป็นระบบที่ดี	2.85	0.51	3.73	0.79	23.6	<0.001*
10. คุณลักษณะด้านการระดมทรัพยากรหรือการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	2.85	0.54	3.52	0.86	19.0	<0.001*

สถานการณ์ปัจจัยนำเข้าและการพัฒนากระบวนการ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		%ค่า	p-value
การพัฒนากระบวนการ						
11.จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในรับผิดชอบ	2.49	0.69	2.89	0.95	13.8	<0.001*
12.ได้รับการอบรม/ประชุมการพัฒนาทักษะการคัดกรอง	2.02	0.33	3.26	0.73	7.7	<0.001*
13.ได้รับการอบรมอาสาสมัครเชี่ยวชาญด้านจิตเวช	2.49	1.10	3.01	0.50	17.3	<0.001*
14.ได้รับการประชุมชี้แจงแนวทางการติดตามเยี่ยมและให้ไป รับการรักษาต่อเนื่อง ตามนัด	2.83	0.52	2.92	0.76	3.1	0.112
15. ทีมสหสาขาวิชาชีพ/ทีมหมอครอบครัวออกเยี่ยมผู้ป่วยใน รายที่พบปัญหาซับซ้อน	2.61	0.63	2.72	0.81	4.0	0.389
รวม	28.59	2.47	35.46	6.78	19.4	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05, paired samples t-test

การมีส่วนร่วมของเครือข่าย หลังพัฒนาโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา ร้อยละ 17.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 55.5 เพิ่มขึ้นมากที่สุดด้านการมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล (ค่าต่างร้อยละ 20.1) การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวช (ค่าต่างร้อยละ 17.0) และการมีส่วนร่วมตามบทบาทของ อปท./ แกนนำ/ อสม. (ค่าต่างร้อยละ 16.3) ตามลำดับ (ตาราง 2)

ตาราง 2 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา (n=128)

การมีส่วนร่วม	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		%ค่า	P-value
	Mean	SD	Mean	SD	ต่าง	
การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวช	14.55	2.54	17.52	3.80	17.0	<0.001*
การมีส่วนร่วมตามบทบาทของ อปท. แกนนำ และ อสม.						
การมีส่วนร่วมตามบทบาทของ อปท. แกนนำ และ อสม.	12.69	2.01	15.16	2.73	16.3	<0.001*
การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล	13.28	1.71	16.62	3.54	20.1	<0.001*
คะแนนรวมทุกด้าน	40.52	4.38	49.30	8.59	17.8	<0.001*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับต่ำ (1 – 24)	0	0.0	0	0.0		
ระดับปานกลาง (25 – 50)	128	100.0	71	55.5		
ระดับสูง (51 – 75)	0	0.0	57	44.5		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05, paired samples t-test

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าปัจจัยด้านสถานการณ์ปัจจัยนำเข้าและการพัฒนากระบวนการที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของเครือข่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นตามสมมติฐาน จำนวน 13 ปัจจัย จากทั้งหมด 15 ปัจจัย โดยรวมสามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมของเครือข่ายได้ ร้อยละ 62 (ค่าคงที่ $B=13.814$, $\text{adj.}R^2 = 0.62$) มากที่สุดด้านแผนงานระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช ครอบคลุมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่ (X_2) ($\text{adj.}R^2 = 0.56$) รองลงมาคือได้รับการอบรม/ประชุมการพัฒนาทักษะการคัดกรอง ค้นหาและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน (X_{12}) ($\text{adj.}R^2 = 0.55$) ได้รับการอบรมอาสาสมัครเชี่ยวชาญด้านจิตเวช (X_{13}) ($\text{adj.}R^2 = 0.53$) และจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในรับผิดชอบ

(X_{11}) ($\text{adj.}R^2 = 0.51$) ตามลำดับ ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของเครือข่ายคือ ความเหมาะสมของการแต่งตั้งเครือข่ายบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชและการระดมทรัพยากรหรือการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ตาราง 3)

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยด้านสถานการณ์และปัจจัยนำเข้ากับการมีส่วนร่วมของเครือข่าย (n=128)

ปัจจัย	B	Beta	R ² Chang	R ² Adj.	F Chang	P
ค่าคงที่ 13.814	1.001	0.789	0.62	0.62	208.42	<0.001*
ด้านสถานการณ์						
1. นโยบายมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน (X_1)	6.376	0.542	0.29	0.28	52.35	<0.001*
2. แผนงานบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ (X_2)	7.565	0.757	0.57	0.56	167.98	<0.001*
3. กิจกรรมบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช สอดคล้องกับระยะเวลาดำเนินงานของปีงบประมาณ (X_3)	-2.936	-0.332	0.37	0.36	73.87	0.002*
4. มีการถ่ายทอดนโยบายแนวทางการดำเนินงานสู่ผู้ปฏิบัติ (X_4)	-2.223	-0.230	0.32	0.32	60.92	0.049*
5. ความเหมาะสมของการแต่งตั้งเครือข่ายบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช (X_5)	1.034	0.084	0.21	0.20	34.12	0.367

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยด้านสถานการณ์และปัจจัยนำเข้ากับการมีส่วนร่วมของเครือข่าย (ต่อ)

ปัจจัย	B	Beta	R ² Chang	R ² Adj.	F Chang	P
ด้านปัจจัยนำเข้า						
6. มีการสื่อสารและการถ่ายทอดแผนงาน/กิจกรรมสู่ผู้ปฏิบัติงานได้ทั่วถึง (X_6)	1.976	0.225	0.48	0.48	119.15	0.044*
7. มีการบูรณาการแผนและกิจกรรมการบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชในรพ.สระใคร (X_7)	5.464	0.547	0.45	0.44	103.59	<0.001*
8. ความเหมาะสมกับการปฏิบัติงานของเกณฑ์การประเมินระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช (X_8)	4.323	0.423	0.49	0.49	125.08	<0.001*
9. คุณลักษณะของระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่ดำเนินการ เป็นระบบที่ดี (X_9)	3.877	0.360	0.44	0.43	99.64	<0.001*
10. มีการระดมทรัพยากรหรือการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (X_{10})	-1.185	-0.119	0.34	0.33	65.63	0.320
การพัฒนากระบวนการ						
11. จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในรับผิดชอบ (X_{11})	7.136	0.718	0.51	0.51	134.35	<0.001*
12. ได้รับการอบรมพัฒนาทักษะการคัดกรอง (X_{12})	7.051	0.560	0.55	0.55	158.35	<0.001*
13. ได้รับการอบรมอาสาสมัครเชี่ยวชาญด้านจิตเวช (X_{13})	7.097	0.585	0.53	0.53	146.95	<0.001*
14. มีการชี้แจงการติดตามเยี่ยมให้ไปรับการรักษา (X_{14})	5.971	0.575	0.46	0.46	107.92	<0.001*
15. ทีมสหสาขาวิชาชีพ/ทีมหมอครอบครัวออกเยี่ยมผู้ป่วยในรายที่พบปัญหาซับซ้อน (X_{15})	5.721	0.780	0.29	0.29	53.73	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05 , โดยใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise

อาการผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 10 ด้าน พบว่าหลังพัฒนาโดยรวมค่าเฉลี่ยความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงลดลงต่ำกว่าก่อนพัฒนา (ค่าต่างร้อยละ 49.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ลดลงมากที่สุด ด้าน การทำกิจวัตรประจำวัน (ค่าต่าง ร้อยละ 69.9) การดื่มสุรา สารเสพติด (ค่าต่าง ร้อยละ 59.9) และสัมพันธภาพในครอบครัว (ค่าต่าง ร้อยละ 51.0) ตามลำดับ ส่วนที่ไม่แตกต่างกัน คือ ความสามารถในการเรียนรู้ (ตาราง 4)

ตาราง 4 เปรียบเทียบอาการผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา (n=47)

อาการผู้ป่วยจิตเวช	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		%ค่าต่าง	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
1. อาการทางจิตกำเริบ	2.19	0.92	1.51	0.50	-45.0	$<0.001^*$
2. การกินยาไม่ต่อเนื่อง/ไม่สม่ำเสมอ/ไม่กิน	2.15	0.93	1.49	0.50	-44.3	$<0.001^*$
3. ผู้ดูแล/ญาติ	2.17	0.63	1.49	0.58	-45.6	$<0.001^*$
4. การทำกิจวัตรประจำวัน	2.09	0.50	1.23	0.42	-69.9	$<0.001^*$
5. การประกอบอาชีพ	2.06	0.70	1.40	0.53	-47.1	$<0.001^*$
6. สัมพันธภาพในครอบครัว	2.34	0.76	1.55	0.54	-51.0	$<0.001^*$
7. สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย	2.09	0.74	1.51	0.58	-38.4	$<0.001^*$
8. การสื่อสารการแสดงพฤติกรรม	2.17	0.48	1.49	0.58	-45.6	$<0.001^*$
9. ความสามารถในการเรียนรู้	2.34	0.63	1.55	0.65	-51.0	0.083
10. การดื่มสุรา สารเสพติด	2.51	0.50	1.57	0.61	-59.9	$<0.001^*$
รวม	22.11	4.43	14.81	3.86	-49.3	$<0.001^*$

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05 , paired samples t-test

ความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช หลังพัฒนาโดยรวมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) (ค่าต่างร้อยละ 23.06) มากที่สุดด้านทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน (ค่าต่างร้อยละ 28.0) ทักษะทางสังคม (ค่าต่างร้อยละ 27.0) และด้านทักษะการดูแลตนเอง (ค่าต่างร้อยละ 26.3) ตามลำดับ (ตาราง 5)

ตาราง 5 เปรียบเทียบความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช ระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา (n=47)

รายการประเมินผู้ป่วย	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		ค่าต่าง	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านทักษะการดูแลตนเอง	24.85	4.92	33.74	7.83	26.3	$<0.001^*$
ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน	22.83	7.19	29.51	8.83	22.6	$<0.001^*$
ทักษะทางสังคม	20.36	7.11	27.89	9.70	27.0	$<0.001^*$
ทักษะการทำงาน	19.83	6.06	22.32	8.64	11.2	$<0.001^*$
ทักษะการพักผ่อน	20.02	5.62	26.11	9.15	23.3	$<0.001^*$
ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน	21.53	6.27	29.91	9.20	28.0	$<0.001^*$
รวม	21.57	6.19	28.24	8.89	23.06	$<0.001^*$

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05 , paired samples t-test

ศักยภาพด้านบทบาทการทำงานของผู้ดูแล หลังพัฒนาโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนา (ค่าต่าง ร้อยละ 34.8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) มากที่สุดด้านการสำรวจกลุ่มประชากรเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง (ค่าต่าง ร้อยละ 39.1) การได้รับการฝึกอบรมการให้บริการฯ (ค่าต่าง ร้อยละ 38.2) และได้รับการฝึกอบรมการจัดการและประสานรถส่งต่อ (ค่าต่าง ร้อยละ 34.2) ตามลำดับ ด้านคุณภาพการดูแลโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนา (ค่าต่าง ร้อยละ 65.1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) มากที่สุดด้านการเยี่ยมและติดตามฯ (ค่าต่าง ร้อยละ 75.2) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อเนื่อง (ค่าต่าง ร้อยละ 65.2) และการประเมินปัญหาของผู้ป่วยจิตเวช 61.9) ตามลำดับ ไม่มีความแตกต่างกันคือ ระบบส่งต่อฯ (ตาราง 6)

ตาราง 6 เปรียบเทียบศักยภาพของผู้ดูแล ระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา (n=47)

ศักยภาพผู้ดูแล	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		%ค่า	p-value
	Mean	SD	Mean	SD	ต่าง	
ด้านบทบาทการทำงาน						
1.การสำรวจกลุ่มประชากร เพื่อค้นหาประเมินปัจจัยเสี่ยง	3.77	1.69	6.19	1.59	39.1	<0.001*
2.การได้รับการฝึกอบรมการให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	3.79	1.61	6.13	1.58	38.2	<0.001*
ตาราง 6 เปรียบเทียบศักยภาพของผู้ดูแล ระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา (ต่อ)						
ศักยภาพผู้ดูแล	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		%ค่า	p-value
	Mean	SD	Mean	SD	ต่าง	
3.การประสานงานกับทีมหมอบรรอบครัว	4.13	1.45	6.21	1.91	33.5	<0.001*
4.ร่วมวางแผนและขอรับคำปรึกษา	4.00	1.54	6.00	1.80	33.3	<0.001*
5.ได้รับการฝึกอบรมการจัดการและประสานรถส่งต่อ	3.81	1.51	5.79	1.66	34.2	<0.001*
6.การให้คำปรึกษาและคำแนะนำการดูแลแก่ครอบครัว	4.11	1.56	6.06	1.75	32.2	<0.001*
7.การประสานขอความช่วยเหลือร่วมกับองค์กรภาคีอื่นๆ	4.11	1.57	6.11	1.71	32.7	<0.001*
รวม	27.70	9.95	42.49	10.80	34.8	<0.001*
ด้านคุณภาพการดูแล						
1. จัดทำแฟ้มข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช	2.28	0.94	4.32	0.47	47.2	<0.001*
2. การประเมินปัญหาของผู้ป่วยจิตเวช	2.28	1.76	5.98	1.64	61.9	<0.001*
3. ระบบส่งต่อและติดตาม	1.06	1.27	4.19	0.94	74.7	0.757
4. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อเนื่อง	4.02	1.93	11.55	3.32	65.2	<0.001*
5. การเยี่ยมและติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวช	1.38	1.66	5.57	1.50	75.2	<0.001*
รวม	11.02	5.05	31.62	5.82	65.1	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05, paired samples t-test

หลังพัฒนามีผลงานตามตัวชี้วัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชผ่านเกณฑ์ชี้วัดทั้ง 9 ตัวชี้วัด ซึ่งก่อนการพัฒนาในปี 2559 ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 5 ตัวชี้วัด

สรุป หลังพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน โรงพยาบาลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย นี้ ส่งผลทำให้การมีส่วนร่วม ผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถใน

กิจวัตรประจำวัน ศักยภาพของผู้ดูแลและผลงานสุขภาพจิตผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าหลังพัฒนาสถานการณ์ปัจจัยนำเข้าและการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนา อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐติกา ชูรัตน์ (2559) ที่พบว่า การพัฒนางานจิตเวชชุมชน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ควรให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนร่วมค้นหาสาเหตุและมีส่วนร่วมในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน และการศึกษาของ อมราพร สุรการ และ ณัฐวุฒิ อรินทร์ (2557) ที่ศึกษาพบว่า ปัญหาของอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ที่มีอาการผิดปกติทางจิต ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของบุคคลทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ซึ่งเป็นอาการนำไปสู่ภาวะที่มีอาการผิดปกติทางจิต นโยบายจากภาครัฐได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาด้านสุขภาพจิต มียุทธศาสตร์การทำงานเชิงรุกที่เน้นการป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพจิตเป็นสำคัญ โดยอาศัยความร่วมมือจากเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต

ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของเครือข่ายหลังพัฒนาโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เพิ่มขึ้นมากที่สุดด้านการมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล การค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวช และการมีส่วนร่วมตามบทบาทตามลำดับ ด้านความสัมพันธ์ พบว่าปัจจัยด้านสถานการณ์ปัจจัยนำเข้าและการพัฒนากระบวนการที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของเครือข่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นตามสมมุติฐาน โดยรวมสามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมของเครือข่ายได้ ร้อยละ 62 ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลวรรณ สีเชียงสา (2562) ที่ศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษามี 6 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านยา ปัจจัยด้านอาการของผู้ป่วย ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ด้านผู้ดูแล และด้านเครือข่ายชุมชน การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพสามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาและความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่มีอาการกำเริบและอยู่ร่วมกับชุมชนได้ตามความเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ อติญา โพธิ์ศรี (2561) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

เรื้อรัง พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชมีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น สามารถที่จะเรียนรู้ในการเริ่มการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ได้ดีขึ้น และสามารถที่จะแก้ไขปัญหาของตนเองให้สำเร็จได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วริยา จันทร์ขำ (2559) ที่ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนพบว่า ในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน โดยการจัดการข้อมูล สร้างทีม พัฒนาคณะ สร้างเครือข่ายดูแลสุขภาพจิตในชุมชนมีการประเมินผล เพื่อให้ชุมชนสามารถดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนได้ ให้เครือข่ายและเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ตามศักยภาพ ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเวชสามารถดูแลตนเองได้

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชหลังพัฒนาโดยรวมค่าเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของลดลงกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ลดลงมากที่สุดด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การดื่มสุรา สารเสพติด และสัมพันธภาพในครอบครัว ตามลำดับ ส่วนที่ไม่แตกต่างกัน คือ ความสามารถในการเรียนรู้ ส่วนความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชหลังพัฒนาโดยรวมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ ทั้งนี้การใช้มุมมองความตระหนักว่าสุขภาพจิตและอารมณ์ได้รับอิทธิพลจากบริบทที่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องที่บ้านอย่างถูกต้อง ตามธรรมชาติของโรคที่จะมีการแกว่งของอาการหรือกลับเป็นซ้ำขึ้นมาเอง บางครั้งความเครียดหรือปัญหาในชีวิต อาจกระตุ้นให้อาการทางจิตเวชกำเริบได้ ความสงบสุขภายในบ้านจึงเป็นผลดีต่อการรักษาอย่างยิ่ง (พนม เกตุมาน, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรสา วัฒนศิริ, เสาวภา ศรีภูสิตโต (2556) ที่พบว่า หลังพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีอาการกลับเป็นซ้ำ และอาการกำเริบรุนแรงลดลง ผลของการใช้กระบวนการดูแลต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในชีวิตประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Thomson and Hollister (2016) ที่การศึกษาเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการ

รุนแรงและพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคจิตเวชพบว่าผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรัง มีอัตราการเสียชีวิตเป็น 6 เท่าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Malik, et al (2012) ที่ศึกษาพบว่า โรคจิตเวชยังคงเป็นโรคเรื้อรังที่จะส่งผลกระทบต่อความเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรงได้ โดยมีการเสื่อมสภาพในทุกด้านของผู้ป่วย โดยเฉพาะด้านความสามารถในกิจวัตรประจำวัน

ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลหลังพัฒนาโดยรวมมีศักยภาพด้านบทบาทการทำงานและคุณภาพการดูแลเพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไล นานา (2561) ที่ศึกษาพบว่า การดูแลที่ตอบสนองความต้องการของครอบครัวจึงเป็นการดูแลที่สำคัญบ่อยครั้งที่ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชต้องเผชิญกับความบีบคั้นทางอารมณ์ ความรู้สึกสูญเสีย และรู้สึกเป็นตราบาป กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วยการดูแลจิตใจและร่างกาย การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการจัดการอาการทางจิต

ผลการศึกษาพบว่าหลังพัฒนามีผลงานตามตัวชี้วัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชผ่านเกณฑ์ทั้ง 9 ตัวชี้วัด ซึ่งก่อนการพัฒนาในปี 2559 ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 5 ตัวชี้วัด ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษาของหน้าใน ปี 2556 ของ เบญจมาศ พฤกษ์กานนท์ และคณะ (2556) ที่ศึกษาพบว่าอัตราการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัย และรักษาของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในทุกโรคก่อนข้างต่ำมีโรคที่เข้าถึงบริการไม่ถึงร้อยละ 10 เช่น ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด สารเสพติด ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายทุกระดับ และความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น ทั้งนี้อาจจะต้องมีการวางแผนให้ชัดเจนด้านการคัดกรองผู้ป่วยและการประชาสัมพันธ์แบบเชิงรุกถึงระดับชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ผลการศึกษานี้ ควรนำกระบวนการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ไปปรับใช้โดยมีการกำหนดมาตรการที่เป็นแนวทางแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตในชุมชน

สามารถนำไปใช้ประโยชน์สำหรับการสร้างแผนการพัฒนาระบบสุขภาพจิตในชุมชนได้อย่างตรงเป้าหมาย

2. ให้การสนับสนุนดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเวช จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าการมีผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลในครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถเผชิญและแก้ปัญหาในกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. หน่วยงานภาครัฐ ควรเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติตามนโยบายได้เข้ามามีส่วนร่วม หรือมีบทบาทต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติในทุกขั้นตอนตั้งแต่ช่วงก่อน ระหว่าง และหลังการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติเพื่อความเข้าใจในการถ่ายทอดนโยบายในทุกระดับของการปฏิบัติการ

4. เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน ควรให้การสนับสนุนช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ดูแลในประเด็นสำคัญ เช่น กำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตและด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการจัดหาค่าตอบแทนให้ผู้ดูแล เป็นต้น

5. จากผลการศึกษาพบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนหลังพัฒนาค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนาสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการสร้างแผนดำเนินงานสุขภาพจิตให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในพื้นที่อื่น

1. การพัฒนาระบบการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายนี้ จะทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ อันได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สามารถนำไปใช้ประโยชน์สำหรับการสร้างแผนการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้อย่างตรงเป้าหมายสามารถวางแผนการพัฒนาที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของแต่ละพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ควรมีส่วนร่วมดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตในชุมชน โดยหน่วยบริการสาธารณสุขมีบทบาทประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างเครือข่ายท้องถิ่น สามารถนำไปใช้

ประโยชน์สำหรับการดำเนินงานของเครือข่าย ซึ่งจะต้องมีอย่างน้อย 4 ด้าน ได้แก่ เครือข่ายด้านการรักษา ด้านอาชีพ และเงินทุน ด้านสังคม และด้านประชาสัมพันธ์

ข้อเสนอแนะการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

- การศึกษาเพื่อพัฒนาการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ด้านการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพจิตให้สอดคล้องกันกับโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังชนิดอื่น ๆ ที่จะสามารถเฝ้าระวังป้องกันความเสี่ยงและให้การดูแลผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตได้ตามความเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- 1.Walker L, Moodie R, Herrman H. **Promoting mental health and wellbeing.** In R. Moodie & A. Hulme (Eds.), Hands-on health promotion, 2004: 238-248.
- 2.เบญจมาศ พุกภัยกานนท์, ชีระ ศิริสมุท, สุรเดช ดวงทิพย์ศิริกุล, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, กนกวรรณ สุดศรีวิไล. การสำรวจระดับความวิตกกังวล สุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2556.3.สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย. ข้อมูลเฉพาะเป็นผู้ป่วยจิตเวช จากโปรแกรม HDC ปี 2559-2563.
- 4.นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรวิพร สาทร์เพ็ชร, ญาณดา นภาพารักษ์. การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ 2562: 496-507.
- 5.ชลินดา จันทรงาม, เทพอุทิศ ก้วสิทธิ์, กฤษณ์ ขุนลึก. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำมอติ อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา 2559: 55-67.
- 6.โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนรินทร์. คู่มือการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนสำหรับเครือข่าย. มปท., 2559.
- 7.สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข). กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. วิทอเรียอิมเมจ, 2560.
- 8.นงคราญ สมฤทธิ์. ศักยภาพและความพร้อมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขด้านการกำกับดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการใช้ระยะสั้น ภายใต้การสังเกตโดยตรงอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง. การค้นคว้าอิสระสาขาสังคมศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2558.
- 9.ณัฐติกา ชูรัตน์. การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปี่เหล็กที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2559; 3(1): 24-35.
- 10.อมรพร สุรกร และ ณัฐฤดี อรินทร์. การดูแลสุขภาพจิต: การมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) 2557; 6: 176-84.
- 11.กมลวรรณ สีเชียงสา. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2562.
- 12.อดิญา โพธิ์ศรี. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: กรณีศึกษาชุมชนหนองนาสร้าง. วารสารพยาบาลทหารบก 2561; 19: 239-247.
- 13.วิริยา จันทร์ขำ. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน: บทบาทพยาบาลจิตเวช. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2559; 30(3): 1-9.
- 14.พนม เกตุมาน. คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2561] <ออนไลน์>จาก<http://www.psyclin.co.th>
- 15.Thomson EF and Hollister B. Schizophrenia and Suicide Attempts: Findings from a Representative Community-Based Canadian Sample. **Hindawi** 2016: 1-11.
- 16.Malik MS, Ataullah, Jehangir S. GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA A CROSS-SECTIONAL STUDY. **pafmj** 2012; 62: [cited 2018 November 10] <online>from: <http://www.pafmj.org>.
- 17.วิไล นาป่า. การดูแลโดยครอบครัวและการเจ็บป่วยทางจิตครั้งแรก: ความท้าทายของการพยาบาลจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2561; 32(1): 1-12.

- 14 วันชัย วัฒนศัพท์ สุพรรณิ ศรีอำพร กฤติกา สุวรรณรุ่งเรืองและ มิโฮโกะ ทาคาฮาชิ. การสำรวจพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การเที่ยวหมากของประชากรจังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: หน่วยมะเร่ิง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2540.
- 15 สุรพงษ์ ลือทองจักร. หลักมานุษยวิทยาและหลักสังคมวิทยา 2552 [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2560] เข้าถึงได้จาก: <http://www.udru.ac.th/attachments/elearning/02/20.pdf>
- 16 จ่านง อติวัฒน์สิทธิ์และคณะ. สังคมวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2540.
- 17 Bandura, A. Social Learning Theory. New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
- 18 Adulyanon S,Vourapukjaru J,Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. Community Dent Oral Epidemiol 1996;24(6):385-389.
- 19 ปิยะฉัตร พัทธานุลัต. ความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากของชาวบ้าน กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
- 20 ชีรวัฒน์ ประหยัทธิพิทย. หมากเพื่อการค้า. กรุงเทพฯ: ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาอาชีพการเกษตร; ม.ป.ป.
- 21 Tanwir F, Altamash M, Gustafsson A. Influence of betel nut chewing, dental care habits and attitudes on perceived oral health among adult Pakistanis. Oral Health Prev Dent 2008;6(2):89-94.
- 22 Anand R, Dhingra C, Prasad S, Menon I. Betel nut chewing and its deleterious effects on oral cavity. J Cancer Res Ther 2014;10(3):499-505.
- 23 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปกร. ข้อมูลพืชสมุนไพร: พลู. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2564] เข้าถึงได้จาก: http://pharmacy.su.ac.th/herbmed/herb/text/herb_detail.php?herbID=155
- 24 นัฐวุฒิ บุญยืน. หมาก - ใบพลู เกี่ยวข้อง กับ มะเร่ิงในช่องปาก. 2548 [เข้าถึงเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2564] เข้าถึงได้จาก: <http://www.vcharkarn.com/vcafe/26909>
- 25 Xiaolin Z, Reichart PAA review of betel quid chewing, oral cancer and precancer in Mainland China. Oral Oncology. 2007;43(5):424-430.
- 26 ปริญญ์ ผกานนท์. ผลของการกินหมากต่อสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ตำบลค่าน้ำแซบอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2557.
- 27 ศศิธร ไชยประเสริฐ. สุขภาพช่องปาก สุขภาพสังคม: จากแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่สู่ภาคปฏิบัติ. เชียงใหม่: โรงพิมพ์นันทพันธ์; 2544.

บรรยากาศองค์กรและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

Organizational Climate and Organization Support Affecting the Quality of Work Life of Public

Health Officers at Sub-District Health Promoting Hospital, Kalasin Province

สุพัตรา ถิ่นไพบุณ¹, ศรีบุญย์ ศรีไชยเจริญพงษ์², ชนะพล ศรีฤชา³

Supattra Thinpaiboon¹, Sribud Srichaijaroonpong², Chanaphol Sriruecha³

(Received: January 12,2021; Accepted: February 21,2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบรรยากาศองค์กรและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ประชากรที่ศึกษาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 636 คน ขนาดตัวอย่างจำนวน 264 คน ได้จากการคำนวณการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.99 และแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการศึกษาพบว่า บรรยากาศองค์กรและการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ระดับสูง กับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.740$, $p\text{-value}<0.001$, $r=0.810$, $p\text{-value}<0.001$) และพบว่า การสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการ การสนับสนุนจากองค์กรด้านบุคลากร การสนับสนุนจากองค์กรด้านเทคโนโลยี บรรยากาศองค์กรมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และการสนับสนุนจากองค์กรด้านงบประมาณ ตัวแปรทั้ง 5 ตัวแปร สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ร้อยละ 69.0 ($R^2=0.690$, $p\text{-value}<0.001$) คำสำคัญ: บรรยากาศองค์กรและการสนับสนุนจากองค์กร,คุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ABSTRACT

This is a cross-sectional descriptive research aimed to study organizational climate and organization support affecting the quality of work life of public health officers at sub-district health promoting hospital, Kalasin province. The population was 636 public health officers at sub-district health promoting hospital in Kalasin province, randomly selected by systematic random sampling got 264 people. Questionnaire which was examined and verified by the three experts for content validity. Cronbach's Alpha Coefficient was at 0.99. In-depth interview used to qualitative data by in-depth interview guidelines. The results showed that organizational climate and organization support had high level of relationship with the quality of work life of public health officers at sub-district health promoting hospitals in Kalasin province with statistical significance ($r=0.740$, $p\text{-value}<0.001$, $r=0.810$, $p\text{-value}<0.001$, respectively). Additionally, there

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุขคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตสกลนคร

³ รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

were five variables, i.e.; organization support in management, man power, technology, organizational climate in identity and money could predicted the quality of working life of public health officers at sub-district health promoting hospitals in Kalasin province at 69.0 percentage. ($R^2=0.69.0$, p -value < 0.001).

Keywords: Organizational Climate, Organization Support and Quality of Work Life of Public Health Personnel

บทนำ

นโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุขการพัฒนา ระบบสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องและรองรับกับการเปลี่ยนแปลงของบริบททางสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับแผน ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี นโยบายประเทศไทย 4.0 เพื่อ ไปนำสู่เป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน รวมถึง นโยบาย การปฏิรูปประเทศมุ่งสู่ “ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” ตาม กรอบทิศทางการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขใน อนาคตโดยมีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มี ความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ภายใต้ยุทธศาสตร์ความเป็น เลิศ 4 ด้าน (ด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและ คัดกรองผู้บริโภคเป็นเลิศ ด้านการบริการเป็นเลิศ ด้าน บุคลากรเป็นเลิศ และด้านการบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิ บาล) ซึ่งได้กำหนดเป้าหมายที่สำคัญเพื่อให้เกิด ประสิทธิภาพและประสิทธิผลจากการใช้งบประมาณ ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด นอกจากนี้ยังได้กำหนดแนว ทางการถ่ายทอดตัวชี้วัดเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างแท้จริง ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านบุคลากรเป็นเลิศ แผนงานที่ 10 การพัฒนาระบบ บริหารจัดการด้านกำลังคนด้านสุขภาพ โดยโครงการที่ 35 เรื่องของการผลิตพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็น มืออาชีพ เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการด้านกำลังคนอย่างมี ประสิทธิภาพ ได้รับการพัฒนาสมรรถนะตามวัตถุประสงค์ ต่อไป^[1]

จากยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ดังกล่าว สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ สุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2562 เพื่อให้ สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ โดยมีวิสัยทัศน์ คือ “ประชาชนชาวกาฬสินธุ์ สุขภาพดี มีอายุยืนยาว ในปี พ.ศ. 2564” โดยได้กำหนดในยุทธศาสตร์ที่ 4 คือ การพัฒนา

สถานบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ และระบบบริการ สุขภาพให้มีความเป็นเลิศ โดยตัวชี้วัดเป้าประสงค์ที่ 3 บุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นคนเก่งคนดี มีความสุขบนฐาน คำนึงองค์กร (MOPH) มีกระบวนการบริหารจัดการและ พัฒนากำลังคนตามเกณฑ์คือ 1) พัฒนาศักยภาพบุคลากรตาม สมรรถนะวิชาชีพครอบคลุม 5 กลุ่มวิชาชีพ 2) ส่งเสริมพัฒนา ความสุขของคนทำงานตามบริบทของหน่วยงานให้บุคลากร มีความสุขตามแบบสำรวจดัชนีความสุข 3) ส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรมและเชิฐคุณดี ต้นแบบความดี และ 4) ส่งเสริมให้ บุคลากรสาธารณสุขมีสุขภาพดี โดยทุกหน่วยงานมีการตรวจ สุขภาพ ให้บุคลากรครอบคลุมและมีบุคคลต้นแบบด้าน สุขภาพ^[2]

คุณภาพชีวิตการทำงาน คือ ระดับของการรับรู้ เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน สามารถตอบสนองความต้องการ ของร่างกายและจิตใจผู้ปฏิบัติงานมีความพอใจในงานที่ทำ มีความสุข และรู้สึดีกว่าตัวเองคุณค่าจากการทำงานนั้นๆ ตามแนวคิดของวอลตัน^[3] ซึ่งมี 8 ด้าน คือ 1) ด้านการให้สิ่ง ตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม 2) ด้านสิ่งแวดล้อมที่ ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ 3) ด้านความก้าวหน้าและ ความมั่นคงในงาน 4) ด้านโอกาสในการพัฒนาขีด ความสามารถของตนเอง 5) ด้านการบูรณาการทางสังคม หรือการทำงานร่วมกัน 6) ด้านประชาธิปไตยในองค์กร 7) ด้านความสมดุลระหว่างหน่วยงานกับชีวิตส่วนตัว และ 8) ด้านความเกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์ต่อสังคม โดยมิ การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในการทำงานไว้ หลายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์ใน ระดับมาก ได้แก่ ด้านประชาธิปไตยในองค์กร^[4] ด้าน ธรรมณูในองค์กร^[5] ด้านลักษณะงานมีส่วนเกี่ยวข้อง และสัมพันธ์กับสังคม และด้านการบูรณาการทางสังคม^[6] การคำนึงถึงความเป็นประโยชน์ต่อสังคม^[7] และด้าน ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับชุมชน^[8] นอกจากนี้คุณภาพชีวิต

การทำงานมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านประชาธิปไตยในองค์กร^[9] ด้านสิทธิส่วนบุคคล^[10] ด้านความต้องการความอำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ ความปลอดภัย สิ่งอำนวยความสะดวก^[11] และด้านรูปธรรมของบริการ ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และด้านการรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการ^[12]

จังหวัดกาฬสินธุ์ มีทั้งหมด 18 อำเภอ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 156 แห่ง มีเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 636 คน^[2] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด มีบทบาทหลักในเรื่องส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลกรณีที่ประชาชนมีความเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย โดยมีนโยบายมุ่งเพิ่มคุณภาพการบริการผู้ป่วยเรื้อรังให้ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และการดูแลสุขภาพพระชราวัยในชุมชน ช่วยลดความแออัดของผู้ป่วยที่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลและเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการที่จำเป็นของประชาชน^[13] โดยภาระงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการทำงานหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นการให้บริการตามลักษณะการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ต้องครอบคลุม ทั้ง 4 มิติ มีการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภคแล้วยังมีภาระงานที่ต้องใช้ระยะเวลาเพิ่มมากขึ้น งานเอกสารที่ค่อนข้างมาก ขาดงบประมาณในการจ้างเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน ภาระงานตามตัวชี้วัดที่รับผิดชอบค่อนข้างมาก การโยกย้าย ลาออก หรือเปลี่ยนสายงานของบุคลากร การทำงานที่ไม่ตรงกับสายงาน และภาระอื่นๆ ที่นอกเหนือจากงานประจำ^[14] จากสภาพปัญหาผู้วิจัยได้กล่าวข้างต้นนี้จึงมีความสนใจที่จะศึกษาบรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นข้อมูลในการสนับสนุน ส่งเสริม และเป็นแนวทางมาประยุกต์ใช้ให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเสริมสร้างบุคลากรให้มีคุณภาพชีวิตของการทำงานที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดกาฬสินธุ์
2. ระดับบรรยากาศองค์การระดับการสนับสนุนจากองค์กรและระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดกาฬสินธุ์
3. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 636 คน และกลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 264 คน และทางการสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 12 คน โดยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen [15] ดังนี้

สูตร

$$N = \frac{\lambda(1 - R_{Y.A.B}^2)}{R_{Y.A.B}^2 - R_{Y.A}^2} + w$$

.....(1)

เมื่อ

$$\lambda = \lambda_L - \frac{1/v_L - 1/v}{1/v_L - 1/v_U} (\lambda_L - \lambda_U)$$

.....(2)

เมื่อกำหนดให้

$R^2_{Y.A.B}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Full Model ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรจากการศึกษา^[16] เรื่องบรรยากาศองค์กรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นลักษณะการปฏิบัติงานคล้ายคลึงกัน มีพื้นที่ใกล้เคียงกันในการทำวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้ค่า $R^2_{Y.A.B}$ มีค่าเท่ากับ 0.460

$R^2_{Y.A}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Reduce model ($R^2_{Y.A.B} - R^2_{Y.B.}$) มีค่าเท่ากับ 0.444

$R^2_{Y.B.}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุที่เปลี่ยนแปลง (R^2 Change) เมื่อไม่มีตัวแปรที่ต้องการทดสอบมีค่าเท่ากับ 0.016

λ คือ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนตัวแปรอิสระและอำนาจการทดสอบ

w คือ จำนวนตัวแปรอิสระนอกเหนือจากตัวแปรที่ต้องการทดสอบ (เซต A) เท่ากับ 0 (เซต B) เท่ากับ 14

u คือ จำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการทดสอบ (เซต B) เท่ากับ 1 ตัวแปร

v คือ ค่าที่ได้จาก $v = N - u - w - 1$

ในการคำนวณขนาดตัวอย่างจะต้องเปิดตารางที่ 9.4.2 หน้า 452-455 Cohen^[15] ประกอบการคำนวณ โดยค่าที่ปรากฏในตารางประกอบด้วยค่า u มี 120 ค่า v มี 4 ค่า ได้แก่ 20, 60, 120, และ α และค่า Power มีค่าระหว่าง 0.25 - 0.99 จากนั้นหาค่า λ ในสมการที่ (2) โดยแทนค่า $v=120$ ซึ่งเป็นค่าที่จะทำให้ขนาดตัวอย่างเพียงพอที่สุด จากนั้นดูที่ $u=1$, Power=0.80 จะได้ $\lambda=7.8$ แทนค่า λ ในสมการที่ (1) เพราะฉะนั้นจะได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 264 คน

การสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) มีวิธีการสุ่ม โดยนำรายชื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

แบ่งตามสายวิชาชีพ โดยเรียง ชื่อ-สกุล ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน เมื่อเรียงลำดับชื่อแล้ว หาดำแหน่งจุดเริ่มต้นของการสุ่ม Random start โดยการสุ่มอย่างง่ายหาค่าซึ่งได้ตำแหน่งเริ่มต้นที่ 3 จึงทำการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) จนได้ครบตามตัวอย่างจำนวน 264 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังต่อไปนี้ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดแบบให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิดแบบให้เติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับบรรยากาศองค์กรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของการทำงาน ประกอบด้วย 9 มิติ ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการมีคุณภาพชีวิตในการทำงาน ประกอบด้วย 6 ด้าน ส่วนที่ 4 เป็นคำถามที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงาน ประกอบด้วย 6 ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งมีคำตอบให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือก 5 ระดับ คือ (5, 4, 3, 2, 1) และส่วนที่ 5 เป็นแบบสอบถามที่เป็นคำถามปลายเปิดให้ผู้ตอบได้เสนอ ปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ให้ตอบคำถามได้อย่างอิสระ

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-Depth Interview) เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์แบบเชิงลึกประกอบไปด้วยประเด็นคำถามด้านคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ พร้อมทั้งการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุง โดยผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองใช้ (Tryout) กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งที่มีลักษณะการปฏิบัติงานคล้ายคลึงกัน มีพื้นที่ใกล้เคียงกัน และอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 เช่นเดียวกันในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน จากการทดลองใช้แบบสอบถามพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficients) โดยรวมทุกด้านเท่ากับ 0.99 ส่วนรายด้านมีค่าดังนี้ คือ บรรยายาสององค์การ เท่ากับ 0.98 การสนับสนุนจากองค์การ เท่ากับ 0.98 และคุณภาพชีวิตการทำงาน เท่ากับ 0.97

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา เพื่อหาการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis)

การแปลผล

การแปลผลคะแนนระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยนำมาจัดระดับ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้ ระดับมากที่สุด (4.00-5.00 คะแนน) ระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) ระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน)

สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 แบ่งระดับดังนี้

$r = 0$ หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์ $r = +0.01$ ถึง $+0.30$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ต่ำ $r = +0.31$ ถึง $+0.70$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ปานกลาง $r = +0.71$ ถึง $+0.99$ หมายถึง มีความสัมพันธ์สูง $r = +1$ หมายถึง มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2563 เลขที่โครงการ HE632100 โดยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง วันที่ 6 พฤษภาคม 2563 ถึง 31 พฤษภาคม 2563

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.8 มีอายุระหว่าง 21 -30 ปี ร้อยละ 40.2 โดยมีอายุเฉลี่ย 36.21 ปี (S.D.=9.952 ปี) อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 59 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 56.8 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 83.0 เป็นตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 37.9 ส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท ร้อยละ 57.2 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 25,530 บาท (S.D.= 12,210.530 บาท) รายได้ต่ำสุด 12,000 บาท รายได้สูงสุด 60,000 บาท มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1-10 ปี จำนวน 169 คน คิดเป็นร้อยละ 64.0 มีค่ามัธยฐาน 8.0 ปี จำนวนปีต่ำสุด 1 ปี จำนวนปีสูงสุด 37 ปี

2. ระดับบรรายาสององค์การของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

จากการวิเคราะห์ข้อมูลระดับบรรายาสององค์การ พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.11 (S.D.=0.51) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก ทุกมิติอยู่ในระดับมาก มีระดับบรรายาสององค์การมิติโครงสร้างองค์การมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.38 (S.D.=0.55) รองลงมาคือมิติ

ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.21 (S.D.=0.63) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ มิติการให้รางวัล ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 (S.D.=0.66) รองลงมาคือมิติความเสี่ยงในการดำเนินงาน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 (S.D.=0.61)

3. ระดับการสนับสนุนจากองค์กรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

จากการวิเคราะห์ข้อมูลระดับการสนับสนุนจากองค์กร พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.97 (S.D.=0.52) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยการสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.02 (S.D.=0.60) รองลงมาคือ การสนับสนุนจากองค์กรด้านงบประมาณ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 (S.D.=0.60) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การสนับสนุนจากองค์กรด้านวัสดุอุปกรณ์ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.91 (S.D.=0.61) รองลงมาคือ การสนับสนุนจากองค์กรด้านเทคโนโลยี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 (S.D.=0.63)

4. ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

เมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตการทำงานพบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.97 (S.D.=0.52) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยคุณภาพชีวิตการทำงานด้านความเกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์ต่อสังคมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.06 (S.D.=0.59) รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตการทำงานด้านประชาธิปไตยในองค์กร ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.05 (S.D.=0.61) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ คุณภาพชีวิตการทำงานด้านการให้สิ่งตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 (S.D.=0.68) รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตการทำงานด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.81 (S.D.=0.60)

5. บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าภาพรวมบรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.740$, $p\text{-value}<0.001$) ส่วนบรรยากาศองค์การรายด้านพบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ มิติโครงสร้างองค์การ ($r=0.554$, $p\text{-value}<0.001$) มิติความอบอุ่น ($r=0.587$, $p\text{-value}<0.001$) มิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ($r=0.627$, $p\text{-value}<0.001$) มิติมาตรฐานการดำเนินงาน ($r=0.628$, $p\text{-value}<0.001$) มิติการสนับสนุน ($r=0.672$, $p\text{-value}<0.001$) มิติความขัดแย้ง ($r=0.602$, $p\text{-value}<0.001$) มิติความรับผิดชอบ ($r=0.670$, $p\text{-value}<0.001$) มิติความเสี่ยงในการดำเนินงาน ($r=0.638$, $p\text{-value}<0.001$) และมิติการให้รางวัล ($r=0.655$, $p\text{-value}<0.001$)

การสนับสนุนจากองค์กร พบว่า ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.810$, $p\text{-value}<0.001$) ส่วนการสนับสนุนจากองค์การรายด้านพบว่า มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ด้านงบประมาณ ($r=0.717$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านการบริหารจัดการ ($r=0.768$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านเวลา ($r=0.725$, $p\text{-value}<0.001$) และมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง กับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ด้านบุคลากร ($r=0.692$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านวัสดุอุปกรณ์ ($r=0.659$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านเทคโนโลยี ($r=0.694$, $p\text{-value}<0.001$)

6. บรรยายการองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ถูกเลือกเข้าสมการคือ ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับ คือ การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร การสนับสนุนจากองค์การด้านเทคโนโลยี บรรยายการองค์การมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และการสนับสนุนจากองค์การด้านงบประมาณ ดังนั้นแล้วจึงสรุปได้ว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 5 มีผลและสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ร้อยละ 69.0

7. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยภาพรวม ข้อมูลจากแบบสอบถาม ปลายเปิดจากแบบสอบถามทั้งหมด 264 ฉบับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้นำเสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด 95 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 36.0 โดยปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่ คือ การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร ร้อยละ 34.7 รองลงมา คือ การสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์ ร้อยละ

33.7 ส่วนปัญหาอุปสรรคน้อยที่สุดคือ 'ได้แก่' คุณภาพชีวิตการทำงานด้านความเกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์ต่อสังคม ร้อยละ 3.2 รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตการทำงานด้านประชาธิปไตยในองค์กรร้อยละ 4.2

สรุปและอภิปรายผล

บรรยายการองค์การบรรยายการองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดกาฬสินธุ์

จากการวิเคราะห์ บรรยายการองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดกาฬสินธุ์ คือ การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ ($p\text{-value}<0.001$) การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร ($p\text{-value}=0.002$) การสนับสนุนจากองค์การด้านเทคโนโลยี ($p\text{-value}<0.001$) บรรยายการองค์การมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ($p\text{-value}=0.002$) และการสนับสนุนจากองค์การด้านงบประมาณ ($p\text{-value}=0.013$) จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปร สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ร้อยละ 69.0

ซึ่งแสดงให้เห็นว่า หากผู้บริหารมีการบริหารจัดการในด้านต่างๆ ขององค์การเป็นอย่างดี ได้รับการสนับสนุนด้านบุคลากรที่มีความเพียงพอ และเหมาะสมตามภาระหน้าที่รับผิดชอบ มีงบประมาณที่ใช้อย่างเพียงพอ กระบวนการทำงานมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการทำงานเพิ่มมากขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ และบุคลากรภายในองค์การมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน การร่วมกันทำงานเป็นทีม ย่อมทำให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมี

คุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษา^[17-19] การสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการ เป็นกระบวนการที่สำคัญต่อการบริหารจัดการทรัพยากรให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กรเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษา^[17, 20] การสนับสนุนจากองค์กรด้านบุคลากร ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากที่สุดในองค์กร เพราะถือว่าเป็นหัวใจหลักในการดำเนินงานให้สำเร็จตามความต้องการขององค์กร บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถย่อมนำมาซึ่งความได้เปรียบในการแข่งขันกับองค์กรอื่นๆ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษา^[20] การสนับสนุนจากองค์กรด้านเทคโนโลยี ถือได้ว่าเป็นมีความสำคัญมากในปัจจุบัน เพราะการดำเนินงานต่างๆ เพื่อให้เกิดความสะดวก รวดเร็ว มีความถูกต้อง ต้องอาศัยทางด้านเทคโนโลยีเข้ามาช่วยด้วย ซึ่งองค์กรที่มีเทคโนโลยีที่ทันสมัยย่อมทำให้องค์กรมีโอกาสที่จะบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ องค์กรที่มีเทคโนโลยีที่สูงและทันสมัยกว่าย่อมได้เปรียบกว่าองค์กรที่มีเทคโนโลยีที่ล้าสมัย นอกจากนี้ผลการวิจัยครั้งนี้มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นที่มีผู้ศึกษาไว้^[21-23] บรรยากาศองค์กรมีดีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมที่บุคลากรสามารถรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร และยังเป็นการให้ความสำคัญกับผู้อื่นๆ การทำงานที่มีเป้าหมายร่วมกัน มีการทำงานเป็นทีม ทุกคนในองค์กรมีส่วนร่วมในการบริหารงานในองค์กรด้วยความเต็มใจ ซึ่งผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษา^[17, 20] การสนับสนุนจากองค์กรด้านงบประมาณ เป็นปัจจัยที่มีความจำเป็นและสำคัญมากอีกปัจจัยหนึ่ง ซึ่งทำให้ได้มาซึ่งปัจจัยทางการบริหารอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นคน วัสดุสิ่งของ ที่มีความจำเป็นต้องใช้ในองค์กร องค์กรที่มีงบประมาณในการดำเนินการที่มากและมีความเพียงพอ่อมทำให้เกิดความได้เปรียบกับองค์กร

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรมีการจัด โครงสร้างการดำเนินงาน

การบริหารงานบุคคลที่มีความชัดเจน มีการควบคุม กำกับ ติดตามการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์ขององค์กร

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรมีการวางแผนจัดอัตรากำลังคนที่สอดคล้องต่อขอบเขตการปฏิบัติงาน จัดบุคคลที่มีความรู้ความสามารถที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน การสนับสนุนการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ มีการประเมินผลการปฏิบัติงาน และการส่งเสริมความก้าวหน้าตามผลการปฏิบัติงาน

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรให้การสนับสนุนด้านเทคโนโลยีที่ทันสมัยให้มีความเพียงพอต่อความต้องการ และส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการฝึกอบรมพัฒนาความรู้ในเรื่องของนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อนำมาใช้ในองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมการทำงานเป็นทีม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ เป้าหมายขององค์กรเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรวางแผนและจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในการดำเนินงานของหน่วยงานอย่างเหมาะสม และให้การสนับสนุนอย่างเพียงพอต่อความจำเป็นในการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมายขององค์กร

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตการทำงานที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กร และคุณภาพการบริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ควรมีการศึกษาผลกระทบของการจัดการโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ชนะพล ศรีฤาชา อาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย และสาขาวิชาการ

บริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่สนับสนุนทุนการศึกษาเพื่อทำการศึกษาในครั้งนี้ ตลอดจน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน

ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดกาฬสินธุ์และทุกท่านที่มีได้กล่าวมาแล้วนี้ ที่มีส่วนร่วมให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2561). **แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560-2579) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2**, นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2562). **แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ปีงบประมาณ 2562**. กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.
3. Walton, R.E. (1973). Quality of working life: **What is it. Slone Management Review**, 15, 12-18.
4. สมชาติ อ่อนประดิษฐ์ และปริญญา หุ้มส้าน. (2559). การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานระหว่างลูกจ้างประจำกับพนักงานราชการของกรมการขนส่งทางบก. **วารสารวิชาการสถาบันวิทยาการจัดการแห่งปทุมธานี**, 2(2), 135-147.
5. สิริกัญญา วงศ์กาฬสินธุ์ และประจักษ์ บัวผัน. (2560). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนเขตสุขภาพที่ 8. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)**, 17(1), 69-80.
6. วิรัช สงวนวงศ์วาน และณัฐนิชา ปิยะปัญญา. (2560). คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนกรุงเทพมหานคร. **วารสารวิทยาลัยเซนต์หลุยส์บางกอก**, 3(2), 77-90.
7. ประเสริฐ สุภภูมิ และวิทัศน์ จันทน์โพธิ์ศรี. (2557). **บรรยากาศองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเสนอผลงานระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ประจำปี 2557; 23 มกราคม 2557; บุรีรัมย์, มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์; 2557.
8. นาดยา คำสนา และประจักษ์ บัวผัน. (2563). แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)**, 20(2), 84-95.
9. สุพักตรา แจ่มจิตร และทิพทินนา สมุทรานนท์. (2562). คุณภาพชีวิตการทำงานความสมดุลระหว่างงานและชีวิตและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนขนาดกลางในกรุงเทพมหานคร. **วารสารพยาบาลทหารบก**, 20(2), 131-139.
10. ทศนีย์ ใจมั่น และนิภาวรรณ รัตนานนท์. (2558). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์การกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. **วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี**, 9(1), 97-109.
11. เหย้า หลาน, รัตนาวดี ขอนตะวัน และฐิติณัฐ อัครเดชอนันต์. (2559). วัฒนธรรมองค์กรและคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิชนบทอุบลราชธานี ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน. **พยาบาลสาร**, 43(2), 116-128.

12. ปัทมรังสี วารินทร์, ปรียานุช อภิณูณ โยภาส และสิริจินต์ วงศ์จารุพรรณ. (2561). การศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรและคุณภาพการบริการของพยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระหว่างโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ. และโรงพยาบาลในเครือกองทัพอากาศ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 89-97.
13. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. (2560). การศึกษาภาระงานและผลิตภาพกำลังคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
14. กฤษดา แสงวดี และคณะ. (2562). การศึกษาภาระงาน ความพอเพียงของอัตรากำลังและการบริหารกำลังคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 35(2), 1-10.
15. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nded. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
16. จิตรัตน์ สมปิยะ และชญญา อภิบาลกุล. (2560). ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 10(1), 20-29.
17. จินตนา กีเกียง และประจักษ์ บัวพันธ์. (2562). บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 19(2), 154-165.
18. พรพิมล จิตธรรมา และชนะพล ศรีฤาชา. (2558). การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น*, 22(1), 9-21.
19. สิริพันธ์ทิพย์ อุดมวงศ์ และชนะพล ศรีฤาชา. (2558). การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*, 22(1), 78-88.
20. พยุดา ชาเวียง และประจักษ์ บัวพันธ์. (2560). แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 17(1), 56-68.
21. ศันนีวรรณ สัตย์ธรรม และชนะพล ศรีฤาชา. (2562). บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 12(1), 41-50.
22. ราไพ ราชาพัฒน์ และชนะพล ศรีฤาชา. (2561). บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 11(2), 213-221.
23. สิริกัญญา วงศ์กาศสินธุ์ และประจักษ์ บัวพันธ์. (2560). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนเขตสุขภาพที่ 8. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 17(1), 69-80.

บรรยากาศองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

Organization climate affecting the professional competency performance of practical level nurses at a tertiary hospital in the Northeast of Thailand.

เชษฐกิตต์ บุนนพสิฐ โสธิน¹, ชนะพล ศรีฤชา²

Chedhakitd Bunnaphasithasothin, Chanaphol Sriruecha

(Received: July 10,2020; Accepted: August 8,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบรรยากาศองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประชากรที่ศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ ที่มีอายุงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ในปีงบประมาณ 2562 ที่ปฏิบัติงานใน 12 แผนกการพยาบาลผู้ป่วยใน ของ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 343 คนคัดเลือกโดยมีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ และสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม และแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกซึ่งแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 ทุกข้อ และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช 0.97 กับข้อมูลระหว่างวันที่ 19 พฤษภาคม ถึงวันที่ 19 มิถุนายน 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ในการหาค่าสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า บรรยากาศองค์กร ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.26 (S.D.=0.41) และสมรรถนะเชิงวิชาชีพ ในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.15 (S.D.=0.38) และบรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.517$, $p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้ตัวแปรที่สามารถรวมพยากรณ์การปฏิบัติงานตามสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ ได้แก่ บรรยากาศองค์กร ในด้านมิติความอ่อนหนึ่งอันเดียวกัน มิติความรับผิดชอบ มิติความอบอุ่นและ มิติสนับสนุน ร้อยละ 39.3 ปัญหาที่พบส่วนใหญ่มาจากมิติความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน จึงควรเพิ่มมาตรการในการป้องกันการเฝ้าระวังกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับพยาบาลวิชาชีพ

คำสำคัญ : พยาบาลวิชาชีพ, สมรรถนะเชิงวิชาชีพ, บรรยากาศองค์กร

ABSTRACT

This is a cross sectional descriptive research aimed to study organizational climate affecting the professional competency performance of practical level nurses at a tertiary hospital in the Northeast of Thailand. The population was registered nurses in 12 departments of In Patient Department (IPD) of the hospital. The questionnaire was collected for quantitative data from 343 samples obtained from stratified random sampling technique and in-depth interview for quantitative data from 12 key informants. The content validity of the questionnaire was evaluated by 3 experts yielding IOC value more than 0.50 in every question. The Cronbach's alpha

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ดร.มหาวิทยาลัยขอนแก่น

coefficient of the questionnaire was 0.97. Data was collected during 19th May to 19th June 2020 and analyzed by a computer program to acquire the descriptive and inferential statistics with statistical significance level of 0.05.

The results showed that the organizational climate was found at high level ($= 4.26$, S.D. $= 0.41$). and the professional competency of the registered nurses at a tertiary hospital in northeast was found at medium level ($= 4.15$, S.D. $= 0.38$). The organizational climate has moderately correlation to the professional competency of the registered nurses at a tertiary hospital in the northeast ($r = 0.517$, p -value < 0.001). The variables which predicted the professional competency of practical level nurses at the significantly level 0.05 were the dimension of identity, responsibility, warmth and dimension of support. The 4 factors could predict the professional competency of practical level nurses at 39.3 percent.

Keyword: Registered nurse, Professional competency, Organizational climate

บทนำ

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญหลายบริบททางด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา ประชากรและเทคโนโลยี เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ปี พ.ศ. 2558 ที่มีความสอดคล้องกับศตวรรษที่ 21 ในนโยบายมุ่งสู่การเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพครอบคลุม และปลอดภัย ประกอบกับองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่เปรียบเสมือนเป็นหัวใจสำคัญในระบบบริการสุขภาพซึ่งในอดีตประเทศในเครือ สหราชอาณาจักรเป็นผู้ริเริ่มให้ความสำคัญกับ “สมรรถนะของบุคลากรด้านสุขภาพ” เนื่องจากการประสบปัญหาอัตราากำลังที่มีจำนวนจำกัดและไม่เพียงพอต่อผู้ใช้บริการ จึงได้ร่วมกันหาช่องว่างที่จะสามารถพัฒนาและนำไปสู่การแก้ไขปัญหาเบื้องต้นของระบบบริการสุขภาพ⁽²⁾ ต่อมาเกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพประชาชนที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ปัญหาสุขภาพมีความซับซ้อน กับเทคโนโลยีใหม่การรักษาพยาบาลจึงมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ประกอบการวิชาชีพพยาบาลต้องเพิ่มความรู้ เพิ่มขีดความสามารถให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง ทั้งทักษะด้านการพัฒนาสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลให้ได้คุณภาพ⁽¹⁾

ปัจจุบันวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีจำนวนอัตราากำลังที่มากที่สุด หรือเป็นกระดูกสันหลังของระบบสาธารณสุข ตั้งแต่เข้าสู่ระดับผู้เริ่มต้น (Novice) มาเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้นไป จนถึงผู้เรียนรู้ (Advanced Beginner) หรือระดับ

ปฏิบัติการ⁽⁴⁾ ซึ่งในระดับมีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมากเพราะเป็นผู้ปฏิบัติงานในระดับต้น ที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถทางวิชาการในการทำงานปฏิบัติงานเกี่ยวกับงานพยาบาล วิชาชีพภายใต้การกำกับ แนะนำ ตรวจสอบ และปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย และต้องการฝึกฝนในเรื่องการตัดสินใจ จะต้องการได้รับการแนะนำการปฏิบัติงาน การพัฒนาศักยภาพ การอบรม การสัมมนา ทั้งด้านคุณลักษณะ และพฤติกรรมบริการ เพื่อโอกาสพัฒนาความก้าวหน้าทางวิชาชีพในระดับชำนาญการ ระดับเชี่ยวชาญและระดับอื่นๆต่อไป⁽³⁾ จากสถานการณ์ปัจจุบัน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล ทั้งระยะเฉียบพลัน ชุกเฉิน และโรคเรื้อรัง รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ พบว่ามีปัญหาและปัจจัยหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการการพยาบาล และการผดุงครรภ์ ฉะนั้นการจัดการศึกษาและการวิจัย ตลอดจนด้านกฎหมายและองค์ความรู้วิชาชีพกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้พยาบาลวิชาชีพต้องมีการเตรียมตัวเตรียมพร้อมที่จะพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ⁽⁵⁾ เพื่อให้บริการได้อย่างสอดคล้องกับสภาพปัญหา ดังนั้นจึงเกิดการพัฒนาให้บุคลากรสุขภาพระบบใหม่ ซึ่งเป็นการให้บริการเชิงรุกที่สามารถทำให้ประชาชนเข้าถึงได้มากขึ้นในทุกะดับอย่างมีคุณภาพ การพยาบาลจึงมีวิวัฒนาการขึ้นมาเป็นวิชาชีพตามมาตรฐานสากล จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลให้มีพระราชบัญญัติวิชาชีพของตนเอง เพื่อให้สามารถควบคุมและพัฒนาการประกอบวิชาชีพของพยาบาลและผดุงครรภ์ให้อยู่ในจริยธรรม มาตรฐาน คุณภาพ รวมถึงผู้รับบริการปลอดภัย สามารถตอบสนองความต้องการของสังคมและ

ประชากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ และก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกได้⁽⁶⁾

สมรรถนะ หมายถึง ความรู้(Knowledge) ทักษะ (Skills) และคุณลักษณะของบุคคล(Attributes) ซึ่งบุคคลนั้นแสดงออกเป็นวิธีคิดและพฤติกรรมในการทำงานที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล และมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องอันจะส่งผลให้เกิดความสำเร็จตามมาตรฐานหรือสูงกว่ามาตรฐานที่องค์กรได้กำหนดเอาไว้ กองการพยาบาลสาธารณสุข (2554)⁽⁷⁾ กล่าวว่า ความสำเร็จของบุคคลที่แสดงออกมา อันเป็นผลจากการมีความรู้ ความเชื่อ ทักษะและคุณลักษณะส่วนบุคคลในการปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ผลักดันให้มีการแสดงออกถึงพฤติกรรมต่าง ๆ ให้ประสบผลสำเร็จ ดังนั้น การปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลภาวะสุขภาพทั้งระดับบุคคลและระดับครอบครัว พยาบาลวิชาชีพต้องมีสมรรถนะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานโดยการฝึกอบรมและส่งเสริมการเรียนรู้ตามความเหมาะสมของสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละด้าน⁽⁸⁾

สภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพไว้ในตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และแก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 จนถึงที่สุดเมื่อวันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2552 คณะกรรมการสภาการพยาบาลได้ลงความเห็นชอบในการประชุมครั้งที่ 4/2552⁽⁹⁾ สภาการพยาบาลได้ประกาศสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพขึ้นใหม่เพื่อให้การบริการของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีศักยภาพในการพัฒนาตนเองและพัฒนางานอย่างต่อเนื่องทั้งหมด 8 สมรรถนะ ดังนี้ 1) สมรรถนะด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย 2) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 3) สมรรถนะด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ 4) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ การจัดการและการพัฒนาคุณภาพ 5) สมรรถนะด้านวิชาการและการวิจัย 6) สมรรถนะด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ 7) สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ และ 8) สมรรถนะด้านสังคม รวมทั้งหมด 96 รายการ สำหรับสมรรถนะทางการพยาบาลนั้นเมื่อปฏิบัติตามระยะเวลาที่กำหนดจะต้องได้รับการประเมินผลการ

ปฏิบัติงานและสมรรถนะเชิงวิชาชีพ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้บุคคลนั้น สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น องค์การพยาบาลของโรงพยาบาลทุกระดับส่วนใหญ่จึงได้นำสมรรถนะดังกล่าวนี้ไปเป็นแนวทางในการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพได้⁽³⁾

ผู้ปฏิบัติงานในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในระดับปฏิบัติการ ควรมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพ ในด้านต่าง ๆ โดยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้กำหนดไว้ 7 ด้านคือ 1) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 2) สมรรถนะด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพและการบริการด้วยใจ 3) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำการจัดการและการพัฒนาคุณภาพ 4) สมรรถนะด้านวิชาการและการวิจัย 5) สมรรถนะด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ 6) สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ และ 7) สมรรถนะด้านสังคม ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลโดยบุคลากรทางการพยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะประจำกลุ่มงานเพื่อเป็นการพัฒนาทักษะและสมรรถนะเชิงวิชาชีพ ให้สามารถปฏิบัติงานได้ประสบผลสำเร็จและเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับงานที่มีความยากและซับซ้อนมากยิ่งขึ้นในอนาคต และลดความเสียหายต่อความเสียหายที่อาจเกิดจากการทำงานผิดพลาด ขณะเดียวกันก็เพิ่มโอกาสเรียนรู้และพัฒนาตนเอง⁽⁷⁾

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติงานทางการพยาบาล หรือทำให้พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะในการทำงาน คือ บรรยากาศองค์การ ซึ่ง Litwin & Stringer (1968)⁽¹⁴⁾ กล่าวว่า บรรยากาศองค์การจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมปฏิบัติงานของบุคคลในองค์กรในด้านความคาดหวัง การจูงใจและบทบาทของสมาชิกแต่ละคน ซึ่งการรับรู้บรรยากาศองค์การของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน แต่สามารถนำมาประเมินหรือวิเคราะห์ให้เห็นภาพรวมของบรรยากาศแต่ละองค์การ ฉะนั้น บรรยากาศองค์การจึงเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจและการรับรู้ของบุคคลในองค์กรเกี่ยวกับองค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมต่างๆภายในหน่วยงานทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ส่งเสริมการดำเนินงานในองค์กร ทำให้บุคคลทำงานได้อย่างมีคุณภาพ (สมยศ นาวิการ, 2545) จากการทบทวนงานวิจัย ผู้ศึกษาวิจัยพบว่า บรรยากาศองค์การที่ส่งเสริมการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดการติดต่อประสานงานระหว่างบุคลากรในองค์กร เพื่อป้องกันการ

ขัดแย้งภายในองค์กร และการมอบหมายงานให้กับบุคลากรปฏิบัติงานต่าง ๆ ภายในองค์กร เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายตามภารกิจ หรือวิสัยทัศน์ขององค์กร บรรยายภาพองค์กรจึงเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ของสถานที่ทำงานที่ส่งเสริมหรือสร้างบรรยากาศในการทำงานของสมาชิกในองค์กร อันจะประกอบด้วย 1) มิติโครงสร้างองค์กร 2) มิติความอบอุ่น 3) มิติความรับผิดชอบ 4) มิติสนับสนุน 5) มิติให้รางวัล 6) มิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน 7) มิติความเสถียรในการปฏิบัติงาน 8) มิติความขัดแย้ง 9) มิติความอันหนึ่งอันเดียวกัน หากบรรยากาศองค์กรในการทำงานเปรียบเสมือน ผลลัพธ์ทางจิตวิทยาบุคคลจะเกิดความรู้สึกถึงการมีส่วนร่วมในองค์กร ทำให้เกิดความผูกพันในงานและเพื่อนร่วมงานซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จในงาน ถ้าบุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อบรรยากาศองค์กร จะทำให้องค์กรได้รับความไว้วางใจและเต็มใจในการทำงานอันจะก่อให้เกิดผลการปฏิบัติงานที่ดีก็จะส่งผลให้กิจการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทำให้การทำงานเป็นไปอย่างราบรื่น บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร⁽⁶⁾ บรรยากาศองค์กร จึงมีอิทธิพลต่อการจูงใจ การปฏิบัติงาน และความพึงพอใจในงาน แต่ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลไม่พึงพอใจในบรรยากาศองค์กรบุคลากรก็จะไม่ไว้วางใจในองค์กรมีการทำงานด้วยความไม่เต็มใจ ทำให้ผลการปฏิบัติงานไม่ได้ดีเช่นกัน⁽¹⁸⁾

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นองค์กรขนาดใหญ่ มีจำนวนเตียงมากกว่า 1,500 เตียง มีบุคลากรที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล 1,400 คน 16 แผนกการพยาบาล และ 45 หอผู้ป่วยในให้บริการการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคที่ซับซ้อนในระดับตติยภูมิ ซึ่งมีพันธกิจ วิสัยทัศน์ มุ่งสู่ความเป็นเลิศการรับรองคุณภาพและมาตรฐาน Advance HA ปี พ.ศ. 2563-2564 โดยโครงสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลที่ศึกษาแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มตามลักษณะการปฏิบัติงาน ได้แก่ 1. สมรรถนะหลัก (core competency) 2. สมรรถนะบุคลากรสายสนับสนุน (functional competency) และ 3. สมรรถนะเชิงวิชาชีพ (professional competency) ซึ่งในสมรรถนะนี้เป็นสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพทั่วไป (common professional nurse competency) สำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเป็นตัวกำหนดความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานด้านการ

พยาบาล⁽⁷⁾ จากสถิติ 3 ปีที่ผ่านมา ได้แก่ ปี พ.ศ. 2560, 2561, 2562 ดังนี้ (1521; 2,800; 4,624 ราย) จะเห็นได้ว่าปี พ.ศ. 2562 มีผู้มารับบริการสูงมากเป็น 2 เท่า⁽¹¹⁾ ประกอบกับปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ทำให้ภาระงานการพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น เกิดความไม่เหมาะสมของสิ่งแวดล้อมในการทำงานมีผลทำให้เกิดความเครียดความเหนื่อยล้า ความเบื่อหน่าย ความคล่องตัวในการให้บริการลดลง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าบรรยากาศในองค์กรและการทำงานนั้นมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา⁽¹³⁾ รวมถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานเป็นการกระจายอำนาจและเสริมสร้างความรู้สึกลงในคนให้กับผู้ปฏิบัติงานพยาบาล ตลอดจนระบบการสนับสนุนระบบการบริหารจัดการ ค่าตอบแทนและแรงจูงใจบุคลากรในการทำงานลดลง⁽¹²⁾

จากสถานการณ์ดังกล่าว พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการจึงมีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรพัฒนาตนเอง ความรู้และทักษะ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติงานตามสมรรถนะเชิงวิชาชีพ ซึ่งเป็นลักษณะที่สำคัญทางด้านพยาบาลวิชาชีพให้มีสมรรถนะด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพที่มุ่งเน้นการพัฒนาบุคลากรตามแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลแห่งนี้ให้บรรลุเป้าหมายองค์กรตามนโยบายภาครัฐ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมเทคโนโลยี และสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพเพื่อปฏิบัติในหน่วยงาน ความคาดหวังของสังคมผู้ใช้บริการและสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาบรรยากาศองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษา

2.1 บรรยากาศองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2.2 ระดับบรรยาการสองครั้งการ และระดับการปฏิบัติงานตามสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2.3 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการการปฏิบัติงานตามสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม และเชิงคุณภาพโดยสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาบรรยาการสองครั้งที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ที่มีอายุงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปในปีงบประมาณ 2562 ปฏิบัติงานใน 12 แผนกการพยาบาลผู้ป่วยในคือแผนกกุมารเวชกรรม แผนกจักษุ-โสต แผนกบำบัดพิเศษ แผนกผู้ป่วยระยะพิเศษ 1-2 แผนกผู้ป่วยพิเศษ แผนกบริการพิเศษ 1-2 แผนกสัลยกรรม แผนกสูติ-นรีเวช แผนกอายุรกรรมและแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 620 คน (จำนวนบุคลากรพยาบาลของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง, 2562)⁽³⁾

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ โรงพยาบาลที่ศึกษา โดยใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นเพื่อทดสอบสมมติฐานของ โคลเฮน Cohen (1988)⁶ ผู้วิจัยจึงทำการสุ่มตัวอย่างจากประชากรทั้งหมดเพื่อให้ได้ข้อมูลเพียงพอด้วยการเลือกการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยการแบ่งประชากรเป็นชั้นภูมิตามแผนกการพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายๆ กันมากที่สุด⁽²⁰⁾ มาคำนวณหาค่าสัดส่วนขนาดตัวอย่างแต่ละแผนกการพยาบาลตามสูตรการจัดสรรตัวอย่าง จำนวน 343 คนการวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติอ้างอิงเพื่ออธิบายไปยังพยาบาลวิชาชีพระดับ

ปฏิบัติการ ในโรงพยาบาลที่ศึกษาเมื่อระยะเวลาเปลี่ยนแปลงไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือขึ้นจากการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีและงานวิจัยที่สอดคล้องกัน โดยข้อมูลเชิงปริมาณใช้ชุดแบบสอบถามและข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณและมีการกำหนดชุดแบบสอบถามให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวในรอบแนวคิดการวิจัยโดยมีผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลและการบริหารสาธารณสุขจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบและให้คำปรึกษาโดยในแต่ละข้อคำถามจะมีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป⁽⁵⁾ ทดลองใช้ (Try out) ในพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน และได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficients) ซึ่งจะต้องมีค่าความเที่ยง 0.97 และได้รับการพิจารณาจริยธรรมจากกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 631188 ลงวันที่ 18 พฤษภาคม 2563

ชุดที่ 1 ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับบรรยาการสองครั้ง ประกอบด้วยด้านมิติโครงสร้างองค์กร มิติความอบอุ่น มิติความรับผิดชอบ มิติสนับสนุน มิติการให้รางวัล มิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน มิติความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน มิติการจัดการความขัดแย้ง และมิติความอันหนึ่งอันเดียวกัน

ส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับ 3 การปฏิบัติงานตามสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วยด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพและการบริการด้วยใจ ด้านภาวะผู้นำ การจัดการและการพัฒนาคุณภาพ ด้านวิชาการและการวิจัย ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ ด้านสังคม โดยลักษณะของส่วนที่ 1-3 เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) และมีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1)⁽⁶⁾

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลที่ศึกษาลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดโดยให้แสดงความคิดเห็นโดยอิสระ

ชุดที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นประเด็นที่เกี่ยวกับปัญหาการปฏิบัติงานตามสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลที่ศึกษาเพื่อ 얻ันข้อมูลเชิงปริมาณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา รายได้ แผนกการพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การปฏิบัติงาน และการได้รับการฝึกอบรมใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

ระดับบรรยาการองค์การและระดับการปฏิบัติงานตามสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน(Inferential Statistics)

ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันซึ่งตัวแปรอิสระและตัวแปรตามนั้นจะต้องมีระดับการวัดไม่ต่ำกว่าช่วงสเกล หรืออัตราส่วนสเกล (Ratio Scale) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัวแปรโดยตัวแปรอิสระทุกตัวที่ต้องการวิเคราะห์จับคู่กับตัวแปรตามทีละตัว การแปลผล ระดับค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติงานตามสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แปลผลโดยนำมาจัดระดับ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลางน้อย และน้อยที่สุด โดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนเป็นตัวกำหนด⁽²¹⁾

สรุปและอภิปรายผล

คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 87.8 โดยมีอายุเฉลี่ย 30.73 ปี สถานภาพโสดร้อยละ 55.4 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 91.0 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย ร้อยละ 10,432.89 บาท มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพยาบาลในโรงพยาบาลที่ศึกษา ไม่เกิน 5 ปี

ร้อยละ 84.0 การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 94.0 และในจำนวนที่เคยได้รับการอบรม ส่วนใหญ่ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 65.3

ระดับบรรยาการองค์การในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อพิจารณาพบว่า ระดับบรรยาการองค์การของการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลที่ศึกษา อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.26 (S.D.= 0.41) เมื่อพิจารณารายมิติแล้วพบว่า มิติมาตรฐานการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากและมีค่าเฉลี่ยสูงสูง ค่าเฉลี่ย 4.36 (S.D.= 0.53) รองลงมา คือ มิติการให้รางวัลค่าเฉลี่ย 4.33 (S.D.= 0.61) และ มิติความรับผิดชอบ ค่าเฉลี่ย 4.33 (S.D.= 0.58) มิติสนับสนุน ค่าเฉลี่ย 4.30 (S.D.= 0.54) มิติโครงสร้างองค์การค่าเฉลี่ย 4.28 (S.D.= 0.56) มิติความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน (ค่าเฉลี่ย 4.23 S.D.= 0.66) มิติความอันหนึ่งอันเดียวกัน ค่าเฉลี่ย 4.20 (S.D.= 0.56) มิติการจัดการความขัดแย้ง ค่าเฉลี่ย 4.16 (S.D.= 0.70) มิติความอบอุ่นค่าเฉลี่ย 4.10 (S.D.= 0.55) ตามลำดับ

ระดับการปฏิบัติงานตามสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลที่ศึกษาเมื่อพิจารณา ระดับการปฏิบัติงานตามสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ ในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ระดับการปฏิบัติงานตามสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลที่ศึกษาอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.15 (S.D.= 0.38) เมื่อพิจารณารายมิติ

บรรยาการองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลที่ศึกษา ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระคือ บรรยาการองค์การ กับตัวแปรตามคือ การปฏิบัติงานตามสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลที่ศึกษาผู้วิจัยได้ใช้การวิเคราะห์หาคออยพหุคูณแบบขั้นตอนดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานตามสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ ใน
โรงพยาบาลที่ศึกษา

ตัวแปร	B	Beta	T	p-value	R	R ²	R ² Adj.	R ² Change
1.มิติตามอันหนึ่งอันเดียวกัน	0.200	0.296	6.369	<0.001	0.466	0.217	0.215	0.217
2.มิติตามรับผิดชอบ	0.190	0.290	6.223	<0.001	0.588	0.346	0.342	0.129
3.มิติตามอบอุ่น	0.102	0.148	3.020	<0.001	0.615	0.378	0.372	0.032
4.มิติตามสนับสนุน	0.101	0.145	2.882	<0.001	0.627	0.393	0.386	0.015
ค่าคงที่= 1.634, F= 47.682, p-value<0.001, R= 0.627, R ² =0.393, R ² _{adj} =0.386								

สรุปได้ว่าตัวแปรทั้ง 4 ตัวได้แก่บรรยากาศองค์กร มิติตามอันหนึ่งอันเดียวกัน มิติตามรับผิดชอบ มิติตามอบอุ่น และมิติตามสนับสนุน มีผลและสามารถร่วมกันพยากรณ์ การปฏิบัติงานตามสมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ ใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้ร้อยละ 39.3

บรรยากาศองค์กรในภาพรวม มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.517, p\text{-value}<0.001$) ส่วนบรรยากาศองค์กรรายด้านพบว่าทุกด้าน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ มิติโครงสร้างองค์กร ($r=0.329, p\text{-value}>0.001$) มิติตามอบอุ่น ($r=0.497, p\text{-value}>0.001$) มิติตามรับผิดชอบ ($r=0.466, p\text{-value}>0.001$) มิติการสนับสนุน ($r=0.419, p\text{-value}>0.001$) มิติการให้รางวัล ($r=0.400, p\text{-value}>0.001$) มิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน ($r=0.405, p\text{-value}>0.001$) มิติตามเสี่ยงในการปฏิบัติงาน ($r=0.318, p\text{-value}>0.001$) มิติตามขัดแย้ง ($r=0.334, p\text{-value}>0.001$) มิติตามอันหนึ่งอันเดียวกัน ($r=$

$0.466, p\text{-value}>0.001$) จากผลการศึกษา จะเห็นว่าส่วนใหญ่ สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน อาจกล่าวได้ว่า การปฏิบัติงานด้านใด ๆ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สิ่งที่จะช่วยให้ งานเกิดผลสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายได้ สิ่งที่สำคัญ คือ การสร้างบรรยากาศองค์กรให้ดียิ่งขึ้น

สมรรถนะเชิงวิชาชีพในภาพรวม มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.517, p\text{-value}<0.001$) ส่วนสมรรถนะเชิงวิชาชีพ รายด้านพบว่าทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ($r=0.467, p\text{-value}<0.001$) ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพและการบริการด้วยใจ ($r=0.467, p\text{-value}<0.001$) ด้านภาวะผู้นำ การจัดการและการพัฒนาคุณภาพ ($r=0.467, p\text{-value}<0.001$) ด้านวิชาการและการวิจัย ($r=0.467, p\text{-value}<0.001$) ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ ($r=0.467, p\text{-value}<0.001$) ด้านเทคโนโลยีและ

สารสนเทศ ($r=0.467, p\text{-value} < 0.001$) ด้านสังคม ($r=0.467, p\text{-value} < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1.1 โรงพยาบาลศึกษา ควรส่งเสริมและสนับสนุนบรรยากาศองค์การ ในมิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพื่อให้ให้เกิดความร่วมมือความเต็มใจและพร้อมเพรียงซึ่งถือว่าเป็นการร่วมงานเป็นหมู่คณะ โดยคำนึงถึงเป้าหมายขององค์การเป็นหลัก

1.2 โรงพยาบาลศึกษา ได้รับส่งเสริมและสนับสนุน ในด้านวิชาการและการวิจัย ควรให้มีการพัฒนาศักยภาพของสมรรถนะเชิงวิชาชีพ เพื่อคุณภาพการบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 โรงพยาบาลศึกษา ควรให้การสนับสนุนขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน การได้รับรางวัลและการรับรองความสามารถในการปฏิบัติงานที่ผลการวิจัยพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ผู้บริหารควรมีเกณฑ์ในการตัดสินใจพิจารณาความดีความชอบที่ชัดเจน โปร่งใส ตรวจสอบได้ เพื่อสร้างความรู้สึกภาคภูมิใจในการทำงานและรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 สามารถใช้ผลการวิจัยนี้เป็นแนวทางเป็นฐานข้อมูลในการวางแผนพัฒนานุคลากร ใช้ข้อมูลมาแก้ปัญหาและเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ โรงพยาบาลศึกษาต่อไปได้

2.2 ควรศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ เช่น ภาวะผู้นำและการจัดการคุณลักษณะเชิงวิชาชีพและการบริการด้วยใจและวิชาการและการวิจัย เป็นต้น เพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพให้สูงขึ้น เนื่องจากตัวแปรเหล่านี้เป็นสิ่งที่ทำให้นุคลากรมีการพัฒนาและหาความรู้เพิ่มเติม เพื่อที่จะสามารถพัฒนาตนเองให้ปฏิบัติงานอยู่ในองค์การพยาบาลได้อย่างมีความสุขและสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ

2.3 การศึกษาในครั้งนี้เกี่ยวกับสมรรถนะเชิงวิชาชีพในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพควรมีการศึกษาเปรียบเทียบทั้งจากการประเมินตนเองเปรียบเทียบกับการประเมินจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยผู้ตรวจการแผนก และเพื่อนร่วมงานเป็นต้น เพื่อการประเมินมีเที่ยงตรงและตรวจสอบได้ เนื่องจากการประเมินตนเองอย่างเดียวนั้นอาจเกิดอคติ ทำให้ผลการประเมินการปฏิบัติงานไม่ได้คุณภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.ดร.ชนะพล ศรีฤชา อาจารย์ที่ปรึกษา และคณะอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่าน ที่ได้อบรมสั่งสอนให้ความรู้ตลอดหลักสูตร ขอขอบพระคุณ ดร.อาจารย์ ดร.สุรัชย์พินหา อาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ คุณ วิไล ศิริผลหลาย ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. วิจิตร ศรีสุพรรณ. การพัฒนานุคลากรสาธารณสุข. นนทบุรี: จุฑาทองกฐีป; 2553.
2. สุกัญญา รัศมีธรรมโชติ. การจัดการทรัพยากรมนุษย์ด้วย Competency Based HRM. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2550.
3. สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย. สมรรถนะผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์; 2556.
4. Benner, P. **From Novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice.** California: Addison-Wesley. 1984.

- 5.ชนิษฐา นันทบุตร. การออกแบบบริการสุขภาพในชุมชน. ขอนแก่น : ศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน; 2555.
- 6.จารีศรี กุลศิริปัญญา. (2558). การพัฒนาเกณฑ์ประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ. วารสารพยาบาลทหารบก, 16(2), 123-130.
- 7.กองการพยาบาล สำนักการพยาบาล. **หน้าที่ความรับผิดชอบหลักและสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ.** นนทบุรี: กลุ่มภารกิจ พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ทางการพยาบาล สำนักการแพทย์; 2548.
- 8.อรุณี เสงยสมาก. **ประเด็นและแนวโน้มวิชาชีพพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 2 ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์; 2555.
- 9.ศิริบุญรุ่งหิรัญ. สมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี, **วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย;** 2554. 108-120.
- 10.กองการพยาบาลสาธารณสุข. **คู่มือการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรสายงานพยาบาล.** กรุงเทพฯ: กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
- 11.เพ็ญแข จันทรราช และคณะ. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาล วิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.** วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ; (2561). 36(3), 23-33.
12. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือแนวทางการพัฒนา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว).** นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2559.
13. วิลาสินี ขวลิคำรง. **สมรรถนะของพยาบาลระดับปฏิบัติการ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร.** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552
- 14.Litwin, G.H., & Stringer, R.A. **Motivation and organization climate.** Boston: Division of research Harvard University Graduate School of Business Administration.; 1968.
- 15.สมยศ นาวิการ. **การบริหารและพฤติกรรมองค์การ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บรรณกิจ; 2543
- 16.พีระ สมบัติดี และคณะ. **คุณลักษณะส่วนบุคคลและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการดำเนินงานคุณภาพ บริการพยาบาลผู้ป่วยนอกของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ.** วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ; 2561. 1(1), 47-56.
- 17.Cohen J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences.** 2ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
- 18.Ivancevich, J et al. Worksite stress management interventions. American Psychologist. 1990. 45, 252–261.
- 19.Likert R. **The Human Organization.** New York: McGraw-Hill; 1976.
- 20.ศิริชัย กาญจน วาสี และคณะ. **การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย.**พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
- 21.สำเริง จันทสุวรรณ และคณะ. **สถิติสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์.** ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.

คุณลักษณะส่วนบุคคล และบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อความยึดมั่นผูกพัน ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

Personal characteristics and Organizational Climate Affecting influencing of

Professional nurse in somewhere center hospital In the northeast.

ภณรัตน์ อวนพล¹, ชนะพล ศรีฤชา²

Panarat Ounpol, Chanaphol Sriruecha

(Received: July 14,2020; Accepted: August 8,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross - Sectional Descriptive Research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล และบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อความยึดมั่นผูกพันของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การศึกษาคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 828 คน ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Cohen ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 304คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิและสุ่มอย่างระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแนวทางการ สัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 12 คน ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) มีค่ามากกว่า 0.50 และวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่า 0.96 เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 16 พฤษภาคม – 30 มิถุนายน 2563 นำเสนอข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานโดยกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่าภาพรวมระดับบรรยากาศองค์การ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.87 (S.D.= 0.56) ระดับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.86 (S.D.= 0.58) บรรยากาศองค์การมีมิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน มิติความรับผิดชอบ มิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มิติโครงสร้างองค์กร และมิติรางวัล มีผลและสามารถร่วมกันพยากรณ์ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ ได้ร้อยละ 75.1 ($R^2 = 0.751$, $p\text{-value} < 0.001$) ปัญหาที่พบส่วนใหญ่มาจากมิติความเสี่ยง ในการปฏิบัติงาน คือ บุคลากรในหน่วยงานมีความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 25.4 และข้อเสนอแนะ คือ ความมีการป้องกัน เฝ้าระวังกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นที่ครอบคลุม โดยมีการจัดการและแนวทางปฏิบัติเดียวกันทั้ง โรงพยาบาล

คำสำคัญ : บรรยากาศองค์การ , ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ

Abstract

This is a cross-sectional descriptive research aimed to study personal characteristics and Organizational Climate Affecting influencing the Organization Commitment . The samples were 304 registered nurse at a Regional Hospital In The Northeast Thailand obtained from the calculation under Cohen formular and randomly selected by Stratified random sampling and systematic random from the 828 population and 12 key informants for qualitative data by focus group discussion. The index for item objective congruence (IOC) value for questionnaire was higher than 0.50 (IOC 1.00-1.00) and The reliability tested with

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ดร.มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Cronbach's Alpha Coefficient was found at 0.96. Data were collected between May 16th – June 30th, 2020. Descriptive and inferential statistics were utilized. The level of statistical significant was set at 0.05.

Results revealed that the level of Organization Commitment was found at high level with mean of 3.8 (S.D.= 0.56), The Organizational Climate Affecting was found at high level with mean of 3.86 (S.D.= 0.58). Stepwise regression analysis revealed that Organizational Climate Affecting Standard Setting, Responsibility, Identity, Structure and Reward could predict Organization Commitment Of Professionals Nurse at 75.1 percentage. ($R^2 = 0.751$, p-value < 0.001)

Keyword: Organizational climate, Organizational Commitment

บทนำ

ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ที่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ที่มีหลักการ "ยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา" มุ่งสร้างคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดีสำหรับคนไทย พัฒนาคอนทุนช่วงวัยและเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต ช่วงการตั้งครรภ์/ปฐมวัย ช่วงวัยเรียน/วัยรุ่น ช่วงวัยแรงงาน ช่วงวัยผู้สูงอายุ การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะ การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยสนับสนุนการสร้างสุขภาวะที่ดีที่ส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาวะที่ดีในทุกพื้นที่

กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักที่สำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย ให้มีคุณภาพ โดยได้มีการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ที่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ได้จัดทำบนพื้นฐานของกรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ความสำคัญสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ โดยได้วางยุทธศาสตร์ไว้เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่ร่วมพลังสังคมเพื่อประชาชน สุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน และการบริหารธรรมาภิบาลหรือ 4 Excellence Strategies ได้แก่ 1) Prevention & Promotion Excellence (การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ) 2) Service Excellence (การบริการเป็นเลิศ) 3) People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) และ

4) Governance Excellence (การบริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)

จากแผนยุทธศาสตร์และนโยบายด้านสุขภาพ ข้างต้นผนวกการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเศรษฐกิจและระบาดวิทยา การขยายหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนไทยและการขยายบริการสุขภาพเพื่อรองรับการเปิดเสรีด้านการค้าบริการ ในฐานะศูนย์กลางการบริการการแพทย์ (Medical hub) ในภูมิภาคเอเชีย จากนโยบายการพัฒนาชาติและการปฏิรูปของระบบสุขภาพเป็นการปฏิรูปตามนโยบายบริการสาธารณสุข เป็นสาเหตุให้เกิดผลกระทบต่อบุคลากรทางด้านสาธารณสุขทุกวิชาชีพที่ต้องมีการพัฒนาตนเองเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงด้านยุทธศาสตร์และนโยบายภายใต้ทรัพยากรด้านบุคลากรที่จำกัด โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลที่ยังมีปัญหาด้านแคลนด้านอัตรากำลัง และยังมีรายงานว่าพยาบาลเป็น 1 ใน 7 แรงงานฝีมือที่สามารถเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีในอาเซียน อาจเกิดปัญหาการไหลออกของพยาบาลไทยไปยังกลุ่มประเทศอาเซียนทำให้มีความต้องการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น (วิจิตร ศรีสุพรรณ และกฤษฎา แสงดี, 2555) ในสภาพการณ์ปัจจุบันพบว่ายังมีปัญหาด้านขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพเป็นปัญหาที่สำคัญในระบบบริการด้านสาธารณสุข เนื่องจากการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลตามนโยบายของรัฐที่ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการทางสุขภาพสะดวกมากขึ้น ในขณะเดียวกันประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการสูงขึ้นเช่นกัน ประกอบกับบุคลากรพยาบาลรุ่นใหม่เข้าสู่ระบบสุขภาพภาครัฐ น้อยลงเนื่องจากไม่มีตำแหน่งทางราชการอย่างเพียงพอต่อจำนวนบุคลากรที่สำเร็จการศึกษา เป็นผลทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่เดิมในระบบสุขภาพภาครัฐ มีภาระงานที่เพิ่มขึ้นไม่ว่าจะเป็นด้านการ

รักษาพยาบาล การพัฒนาคุณภาพการบริการ และการวิจัยนวัตกรรมด้านระบบสุขภาพ ที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้การพัฒนาไปพร้อมกัน ดังนั้นภาระงานที่เพิ่มขึ้นย่อมมี ผลต่อการดำเนินชีวิตส่วนตัว รวมถึงสวัสดิการค่าตอบแทนที่ไม่เพียงพอเหมาะสม โอกาสความก้าวหน้าในสายวิชาชีพในการทำงานมีน้อย ซึ่งปัจจัยทั้งหลายเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน ของพยาบาลให้มีประสิทธิภาพลดลง ทำให้ประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการพยาบาลเป็นจำนวนมากหากไม่สามารถจ้างพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในระบบปัจจุบันให้เกิดความยึดมั่นผูกพัน ในองค์กรก็จะยิ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือเปลี่ยนสายงานเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ปัญหาขาดแคลนบุคลากรสายวิชาชีพพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นต่อไปในอนาคต

ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานภายในองค์กรนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพราะการที่บุคลากร มีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรสูงนั้นจะบ่งชี้ถึงการอยู่รอดขององค์กรและความเป็นอยู่ที่ดีขององค์กร รวมทั้งช่วยลดการคุกคามจากภายนอกอีกด้วย องค์ประกอบของความยึดมั่นผูกพันได้แก่ 1)ความเชื่อมั่น การยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์กร 2)ความเต็มใจที่จะทุ่มเทความพยายามอย่างมากเพื่อให้องค์กรบรรลุเป้าหมาย 3)ความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะคงไว้ซึ่งความเป็นสมาชิกขององค์กร (Mowday , Porter , & Steer 1983)สำหรับพยาบาลวิชาชีพแล้วความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่สามารถทำให้องค์กรสามารถปฏิบัติงานได้ตามสมรรถนะหลักของวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพหรือผลิตงานที่มีคุณภาพ ความยึดมั่นผูกพันเป็นการแสดงออกที่มากกว่าความจงรักภักดีตามปกติ ความผูกพันเป็นความสัมพันธ์ที่เหนียวแน่น และผลักดันให้พยาบาลวิชาชีพเต็มใจที่จะอุทิศตัวเพื่อการสร้างสรรค์ให้องค์กรอยู่ในสภาพที่ดีขึ้นและแสดงออกมาในรูปของการปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่องค์กรซึ่งความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพมีผู้ทำวิจัยไว้พบว่า ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพศูนย์หัวใจศิริกิติ์ ภาควิชาศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก มหาวิทยาลัยขอนแก่นภาพรวมอยู่ในระดับสูง(กัญญ์วิรัช ชัยพิริวรส และมารีสา ไกรฤกษ์ 2556) ความยึดมั่นผูกพันต่อ

องค์กรของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง อยู่ในระดับสูง (เบญจมาพร อาษากิจ และคณะ 2556)

คุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นปัจจัยประการหนึ่ง ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคลากรมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรซึ่งคุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นคุณลักษณะเฉพาะส่วนตัวของแต่ละบุคคล เป็นความแตกต่างของบุคคลแต่ละคนขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมภายในครอบครัว พื้นฐานของการเลี้ยงดูและลักษณะนิสัยของแต่ละคน เป็นสมรรถนะพื้นฐานส่วนบุคคลในการ แสดงถึงเจตนาหรือความ ตั้งใจในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) ตำแหน่ง 6) รายได้ 7) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และ 8) การได้รับการ ฝึกอบรม (Schermerhorn et al., 2003) การจะปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่ตามความสามารถและสำนึกนั้นต้องอาศัยปัจจัยนี้เป็นอย่างสำคัญ มีผู้ทำการศึกษาวิจัยพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล รายได้มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของนักบริหารงานสาธารณสุข (สิทธิศักดิ์ แก้วโพนเพ็ก และประจักษ์ บัวผัน, 2558)เลือกวิจัยคุณลักษณะ และบรรยากาศขององค์กรที่เป็นคุณลักษณะของสภาพแวดล้อมภายในองค์กรที่บุคลากรรับรู้ได้ทั้ง ทางตรงและทางอ้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อความยึดมั่นผูกพัน พฤติกรรมการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กรใน ด้านความคาดหวัง การจูงใจ และบทบาทของบุคลากร มีงานวิจัยที่สนับสนุนเรื่องบรรยากาศขององค์กร อาทิเช่น บรรยากาศขององค์กรที่มีผลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของเภสัชกร โรงพยาบาลศูนย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า บรรยากาศขององค์กรอยู่ในระดับปานกลาง (สายพิน สายคำ, 2552) จากการศึกษาบรรยากาศ ขององค์กรที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น พบว่า ระดับบรรยากาศขององค์กรภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ชัช เมืองโคตร, 2550) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานระดับหน่วยงานของบุคลากรในโครงการ พัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พบว่า บรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน ระดับหน่วยงานของบุคลากรในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (เพ็ญศรี สุขอ้วน, 2550) ที่กล่าวถึงบรรยากาสองค์การทั้ง 9 มิติ ได้แก่ มิติโครงสร้าง มิติความรับผิดชอบ มิติรางวัล มิติความเสี่ยง มิติความอบอุ่น มิติการสนับสนุน มิติความขัดแย้ง มิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน มิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

โรงพยาบาลศูนย์ที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่มีเตียงเปิดให้บริการจริง 820 เตียง เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประจำจังหวัด มีหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินการให้บริการตรวจรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค บริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีการรับส่งต่อผู้ป่วยจากภายในจังหวัดและจังหวัดใกล้เคียง รวมทั้งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดูแลโรงพยาบาลชุมชนภายในจังหวัดตามยุทธศาสตร์ Service Plan ทำให้บุคลากรที่ให้บริการด้านคลินิกมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรกลุ่มวิชาชีพที่มีจำนวนมากที่สุดของโรงพยาบาล ในแต่ละปีโรงพยาบาลที่ศึกษา มีการสูญเสียพยาบาลวิชาชีพจำนวนมาก จากการโอนย้าย ลาออก และเกษียณอายุราชการ จากสถิติอัตราการสูญเสียพยาบาล 3 ปี ย้อนหลัง พบว่า อัตราการสูญเสียพยาบาลวิชาชีพ ปี 2559 ร้อยละ 5, ปี 2560 ร้อยละ 6.27 และปี 2561 ร้อยละ 3.5 (กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์, 2562) ถ้าเทียบจากสถิติการสูญเสียพยาบาลวิชาชีพมีแนวโน้มสูงขึ้น และในปี 2561 พบว่าอัตราการสูญเสียลดลงอาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลได้รับอัตรากำลังจากนักเรียนทุนที่โรงพยาบาลได้วางแผนอัตรากำลังไว้เมื่อ 4 ปีที่ผ่านมาทำให้มีพยาบาลใหม่เข้าสู่ระบบตามพันธะสัญญาผูกพันของโรงพยาบาล แต่ในเรื่องความผูกพันต่อองค์กรยังไม่สามารถจะทำนายหรือพยากรณ์ได้ว่า อัตรากำลังที่เกิดจากพันธะผูกพันจะสามารถธำรงรักษานักการสาขวิชาชีพพยาบาลให้อยู่กับองค์กรได้นานหรือไม่ และประกอบกับ โรงพยาบาลมีการขยายการให้บริการที่มีความซับซ้อนมากขึ้นเพื่อก้าวสู่ศูนย์กลางเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคหัวใจ โรคเมรั้ง ทารกแรกเกิด และการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์หลายระบบทำให้มีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วมากจากนโยบายข้างต้น ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อพยาบาลวิชาชีพที่

ดูแลผู้ป่วยซึ่งมีอัตรากำลังที่จำกัดและมีสมรรถนะที่ยังต้องได้รับการพัฒนาเพื่อรองรับการรักษาที่ซับซ้อนยังทำให้เกิดข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วย และที่สำคัญในยุคที่มีความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและความคาดหวังการบริการของผู้มารับบริการ ทำให้การให้บริการมีความยากลำบากมากขึ้นมีปัญหาเรื่องการร้องเรียนผ่านสื่อออนไลน์ ทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า อาจส่งผลต่อความเชื่อมั่นผูกพันต่อองค์กร ทำให้ผู้วิจัยต้องการศึกษาพยาบาลวิชาชีพที่ยังปฏิบัติงานในโรงพยาบาลปัจจุบันมีความเชื่อมั่นผูกพันต่อโรงพยาบาลศูนย์แห่งนี้มากน้อยเพียงใด

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงคุณลักษณะส่วนบุคคลและบรรยากาสองค์การ ที่มีผลต่อความเชื่อมั่นผูกพันในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ รวมถึงศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการในการสร้างความเชื่อมั่นผูกพัน ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยจะนำไปพัฒนาระบบการสร้างความเชื่อมั่นผูกพันของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแห่งนี้เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่พร้อมอุทิศตัวเพื่อทำงานในการดูแลรักษา ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาภายในโรงพยาบาลและเพื่อธำรงรักษาพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์แห่งนี้ได้อย่างยาวนานและเกิดความรู้สึกผูกพันต่อองค์กร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและบรรยากาสองค์การที่มีผลต่อความเชื่อมั่นผูกพันของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์
2. เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับบรรยากาสองค์การ และระดับความเชื่อมั่นผูกพันของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์
3. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการพัฒนาความเชื่อมั่นผูกพันของบุคลากร สาขวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) มีการเก็บ

รวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม และเชิงคุณภาพโดยสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อความยึดมั่นผูกพันของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุงานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ในปีงบประมาณ 2562 ปฏิบัติงานใน ของ โรงพยาบาล ศูนย์ แห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 828 คน (กลุ่มการพยาบาลพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์, 2562) ³

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ที่ศึกษา โดยใช้สูตรการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นเพื่อทดสอบสมมติฐานของโคเฮน Cohen (1988) จำนวน 304 คน การวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติอ้างอิงเพื่ออธิบายไปยังพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ที่ศึกษาเมื่อระยะเวลาเปลี่ยนแปลงไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือขึ้นจากการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีและงานวิจัยที่สอดคล้องกัน โดยข้อมูลเชิงปริมาณใช้ชุดแบบสอบถามและข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แนวทางสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณและมีการกำหนดชุดแบบสอบถามให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวในกรอบแนวคิดการวิจัยโดยมีผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลและการบริหารสาธารณสุขจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบและให้คำปรึกษาโดยในแต่ละข้อคำถามจะมีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ทดลองใช้ (Try out) ในพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน และได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficients) ซึ่งจะต้องมีค่าความเที่ยง 0.96 และได้รับการพิจารณาจริยธรรมจากกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิทยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 632021 ลงวันที่ 15 พฤษภาคม 2563

ชุดที่ 1 ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับบรรยากาศองค์การ ประกอบด้วย ด้านมิติโครงสร้างองค์การ

มิติความอบอุ่น มิติความรับผิดชอบ มิติสนับสนุนมิติการให้รางวัล มิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน มิติความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน มิติการจัดการความขัดแย้ง และมิติความอันหนึ่งอันเดียวกัน

ส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับ 3 ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ ประกอบด้วย 3 ด้านคือ 1) ด้านความเชื่อมั่น การยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์การ 2) ด้านความเต็มใจที่จะทุ่มเทความพยายามอย่างมากเพื่อให้องค์การบรรลุเป้าหมาย 3) ด้านความต้องการที่จะรักษาความเป็นสมาชิกขององค์การ โดยลักษณะของส่วนที่ 1-3 เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) และมีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) ⁶

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะที่เกี่ยวกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลที่ศึกษา ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดโดยให้แสดงความคิดเห็นโดยอิสระ

ชุดที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นประเด็นที่เกี่ยวกับปัญหาที่มีผลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลศูนย์ที่ศึกษาเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประเภทตำแหน่ง รายได้ ประสบการณ์การปฏิบัติงาน และการได้รับการฝึกอบรม ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

ระดับบรรยากาศองค์การและระดับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ซึ่งตัวแปรอิสระและตัวแปรตามนั้นจะต้องมีการวัดไม่ต่ำกว่าช่วงสเกล หรืออัตราส่วนสเกล (Ratio Scale) ใน

[illegible]

สรุปได้ว่าตัวแปรต้นหรือตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวได้แก่บรรยากาศองค์การ มิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน มิติความรับผิดชอบ มิติความอันหนึ่งอันเดียวกัน มิติโครงสร้างองค์กร และ มิติการให้รางวัล มีผลและสามารถร่วมกันพยากรณ์ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้ร้อยละ 75.1

บรรยากาศองค์การของวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ที่ศึกษามีภาพรวมกลุ่มประชากรมีระดับบรรยากาศองค์การอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.87 (SD = 0.56) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ลักษณะและสภาพแวดล้อมของวิชาชีพ สามารถเข้าใจ หรือรับรู้ต่อองค์การและบุคลากรในองค์การได้ อยู่ในระดับมาก ซึ่งบรรยากาศองค์การเป็นการรับรู้ของบุคคล เกี่ยวกับ องค์ประกอบ สภาพแวดล้อมของงานภายในองค์การ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการ จูงใจและการปฏิบัติงานใน องค์การ ทั้งทางตรงและทางอ้อม (Litwin & Stringer, 1968) และบรรยากาศองค์การทำให้ บุคคล มีความรู้สึกว่าจะอะไรเป็นสิ่งที่ดีและสิ่งสำคัญ ในการปฏิบัติงาน ซึ่งบรรยากาศองค์การทำให้บุคคล มีทัศนคติแบบนี้นี้น่ามากกว่าทัศนคติส่วนบุคคล (Robbins, & Judge, 2013) ผู้บริหารจะต้องส่งเสริมให้มีบรรยากาศองค์การที่ดี ซึ่งจะส่งผลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรพบว่าภาพรวมระดับความยึดมั่นผูกพันของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ที่ศึกษาพบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง มีระดับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.85 (S.D.= 0.62) เนื่องจากการที่องค์การที่ออูรอด บรรลุเป้าหมายและประสบความสำเร็จได้นั้น การส่งเสริมความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ของสมาชิกนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพราะความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร สูง นั้นจะบ่งชี้ถึงการ ออููรอดและความ มีประสิทธิภาพขององค์กร นอกจากนี้ลักษณะงานส่วนใหญ่เป็นงานด้านการรักษาพยาบาล บุคลากรส่วนใหญ่จะเต็มใจปฏิบัติงานตามความรู้ความสามารถที่ได้เรียนมา

และรักษาไว้ซึ่งมาตรฐานของวิชาชีพในงานและเป้าหมายขององค์กร

ข้อเสนอแนะ

โรงพยาบาลแห่งนี้ควรพัฒนาระบบที่ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ โดยเฉพาะบรรยากาศองค์การด้านมิติการให้รางวัล ควรมีระบบการให้รางวัลการประเมินความคิดความชอบที่เป็นรูปธรรม มีหลักเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจน

โรงพยาบาลศูนย์แห่งนี้ควรมีการจัดทำมาตรฐานการทำงานของพยาบาลวิชาชีพไว้อย่างชัดเจนเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพทราบถึงบทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ ที่นอกเหนือจากงานด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

โรงพยาบาลศูนย์แห่งนี้ควรมีการออกแบบหรือปรับเปลี่ยนการทำงานที่เหมาะสมสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุมาก เพื่อทำให้เกิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ เช่น ภาระงานที่รับผิดชอบ คุณภาพชีวิตการทำงานความเครียดในงาน การสนับสนุนจากครอบครัว สิ่งแวดล้อมในการทำงานควรมีการศึกษาระดับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของบุคลากรสาธารณสุขในสายงานวิชาชีพอื่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.ดร.ชนะพล ศรีฤชา อาจารย์ที่ปรึกษา และคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่าน ที่ได้อบรมสั่งสอนให้ความรู้ตลอดหลักสูตร ขอขอบพระคุณ ดร.อาจารย์ ดร.สุรัชย์ พินทา อาจารย์ ดร.สุพัฒน์ อาสนะ นายแพทย์พูลสวัสดิ์ วงศ์วิจิตร คุณสถิตย์ วรรณขาม และคุณปิยนุช บุญทอง ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- 1.ชนากานต์ นาพิมพ์, ประจักษ์ บัวผัน และชญญา อภิบาลกุล (2561) . คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิต),18(4),154-166
- 2.ชนะพล ศรีฤาชา. (2561). การจัดการเชิงกลยุทธ์ด้านสุขภาพ. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- 3.ทองหล่อ เดชไทย. (2549). หลักการบริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- 4.นรินทร์ ประสิทธิ์ และประจักษ์ บัวผัน. (2561). แรงจูงใจและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 18(2), 65-77.
- 5.นันทน์ภัส ปัชชามูล และประจักษ์ บัวผัน. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อมั่นผูกพันต่อองค์การของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 16(2), 61-72.
- 6.ศศิธร เฝ้าทรัพย์และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์. (2560). คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล, 28(1), 23-34.
- 7.สร้อยทอง กันงา และชนะพล ศรีฤาชา. (2561). คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 11(2), 58-68.
- 8.สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- 9.อรรถสิทธิ์ วงศ์กาฬสินธุ์ และชนะพล ศรีฤาชา. (2559). ปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง, 19(2), 77-87.
- 10.ศิริณี เสนานุช และประจักษ์ บัวผัน (2560) แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย. วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา),10(1),66-67

ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกายกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

Association between physical activities and quality of life in community-dwelling older persons

กุกีเอต ทุดปอ¹, สุมาลัย คำอาจ², ทิพวรรณ อินทะรักษ์³, เขมิกา สมบัติโยธา⁴, นิรุวรรณ เทิร์นโบล⁵

Kukiat Tudpor^{1*}, Sumalai Kam-Ard², Thippawan Intarak³, Kemika Sombateyotha⁴, Niruwan Turnbull⁵

(Received: November 15 ,2020 ; Accepted: December 13 ,2020)

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนมากเป็นอันดับ 5 ของทวีปเอเชีย เมื่ออายุเพิ่มขึ้น จะมีการเสื่อมสภาพของร่างกายในหลายระบบ การป้องกันการเสื่อมสภาพดังกล่าวคือการออกกำลังกาย ปัจจุบันในประเทศไทย ยังไม่มีงานวิจัยในชุมชนที่ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกายและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงปริมาณนี้คือเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับกิจกรรมทางกายและระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้การสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านกิจกรรมทางกายและคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD) แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น ≥ 0.8 อาสาสมัครเป็นผู้สูงอายุทั้งหมดในชุมชนตำบลแห่งหนึ่งใน อ.วาปีปทุม จ.มหาสารคาม จำนวน 1,045 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (519 ราย) มีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลาง และส่วนใหญ่ (670 ราย) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไค-สแควร์ พบว่าระดับกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 22.122, P = 0.005$) โดยสรุป ระดับกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอมีแนวโน้มที่จะยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนให้สูงขึ้นได้

คำสำคัญ: กิจกรรมทางกาย, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, สาธารณสุขชุมชน

Abstract

Aging population in Thailand is number 5th in Asia. An increasing age leads to degeneration of body systems. One of degeneration-preventing methods is performing physical activity. At present, there is no community research on assessing association between physical activities and quality of life in community-dwelling older persons. An objective this present study was to examine relationship between physical activities and quality of life in community-dwelling older persons by interviewing using questionnaires. There were 2 parts of questionnaires – behaviors on physical activities and a Thai version of World Health Organization's quality of life instrument-older adults module (WHOQOL-OLD). All the questionnaires have been calculated for coefficient of reliability (Cronbach's α). The items with Cronbach's $\alpha \geq 0.8$ were acceptable and used in the questionnaires. The participants (N = 1,045) were community-dwelling older persons in a subdistrict in Wapipathum district, Maha Sarakham province, Thailand. Results showed that majority (n = 519) of the participants had a medium level of physical activities. Secondly, 670 participants had a good level of the quality of life. Data analysis with χ^2 demonstrated that the level of physical activities was significantly associated with the level of quality of life ($\chi^2 = 22.122, P = 0.005$). In conclusion, regular performing physical activities tended to enhance the quality of life in community-dwelling older persons.

Keywords: physical activity, quality of life, older persons, community public health

¹ ปรด. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² พย.บ. ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองไผ่

³ ส.บ. ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคอนมันน้ำ

⁴ ปรด. อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

⁵ ปรด. รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทนำ

ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี 2564 จำนวนผู้สูงอายุประเทศไทยเพิ่มขึ้นจากปีก่อนประมาณร้อยละ 20 (Wongsala M. et al., 2021) มีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับ 5 ของทวีปเอเชีย (Assantachai P., 2017) เมื่ออายุเพิ่มขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในหลายระบบสรีรวิทยา ส่งผลให้เกิดความเสื่อมของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบประสาท รวมถึงระบบหลอดเลือดและหัวใจ (Ratanai S., 2012) ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาการทรงตัว และทำกิจวัตรประจำวัน ได้ลดลง (Salzman, 2010) การป้องกันการเสื่อมสภาพดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ คือการออกกำลังกาย (Bhanusali, 2015) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีการเผาผลาญพลังงานจากคาร์โบไฮเดรตและไขมันเนื่องจากการหดตัวของกล้ามเนื้อลาย (Fuster, 2007) จากการวิจัยจำนวนมากพบว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำมีการทรงตัวที่ดี มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความทนทานของหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น (Gulsatitporm, 2006) มีคำแนะนำว่า ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายในระดับความหนักระดับปานกลาง (Fisseha et al., 2017) ซึ่งการปฏิบัติเป็นประจำจะสามารถชะลอความเสื่อมของระบบต่างๆ อีกทั้งช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Khemapech, 2016) กระทรวงสาธารณสุขได้วางยุทธศาสตร์ให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Ministry of Public Health, 2017) เช่น ออกกำลังกาย เพราะเป็นการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้ผลดีและมีการลงทุนต่ำ (Amrulkert et al., 2015) อย่างไร

ก็ตาม ยังไม่มีงานวิจัยในชุมชนที่ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกายและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้คือ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับกิจกรรมทางกายและระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุทุกราย จำนวน 1,045 ราย ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านกิจกรรมทางกาย จำนวน 8 ข้อ (ตารางที่ 1) และ คำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD) (ตารางที่ 2) ระดับกิจกรรมทางกาย แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (ระดับไม่ดี = 1 คะแนน ระดับปานกลาง = 2 คะแนน และ ระดับดี = 3 คะแนน) และระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ (ระดับไม่ดีมาก = 1 คะแนน ระดับไม่ดี = 2 คะแนน ระดับปานกลาง = 3 คะแนน ระดับดี = 4 คะแนน และ ระดับดีมาก = 5 คะแนน) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไค-สแควร์

ตารางที่ 1 คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านกิจกรรมทางกาย

ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

1. ผู้สูงอายุออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3-5 วัน
2. ผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที
3. ผู้สูงอายุออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเช่น เดิน จักรยานหรือว่ายน้ำอย่างน้อยพอประมาณ หรือ หายใจแรงขึ้นกว่าปกติเล็กน้อยแต่ยังสามารถพูดคุยกับคนข้างเคียงได้จนจบประโยค อย่างน้อยสัปดาห์ 3-5 วัน
4. ผู้สูงอายุออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเช่น วิ่ง จักรยานหรือว่ายน้ำอย่างน้อยพอประมาณ หรือ หายใจแรงขึ้นกว่าปกติเล็กน้อยแต่ยังสามารถพูดคุยกับคนข้างเคียงได้จนจบประโยค อย่างน้อยสัปดาห์ 3-5 วัน
5. ผู้สูงอายุทำการอบอุ่นร่างกาย ก่อนออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬา 5-10 นาที
6. ผู้สูงอายุทำการยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังการออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬา 5-10 นาที

7. ผู้สูงอายุทำงานบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ด้วยตนเอง

8. ผู้สูงอายุเดินขึ้นลงบันไดด้วยตนเอง

ตารางที่ 2 คำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

1. ผู้สูงอายุพอใจกับสุขภาพของตนเองในตอนนี้
2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ
3. ผู้สูงอายุมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวัน (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)
4. ผู้สูงอายุพอใจกับการนอนหลับของตนเอง
5. ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง)
6. ผู้สูงอายุมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ
7. ผู้สูงอายุรู้สึกพอใจในตนเอง
8. ผู้สูงอายุยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเอง
9. ผู้สูงอายุมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่
10. ผู้สูงอายุสิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน
11. ผู้สูงอายุรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน
12. จำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน
13. พอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา
14. พอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมา
15. พอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ
16. รู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยในแต่ละวัน
17. พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้
18. มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น
19. ได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน
20. มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด
21. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ
22. พอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน (หมายถึงการคมนาคม)
23. รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย
24. สามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดี
25. พอใจในชีวิตทางเพศของตนเอง (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วผู้สูงอายุ มีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเองหรือ การมีเพศสัมพันธ์)
26. คิดว่ามีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่
เป็นเพศหญิง อายุ 60-69 ปี ระดับการศึกษาชั้น
ประถมศึกษา มีคู่สมรส รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน

มีรายได้จากสวัสดิการของรัฐ ดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์
อาศัยอยู่กับลูกหลาน และไม่ได้เข้าร่วมโครงการโรงเรียน
ผู้สูงอายุ รายละเอียดทั้งหมดแสดงใน ตารางที่ 3
ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N =1,045)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	459	43.9
- หญิง	586	56.1
กลุ่มอายุ		
- 60 - 69	493	52.5
- 70 - 79	314	33.4
- 80 ปีขึ้นไป	132	14.1
Mean =70.3 SD = 7.5 Max =100 ปี Min = 60 ปี		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
- ไม่ได้เรียน	10	1.0
- ประถมศึกษา	966	94.5
- มัธยมศึกษา	23	2.3
- อนุปริญญา	6	0.6
- ปริญญาตรี	12	1.2
- สูงกว่าปริญญาตรี	5	0.5
สถานภาพสมรส		
- โสด	62	6.0
- สมรส	622	60.5
- หย่า/หม้าย	336	32.7
- แยกกันอยู่	8	0.8
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
- ต่ำกว่า 5,000 บาท	919	87.9
- 5,000 – 10,000 บาท	109	10.4
- 10,001 – 15,000 บาท	8	0.8
- มากกว่า 15,000 บาท	9	0.9
Mean = 2,731.2 SD = 3,542.1 Max = 40,000 บาท Min = 400 บาท		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N =1,045)	ร้อยละ
แหล่งที่มาของรายได้		
- การประกอบอาชีพ	220	21.1
- บำนาญ	15	1.4
- จากบุคคลในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร	397	38.0
- สวัสดิการจากรัฐ เช่น เบี้ยยังชีพ เงินสงเคราะห์ ฯลฯ	750	71.8
ค่าดัชนีมวลกาย		
- ต่ำกว่า 18.5 หมายถึง ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	581	58.2
- 18.50 ถึง 22.99 หมายถึง ตามเกณฑ์ปกติ	371	37.1
- 23.00 ถึง 24.99 หมายถึง โรคอ้วนระดับหนึ่ง	36	3.6
- 25.00 ถึง 29.99 หมายถึง โรคอ้วนระดับสอง	11	1.1
- 30 ขึ้นไป หมายถึง โรคอ้วนระดับสาม	0	0
น้ำหนัก Max = 89 กก. Min =25 กก. ส่วนสูง Max = 185 ซม. Min = 125 ซม.		
ลักษณะการอยู่อาศัย		
- อยู่ตามลำพัง	56	5.4
- อยู่กับคู่สมรส	504	48.2
- อยู่กับบุตร/หลาน	511	48.9
- อยู่กับญาติ	26	2.5
- วัด	1	0.1
- อื่น ๆ	1	0.1
การเข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุ		
- เข้าร่วม	247	24.0
- ไม่เข้าร่วม	781	76.0

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (519 ราย) มีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง ตามด้วยระดับไม่ดี (390 ราย) และส่วนน้อยอยู่ในระดับดี (136 ราย) เมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ (670 ราย) อยู่ในระดับดี ตามด้วยระดับปานกลาง (289 ราย) ระดับดีมาก (64 ราย) ระดับไม่ดี (21 ราย) และระดับไม่ดียังมี (1

ราย) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับกิจกรรมทางกายกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วยสถิติไค-สแควร์ พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า $\chi^2 = 22.122$ และระดับนัยสำคัญ (P value) = 0.005 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับกิจกรรมทางกายกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ระดับกิจกรรมทางกาย	ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ					รวม
	ระดับไม่ดียังมี	ระดับไม่ดี	ระดับปานกลาง	ระดับดี	ระดับดีมาก	
ระดับไม่ดี	0	12	131	217	30	390
ระดับปานกลาง	1	7	125	358	28	519

ระดับดี	0	2	33	95	6	136
รวม	1	21	289	670	64	1045

$\chi^2 = 22.122$, Sig. = 0.005

อภิปรายผลและสรุป

คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่แสดงสถานการณ์ของชีวิตในมิติต่าง ๆ ของชีวิต (Júnior et al., 2019) แต่ละคนมีระบบการให้คุณค่าแก่วัฒนธรรม เศรษฐกิจและสังคมแตกต่างกัน ทำให้ประเมินเหตุการณ์ในชีวิตแตกต่างกันไป คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น การศึกษา โรคประจำตัว การเป็นสมาชิกชมรม ตำแหน่งทางสังคม และการตรวจสุขภาพประจำปี (Naultaisong and Sudnongbua, 2016) ในต่างประเทศ ได้มีการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ชีวิต ความพิการ และความสามารถในการรู้คิด (Kekäläinen et al., 2018) ในประเทศบราซิล พบว่าระดับกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต (Júnior, 2019) การศึกษาเมื่อเร็ว ๆ นี้ในประเทศฮังการี พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยมีกิจกรรมทางกาย มีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง และหากมีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางขึ้นไป คุณภาพชีวิตก็ดีขึ้นในหลากหลายมิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ

ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (Rétsági et al., 2020) นักวิจัยได้แนะนำให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมทางกายต่าง ๆ เพิ่มขึ้น เช่น การเดินทางด้วยจักรยานหรือการเดิน การทำงานบ้าน และงานอดิเรกที่ต้องออกแรง การวิจัยในสหรัฐอเมริกาพบว่าการออกกำลังกายที่เหมาะสมอยู่ในช่วง 20-90 นาทีต่อวัน (Brown et al., 2004) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง

โดยสรุป งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เอกสารอ้างอิง

1. Wongsala M, Anbäcken EM, Rosendahl S. Active ageing - perspectives on health, participation, and security among older adults in northeastern Thailand - a qualitative study. *BMC Geriatr.* 2021; 21(1): 41.
2. Assantachai P. Principles and essences of primary care of older persons. In: Muangpaisan W, editor. *Gerontology and geriatrics for primary care practice.* 1st ed. Nonthaburi: Parbpim Design and Printing; 2017. 3-20.
3. Webb RC, Inscho EW. Age-related changes in the cardiovascular system. In: Prisant LM, editor. *Hypertension in the elderly.* Totowa, NJ: Humana Press; 2005. 11-21.
4. Ratanai S. Elder care manual. Bangkok: Saengdao Publishing House; 2012.
5. Salzman B. Gait and balance disorders in older adults. *Am Fam Physician.* 2010;82(1):61-8.
6. Bhanusali H, Vardhan V, Palekar T, Khandare S. Comparative study on the effect of square stepping exercises versus balance training exercises on fear of fall and balance in elderly population. *International Journal of Physiotherapy and Research.* 2015;4(1):1352-9.
7. Khemapech S. Exercise for health in older adult. *Journal of the Police Nurses.* 2016;8(2):201-11.
8. Ministry of Public Health. The twelfth national economic and social development plan [Internet]. 2017; Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/HealthPlan12_2560_2564.pdf
9. Amruklert W, Fumaneechort O, Ananchaisup T, Chamroonkiadtikun P. Care for elderly, disable, terminal-illness in primary care. Songkhla: Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University; 2015.
10. Fuster V, Walsh RA, O'Rourke RA, Poole-Wilson P. *Hurst's the heart.* 12th ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2007.
11. Gulsatitporn S. *Physiotherapy in elderly.* 2nd ed. Bangkok: Offset Press; 2006.

12. Fisseha B, Janakiraman B, Yitayeh A, ravichandran H. Effect of square stepping exercise for older adults to prevent fall and injury related to fall: Systematic review and meta-analysis of current evidences. *J Exerc Rehabil.* 2017; 13(1): 23-9.
13. Naulthaisong D, Sudnongbua S. Quality of Life among Elderly People in the Responsibility of Wangmaikon Sub-district Administrative Organization, Sawankhalokdistrict, Sukhothai Province. *Social Sciences Research and Academic Journal.* 2016; 11: 89-104.
14. Júnior, VM dos S, Stocco, MR, Lourenço, MRA, Casonatto, J, & Teixeira, D de C Comparison of the quality of life of elderly people practicing physical activities and competitive sports games. *Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal.* 2019; 17(679): 1-6.
15. Kekäläinen T, Kokko K, Sipilä S, Walker S. Effects of a 9-month resistance training intervention on quality of life, sense of coherence, and depressive symptoms in older adults: randomized controlled trial. *Qual Life Res.* 2018; 27(2): 455-65.
16. Rétsági E, Prémusz V, Makai A, Melczer C, Betlehem J, Lampek K, Ács P, Hock M. Association with subjective measured physical activity (GPAQ) and quality of life (WHOQoL-BREF) of ageing adults in Hungary, a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2020; 20(Suppl 1): 1061.
17. Brown DW, Brown DR, Heath GW, Balluz L, Giles WH, Ford ES, Mokdad AH. Associations between physical activity dose and health-related quality of life. *Med Sci Sports Exerc.* 2004; 36(5): 890-6.

การออกกำลังกายแบบแอโรบิกเพิ่มพูนการทำงานทางกายในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1 และ 2 ที่มีภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูง

Aerobic exercise program improves physical functions in chronic kidney disease stages 1 and 2 with diabetes mellitus and hypertension

นิตยา อายูยีน¹, สันติสิทธ์ เขียวเขิน², กุเกียรติ์ ทุดปอ³

Nittaya Aryuyuen¹, 2Santisith Khiewkhen², Kukiat Tudpor³

(Received: November 18 ,2020 ; Accepted: December 20 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยที่ผ่านมามีการออกกำลังกายแบบแอโรบิกสามารถเพิ่มความสามารถในการทำงานทางกายในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-5 ได้ แต่ในความเป็นจริง อัตราการเสื่อมของไตนั้น เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะ 1 และ 2 การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษากลายเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 และ 2 ที่มีภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลร่งคำ อำเภอร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ทำการเลือกตามเกณฑ์คัดเข้าและสุ่มเลือกอย่างง่าย จำนวน 42 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 21 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 21 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกประกอบด้วย ช่วงอบอุ่นร่างกาย ช่วงออกกำลังกาย ช่วงสร้างความแข็งแรง และช่วงคลายร่างกาย โดยกำหนดให้ออกกำลังกายระยะเวลา 60 นาทีต่อครั้ง จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และทดสอบสมรรถภาพทางกาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและสถิติอ้างอิง ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการทดสอบเดิน 6 นาที (6-minute walk test, 6MWT) และค่าทดสอบลุก-นั่ง 30 วินาที (30-s chair stand test, CST) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การออกกำลังกายแบบแอโรบิกยังสามารถลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดและความดันโลหิตได้ และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง 6MWT ด้วยสมการถดถอยโลจิสติกส์กับตัวแปรร่วม พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลงมีโอกาสที่จะมี 6MWT เพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่เปลี่ยนแปลงประมาณ 7 เท่า (Adj odds ratio เท่ากับ 6.976 และ 95% CI เท่ากับ 1.369-35.539) โดยสรุป การออกกำลังกายแบบแอโรบิกสามารถเพิ่มพูนสมรรถภาพทางกายในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 และ 2 ที่มีภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง, สมรรถภาพทางกาย, อัตราการกรองของไต, โรคเบาหวาน, การออกกำลังกายแบบแอโรบิก

Abstract

Chronic kidney disease (CKD) is a worldwide public health problem. Reduction in renal and physical functions in patients with CKD are manifested by a decline in an estimated glomerular filtration rate (eGFR) and sit-to-stand and walking abilities. A regular aerobic exercise has been found beneficial for pre-dialysis CKD patients. However, a decline in the eGFR is prominent in early phase of CKD. Effects of the exercise in early CKD have been still elusive. This single-blinded randomized controlled trial was aimed to investigate effects of an aerobic exercise program on physical functions in 42 diabetic and/or hypertensive patients with CKD1-2 (age 60.8±8 years old). The experimental group (n=21) consisted of aerobic and resistance training exercises (60 min/day, 3 days/week for 12 weeks) whereas the control group (n=21) received standard care. Outcomes were physical functions – 6-minute walk test (6MWT) and 30-second chair stand test (30-s CST). Results showed that all baseline parameters were not statistically different between control and experimental groups. Post-intervention, 6MWT distance and 30-s CST increased in the experimental group. Moreover, post-intervention fasting plasma glucose (FPG) and blood pressure in the experimental group also significantly reduced. Binary logistic regression analysis showed that the patients with improved FPG were approximately 7 times more

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² ปรด. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ ปรด. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

likely to have a positive 6MWT change than those with unimproved FPG levels (odds ratio = 6.976, 95% CI: 1.369 to 35.539). In conclusion, an aerobic exercise program was effective to improve physical functions in patients with early CKD with diabetes mellitus and hypertension.

Keywords: chronic kidney disease, physical functions, glomerular filtration rate, diabetes, aerobic exercise

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) เป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกและในประเทศไทย ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังวัดจากพยาธิสภาพหรือการทำงานของไต (National Kidney, 2002) โดยทั่วไปหน้าที่หลักของหน่วยไตคือการกรองเลือดและกำจัดของเสียออกจากร่างกายในรูปของปัสสาวะ (Ogobuiro & Tuma, 2020) ในวัยผู้ใหญ่ ไต 1 ข้าง มีหน่วยไตอยู่ประมาณ 1 ล้านหน่วย แต่ละหน่วยไตประกอบด้วยส่วนที่มีหน้าที่กรอง (glomerulus) และส่วนที่ปรับส่วนประกอบปัสสาวะ (renal tubule) (Preuss, 1993) ดังนั้น การประเมินหน้าที่ในการกรองของไตจึงสามารถวัดได้จากอัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate, GFR) (Gounden & Jialal, 2020) โรคไตเรื้อรังสามารถแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ตามค่าประมาณการ GFR (estimated GFR, eGFR ในหน่วย $\text{mL} \cdot \text{min}^{-1} \cdot 1.73 \text{ m}^{-2}$) CKD1 (มีไตเสื่อมและ $\text{eGFR} \geq 90$), CKD2 (มีไตเสื่อม และ eGFR 60-89), CKD3 (eGFR 30-59), CKD4 (eGFR 15-29) และ CKD5 ($\text{eGFR} < 15$) ตามเกณฑ์ของ National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF-K/DOQI) (Mula-Abed et al., 2012) ความชุกของโรคไตเรื้อรังระยะ 1 และ 2 ประมาณ 6.3% ในขณะที่ระยะ 3 ถึง 5 อยู่ที่ 4.6% (National Kidney, 2002) ถึงแม้ว่าจะมีความชุกน้อยกว่า แต่โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ต้องใช้กำลังคนทั้งด้านการแพทย์และด้านสังคม รวมไปถึงงบประมาณในการดูแลที่สูงกว่าโรคไตเรื้อรังในระยะแรก (Radhakrishnan et al., 2014) ดังนั้น การคัดกรองและรักษาโรคไตเรื้อรังระยะแรก รวมทั้งจัดการกับโรคร่วม จึงสามารถชะลอความเสื่อมและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ (Kausz & Levey, 2002) โรคร่วมที่พบบ่อยที่สุดในโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (James et al., 2015) แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของ National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF-KDOQI) แนะนำว่าเมื่อ

พบพยาธิสภาพของไต ควรให้การรักษาพยาธิสภาพนั้นและโรคร่วม ไม่ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงของ eGFR หรือไม่ เพื่อชะลอการเสื่อมของไตและคงสภาพความแข็งแรงของร่างกาย (National Kidney, 2002) ยาที่ใช้บ่อยเพื่อรักษาโรคร่วม ได้แก่ ยาลดความดันโลหิต [angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI)/angiotensin receptor blocker (ARB)] และ ยารักษาโรคเบาหวาน (metformin) นอกจากการรักษาด้วยยา การออกกำลังกายถือเป็นการรักษาแบบอนุรักษ์ที่ไม่ใช่ยาที่มีประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสภาพร่างกายในโรคเรื้อรัง เช่น การฟื้นฟูการทำงานของหัวใจในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Tarigan et al., 2018; Tefaha et al., 2011) สำหรับโรคไตเรื้อรัง โปรแกรมการออกกำลังกายในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมักเริ่มในระยะ CKD3 ซึ่งอาจทำให้ร่างกายฟื้นฟูได้ช้ากว่าการรักษาในระยะเริ่มต้น (Rossi et al., 2014; Wouters et al., 2015) อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อสมรรถภาพทางกายในผู้ป่วย CKD ระยะเริ่มต้น ดังนั้น การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อสมรรถภาพทางกายในผู้ป่วย CKD ระยะเริ่มต้นที่มีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง อาสาสมัครเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 และ 2 (มีความผิดปกติของไตติดต่อกันเป็นเวลานานเกิน 3 เดือน และมีค่าอัตราการกรองของ (estimated glomerular filtration rate, eGFR) ระหว่าง 60 - 90 $\text{mL}/\text{min}/1.73 \text{ m}^2$ และ $> 90 \text{ mL}/\text{min}/1.73 \text{ m}^2$ ตามลำดับ โดยการตรวจเลือดจากห้องปฏิบัติการ) ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลรณรงค์ จ.ภาพสินธุ์ อาสาสมัครทั้งหมด 42 ราย ได้รับการทดสอบสมรรถภาพทางกายด้วยการเดิน 6 นาที (6-minute walk test, 6MWT) และทดสอบการลุกจากเก้าอี้ในเวลา 30

วินาที (30-second chair stand test, 30-s CST) หลังจากนั้น แบ่งอาสาสมัครออกเป็น 2 กลุ่มโดยการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มควบคุม (21 ราย) ได้รับการรักษาตามปกติของโรงพยาบาล และกลุ่มทดลอง (21 ราย) ได้รับการรักษาตามปกติของ โรงพยาบาลและโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เพื่อการชะลอการสูญเสียการทำงานของไตและการเพิ่มพูนการทำงานทางกายในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 และ 2 โปรแกรมการออกกำลังกาย (Rossi et al., 2014) ประกอบด้วย ช่วงอบอุ่นร่างกาย (10 นาที) ช่วงออกกำลังกาย (ปั่นจักรยาน 60-65% ของอัตราการหายใจสูงสุด โดยวัดจาก Borg rating of scale 12-13 เป็นเวลา 30 นาที) ช่วงสร้างความแข็งแรง (ยกน้ำหนัก 10-15 ครั้ง x 3 รอบ โดยวัดจาก Borg rating of scale 12-13 เป็นเวลา 10 นาที) และ ช่วงคลายร่างกาย (10 นาที) รวมเป็นนอกกำลังกาย ระยะเวลา 60 นาทีต่อครั้ง กำหนดให้ออกกำลังกาย 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ โดยระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ หลังจากครบ 12 สัปดาห์ อาสาสมัครทั้ง 42 ราย ได้รับการทดสอบสมรรถภาพทางกายอีกครั้ง การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (เลขที่อนุมัติ 050/2562)

การคำนวณและวิเคราะห์สถิติ

6MWT ที่วัดได้ถูกนำมาปรับค่าเพื่อเทียบเคียงกับกลุ่มคนอายุเดียวกัน (% predicted 6MWT) ด้วยสมการของ Zou และคณะ (Zou et al., 2017) สถิติที่ใช้ในการเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายด้วยการเดิน 6 นาที (% predicted 6MWT) และการทดสอบการลุกจากเก้าอี้ในเวลา 30 วินาที (30-s CST) ก่อนและหลังการทดลอง ได้แก่ independent t-test, paired t-test และ ANCOVA ความสัมพันธ์ของ % predicted 6MWT และ 30-s CST กับตัวแปรร่วมด้านเพศ (gender ชาย:หญิง) อายุ (age <60 และ 60 ปีขึ้นไป) ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure, SBP ดีขึ้น และไม่

ขึ้น) ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure, DBP ดีขึ้น และไม่ดีขึ้น) และ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (fasting plasma glucose, FPG ดีขึ้น และไม่ดีขึ้น) โดยใช้สถิติสมการถดถอยโลจิสติกส์สำหรับตัวแปร (binary logistics regression)

ผลการวิจัย

ข้อมูลเบื้องต้นอาสาสมัครกลุ่มควบคุม 21 ราย (หญิง 17 และชาย 4 ราย) อายุเฉลี่ย 60.1±7.8 ปี ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) เฉลี่ย 128.3±5.2 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) เฉลี่ย 77.7±7.9 มิลลิเมตรปรอท และ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (fasting plasma glucose) 7.0±0.7 มิลลิโมล/ลิตร และกลุ่มทดลอง 21 ราย (หญิง 18 และชาย 3 ราย) อายุเฉลี่ย 61.3±8.8 ปี ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) เฉลี่ย 128.2±6.9 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) เฉลี่ย 77.8±8.4 มิลลิเมตรปรอท และ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (fasting plasma glucose) 6.9±0.8 มิลลิโมล/ลิตร ทั้งหมดได้รับยาลดความดันโลหิตและ/หรือยารักษาโรคเบาหวาน

ผลการวิเคราะห์ พบว่าก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายด้วยการเดิน 6 นาที (% predicted 6MWT) และการทดสอบการลุกจากเก้าอี้ในเวลา 30 วินาที (30-s CST) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (independent t-test p-value = .974 และ .643 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบผลระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (paired t-test p-value = .089 และ .295 ตามลำดับ) แต่ในกลุ่มทดลอง ทั้ง % predicted 6MWT และ 30-s CST หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ANCOVA p-value = .000 และ .001 ตามลำดับ) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์สมรรถภาพทางกายด้วยการเดิน 6 นาที (% predicted 6MWT) และการทดสอบการลุกจากเก้าอี้ในเวลา 30 วินาที (30-s CST) ก่อนและหลังการทดลอง

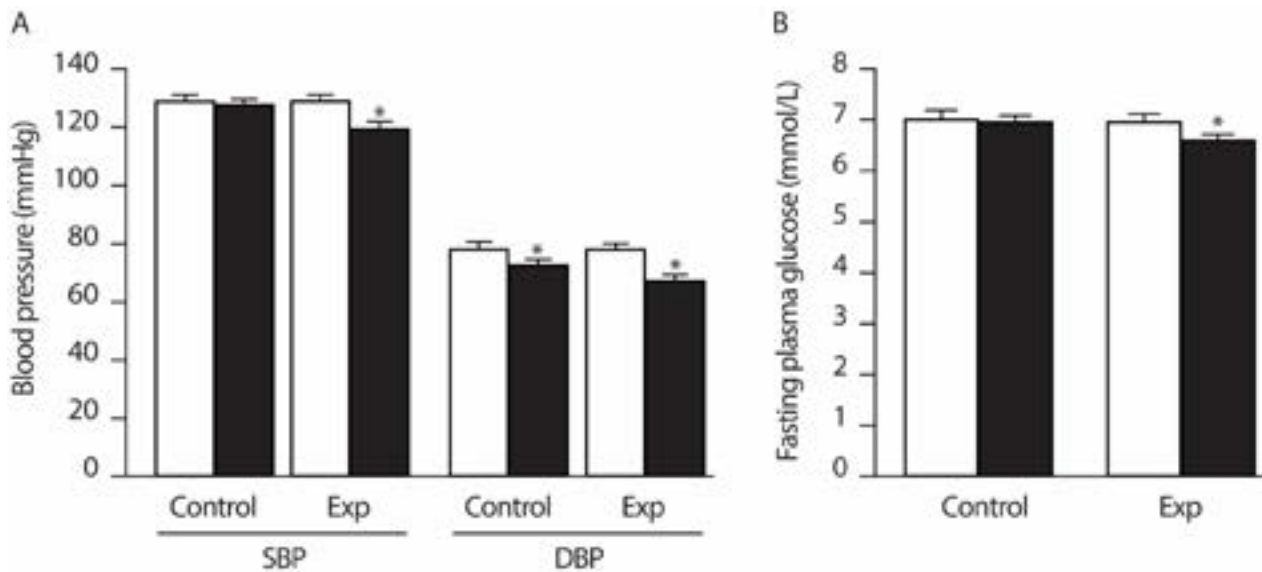
ตัวแปร	กลุ่ม	จุดเวลาที่วัด	ค่าเฉลี่ย± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	95% CI [lower-upper]	t-value	p-value
% predicted 6MWT (%)	ควบคุม	ก่อนการทดลอง	54.9±12.8	[49.1-60.7]		
		หลังการทดลอง	54.4±13.0	[48.5-60.3]	1.395	.089 ^b
	ทดลอง	ก่อนการทดลอง	54.7±19.5	[54.7-45.9]	0.32	.974 ^a
		หลังการทดลอง	61.4±20.7	[52.0-70.9]	-4.592	.000 ^{b*}
30-s CST (จำนวนครั้ง)	ควบคุม	ก่อนการทดลอง	9.0±3.0	[7.7-10.4]		
		หลังการทดลอง	8.9±2.8	[7.6-10.2]	0.548	.295 ^b
	ทดลอง	ก่อนการทดลอง	9.5±3.6	[7.9-11.2]	-0.467	.643 ^a
		หลังการทดลอง	12.3±4.4	[10.3-14.3]	-3.702	.001 ^{b*}

% predicted 6MWT, % predicted 6-minute walk test; 30-s CST, 30-second chair stand test; ^aเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองในในกลุ่มควบคุม; ^bเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองในกลุ่มเดียวกัน; *p<0.05

จากผลการวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติกส์ของตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัว ได้แก่ ตัวแปรด้านเพศ (gender) อายุ (age) ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure, SBP) ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure, DBP) และ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (fasting plasma glucose, FPG) ที่มีอิทธิพลต่อการทดสอบสมรรถภาพทางกายด้วยการเดิน 6 นาที (% predicted 6MWT) และ ทดสอบการลุกจากเก้าอี้ในเวลา 30 วินาที (30-s CST) พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 มีจำนวน 1 ตัวแปร คือระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (p = .019, Adj OR = 6.976, 95% CI = [1.396-35.539]) ส่วนตัวแปรที่เหลืออีก 4 ตัวนั้นเป็นตัวแปรที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายด้วยการเดิน 6 นาที (% predicted 6MWT) และผลทดสอบการลุกจากเก้าอี้ในเวลา 30 วินาที (30-s CST) ด้วยสมการถดถอยโลจิสติกส์กับตัวแปรร่วม

ตัวแปรตาม	ตัวแปรร่วม	B	Wald	Adj OR	p-value	95% CI [lower-upper]
% predicted 6MWT	Gender	1.366	1.017	3.919	.179	[0.534-28.781]
	Age	-0.942	1.316	0.390	.251	[0.078-1.949]
	SBP	-0.984	0.579	0.374	.447	[0.030-4.709]
	DBP	1.239	1.050	3.452	.238	[0.441-27.014]
	FPG	1.943	0.831	6.976	.019*	[1.396-35.539]
30-s CST	Gender	0.872	0.783	1.589	.376	[0.347-16.513]
	Age	0.463	0.436	1.589	.509	[0.402-6.284]



ตัวแปรตาม	ตัวแปรร่วม	B	Wald	Adj OR	p-value	95% CI [lower-upper]
	SBP	0.633	0.375	1.883	.540	[0.249-14.261]
	DBP	-0.235	0.067	0.791	.795	[0.134-4.669]
	FPG	1.481	3.656	4.399	.056	[0.963-20.089]

SBP หมายถึง ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว, DBP หมายถึง ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว และ FPG หมายถึง ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร; Adj OR, adjusted odds ratio; 95% CI, 95% confidence interval

รูปที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP) ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP) และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (fasting plasma glucose) ระหว่างก่อน (กราฟสีขาว) และหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ (กราฟสีดำ) ในกลุ่มควบคุม (Control) และในกลุ่มทดลอง (Exp) * $p < 0.05$

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ ด้วยสถิติ paired t-test พบว่าค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP) ในกลุ่มควบคุมไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (128.2 ± 1.5 และ 127.7 ± 1.2 มิลลิเมตรปรอท) แต่ในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (128.3 ± 1.1 และ 119.3 ± 1.8 มิลลิเมตรปรอท) ในขณะที่ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในกลุ่มควบคุม

(77.8 ± 1.8 และ 72.2 ± 1.7 มิลลิเมตรปรอท) และกลุ่มทดลอง (77.7 ± 1.7 และ 66.7 ± 1.4 มิลลิเมตรปรอท) นอกจากนั้นเมื่อเปรียบเทียบค่า DBP หลังการทดลองระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ independent t-test พบว่าในกลุ่มทดลองยังลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอีกด้วย ในส่วนของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (fasting plasma glucose) หลังการทดลอง พบว่าในกลุ่มควบคุมไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (7.01 ± 0.14 และ 6.97 ± 0.10 มิลลิโมล/ลิตร) แต่ในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (6.94 ± 0.17 และ 6.58 ± 0.14 มิลลิโมล/ลิตร)

อภิปรายผล

งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกสามารถเพิ่มพูนสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 และ 2 ที่มีภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยที่พบว่า 1) 6MWT

และ 30-s CST เพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

2) การออกกำลังกายแบบแอโรบิกลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดและความดันโลหิตได้ 3) ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดที่ลดลงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับค่า 6MWT เนื่องจากว่าอาสาสมัครในงานวิจัยนี้เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นที่มาจากคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงมีสมรรถภาพร่างกายที่ลดลงไม่มาก จึงสามารถออกกำลังกายในระดับปานกลางได้ ซึ่งพบว่าสามารถเพิ่มพูนสมรรถภาพร่างกายได้ในหลายระบบ ทั้งนี้ American College of Sports Medicine (ACSM) และ American Diabetes Association (ADA) แนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานออกกำลังกายแบบเพิ่มความทนทานและแบบเพิ่มความแข็งแรงประมาณ 150 นาที/สัปดาห์ (Colberg et al., 2010) ในขณะที่ American Heart Association (AHA) แนะนำว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรออกกำลังกายระดับปานกลางประมาณ 45 นาที/วัน ซึ่งเมื่อปฏิบัติต่อเนื่อง 16 สัปดาห์ สามารถลดความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัวและค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัว ได้ 12 และ 6.5 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ (Brook et al., 2013; Pitsavos et al., 2011) ในขณะที่งานวิจัยนี้พบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกสามารถลดความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัวและค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัว ได้ 9 และ 11 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ จึงอาจกล่าวได้ว่าวิธีการออกกำลังกายที่เลือกใช้ในงานวิจัยนี้มีความเหมาะสมและมีความยืดหยุ่น เนื่องจากสามารถปรับความแรงในการออกกำลังกายตามสมรรถภาพของผู้ป่วย 6MWT เป็นการทดสอบสมรรถภาพการออกกำลังกายแบบแอโรบิกในระดับเกือบสูงสุด (submaximal aerobic capacity) ซึ่งลดลงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Manttari et al., 2018; Padilla et al., 2008) ผลการวิจัยนี้พบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกช่วยเพิ่มพูน 6MWT ใน CKD1-2 สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Heiwe และคณะที่ศึกษาในผู้ป่วย CKD3-4 (Heiwe et al., 2001) แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Koh และคณะที่ศึกษาในผู้ป่วย CKD5 (Koh et al., 2010) งานวิจัยนี้ยังพบว่า 6MWT มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ (Awotidebe et al., 2014)

ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดที่สูงขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับการลดลงของ 6MWT ซึ่งชี้ให้เห็นว่าสมรรถภาพในการออกกำลังกายโดยใช้ออกซิเจนได้น้อยลง (Latiri et al., 2012) มีงานวิจัยที่พบว่าระดับการใช้ออกซิเจนสูงสุด (peak oxygen uptake) และความสามารถในการออกกำลังกายลดลงในผู้ป่วยเบาหวาน (Reusch et al., 2013) ก่อนหน้านั้น Bauer และคณะได้อธิบายว่าความผิดปกติของหลอดเลือดของผู้ป่วยเบาหวานทำให้การขนส่งออกซิเจนไปที่กล้ามเนื้อลดลงในขณะออกกำลังกาย (Bauer et al., 2007) ซึ่งสามารถดีขึ้นได้ด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็นเวลา 12 สัปดาห์ (Brandenburg et al., 1999) นอกจากนี้ ระดับของโปรตีนขนส่งน้ำตาลกลูโคสเข้าเซลล์ (glucose transporter type 4, GLUT4) ยังลดลงในกล้ามเนื้อของผู้ป่วยเบาหวาน (Gaster et al., 2001) ดังนั้น ปริมาณออกซิเจนและกลูโคสที่ลดลงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ความแข็งแรงของระบบหัวใจและหลอดเลือด และ %6MWT ที่ลดลงในงานวิจัยนี้ (Wei et al., 2000)

30-s CST เป็นการทดสอบความทนทานของกล้ามเนื้อขา (Jones et al., 1999) ในงานวิจัยเมื่อเร็ว ๆ นี้ Hsiao และคณะพบว่าปริมาณรอบของ 30-s CST ไม่มีความสัมพันธ์กับค่าอัตราการกรองของไต (Hsiao et al., 2016) อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ตาม Rossi และคณะพบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็นเวลา 12 สัปดาห์ สามารถฟื้นฟู 30-s CST ในผู้ป่วย CKD3-4 ได้ (Rossi et al., 2014) ในขณะที่ Bennett และคณะพบว่าการออกกำลังกาย 1 ชั่วโมง/ครั้ง 1 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลา 48 สัปดาห์ สามารถฟื้นฟู 30-s CST ในผู้ป่วย CKD5 ขณะฟอกไตได้ (Bennett et al., 2016)

สรุป

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็นเวลา 12 สัปดาห์ สามารถเพิ่มพูนสมรรถภาพกายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นที่มีโรคร่วมเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้น จึงอาจมีความเหมาะสมที่จะนำไปปรับใช้ในทางคลินิกต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารอ้างอิง

1. Awotidebe, T. O., Adedoyin, R. A., Yusuf, A. O., Mbada, C. E., Opiyo, R., & Maseko, F. C. (2014). Comparative functional exercise capacity of patients with type 2-diabetes and healthy controls: a case control study. *Pan Afr Med J*, 19, 257. <https://doi.org/10.11604/pamj.2014.19.257.4798>
2. Bauer, T. A., Reusch, J. E., Levi, M., & Regensteiner, J. G. (2007). Skeletal muscle deoxygenation after the onset of moderate exercise suggests slowed microvascular blood flow kinetics in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 30(11), 2880-2885. <https://doi.org/10.2337/dc07-0843>
3. Bennett, P. N., Fraser, S., Barnard, R., Haines, T., Ockerby, C., Street, M., Wang, W. C., & Daly, R. (2016). Effects of an intradialytic resistance training programme on physical function: a prospective stepped-wedge randomized controlled trial. *Nephrol Dial Transplant*, 31(8), 1302-1309. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfv416>
4. Brandenburg, S. L., Reusch, J. E., Bauer, T. A., Jeffers, B. W., Hiatt, W. R., & Regensteiner, J. G. (1999). Effects of exercise training on oxygen uptake kinetic responses in women with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 22(10), 1640-1646. <https://doi.org/10.2337/diacare.22.10.1640>
5. Brook, R. D., Appel, L. J., Rubenfire, M., Ogedegbe, G., Bisognano, J. D., Elliott, W. J., Fuchs, F. D., Hughes, J. W., Lackland, D. T., Staffileno, B. A., Townsend, R. R., Rajagopalan, S., American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research, C. o. C., Stroke Nursing, C. o. E., Prevention, & Council on Nutrition, P. A. (2013). Beyond medications and diet: alternative approaches to lowering blood pressure: a scientific statement from the american heart association. *Hypertension*, 61(6), 1360-1383. <https://doi.org/10.1161/HYP.0b013e318293645f>
6. Colberg, S. R., Sigal, R. J., Fernhall, B., Regensteiner, J. G., Blissmer, B. J., Rubin, R. R., Chasan-Taber, L., Albright, A. L., Braun, B., American College of Sports, M., & American Diabetes, A. (2010). Exercise and type 2 diabetes: the American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement. *Diabetes Care*, 33(12), e147-167. <https://doi.org/10.2337/dc10-9990>
7. Gaster, M., Staehr, P., Beck-Nielsen, H., Schroder, H. D., & Handberg, A. (2001). GLUT4 is reduced in slow muscle fibers of type 2 diabetic patients: is insulin resistance in type 2 diabetes a slow, type 1 fiber disease? *Diabetes*, 50(6), 1324-1329. <https://doi.org/10.2337/diabetes.50.6.1324>
8. Gounden, V., & Jialal, I. (2020). Renal Function Tests. In *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29939598>
9. Heiwe, S., Tollback, A., & Clyne, N. (2001). Twelve weeks of exercise training increases muscle function and walking capacity in elderly predialysis patients and healthy subjects. *Nephron*, 88(1), 48-56. <https://doi.org/10.1159/000045959>
10. Hsiao, S. M., Tsai, Y. C., Chen, H. M., Lin, M. Y., Chiu, Y. W., Chen, T. H., Wang, S. L., Hsiao, P. N., Kung, L. F., Hwang, S. J., Huang, M. F., Yeh, Y. C., Chen, C. S., & Kuo, M. C. (2016). Association of Fluid Status and Body Composition with Physical Function in Patients with Chronic Kidney Disease. *PLoS One*, 11(10), e0165400. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165400>
11. James, M. T., Grams, M. E., Woodward, M., Elley, C. R., Green, J. A., Wheeler, D. C., de Jong, P., Gansevoort, R. T., Levey, A. S., Warnock, D. G., Sarnak, M. J., & Consortium, C. K. D. P. (2015). A Meta-analysis of the Association of Estimated GFR, Albuminuria, Diabetes Mellitus, and Hypertension With Acute Kidney Injury. *Am J Kidney Dis*, 66(4), 602-612. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2015.02.338>

- 12.Jones, C. J., Rikli, R. E., & Beam, W. C. (1999). A 30-s chair-stand test as a measure of lower body strength in community-residing older adults. *Res Q Exerc Sport*, 70 (2) , 113 - 119 .
<https://doi.org/10.1080/02701367.1999.10608028>
- 13.Kausz, A. T., & Levey, A. S. (2002). The care of patients with chronic kidney disease. *J Gen Intern Med*, 17(8), 658-662. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.20634.x>
- 14.Koh, K. P., Fassett, R. G., Sharman, J. E., Coombes, J. S., & Williams, A. D. (2010). Effect of intradialytic versus home-based aerobic exercise training on physical function and vascular parameters in hemodialysis patients: a randomized pilot study. *Am J Kidney Dis*, 55(1), 88-99. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2009.09.025>
- 15.Latiri, I., Elbey, R., Hcini, K., Zaoui, A., Charfeddine, B., Maarouf, M. R., Tabka, Z., Zbidi, A., & Ben Saad, H. (2012). Six-minute walk test in non-insulin-dependent diabetes mellitus patients living in Northwest Africa. *Diabetes Metab Syndr Obes*, 5, 227-245. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S28642>
- 16.Manttari, A., Suni, J., Sievanen, H., Husu, P., Vaha-Ypya, H., Valkeinen, H., Tokola, K., & Vasankari, T. (2018). Six-minute walk test: a tool for predicting maximal aerobic power (VO₂ max) in healthy adults. *Clin Physiol Funct Imaging*. <https://doi.org/10.1111/cpf.12525>
- 17.Mula-Abed, W. A., Al Rasadi, K., & Al-Riyami, D. (2012). Estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR): A Serum Creatinine-Based Test for the Detection of Chronic Kidney Disease and its Impact on Clinical Practice. *Oman Med J*, 27(2), 108-113. <https://doi.org/10.5001/omj.2012.23>
- 18.National Kidney, F. (2002). K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis*, 39(2 Suppl 1), S1-266. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11904577>
- 19.Ogobuiro, I., & Tuma, F. (2020). Physiology, Renal. In *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30855923>
- 20.Padilla, J., Krasnoff, J., Da Silva, M., Hsu, C. Y., Frassetto, L., Johansen, K. L., & Painter, P. (2008). Physical functioning in patients with chronic kidney disease. *J Nephrol*, 21 (4) , 550 - 559 .
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18651545>
- 21.Pitsavos, C., Chrysohooou, C., Koutroumbi, M., Aggeli, C., Kourlaba, G., Panagiotakos, D., Michaelides, A., & Stefanadis, C. (2011). The impact of moderate aerobic physical training on left ventricular mass, exercise capacity and blood pressure response during treadmill testing in borderline and mildly hypertensive males. *Hellenic J Cardiol*, 52(1), 6-14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21292602>
- 22.Preuss, H. G. (1993). Basics of renal anatomy and physiology. *Clin Lab Med*, 13 (1) , 1 - 11 .
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8462252>
- 23.Radhakrishnan, J., Remuzzi, G., Saran, R., Williams, D. E., Rios-Burrows, N., Powe, N., Team, C.-C. S., Bruck, K., Wanner, C., Stel, V. S., European, C. K. D. B. C., Venuthurupalli, S. K., Hoy, W. E., Healy, H. G., Salisbury, A., Fassett, R. G., group, C. Q., O'Donoghue, D., Roderick, P., Matsuo, S., Hishida, A., Imai, E., & Iimuro, S. (2014). Taming the chronic kidney disease epidemic: a global view of surveillance efforts. *Kidney Int*, 86(2), 246-250.
<https://doi.org/10.1038/ki.2014.190>
- 24.Reusch, J. E., Bridenstine, M., & Regensteiner, J. G. (2013). Type 2 diabetes mellitus and exercise impairment. *Rev Endocr Metab Disord*, 14(1), 77-86. <https://doi.org/10.1007/s11154-012-9234-4>

25. Rossi, A. P., Burris, D. D., Lucas, F. L., Crocker, G. A., & Wasserman, J. C. (2014). Effects of a renal rehabilitation exercise program in patients with CKD: a randomized, controlled trial. *Clin J Am Soc Nephrol*, 9(12), 2052-2058. <https://doi.org/10.2215/CJN.11791113>
26. Tarigan, A. P., Pandia, P., Mutiara, E., Pradana, A., Rhinsilva, E., & Efriyandi, E. (2018). Impact of Lower-Limb Endurance Training on Dyspnea and Lung Functions in Patients with COPD. *Open Access Maced J Med Sci*, 6(12), 2354-2358. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.381>
27. Teffaha, D., Mourot, L., Vernochet, P., Ounissi, F., Regnard, J., Monpere, C., & Dugue, B. (2011). Relevance of water gymnastics in rehabilitation programs in patients with chronic heart failure or coronary artery disease with normal left ventricular function. *J Card Fail*, 17(8), 676-683. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2011.04.008>
28. Wei, M., Gibbons, L. W., Kampert, J. B., Nichaman, M. Z., & Blair, S. N. (2000). Low cardiorespiratory fitness and physical inactivity as predictors of mortality in men with type 2 diabetes. *Ann Intern Med*, 132(8), 605-611. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-132-8-200004180-00002>
29. Wouters, O. J., O'Donoghue, D. J., Ritchie, J., Kanavos, P. G., & Narva, A. S. (2015). Early chronic kidney disease: diagnosis, management and models of care. *Nat Rev Nephrol*, 11(8), 491-502. <https://doi.org/10.1038/nrneph.2015.85>
30. Zou, H., Zhu, X., Zhang, J., Wang, Y., Wu, X., Liu, F., Xie, X., & Chen, X. (2017). Reference equations for the six-minute walk distance in the healthy Chinese population aged 18-59 years. *PLoS One*, 12(9), e0184669. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184669>

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาชีพการพยาบาล ของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

The Effect of Perceived Self-Efficacy Promoting Group on Third Year

Students, Western University with Faculty of Nursing

ฐพัชร คันสร¹

Thapach kansorn¹

(Received: November 10 ,2020 ; Accepted: December 5 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research designs) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาชีพการพยาบาล ของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ระยะเวลา ก่อนทดลอง หลังทดลอง เพื่อมุ่งหวังพัฒนาสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาชีพการพยาบาล ของนักศึกษาชั้นปีที่ 3

ประชากร คือ นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น จำนวน 63 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น จำนวน 40 คน ที่มีคะแนนผลจากการเรียนทฤษฎีในวิชาชีพการพยาบาลต่ำหรือระดับผลการเรียน C+ สุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจำนวน 4 sessions แต่ละ session ห่างกัน 1 สัปดาห์และใช้เวลา 90-120 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมใดๆ การทดลองแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง และ ระยะหลังการทดลอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และสถิติ Independent t- test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นิสิตที่ได้รับ โปรแกรม โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาชีพการพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนระยะหลังการทดลอง สูงกว่านิสิตกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นิสิตที่ได้รับ โปรแกรมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาชีพการพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนต่อในระยะหลังการทดลอง สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สรุปได้ว่าโปรแกรมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาชีพการพยาบาลมีประสิทธิภาพในการช่วยพัฒนาระดับสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาชีพการพยาบาล ของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ได้จริง

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถของตนเอง / โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน / วิชาชีพการพยาบาล

Abstract

This research were Quasi-Experimental research consisted of the quantitative and qualitative research. The purposes of this research were to study a development of Perceived Self-Efficacy of Nursing student in Western University in Nursing practice. The sample used in this research were Nursing student in Western University, third year and on going for nursing practice in hospital , being during the months of January-December 2019 and had low scored of Nursing subject (The average score below 60 or C+) 40 persons were purposive sampling and voluntary, and were assigned by matching score into two groups of twenty; experimental group and controlled group. The research tools were Perceived Self-Efficacy test and The Perceived Self-Efficacy program. The experimental group received 4 weeks continuous while the controlled group did not. The data collection was divided into two phrases; pre-test and post-test.

The research result shown that the Perceived Self-Efficacy scores of the of third year Nursing student in Western University who received The Perceived Self-Efficacy program was higher than the control group in post-test and follow up period at .05 significance level. Moreover, the Perceived Self-Efficacy scores of third year Nursing student in Western University who received The Perceived Self-Efficacy program in post-trial period was higher than the pre-trial period at .05 significant level.

Keywords: Perceived Self-Efficacy / The Perceived Self-Efficacy Program/Nursing Practice

¹ อาจารย์ ดร.ประจำหลักสูตร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

บทนา

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมีความมุ่งมั่นที่จะผลิตพยาบาลวิชาชีพ ให้เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการให้การพยาบาลแบบองค์รวมได้ทุกระดับของบริการสาธารณสุข การศึกษาในวิชาการพยาบาลเพื่อเป้าหมายในอนาคต จะได้ประกอบวิชาชีพพยาบาลนั้น มีทั้งภาค ทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ซึ่งมีการปฏิบัติสาธิตย้อนกลับและในสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วย เมื่อนักศึกษาผ่านภาคทฤษฎีที่เนื้อหาค่อนข้างมากอีกทั้งยังมีคำศัพท์ทางเทคนิคการแพทย์ที่ต้องท่องจำ เรียนรู้ แล้ว นักศึกษาทุกคนต้องสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากการเรียนการสอนในชั้นเรียน และการฝึกทดลองปฏิบัติในห้องปฏิบัติการ ไปปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยบริการจริงบนหอผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมจากการประเมินความสามารถของการปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบริการที่มีบาดแผลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน พบว่า มีนักศึกษาจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และสมบูรณ์ตามที่เคยผ่านการเรียนการสอนและการฝึกทดลองปฏิบัติมาแล้ว อาจเนื่องมาจากนักศึกษา ยังไม่สามารถนำความรู้ที่ได้จากภาคทฤษฎี มาประยุกต์ใช้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง นักศึกษาเคยมีเฉพาะประสบการณ์ฝึกปฏิบัติในห้องฝึกปฏิบัติการพยาบาลเท่านั้นและปฏิบัติจริงเพียง 1 ครั้ง ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง การฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย เกิดความรู้สึกกลัวและตื่นเต้น โดยเฉพาะกลัวการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ยังไม่เคยฝึกปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจริงทำให้เกิดความไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันตามทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandura (1986) เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการนำไปสู่การกระทำพฤติกรรม

ด้านปัจจัยที่ก่อให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาปฏิบัติการพยาบาล 4 ปัจจัย ดังนี้ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ 2) การใช้ตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่นในวิชาปฏิบัติการพยาบาล 3) ทบทวนประสบการณ์ที่สำเร็จ 4) การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถจะประสบความสำเร็จ มาสร้างเป็นโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการมีกิจกรรมนันทนาการ เกมส่ กระตุ้นการเรียนรู้เพื่อสร้างความรู้สึที่ดีต่อการเรียนรู้การโดยเน้นลักษณะการอภิปรายกลุ่ม การสังเกตและการสัมภาษณ์ตัวแบบ

ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเป็นแนวทางเพื่อส่งเสริมสมรรถนะพัฒนาศักยภาพของนักศึกษาพยาบาลในวิชาปฏิบัติการพยาบาลให้มากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ระยะเวลาทดลอง และ หลังทดลอง
นิยามศัพท์

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ความพร้อมที่จะขึ้นฝึกวิชาปฏิบัติการพยาบาล การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิด และ เป็นตัวเชื่อมระหว่าง ความรู้ และ การกระทำ (Lawrance, Levy and Rubinson, 1990; Lawrance and McLeroy, 1986) มีบทบาทสำคัญในการเป็นศูนย์กลางของจิตใจ และก่อให้เกิดความรู้สึกว่า “ฉันทำได้” (I can do) (Ross, 1992) การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้

บรรทัดฐานที่กำหนดไว้ โดยใช้แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาปฏิบัติการพยาบาล ที่ประยุกต์จากแบบสอบถามความคิดเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการเรียนวิชาทฤษฎีการเรียนรู้และแรงจูงใจ ของ สุรวุฒิ อัสสพันธุ์ ที่ดัดแปลงมาจาก แบบวัดความมั่นใจในความฉลาดของตนเองของ เฮนเดอร์สัน และ ดเวก (Dweck, 2000; citing Handerson and Dweck, 1990) ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามและ มาตรฐานประมาณค่า 7 ระดับ คะแนนที่ได้จากแต่ละข้อคำถามจะถูกนำมารวมกันเป็นคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาปฏิบัติการพยาบาล โดยผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าจะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่า ผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า

วิชาปฏิบัติการพยาบาล หมายถึง วิชาภาคปฏิบัติ หลังจากผ่านการเรียนทฤษฎีแล้ว ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ที่ต้องขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยจริง ตามหลักสูตรการเรียนการสอนของมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น มี 2 วิชาที่ต้องฝึกคือ วิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาและทารก และ วิชาปฏิบัติการพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตเวช

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นเพื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandura (1986) เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการนำไปสู่การกระทำพฤติกรรม ด้านปัจจัยที่ก่อให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาปฏิบัติการพยาบาล 4 ปัจจัย ดังนี้ 1) การกระตุ้นทาง

อารมณ์ 2) การใช้ตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่นในวิชาปฏิบัติการพยาบาล 3) ทบทวนประสบการณ์ที่สำเร็จ 4) การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถจะประสบความสำเร็จ มาสร้างเป็นโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการมีกิจกรรมนันทนาการ เกมสั กระตุ้นการเรียนรู้เพื่อสร้างความรู้สึที่ดีต่อการเรียนรู้การ โดยเน้นลักษณะการอภิปรายกลุ่ม การสังเกต และการสัมภาษณ์ตัวแบบ

นักศึกษาชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น หมายถึง นิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรียัมย์ ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 63 คน

สมมติฐานการวิจัย

1.การรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น หลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

2.การรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

ค ถามการวิจัย

1.การรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เป็นอย่างไร

2.ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน
ผ่านกระบวนการเรียนรู้จาก 4 ปัจจัย

1. การกระตุ้นทางอารมณ์
2. การใช้ตัวแบบ
3. ทบทวนประสบการณ์ที่สำเร็จ
4. การใช้คำพูดชักจูง

(Bandura, 1997)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง
ในวิชาปฏิบัติการพยาบาล

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการ

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตของงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) โดยเป็นการวิจัยแบบ การศึกษา สองกลุ่มวัดสองครั้ง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริม สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองใน วิชาปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

ประชากร คือ นิสิตระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 3 ปี 2561 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น นูริร์มัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 3 ปี 2561 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น คัดกรองนักศึกษาเข้า กลุ่มจาก ผลคะแนนสอบภาคทฤษฎีของวิชาการพยาบาล มารดาและทารกและวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิต เวช (เป็นวิชาที่จะขึ้นฝึกปฏิบัติ) ผลการเรียนในระดับต่ำ (หรือ C+) ที่สมัครใจเข้าร่วม โครงการวิจัย ส่งเสริม สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองใน วิชาปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 40 คน (Simple random sampling) เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เพื่อจับคู่ให้กลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติเหมือนกลุ่ม ทดลองโดยการจับคู่ (matched pair) กลุ่มตัวอย่างที่มีผล การเรียนใกล้เคียงกันมากที่สุดจนได้กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุมครบ 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนของ Bandular (1986) ด้านปัจจัยที่ก่อให้เกิด การ พัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย 1) การ กระตุ้นทางอารมณ์ 2) การใช้ตัวแบบหรือประสบการณ์ จากผู้อื่น ในวิชาปฏิบัติการพยาบาล 3) ทบทวน ประสบการณ์ที่สำเร็จ 4) การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้บุคคล เชื่อว่าตนเองสามารถจะประสบความสำเร็จ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงโดย ทดลองใช้กับนิสิตที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จนได้โปรแกรมที่สมบูรณ์ประกอบด้วยกิจกรรมใน โปรแกรมดังนี้

ครั้งที่ 1 การกระตุ้นทางอารมณ์

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ ภาพ อกิปรายกลุ่มเรื่องประโยชน์ของความร่วมมือในการ รักษาการใช้ยาตามเกณฑ์และมาตรฐานนัด

ครั้งที่ 2 การใช้ตัวแบบ

กิจกรรมที่ 2 การรับรู้ผ่านตัวแบบ

ครั้งที่ 3 การทบทวนประสบการณ์ที่ประสบ ความสำเร็จ

กิจกรรมที่ 3 ฝึกลงมือปฏิบัติให้เกิด ประสบการณ์

ครั้งที่ 4 การใช้คำพูดชักจูง

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนการนำไปใช้

ครั้งที่ 5 การทบทวนประสบการณ์ที่สำเร็จ

กิจกรรมที่ 5 การทบทวนความสำเร็จและ ความมั่นใจในการให้ความร่วมมือในการรักษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน คือ

1. ได้แก่แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของนิสิต จำนวน 5 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ความ มั่นใจในความฉลาดของตนเอง (Confident in Intelligence) หมายถึงระดับความเชื่อของบุคคลว่าตนเอง มีความฉลาด มีความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และ มีความมั่นใจในความสามารถในการคิดของตนเอง ที่จะ ใช้ในการเรียน ได้แก่แบบสอบถามความสามารถทาง สติปัญญาสำหรับวิชาปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 20 ข้อ และ

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่แบบประเมินการ รับรู้สมรรถนะแห่งตนของนิสิต แบบสอบถามความคิด เกี่ยวกับการเรียนในวิชาปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 37 ข้อ ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดความมั่นใจในความฉลาดของ ตนเองของ เฮนเดอร์สัน และ ดเวก (Dweck, 2000: citing Handerson and Dweck, 1990) และแบบสอบถามของอับดุล เอล ฟาตตาห์ และ ยาทส์ (Abd-EL Fattah : & Yates, 2006) ซึ่งมีการแปลและประยุกต์ใช้ในงานวิจัยของ สุรวิทย์ อัสสพันธุ์ (2556) คือแบบสอบถามความเชื่อ เกี่ยวกับความฉลาดในการเรียนมหาวิทยาลัย โดยผู้วิจัยได้

นำแบบสอบถามนี้ มาดัดแปลงสร้างข้อคำถามเองส่วนหนึ่ง ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามและ มาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย คู่มือการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน แบบวัดความคิดเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงได้นำข้อเสนอแนะมาพิจารณา และปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม ค่าความดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1

2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด ด้วยการนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามากที่สุดจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89

ขั้นตอนการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนด้วยตนเองโดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลและช่วยในการจัดกิจกรรมนั้น ทบทวนการก่อนเริ่มต้น ทำกิจกรรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน โดยได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เลขที่ WTU 2562/0057 วันที่รับรอง 11 มกราคม 2563 หลังจากนั้นได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยเข้าพบคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์บุรีรัมย์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ภายหลังได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบนักศึกษาชั้นปีที่ 3 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการทดลอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิและลงนาม ในการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้จากกลุ่มตัวอย่าง

2. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความสามารถทางสติปัญญาสำหรับวิชาปฏิบัติการพยาบาล และ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความคิดเกี่ยวกับการเรียนในวิชาปฏิบัติการพยาบาล

3. แบ่งตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ใช้เวลาทดลองทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม กิจกรรมละ 60 นาที โดย สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมที่ 1 และ 2 ในช่วงเช้าสำหรับกลุ่มที่ 1 และกิจกรรมที่ 1 และ 2 ในช่วงบ่ายสำหรับกลุ่มที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมที่ 3 ในช่วงเช้าสำหรับกลุ่มที่ 1 ช่วงบ่ายสำหรับกลุ่มที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 จัดกิจกรรมที่ 4 ในช่วงเช้าสำหรับกลุ่มที่ 1 ช่วงบ่ายสำหรับกลุ่มที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 จัดกิจกรรมที่ 5 ในช่วงเช้าสำหรับกลุ่มที่ 1 ช่วงบ่ายสำหรับกลุ่มที่ 2

ผลการศึกษา

การวิจัย เรื่อง “โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น” มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 (ก่อนและหลังการทดลอง) เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ผลการศึกษามีดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลอง (Paired t-test)

แบบประเมิน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	(n=20)		(n=20)				
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
การรับรู้ความสามารถของ ตนเองในวิชาปฏิบัติการ พยาบาล	151.75	9.71	283.65	36.63	19	-17.52	.000

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มทดลอง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เท่ากับ 151.75 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เท่ากับ

283.65 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาปฏิบัติการพยาบาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาปฏิบัติการพยาบาล หลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนการทดลอง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ก่อนและหลังการเรียนในวิชาปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มควบคุม (Paired t-test)

แบบประเมิน	ก่อนการทดลอง (n=20)		หลังการทดลอง (n=20)		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในวิชาปฏิบัติการพยาบาล	152.90	9.35	188.45	12.08	19	-9.55	.000

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลัง การรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาการปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาการปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มควบคุม ก่อนการเรียนในวิชาการปฏิบัติการพยาบาล เท่ากับ 152.90 และหลังการเรียนในวิชาการปฏิบัติการพยาบาล เท่ากับ 188.45 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .01 คือ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังการเรียนในวิชาการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าคะแนนก่อนเรียน **ตารางที่ 3** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent t-test)

แบบประเมิน	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
การรับรู้ความสามารถของ ตนเองในวิชาชีพปฏิบัติการ พยาบาล	151.75	9.71	152.90	9.35	38	-.38	.705

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองเท่ากับ 151.75 และกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองเท่ากับ 152.90 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent t-test)

แบบประเมิน	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
การรับรู้ความสามารถของ ตนเองในวิชาชีพปฏิบัติการ พยาบาล	283.65	36.63	188.45	12.08	38	11.03	.000

จากตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองเท่ากับ 283.65 และกลุ่มควบคุม

หลังการทดลองเท่ากับ 188.45 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

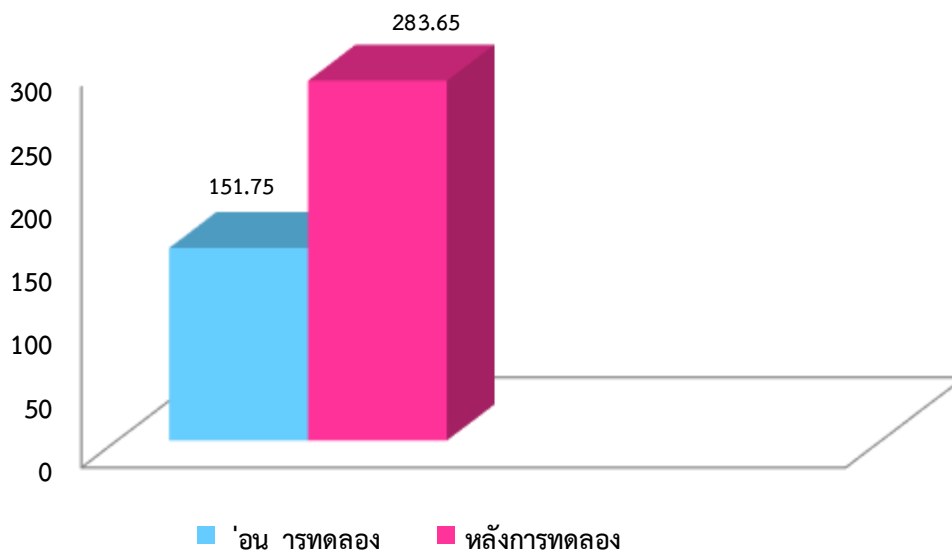
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent t-test)

แบบประเมิน	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
การรับรู้ความสามารถของ ตนเองในวิชาชีพปฏิบัติการ พยาบาล	283.65	36.63	199.45	9.06	38	9.97	.000

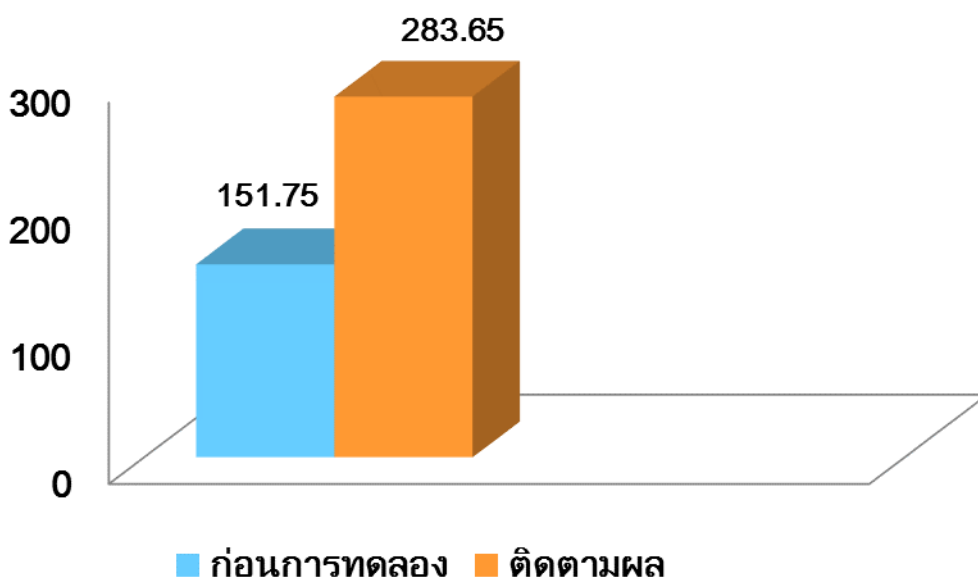
จากตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ภายหลัง 1 สัปดาห์ของการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการ รับรู้สมรรถนะแห่งตน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่ม ควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของกลุ่มทดลอง ภายหลัง 1 สัปดาห์เท่ากับ 283.65 และ

กลุ่มควบคุมภายหลัง 1 สัปดาห์ เท่ากับ 199.45 เมื่อนำมา เปรียบเทียบกัน พบว่า ภายหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

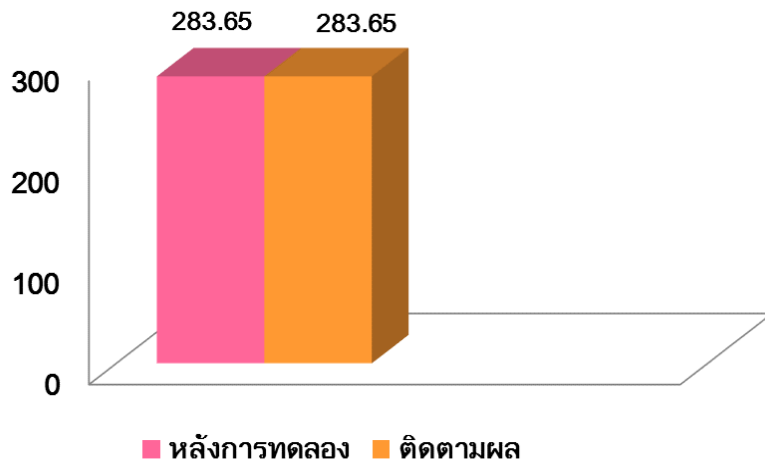
กราฟ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความสามารถของตนเองในวิชาปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์นของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง



กราฟ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถของตนเองในวิชาปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์นของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและติดตามผล



กราฟ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถของตนเองในวิชาปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์นของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล



สรุปผลการวิจัยตามสมมติฐานได้ดังนี้

1. นิสิตชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาปฏิบัติการพยาบาล สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. นิสิตชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาปฏิบัติการพยาบาล สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยได้นำเสนอตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1) สมมติฐานข้อที่ 1 นักศึกษาชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาปฏิบัติการพยาบาล สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

การจัดโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาชั้นปีที่ 3 รับรู้ความสามารถของตนเอง เกิดความมั่นใจในความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล โดยบูรณาการจากแนวคิดตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1986) ด้านปัจจัยที่ก่อให้เกิดการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4 ปัจจัยได้แก่ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ 2) การใช้ตัวแบบ 3) การทบทวนประสบการณ์ที่สำเร็จ และ 4) การใช้คำพูดชักจูง มาสร้างเป็นโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยเน้นลักษณะการอภิปรายกลุ่ม การสังเกตและสัมภาษณ์ตัวแบบ

จากการพิจารณาปัจจัยที่ก่อให้เกิดการรับรู้

สมรรถนะแห่งตน เกิดความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

1. การกระตุ้นทางอารมณ์ มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การถูกกระตุ้นทางอารมณ์ทางด้านลบ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด เนื่องจากความกังวลทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำลง (Bandura, 1986) ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย ซึ่งเมื่อนิสิตได้รู้จัก เกิดความคุ้นเคยกับผู้วิจัยและนักศึกษาด้วยกันเอง ทำให้เกิดความไว้วางใจ ความวิตกกังวลลดน้อยลง ซึ่งจะนำไปสู่การให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผ่านการสนทนาของสมาชิกภายในกลุ่ม เป็นการประเมินความรู้เกี่ยวกับความสามารถของแต่ละคน สร้างความรู้สึกว่ามีนักศึกษาหลายคนมีประสบการณ์การสอบได้คะแนนน้อยในวิชาปฏิบัติการพยาบาลเช่นเดียวกับตนเอง ให้ความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างความสามารถของตนเองในส่วนที่ขาด ประเมินทัศนคติที่มีต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมทัศนคติทางบวกต่อการปฏิบัติการพยาบาล

2. การใช้ตัวแบบการได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกระทบที่พอใจ จะทำให้ผู้สังเกตเกิดความรู้สึกว่าเขาจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ โดยการรับรู้ผ่านตัวแบบประกอบด้วยการสังเกต ชักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ทำได้สำเร็จที่ผ่านมามีการกระตุ้นทางอารมณ์ทางด้านบวกของนักศึกษา การอภิปรายร่วมกันถึงลักษณะที่สังเกตได้จากตัวแบบเพื่อนำไปเป็นแบบอย่างใช้กับตนเอง

3. การทบทวนประสบการณ์ที่สำเร็จ ซึ่ง Bandura (1986) เชื่อว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรง จากการฝึกลงมือปฏิบัติให้เกิดประสบการณ์ จากการให้นักศึกษานำบันทึกปัจจัยกระตุ้นการนำมาซึ่งคะแนนสอบต่ำกว่ามาตรฐาน บันทึกการปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการเสริมสร้างความสามารถของตนเอง และแนวคิดความตั้งใจในการฝึกปฏิบัติงานในอนาคต การทบทวนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง

4. การใช้คำพูดชักจูง เป็นการบอกว่า บุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ประกอบด้วย การแนะนำ (Suggestion) การกระตุ้น ชักชวน (Exhortation) การชี้แนะ (Self-instruction) และการอธิบาย (Interpretive treatment) ซึ่งถ้าจะให้ได้ผล ควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ โดยจัดกิจกรรมการสนับสนุนการนำไปใช้ โดยภายในกลุ่มให้นักศึกษาอธิบายประสบการณ์ของความร่วมมือนในการสร้างเสริมความสามารถของตนเอง มีการแนะนำซักถาม ชี้แนะและอธิบาย ชมเชยและให้กำลังใจ รวมทั้งสนับสนุนสิ่งที่ได้เรียนรู้ให้นำไปใช้อย่างต่อเนื่อง กระตุ้นเพื่อให้นักศึกษาเห็นความสำคัญของความร่วมมือนในการรักษาและแนะนำไปใช้ต่อ

ดังนั้นการได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการสะท้อนให้นักศึกษาพิจารณาถึงการรับรู้ความสามารถของตน มีทัศนคติที่ดีต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ได้รับความรู้ในด้านวิชาการ มีโอกาสแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยเฉพาะคนที่มีความเห็นเช่นเดียวกัน จึงไม่รู้สึกแตกต่างจากคนอื่น การได้เรียนรู้จากตัวแบบที่มีประสบการณ์ให้ความร่วมมือนในการรักษา สร้างความรู้สึกลให้นักศึกษาอยากทำตามตัวแบบ มีการฝึกทบทวนตัวเองและความตั้งใจในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในอนาคต รวมทั้งการได้รับการชักจูงด้วยคำพูด และได้รับกำลังใจอาจารย์และเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม จึงสรุปได้ว่านิสิตชั้นปีที่ 3 ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2) สมมติฐานข้อที่ 2 นักศึกษาชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในวิชาปฏิบัติการพยาบาล สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

นักศึกษาชั้นปีที่ 3 ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีคะแนนความร่วมมือนในการรักษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับ โปรแกรมใดๆ สามารถอธิบายได้ว่า การนำแนวคิดของเบนดูรา Bandular (1986) ด้านปัจจัยที่ก่อให้เกิดการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4 ปัจจัยได้แก่ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ 2) การใช้ตัวแบบ 3) การทบทวนประสบการณ์ที่สำเร็จ และ 4) การใช้คำพูดชักจูง มาสร้างเป็นโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือนในการสร้างเสริมความสามารถของตนเอง ทำให้กลุ่มทดลองมีการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมใดๆ การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงมีความสำคัญ ส่งผลให้นักศึกษาเกิดความร่วมมือนในการสร้างเสริมความสามารถของตนเอง

จากคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ที่ได้จากแบบสอบถาม พบว่า นักศึกษาที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่านักศึกษาที่ไม่ได้รับโปรแกรมใดๆ แสดงให้เห็นว่านักศึกษาที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มนักศึกษาที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ จากเหตุผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการนำแนวคิดและทฤษฎีดังกล่าวมาใช้ ทำให้นักศึกษาชั้นปีที่ 3 ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มนักศึกษา ที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยนำแนวคิดของ เบนดูรา (Bandular, 1986) ไปใช้แต่ส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มผู้ป่วยอื่น เช่น การศึกษาของ กรองทอง ออมสิน (2550) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการกับความเครียดของวัยรุ่นตอนต้น กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 61 คน เครื่องมือคือโปรแกรม

ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม
การจัดการกับความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการกับ
ความ เครียด หลังได้รับโปรแกรมดี กว่าก่อนได้รับ
โปรแกรม และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการกับ
ความเครียดดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

จึงกล่าวได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้
สมรรถนะแห่งตนที่ให้กับนักศึกษาชั้นปีที่ 3 เพื่อให้เกิด
ความการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการ
พยาบาลบนหอผู้ป่วย โดยผ่านกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้
สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ตามทฤษฎีการรับรู้
สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1986) ทั้ง 4 ขั้นตอน 5
กิจกรรมที่กล่าวมาแล้วนั้นสามารถทำให้ การรับรู้
สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีการรับรู้
ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอ
ผู้ป่วย มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรณรัช ปัญญาไส. (2560). ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานความต้องการของ
ผู้สูงอายุ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 12(2), 65-74.
- 2.เอมหทัย ศรีจันทร์ห่อ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่าง
เป็นผู้ป่วยจิตเภทวิทย์พนธ์ .จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;
- 3.Verdoux, H., Gindre, C., & Sorbara, F. Cannabis use and the expression of psychosis vulnerability in daily life. *European Psychiatry* (2002);
17(1): 180-181. Batki, S.L., Leontieva, L., Dmmock, J.A., & Ploutz-Synder, R. Negative symptoms are Associated with less alcohol
use, craving, and “high” in alcohol dependent patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2008; 105: 201–207.
- 4.Margolese, C.M., Negrete, J.C., Tempier, R., & Gill, K. A 12-month prospective follow-up study of patients with schizophrenia-spectrum
disorders and substance abuse: Changes in psychiatric symptoms and substance use. *Schizophrenia Research* 2005; 83: 65–75.
- 5.María Luisa and Vázquez Pérez. New training program on self-efficacy reduces stress of patients with schizophrenia. University of Granada;
2010.
- 6.Cassar Raymond, Evc Applegate, Richard P. Bentall. Poor savouring and low self-efficacy are predictors of anhedonia in patients with
schizophrenia spectrum disorder. *Psychiatry Research* 2013; 210:830-834.
- 7.Erin, Willis. Patients’ self-efficacy within online health communities: facilitating chronic disease. Self-management behavior through peer
education. *Health communication* 2016; 31(3): 299-307.
- 8.Katakura Naoko, Kazumasa Matsuzawa, Kuzue Ishizawa, Chikako Takayanagi. Psychological and physical self-management of people with
schizophrenia in community psychiatric rehabilitation setting: A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice* 2013;
19(2): 24-33
- 9.Kurtz, M. Matthew, Rachel H. Olfson, Jennifer Ruse. Self-efficacy and function status in schizophrenia: Relationship to insight, Cognition
and negative symptoms, *Schizophrenia Research* 2013; 145: 69-74.

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

ผู้ที่นำโปรแกรมไปใช้ ควรเป็น
พยาบาลจิตเวช ที่มีความรู้ความเข้าใจและ
เชี่ยวชาญ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่ง
ตนอย่างดี เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดค่านิยมได้อย่าง
มีประสิทธิภาพ

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ของ โรงพยาบาล จังหวัดกาฬสินธุ์

Prevalence and Factors related with depression In pregnant women at the hospital

antenatal department Kalasin Province

ไพบูลย์ วรรณศิริ¹

Paiboon Wannasiri¹

(Received: February 23 ,2021 ; Accepted: March 30 ,2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในขณะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาล จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน จำนวน 351 คน ระหว่างเดือน มกราคม – ธันวาคม 2563 โดยการประเมินความเครียด โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย (ST5, 2Q, 9Q, 8Q) ผลการศึกษา ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ ในหญิงตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาล จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญ 0.05 คือ อายุของหญิงตั้งครรภ์ (p-value=0.020) สถานภาพสมรส (p-value=0.000) การศึกษาของหญิงตั้งครรภ์ (p-value=0.01) รายได้ต่อเดือน (p-value=0.001) อายุครรภ์หญิงตั้งครรภ์ (p-value = 0.03) โรคประจำตัว (p-value=0.01) รายปัจจัย คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีมีภาวะซึมเศร้าเป็น 1.84 เท่าของ หญิงตั้งครรภ์ที่มากกว่า 20 ปี (OR=1.84, 95%CI=1.102-1.901) สถานภาพสมรสไม่ได้คู่ด้วยกับสามีมีภาวะซึมเศร้าเป็น 3.29 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่สามีอยู่ด้วยกับ (OR=3.29, 95%CI= 1.747-3.370) หญิงตั้งครรภ์ที่จบการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษามีภาวะซึมเศร้าเป็น 2.38 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่จบการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาขึ้นไป (OR=2.38,95%CI=1.288-2.752) หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีรายได้ มีน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท มีภาวะซึมเศร้าเป็น 2.78 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้ ตั้งแต่ 10,001 บาท ขึ้นไป (OR=2.78, 95%CI=1.532-3.209) หญิงตั้งครรภ์ ไตรมาส 3 อายุครรภ์ 29-42 สัปดาห์ มีภาวะซึมเศร้าเป็น 3.53 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ไตรมาส 1-2 อายุครรภ์ 14-28 สัปดาห์ (OR=3.53, 95%CI= 2.191-3.779)หญิงตั้งครรภ์ที่มี โรคประจำตัว มีภาวะซึมเศร้าเป็น 5.70 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีโรคประจำ (OR=5.70, 95%CI=1.445-5.751)

คำสำคัญ ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์กับภาวะซึมเศร้า, ปัจจัยเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์

ABSTRACT

This research It is descriptive research. Cross-sectional descriptive research with objective To study the prevalence and risk factors associated with gestational depression. The sample was pregnant who came to the antenatal care service at the hospital's antenatal department. Kalasin Province, number 351 people between January - December 2020 assessing stress Depression and suicide (ST5, 2Q, 9Q, 8Q) results of prevalence and risk factors associated with depression in pregnant women. In pregnant women at the hospital antenatal department In Kalasin province, it was found that risk factors were associated with depression among pregnant women. Significantly 0.05 Is the age of the pregnant woman (p-value = 0.020) Marital status (p-value = 0.000) Pregnant women study (p-value = 0.01) monthly income (p-value = 0.001) Pregnant women gestational age (p-value = 0.03) Congenital disease (p-value = 0.01)

The factor was 1.84 times that of pregnant women under 20 years of age (OR = 1.84, 95% CI = 1.102-1.901). Depression was 3.29 times that of pregnant women with her husband (OR = 3.29, 95% CI = 1.747-3.370). Graduated higher than secondary (OR = 2.38,95% CI = 1.288-2.752) Pregnant women without income Is less than or equal to 10,000 baht, depression is 2.78 times that of Pregnant women with income from 10,001 baht or more (OR = 2.78, 95% CI = 1.532-3.209) Pregnant women in the third trimester, gestational age 29-42 The depression was 3.53 times that of pregnant women in the 1-2 quarter, 14-28 weeks gestation (OR = 3.53, 95% CI = 2.191-3.779). Depression was 5.70 times that of pregnant women without the disease (OR = 5.70, 95% CI = 1.445-5.751)

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Keywords : Relationship of the mother of pregnant women to depression, risk of pregnant women

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็วการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้ประชาชนทั่วไปดำเนินชีวิตอย่างเร่งรีบเคร่งเครียดในการปฏิบัติการกิจของตนเองในแต่ละวัน พฤติกรรมการดำเนินชีวิตดังกล่าวเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้บุคคลมีความเครียด และจะต้องปรับตัวเพื่อให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคม (แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ.2561 - 2580, 2561)

จังหวัดกาฬสินธุ์ พบอัตราส่วนมารดาตาย (ปี พ.ศ. 2558 – 2562) 15.43, 0, 40.83, 27.75, 0 และ 41.6 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (เกณฑ์ไม่เกิน 17) ตามลำดับ ผลการคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) ในหญิงตั้งครรภ์ของประเทศ มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 3.59 เขตสุขภาพที่ 7 ร้อยละ 1.17 จังหวัดกาฬสินธุ์ร้อยละ 0.85 การคัดกรองโรคซึมเศร้า (9Q) ในหญิงตั้งครรภ์ของประเทศ พบมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 28.10 เขตสุขภาพที่ 7 ร้อยละ 30.22 จังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยละ 23.33 การคัดกรองฆ่าตัวตาย (8Q) ในหญิงตั้งครรภ์ของประเทศ มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ร้อยละ 31.47 เขตสุขภาพที่ 7 ร้อยละ 16.67 จังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยละ 17.10 (กระทรวงสาธารณสุข,คลังข้อมูลสุขภาพ <https://hdcservice.moph.go.th/>)

ภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ คือความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่าง ตั้งครรภ์ โดยมีอาการสำคัญ คือ มีอารมณ์เศร้าซึม หดหู่ สะเทือนใจร้องไห้ง่าย เบื่อหน่าย รู้สึกไม่มีความสุข แยกตัวเอง มีความผิดปกติของการนอน สมาธิเสีย เบื่ออาหาร อ่อนเพลียและมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ทางเพศ ไม่สนใจการฝากครรภ์ ครุ่นคิดว่าตนเองมีความผิด บาบ หงุดหงิด โมโหง่าย หากไม่ได้รับการรักษาอาจส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ มีการใช้สารเสพติด และคิดถึงความตายหรือ คิดฆ่าตัวตายส่งผลให้เกิดการทำร้ายตนเองได้

จากปัญหาข้างต้นจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้าใน

หญิงตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาล จังหวัดกาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์
2. ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์

คำถามการวิจัย -----

1. สถานการณ์ของความชุกของภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์ มีความเป็นมาอย่างไร
2. ปัจจัยใด (1.ข้อมูลทั่วไป 2.ปัจจัยด้านร่างกาย 3. ปัจจัยด้านจิตใจ) ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์ ตั้งแต่ เดือน 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2563

คำจำกัดความในการวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ ทุกช่วงอายุครรภ์ไม่จำกัดจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์

2. ภาวะซึมเศร้าในขณะตั้งครรภ์ หมายถึง ลักษณะการแสดงออกของความผิดปกติด้านอารมณ์ ซึ่งมีการแสดงออกในลักษณะอารมณ์เศร้าหมอง หดหู่ เบื่อหน่าย มีความคิดอัตโนมัติตนเองในด้านลบขาดกำลังใจ รู้สึกไร้ค่ารู้สึกผิด ไม่มีสมาธิตัดสินใจไม่ค่อยได้ ส่วนในด้านร่างกายอาจมีการแสดงออกที่ผิดปกติไปจากเดิมร่วมด้วย เช่น นอนไม่หลับ ไม่อยากรับประทานอาหาร และมีการเกิดขึ้นติดต่อกัน 2 สัปดาห์ขึ้นไป

3. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2563 ได้รับการประเมินความเครียด โรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย (2Q 9Q 8Q) ของกรมสุขภาพจิต

4. ปัจจัยเสี่ยง หมายถึง

4.1 ข้อมูลทั่วไป คือ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้

4.2 ปัจจัยด้านร่างกาย คือ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ประวัติการคลอดบุตร ภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์และโรคประจำตัว

4.3 ปัจจัยด้านจิตใจ หมายถึง ปัญหาวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ปัญหาสัมพันธภาพกับครอบครัว ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาด้านการงาน ปัญหาโรคประจำตัว ที่ส่งผลหรืออาจมีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ การถูกกระทำ ความรุนแรงด้านร่างกาย การใช้สารเสพติดก่อนหรือขณะตั้งครรภ์ ประเมินความเครียด (ST-5) โรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย (2Q 9Q 8Q)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบความชุกของภาวะซึมเศร้าหญิงตั้งครรภ์ และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปใช้วางแผนช่วยเหลือติดตามการเปลี่ยนแปลงภาวะซึมเศร้าหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์

2. นำข้อมูลจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนาระบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าหญิงตั้งครรภ์ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ และกำหนดแนวทางการติดตามการดูแลหญิงตั้งครรภ์ต่อเนื่องในชุมชน

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษา คือ หญิงตั้งครรภ์มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลจังหวัดกาฬสินธุ์ ช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคม – ธันวาคม 2563 จำนวน 4,740

คน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นการสุ่มอย่างง่าย (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553 : 88) จำนวน 368 ราย

$$\begin{aligned} \text{คำนวณจาก สูตร} & \frac{400N}{399+N} \\ \text{แทนค่า} & \dots\dots\dots \frac{400 \times 4,740}{399 + 4,740} = 368 \text{ ราย} \end{aligned}$$

2. เกณฑ์การคัดเข้า - คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

2.1 เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างต้องเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุระหว่าง 15-50 ปี มารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบจังหวัดกาฬสินธุ์ และมีความยินดีที่จะให้ข้อมูล

2.2 เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถสื่อสารได้ หรือเป็นชาวต่างชาติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 3 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1) ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป คือ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ความพอเพียง รายได้ ตอนที่ 2) ปัจจัยด้านร่างกาย (ประวัติการตั้งครรภ์) คือ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ประสบการณ์การคลอด ภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ และโรคประจำตัว และ ปัจจัยด้านจิตใจ การถูกกระทำ ความรุนแรงด้านร่างกายและจิตใจ การใช้สารเสพติดของหญิงตั้งครรภ์ เรื่องที่ทำให้ท่านไม่สบายใจ (ปัญหาวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ปัญหาสัมพันธภาพกับครอบครัว ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาด้านการงาน ปัญหาโรคประจำตัว) ตอนที่ 3) เครื่องมือในการวิจัย เป็นแบบประเมินความเครียด (ST-5) ภาวะซึมเศร้า (2Q, 9Q) และการฆ่าตัวตาย (8Q) ตามกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ประวัติการตั้งครรภ์ ค่ายจิตใจ โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามแบบประเมินความเครียด (ST-5) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q) แบบคัดกรอง/ประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) และประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ของกรม

สุขภาพจิต (2557) และแบบประเมิน มีค่าจุดตัดที่เหมาะสม คือ คะแนนตั้งแต่ 7 ขึ้นไป ได้ค่าความไวและความจำเพาะสูง ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า จึงเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการนำไปใช้ในระบบเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าที่สถานบริการระดับปฐมภูมิ (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2561) เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหา ภาษาและความชัดเจนของภาษา โดยพิจารณารายข้อและตรวจสอบความถูกต้อง ระหว่างเนื้อหา แล้วจึงปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้...

1. ผู้วิจัยยื่นแบบเสนอ เพื่อขอรับการพิจารณา ด้านจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์และโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้ขณะนี้มีเหตุการณ์เกิดภาวะการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่มีการระบาดใหญ่ (Pandemic) ไปทั่วโลก (ตามประกาศขององค์การอนามัยโลก, 11 มีนาคม 2563) ให้ลดความแออัดของผู้มารับบริการให้มีหลักการเพิ่มระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) ไม่น้อยกว่า 1-2 เมตร และมีมาตรการป้องกันควบคุมโรค ใส่หน้ากากอนามัย เจลล้างมือที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

3. ใช้แบบสอบถามกับหญิงตั้งครรภ์ที่มาขอรับบริการตรวจที่แผนกฝากครรภ์ ในวันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 8.00-12.00 น. ที่ โรงพยาบาลจังหวัดกาฬสินธุ์ และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์ เปิดรับบริการฝากครรภ์ในวันราชการเวลา 8.00-12.00 น. เปิดบริการ 1-2 วันต่อสัปดาห์

3.1 อธิบายวัตถุประสงค์การทำวิจัยขอความร่วมมือในการทำวิจัยพร้อมทั้งพหุศาสตร์โดยจะไม่เปิดเผยข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มาขอรับบริการให้บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยทราบ อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ที่มาขอรับบริการตัดสินใจยอมรับเข้าร่วมการวิจัย โดยให้ผู้ร่วมวิจัยลงชื่อใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย หากในระหว่างทำการ

วิจัยกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยก็สามารถถอนตัวได้

3.2 สัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ที่มาขอรับบริการด้วยใช้แบบสอบถามแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ซึ่งสัมภาษณ์และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์

3.3 นำผลการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบคัดกรอง/ประเมินโรคซึมเศร้า และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (2Q 9Q 8Q) มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติ

3.4 คำพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการศึกษาจัดทำหนังสือขออนุมัติการเก็บรวบรวม ข้อมูล ในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์และโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดกาฬสินธุ์และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์และโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิให้กับผู้เข้าร่วมทำวิจัยในครั้งนี้ โดยเริ่มจากการแนะนำผู้สัมภาษณ์ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการศึกษา การนำข้อมูลไปใช้ ความมีอิสระในการเข้าร่วมและถอนตัวจากการศึกษาวิจัย โดยไม่มีผลต่อการบริการการพยาบาลหรือการบำบัดรักษา ที่จะได้รับข้อมูลทั้งหมด จะวิเคราะห์ในภาพรวมผู้ทำวิจัย จะเก็บไว้เป็นความลับเพื่อใช้ในการทำวิจัยเท่านั้น รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาข้อสงสัยและให้ลงชื่อในใบยินยอมของโรงพยาบาล ในการเข้าร่วมการศึกษา ซึ่งภายหลังจากการศึกษาดำเนินการแล้วเสร็จผู้วิจัย จะทำลายแบบสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ดังนี้
1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi Square) ค่าระดับความสัมพันธ์ Odds ratio ที่ช่วงเชื่อมั่น (Confidence Interval : CI) ที่ร้อยละ 95.0 โดยการคำนวณจากสูตรดังนี้ (อรุณ จริวัฒน์กุล, 2547)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอเค้าโครงวิจัยพร้อมเครื่องมือการวิจัย ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาล กาศินธุ์(รหัสจริยธรรม KLSH REC No.024/2020R) และสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์(รหัสจริยธรรม KLS.REC62/2563) เพื่อพิจารณาและตรวจสอบความเหมาะสมแล้วดำเนินการวิจัย ในขณะที่ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน การเก็บข้อมูล ประโยชน์ และความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ผู้วิจัยอธิบายกลุ่ม ตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยนี้ การปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการให้บริการของผู้ป่วย ข้อมูลที่ ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จะเก็บเป็นความลับ โดยจะใช้เลขที่ ของแบบสอบถามเป็นรหัสแทน ชื่อ – สกุล ของกลุ่ม ตัวอย่าง ผลการวิจัย จะนำเสนอเป็นภาพรวม และนำมาใช้ ประโยชน์เพื่อการศึกษาในการวิจัยนี้เท่านั้น กลุ่มตัวอย่าง สามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้ ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และ เมื่อกลุ่มตัวอย่าง ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยให้ กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า ส่วนมากหญิงตั้งครรภ์อายุ ต่ำสุด 15 ปี สูงสุด 42 ปี อยู่ในช่วง 20-34 ปี ร้อยละ 58.40 สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันร้อยละ 86.89 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 62.68 ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 36.75 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาทร้อยละ 71.23 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่พอใช้จ่ายร้อยละ 60.68 ประวัติการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ มากสุด คือ ครรภ์ที่สองร้อยละ 41.03 อายุครรภ์ 29-42 สัปดาห์ร้อยละ 40.17 มีประสบการณ์การคลอด ร้อยละ 52.14 ไม่ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ร้อยละ 87.75 ไม่มีประวัติโรคประจำตัวร้อยละ 90.03 หญิงตั้งครรภ์เคยถูกกระทำความรุนแรง ด้านร่างกายและจิตใจ ร้อยละ 1.99 เคยใช้สารเสพติด (บุหรี่และแอลกอฮอล์) ก่อนและระหว่างการตั้งครรภ์ ร้อยละ 1.79 หญิงตั้งครรภ์มีภาวะเครียด (ST5) มากร้อยละ 33.05 รายชื่อเครียดสุด คือมีปัญหาการนอนไม่หลับหรือนอนน้อยเป็นประจำ

ร้อยละ 14.53 ความสุขของภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 30.20 หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 45.24 ของกลุ่มอายุเดียวกัน หญิงตั้งครรภ์ เป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง (Major Depression, Moderate) ร้อยละ 8.49 รายชื่อสูงสุด คือ เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรงเป็นทุกวันร้อยละ 10.06 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี เป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง (Major Depression, Moderate) ร้อยละ 19.23 หญิงตั้งครรภ์มีภาวะฆ่าตัวตาย (8Q) มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อยร้อยละ 78.26 รายชื่อสูงสุด คือ อยากทำร้ายตัวเอง หรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ ร้อยละ 7.12 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 10.53 มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง

ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์กับ ภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ของ โรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ปัจจัยเสี่ยง ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญ 0.05 คือ อายุของหญิงตั้งครรภ์($p\text{-value}=0.020$) สถานภาพสมรส($p\text{-value}=0.000$) การศึกษาหญิงตั้งครรภ์ ($p\text{-value}=0.01$) รายได้ต่อเดือน($p\text{-value}=0.001$) อายุครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ ($p\text{-value}=0.03$) โรคประจำตัว ($p\text{-value}=0.01$) รายปัจจัย คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีมีภาวะซึมเศร้าเป็น 1.84 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่มากกว่า 20 ปี ($OR=1.84, 95\%CI=1.102-1.901$) สถานภาพสมรส ไม่ได้อยู่ด้วยกันกับสามีมีภาวะซึมเศร้าเป็น 3.29 เท่าของ หญิงตั้งครรภ์ที่สามีอยู่ด้วยกัน ($OR=3.29, 95\%CI=1.747-3.370$) หญิงตั้งครรภ์ที่จบการศึกษาค่ากว่ามัธยมศึกษา มีภาวะซึมเศร้าเป็น 2.38 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่จบ การศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาขึ้นไป ($OR=2.38, 95\%CI=1.288-2.752$) หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มี รายได้มีน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท มีภาวะซึมเศร้า เป็น 2.78 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้ ตั้งแต่ 10,001 บาท ขึ้นไป ($OR=2.78, 95\%CI=1.532-3.209$) หญิง ตั้งครรภ์ ไตรมาส 3 อายุครรภ์ 29-42 สัปดาห์ มีภาวะซึมเศร้าเป็น 3.53 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ไตรมาส 1-2 อายุ

ครรภ์ 14-28 สัปดาห์ (OR=3.53, 95%CI= 2.191-3.779) หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัว มีภาวะซึมเศร้าเป็น 5.70 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีโรคประจำ (OR=5.70, 95%CI=1.445-5.751)

อภิปรายผล

1. หญิงตั้งครรภ์อายุต่ำสุด 15 ปี สูงสุด 35 ปี ส่วนมากอยู่ในช่วง 20-34 ปี ร้อยละ 58.40 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ มีความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ด้านการงาน หารายได้มาเลี้ยงดูครอบครัว และในขณะเดียวกัน ช่วงวัยนี้เป็นวัยแห่งการเริ่มต้น ได้มีพัฒนาการทางด้านร่างกายเจริญเติบโตสมบูรณ์เต็มที่ มีกำลังในการประกอบอาชีพเรียนรู้การงาน และนอกจากจะมีความสมบูรณ์ด้านร่างกายแล้ววัยนี้ยังเป็นวัยที่มีเหตุผล มีความคิดริเริ่ม สุขุมรอบคอบและมีอารมณ์มั่นคง และเริ่มมีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ยอมรับตนเองและบุคคลอื่น พบว่า บุคคลในวัยนี้เริ่มมีการแต่งงานและสร้างครอบครัวใหม่

2. อัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยละ 30.20 หญิงตั้งครรภ์เป็นโรคซึมเศร้า (9Q) ระดับน้อย (Major Depression, Mild) ร้อยละ 90.51 ถือว่าเป็นอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูงในหญิงตั้งครรภ์ ถึงแม้ว่าเกิดภาวะซึมเศร้านั้นจะเป็นความผิดปกติ ด้านอารมณ์ ที่สามารถเกิดขึ้นและหายได้เอง แต่สำหรับ หญิงตั้งครรภ์แล้วไม่ควรที่จะเกิดขึ้นเพราะจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกเป็นอย่างมาก ซึ่งสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้านี้ อาจเนื่องมาจากเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน ความเครียด ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงตั้งครรภ์ ทศนคติต่อการตั้งครรภ์ สัมพันธภาพในครอบครัว เศรษฐกิจ หรือแม้แต่การปรับตัวเพื่อยอมรับการปรับบทบาทเพื่อเป็นมารดาและภรรยา ของหญิงตั้งครรภ์

ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์กับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญ 0.05 คือ อายุ

มากกว่า 20 ปี เป็นช่วงต้นของวัยผู้ใหญ่ซึ่งวัยนี้ยังคงเริ่มเรียนรู้เกี่ยวกับการปรับตัว เนื่องจากเป็นช่วงต่อระหว่างวัยรุ่นกับวัยผู้ใหญ่ทำให้การควบคุมอารมณ์นั้นมีความมั่นคงน้อยกว่าวัยที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา การศึกษาของปิ่นแก้ว โชคอำนวย (2543) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value, 0.001) **สถานภาพสมรส** หญิงตั้งครรภ์มีอารมณ์แปรปรวนง่าย มีความรู้สึกไม่มั่นคง ถึงแม้บางครั้งจะแยกตัวออกจากสามี หรือบุคคลรอบข้าง เป็นระยะที่ต้องพึ่งพาสามีมากขึ้น มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของตนเองและทารกในขณะเดียวกันก็ต้องการการเอาใจใส่ จากสามีมากเป็นพิเศษ (Sherwen et al., 1995) ดังนั้นการมีสามีอยู่ใกล้คอยให้กำลังใจ ช่วยเหลือ จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกมั่นคงและปลอดภัยมากขึ้น เมื่อได้รับการตอบสนองความต้องการแล้วหญิงตั้งครรภ์จะรู้สึกมั่นคง ความเครียดการมีอารมณ์แปรปรวน อาการซึมเศร้า จะลดลง (Goering et al., 1992) สอดคล้องกับ Park et al., 2013 การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ที่มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพของบุคคล โดยผลทางตรงทำให้รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รู้สึกมีคุณค่า มีความมั่นคง ซึ่งความรู้สึกทางจิตใจนี้จะส่งผลดีต่อสุขภาพ และผลทางอ้อมช่วยให้บุคคลประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงลดลง ช่วยลดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ความเครียดลดลง และบุคคลสามารถปรับตัวได้เหมาะสมและคงความสมดุลไว้ได้ **ระดับการศึกษาและรายได้** เนื่องจากในกลุ่มที่มีการศึกษาน้อย ทำให้มีโอกาสนในการหารายได้น้อยกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูง ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเครียดอย่างมากในการปรับตัวเพื่อเตรียมการสำหรับเลี้ยงดูทารกส่วนด้านร่างกายพบว่า ในการตั้งครรภ์แต่ละครั้งจะมีการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ สอดคล้องกับเนตรชนก แก้วจันทา (2555) ได้ศึกษา ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์: ปัจจัยผลกระทบ และการป้องกัน ผลการศึกษาพบว่า การศึกษาระดับต่ำมีความเสี่ยง (OR = 3.60) ต่อการ

เกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ อายุครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ ไตรมาสที่หนึ่งอาจแสดงออกถึงความไม่แน่ใจกับการตั้งครรภ์แต่เมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่สอง หญิงตั้งครรภ์จะมีการปรับตัวและยอมรับการตั้งครรภ์มากขึ้น สนใจดูแลตนเองและทารก มีอารมณ์คงที่มากขึ้น และในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ เป็นระยะสุดท้าย หญิงตั้งครรภ์ต้องเตรียมตัวสำหรับบทบาทการเป็นมารดา การเลี้ยงดูบุตร การคลอด และในช่วงตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ร่างกายก็จะมีเปลี่ยนแปลงขนาด รูปร่าง ระดับฮอร์โมน ระบบเผาผลาญในร่างกาย เป็นต้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวในหญิงตั้งครรภ์บางรายอาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ซึ่งมีผลคุกคามต่อสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารก มีโอกาสทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต หากหญิงตั้งครรภ์สามารถปรับตัวโดยอาศัยพื้นฐานการเรียนรู้ ประสบการณ์ในการตั้งครรภ์ก่อนหรือประสบการณ์ที่ได้จากคำบอกเล่าของบุคคลใกล้ชิดรวมถึงทัศนคติส่วนตัวหญิงตั้งครรภ์ทำให้หญิงตั้งครรภ์เผชิญปัญหากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงของการตั้งครรภ์รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปรับตัวได้และรู้สึกลัวเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์สามารถควบคุมได้จึงมีส่วนทำให้ปัญหาภาวะแทรกซ้อนหรือการเปลี่ยนแปลงตามไตรมาสไม่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในขณะตั้งครรภ์ (Perkin et al., 1993) สอดคล้องกับ เนตรชนก แก้วจันทา (2555) ได้ศึกษา ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์:ปัจจัยผลกระทบ และการป้องกัน ผลการศึกษา พบว่า อายุการตั้งครรภ์ ($OR = 3.25$) ในช่วงไตรมาสที่สาม วัยรุ่นตั้งครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์มีภาวะซึมเศร้าสูงโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับ Hughes et al., (1999) การเปลี่ยนแปลงในช่วงตั้งครรภ์แล้วหากในขณะตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนและโรคประจำตัวร่วมด้วยยิ่งจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อมารดาและทารกถึงอย่างไรก็ตามหากหญิงตั้งครรภ์ที่เคยผ่านประสบการณ์ในการตั้งครรภ์มาแล้ว ประสบการณ์เหล่านั้น จะเป็นสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์ได้เรียนรู้และใช้ในการปรับตัวและใน

ขณะเดียวกันหญิงตั้งครรภ์ที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์ครั้งที่แล้ว ไม่ดี เช่น แท้ง การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ก็ทำให้มีความเครียดและความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์พบว่าเมื่อมีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ แล้วนั้น ปัจจัยด้านปัญหาสัมพันธภาพครอบครัว ยังคงมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ไม่ว่าจะเป็นในภาพรวม ดังนั้นในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในขณะตั้งครรภ์ ควรเน้นเรื่องการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวโดยส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 การเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ มีอัตราความชุกร้อยละ 56.41 ซึ่งถือว่าเป็นอัตราความชุกที่ค่อนข้างสูง ดังนั้นจึงควรมีการประเมินหาภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์หากพบว่ามีภาวะซึมเศร้าควรส่งพบจิตแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรคและให้การรักษาภาวะซึมเศร้าต่อไป แต่การประเมินภาวะซึมเศร้านั้นประเมินค่อนข้างยากเนื่องจากอาการไม่สุขสบายบางอาการในช่วงตั้งครรภ์มีความคล้ายคลึงกับอาการของภาวะซึมเศร้า จึงควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียด และวางแผนจัดโครงการหรือกิจกรรมช่วยผ่อนคลายความเครียด

1.2 นำผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อวางแผนการให้บริการ การคัดกรอง การรักษาและการฟื้นฟูสภาพจิตใจในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้า

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาพบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูง ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าคือปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลการจัดกิจกรรมกลุ่มสร้างสัมพันธภาพระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับครอบครัวหรือผลการให้คำแนะนำวิธีคลายความเครียดกับภาวะซึมเศร้าในขณะตั้งครรภ์ รวมไปถึงภาวะซึมเศร้าหลัง

คลอด ควรมีการพัฒนากระบวนการป้องกันภาวะซึมเศร้า
ใน ขณะตั้งครรภ์ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และมีคู่มือใน
การปฏิบัติดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการมีภาวะ
ซึมเศร้า เพื่อเป็นแนวทางให้กับทีมสุขภาพ อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ในการเฝ้าระวังภาวะ
ซึมเศร้าในหญิงขณะตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดการฆ่า
ตัวตายได้

เอกสารอ้างอิง

- 1.กระทรวงสาธารณสุข,คลังข้อมูลสุขภาพ <https://hdcservice.moph.go.th/>
- 2.กระทรวงสาธารณสุข.(2561). แผนพัฒนาสุขภาพจิต แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2561 - 2580). กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2561 : 10-13
- 3.เนตรชนก แก้วจันทา. (2555). ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ : ปัจจัย ผลกระทบ และการป้องกัน . วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2555; 9(1): 83-89
- 4.บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ (2553). สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย. กรุงเทพมหานครฯ พิมพ์ที่ : เรือนแก้วการพิมพ์ 2553 ; 88
- 5.อรุณ จิรวินกุล. (2547). ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น : คณะสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- 6.Gorrie, T.M., Mckanney, E.S., & Murray, S.S. (1992). Foundation of maternal – newborn nursing. 2nd ed. Philadephia : W.B. Saunders.
- 7.Sherwen L.N., Scoloveno M.A. & Weingarten C.T. (1995). Nursing care of the childbearing Family. (2nd ed). CA : Appleton and lange.
- 8.Park, J., Kitayama, S., Karasawa, M., Curhan, K., Markus, H. R., Kawakami, N. Ryff, C. D. (2013). Clarifying the links between social support and health: Culture, stress, and neuroticism matter. Journal Health Psychology, 18 (2), 226-35.
- 9.PERKIN, M. R; BLAND, J. M; PEACOCK, J. L; ANDERSON, H. R (1993) The effect of anxiety and depression during pregnancy on obstetric complications. Saint George's hosp. medical school, dep. public health sci., London SW17 0RE, United Kingdom

**ความต้องการในการศึกษาต่อในระดับปริญญาเอกของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก**

**The need analysis on the doctoral degree of Sirindhorn college of public health Khon Kaen, Faculty
of Public Health and allied health science Praboromarajchanok Institute**

กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์¹, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ², ชีรศักดิ์ พาจันพร์³, สุพัฒน์ อาสนะ⁴, สุทิน ชนะบุญ,
พิทยา ศรีเมือง⁶, ลำพึง วอนอก⁷, เจตนิพิฐ สมมาตย์⁸, ปฐมาวดี ดวงกันยา⁹

Kritkantorn Suwannaphant, Saowaluk Seedaket, Teerasak Phajan, Supat Assana, Sutin Chanabun,

Phittaya Srimuang, Lampung Vonok, Jetnipit Sommart Pathamawadee Duangkanya

(Received: February 13 ,2021 ; Accepted: March 3 ,2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความต้องการในการศึกษาต่อในระดับปริญญาเอก ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 150 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบตามความสะดวก ในเดือน มกราคม พ.ศ 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แจกแจงข้อมูลด้วยค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด พร้อมช่วงเชื่อมั่น (95%CI)

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.67 อายุเฉลี่ย 41.65 ปี (S.D.=8.92) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการศึกษาต่อหลักสูตรปริญญาเอก ร้อยละ 84.00 (95%CI= 77.14 to 89.47) ส่วนใหญ่เรียนต่อเพื่อความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน คิดเป็นร้อยละ 58.00 ต้องการศึกษาคือในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ไม่ระบุสาขาเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 30.00 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดต้องการหลักสูตรที่เรียนวันเสาร์-อาทิตย์ ร้อยละ 87.33 วิธีการจัดการเรียนการสอนที่ต้องการส่วนใหญ่ต้องการเรียนในชั้นเรียน คิดเป็นร้อยละ 52.00

คำสำคัญ : ความต้องการในการศึกษาต่อ, หลักสูตรปริญญาเอก, สถาบันพระบรมราชชนก

Abstract

This Survey study aims to identify factors associated with the need for the doctoral degree of Sirindhorn college of public health Khon Kaen, Faculty of Public Health and allied health science, Praboromarajchanok Institute. 150 participants were recruited by the convenience sampling technique. The data collected via questionnaires in January 2021. Results of the study were presented as frequency, percentage, mean, standard deviation, median, minimum, maximum, (with 95% CI).

The result revealed that more than half of them were male (58.67%) and the average age was 41.65 years old (S.D.=8.92). The participants who responded to the need for the doctoral degree were 84.00 % (95%CI= 77.14 to 89.47). Most of them continue their studies to advance their career (58.00%). Most of them would like to continue their education in the Doctor of Public Health program without a specific field (30.00%). Most of the sample groups needed a course that is taken on a Saturday – Sunday (87.33%), and most of the sample groups wanted to study in class. (52.00%)

Keywords: Demand of further study, Doctoral program, Praboromarajchanok institute.

¹ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

² ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

³ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

⁴ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

⁵ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

⁶ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

⁷ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

⁸ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

⁹ นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด

บทนำ

หลักการพัฒนาประเทศที่สำคัญในระยะแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 คือการยึดหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง การพัฒนาที่ยั่งยืน และการให้ความสำคัญกับคนในการเป็นศูนย์กลางการพัฒนา¹ รวมถึงในปัจจุบันสถานการณ์และแนวโน้มของสังคมไทยที่โครงสร้างประชากรไทยเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ประชากรวัยแรงงานจะมีจำนวนสูงสุดและเริ่มลดลงอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่ปัญหาสุขภาพของคนในประเทศหลายประการ ได้แก่ ปัญหาโรคเรื้อรัง ปัญหาโรคอุบัติใหม่ ปัญหาสภาพแวดล้อมที่เป็นอันตราย ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ปัญหาเสพติด ความเครียดที่เพิ่มขึ้นจากความเร่งรีบของวิถีชีวิตประจำวัน ปัญหาด้านพฤติกรรมทางเพศ² ประกอบกับในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ได้เกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ขึ้นทั่วโลกอย่างต่อเนื่องทั้งโรคติดเชื้อชนิดใหม่ที่เพิ่งเคยค้นพบการระบาดในคน³ หรือโรคติดเชื้อที่พบในพื้นที่ใหม่ รวมทั้งโรคที่เพิ่งเคยค้นพบการติดเชื้อในสัตว์ แล้วมีแนวโน้มที่ติดต่อมายังคน เช่น โรค COVID-19 การป้องกันควบคุมโรคมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น จากปัญหาและบริบทต่างๆ ที่กล่าวมา การรับมือที่สำคัญเพื่อให้เข้าถึงและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของกระแสสังคมและกระแสโลกคือการพัฒนาองค์ความรู้ให้ทันต่อสภาวะและเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เน้นการสร้างความเป็นเลิศในเชิงวิชาการซึ่งมีจึงจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นผู้นำทางสุขภาพที่ให้การดูแล ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และสังคม ให้สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อศึกษาในประเด็นที่สนใจอย่างลึกซึ้ง และสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้มาใช้ประโยชน์ได้

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก พยายามตอบสนองต่อความต้องการในการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขและทาง

การแพทย์เพื่อให้เข้าถึงและรู้เท่าทันปัญหารวมถึงการแสวงหาองค์ความรู้ใหม่ๆ ด้วยการวางแผนเปิดหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ในปีการศึกษา 2564⁴ โดยวัตถุประสงค์หลักของการพัฒนาหลักสูตรคือ ให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจในหลักการอย่างลึกซึ้ง และมีความสามารถในการทำวิจัยหรือปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุขได้ สามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์และบูรณาการความรู้ศาสตร์ทางสาธารณสุขและศาสตร์สาขาที่เกี่ยวข้องในการแก้ปัญหา ซึ่งแนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่องเกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ. 2558⁵ ที่ได้ระบุเกี่ยวกับปรัชญาและวัตถุประสงค์ของ หลักสูตร ระดับบัณฑิตศึกษาไว้ว่า เป็นการเน้นการพัฒนานักวิชาการและวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถในระดับสูง โดยใช้กระบวนการวิจัยเพื่อให้สามารถแสวงหาความรู้ใหม่และสร้างสรรค์ความก้าวหน้าทางวิชาการ โดยมุ่งให้มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการสร้างและประยุกต์ใช้ความรู้ใหม่เพื่อพัฒนางานและสังคมและสอดคล้องกับพัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (People Excellence) ที่เน้นการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรด้านสุขภาพ โดยการพัฒนากลไกการดูแลการผลิตและการประกอบวิชาชีพ ให้ได้มาตรฐาน มีคุณธรรมจริยธรรม รวมถึงสร้างความเข้มแข็งของบุคลากรด้านสุขภาพ โดยการพัฒนาศักยภาพเสริมทักษะ มีการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่องให้ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง²

ดังนั้น เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการเปิดการเรียนการสอนหลักสูตรปริญญาเอก ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น สถาบันพระบรมราชชนก จึงได้ศึกษาข้อมูลและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการเรียนหรือไม่ต้องการ เพื่อพัฒนาหลักสูตรให้สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความต้องการศึกษาต่อในระดับปริญญาเอก วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะ

สาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการในการศึกษาต่อในระดับปริญญาเอก วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey study) เพื่อศึกษาความต้องการศึกษาต่อในระดับปริญญาเอก วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน มกราคม พ.ศ. 2564

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรด้านสาธารณสุขที่เป็นผู้สำเร็จการศึกษา หรือกำลังศึกษาอยู่ในภาคเรียนสุดท้าย ในหลักสูตรระดับปริญญาโททางสาธารณสุขศาสตร์ สุขศึกษา แพทย์ศาสตร์ ทันตแพทยศาสตร์ สัตวแพทยศาสตร์ เกษตรศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ วิทยาศาสตร์การแพทย์ วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม วิทยาศาสตร์การกีฬา หรือสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องจากสถาบันที่กระทรวงศึกษาธิการให้การรับรอง ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 150 คน ได้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างประมาณค่าสัดส่วนกรณีไม่ทราบประชากร⁶

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ช่วงของการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในช่วงของการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจึงใช้โปรแกรม Google Drive เพื่อสร้างแบบสอบถามดังกล่าว จากนั้นนำลิงค์ (https://docs.google.com/forms/d/1dRtFuW0Z5K3HyAlaY5syi5tCxHQSUT_hpr1KPKEs3zE/edit) ของแบบสอบถามไปวางไว้ในเฟสบุ๊คของคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

และเฟสบุ๊คของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขอความอนุเคราะห์ให้กลุ่มตัวอย่างช่วยตอบแบบสอบถามดังกล่าวใช้วิธีการสุ่มแบบตามความสะดวก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการศึกษา คือ แบบสอบถาม จำนวน 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ต่อเดือน สถานการณ์ทำงานในปัจจุบัน สถานที่ทำงานในปัจจุบัน ตำแหน่งในปัจจุบัน แหล่งเงินทุนในการศึกษาต่อระดับปริญญาเอก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนที่ 2 ความต้องการศึกษาต่อ ประกอบด้วย ความต้องการศึกษาต่อ ปีการศึกษาที่ต้องการศึกษา แบบแผนในการจ่ายค่าธรรมเนียมการศึกษา ความเหมาะสมของค่าธรรมเนียมการศึกษา หลักสูตรที่ต้องการเรียน แหล่งเงินทุนในการเรียนต่อ เหตุผลของการต้องการศึกษาต่อ สาขาที่ต้องการศึกษาต่อ แผนการศึกษาที่ต้องการ รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ต้องการ วิธีการจัดการเรียนการสอนที่ต้องการ สิ่งสนับสนุนในการเรียนการสอนที่ต้องการ ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ไปทดลองใช้ จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) ในช่วงเดือน มกราคม 2564 โดยได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) และนำเสนอด้วยค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด พร้อมช่วงเชื่อมั่น (95%CI)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE6320074

สรุปและอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไป ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 58.67 อายุเฉลี่ย 41.65 (S.D.=8.92) อายุน้อยที่สุด 33 ปี มากที่สุด 59 ปี รายได้ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 30,001 ถึง

40,000 บาท จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 25.33 เกือบ ร้อยละ 31.33 ตำแหน่งในปัจจุบัน ส่วนใหญ่คือ
ทั้งหมดทำงานแล้ว จำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 98.67 นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ
สถานที่ทำงานในปัจจุบัน ส่วนใหญ่ทำงานใน 52.00 ดังตารางที่ 1
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 47 คน คิดเป็น

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปความต้องการในการศึกษาต่อในระดับปริญญาเอก วิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินคร จังหวัด

ขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก (n=150)

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	88	58.67
หญิง	62	41.33
อายุ(ปี)		
<30	19	12.67
30-39	33	22.00
40-49	68	45.33
≥50	30	20.00
Mean ± S.D.= 41.65±8.92 Median=43.50 Min=33 Max=59		
รายได้ต่อเดือน(บาท)		
≤ 20,000	27	18.00
20,001-30,000	21	14.00
30,001-40,000	38	25.33
40,001-50,000	34	22.67
≥ 50,001	30	20.00
Mean ± S.D.= 36,901.60±15,683.31 Median=38,390 Min=9,000 Max=100,000		
สถานะการทำงานในปัจจุบัน		
ไม่ได้ทำงาน	2	1.33
ทำงาน	148	98.67
สถานที่ทำงานในปัจจุบัน		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล	47	31.33
โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป	26	17.33
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	19	12.67
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	6	4.00
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	4	2.67
สถานศึกษา/มหาวิทยาลัย	37	27.67

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อื่นๆ	11	7.33
ตำแหน่งในปัจจุบัน		
ทันตแพทย์	4	2.67
เภสัชกร	4	2.67
นักวิชาการสาธารณสุข	78	52.00
พยาบาลวิชาชีพ	29	19.33
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	11	7.33
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	24	16.00

2. ข้อมูลความต้องการในการศึกษาต่อ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ต้องการเข้าศึกษาในปีการศึกษา 2564 จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 46.83 ส่วนใหญ่ต้องการแบบแผนการจ่าย ค่าธรรมเนียมแบบแบ่งจ่ายเป็นภาคการศึกษา จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 82.54 ด้านความเหมาะสมของ ค่าธรรมเนียม พบว่าส่วนใหญ่เห็นว่าเหมาะสมอยู่ที่ 30,001 – 40,000 บาท จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 35.71 ส่วนใหญ่ต้องการเรียนในหลักสูตรภาษาไทย จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 84.13 แหล่งเงินทุนในการศึกษาต่อ ส่วนใหญ่มาจากตัวเอง จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 74.60 เหตุผลของการต้องการศึกษาต่อในระดับปริญญา เอก ส่วนใหญ่มีความต้องการเรียนต่อเพื่อความก้าวหน้า ในหน้าที่การงาน จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 39.68

สาขาที่ต้องการศึกษาต่อในระดับปริญญาเอก ส่วนใหญ่ ต้องการศึกษาต่อในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎี บัณฑิต ไม่ระบุสาขา จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 35.71 แผนการศึกษาที่ต้องการ ส่วนใหญ่ต้องการแบบเรียน ภาคทฤษฎีและการทำวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 70.63 รูปแบบการจัดการศึกษาที่ต้องการ ส่วนใหญ่ต้องการหลักสูตรที่เรียนวันเสาร์-อาทิตย์ จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 88.10 วิธีการจัดการเรียนการสอน ที่ต้องการ ส่วนใหญ่ต้องการเรียนในชั้นเรียน จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 61.90 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดต้องการให้ มีการจัดห้องทำงานพร้อมคอมพิวเตอร์สำหรับผู้เรียน รวมถึง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ต้องการให้มีการสนับสนุน ทุนสำหรับการวิจัยหรือทุนการศึกษาบางส่วน จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 39.68 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลความต้องการในการศึกษาต่อในระดับปริญญาเอก วิทยาลัย การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบัน พระบรมราชชนก (n=150)

ข้อมูลความต้องการในการศึกษาต่อ	จำนวน	ร้อยละ
ความต้องการในการศึกษาต่อ		
ไม่ต้องการ	24	16.00
ต้องการ	126	84.00
ปีการศึกษาที่ต้องการเข้าศึกษา (ปี) (n=126)		
2564	59	46.83

2565	19	15.08
2566	28	22.22
2567	20	15.87
แบบแผนในการจ่ายค่าธรรมเนียมการศึกษา(บาท) (n=126)		
แบบเหมาจ่ายตลอดหลักสูตร	20	15.87
แบบแบ่งจ่ายเป็นภาคการศึกษา	104	82.54
จ่ายจากจำนวนหน่วยกิตการลงทะเบียน	2	1.59
ความเหมาะสมของค่าธรรมเนียมการศึกษา(บาท)(n=126)		
$\leq 20,000$	9	7.14
20,001-30,000	34	26.98
30,001-40,000	45	35.71
40,001-50,000	18	14.29
$\geq 50,001$	20	15.87
Mean $\pm$ S.D.= 34,726.26 $\pm$ 21,903.16 Median=30,000 Min=10,000 Max=200,000		
หลักสูตรที่ต้องการเรียน(n=126)		
หลักสูตรภาษาไทย	106	84.13
หลักสูตรภาษาอังกฤษ	20	15.87
แหล่งเงินทุนในการเรียนต่อ (n=126)		
ตัวเอง	94	74.60
บิดา/มารดา/ญาติ	12	9.52
สามี/ภรรยา	1	0.79
อื่นๆ	19	15.09
เหตุผลของการต้องการศึกษาต่อ(n=126)		
ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน	50	39.68
การได้รับความรู้เพิ่มขึ้น	33	26.19
การเพิ่มวุฒิการศึกษาให้สูงขึ้น	20	18.87
การได้รับการยอมรับในสังคม/เกียรติยศชื่อเสียง	13	10.32
ความมั่นคงในการประกอบอาชีพ	10	7.94
สาขาที่ต้องการศึกษาต่อ(n=126)		
สาขารณศาสตรคุษฎีบัณฑิต ไม่ระบุสาขา	45	35.71
สาขารณศาสตรคุษฎีบัณฑิต สาขาวิชานามยสังแวดล้อม	31	24.60
สาขารณศาสตรคุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาขารณสุข	22	17.46

สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด	28	22.22
แผนการศึกษาที่ต้องการ (n=126)		
เน้นการทำวิจัยหรือวิทยานิพนธ์อย่างเดียว	37	29.37
เรียนภาคทฤษฎีและในการทำวิจัยหรือวิทยานิพนธ์	89	70.63
รูปแบบการจัดการศึกษาที่ต้องการ (n=126)		
หลักสูตรที่เรียนเต็มเวลาในเวลาราชการ	11	8.73
หลักสูตรที่เรียนวันเสาร์-อาทิตย์	111	88.10
หลักสูตรที่เรียนช่วงค่ำหรือนอกเวลาราชการ	4	3.17
วิธีการจัดการเรียนการสอนที่ต้องการ (n=126)		
การเรียนในชั้นเรียน	78	61.90
การเรียนแบบออนไลน์	37	29.37
การเรียนแบบผสมหน่วยกิต	11	8.73
สิ่งสนับสนุนในการเรียนการสอนที่ต้องการ (n=126)		
หอพัก/ที่พักในรือนักศึกษาหรือที่พักในวิทยาลัย	35	27.78
ห้องทำงานนักศึกษาพร้อมคอมพิวเตอร์	41	32.54
ทุนสนับสนุนการวิจัยหรือทุนการศึกษาบางส่วน	50	39.68

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการศึกษาต่อในระดับปริญญาเอก ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีงานทำ มีรายได้ที่สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายในการศึกษาต่อได้ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำแหน่งงานส่วนใหญ่คือนักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งมีความต้องการเรียนต่อเพื่อความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ส่วนใหญ่ต้องการหลักสูตรที่เรียนวันเสาร์-อาทิตย์ วิธีการจัดการเรียนการสอนที่ต้องการ ส่วนใหญ่ต้องการเรียนในชั้นเรียน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการศึกษาต่อในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ไม่ระบุสาขา ซึ่งหลักสูตรที่จะเปิดตรงตามตำแหน่งงานที่กลุ่มตัวอย่างต้องการพัฒนา สอดคล้องกับการศึกษาของพีระ พันธุ์งามและคณะ⁷ ที่พบว่าต้องการศึกษาต่อ ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกคือแรงจูงใจที่ทำให้เกิดความต้องการอยากจะเรียนต่อ ส่วนที่สองคือปัจจัยที่ใช้ในการตัดสินใจเลือกหลักสูตรและสถาบันศึกษาการตัดสินใจของบุคคลที่

ต้องการเรียนต่อในระดับบัณฑิตศึกษามีหลากหลายส่วน ใหญ่เกิดจากแรงจูงใจในภายนอกได้แก่ ความต้องการเจริญก้าวหน้าในหน้าที่การงาน มีตำแหน่งสูงขึ้นในอนาคต ความต้องการเงินเดือนค่าจ้างค่าตอบแทนที่สูงขึ้น ความต้องการในอาชีพที่มั่นคงความต้องการเป็นที่ยอมรับของสังคม มีชื่อเสียงผู้คนยอมรับนับถือ ค่านิยมในสังคมพ่อแม่ ญาติพี่น้องต้องการให้เรียน อาจารย์แนะนำหรือมีเพื่อนชักชวนช่วงเวลาของการเรียนการสอน คนที่ทำงานแล้วส่วนใหญ่ต้องการเรียนแบบนอกเวลาในช่วงเย็นหรือเสาร์อาทิตย์ สอดคล้องกับการศึกษาของราวุฒิ ปลื้มสำราญ⁸ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการให้จัดการศึกษาในวันเสาร์-อาทิตย์ รวมถึงการศึกษาของอุทุมพร ไชยลาด และจงดี โตอิม⁹ ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจศึกษาต่อมากที่สุด คือ ต้องการเพิ่มพูนความรู้ นำความรู้ไปประกอบอาชีพ

ข้อเสนอแนะ

1. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น ควรพัฒนาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎี

บัณฑิตแบบไม่ระบุสาขา เป็นหลักสูตรภาษาไทย เรียนภาคทฤษฎีและการทำวิจัยหรือวิทยานิพนธ์และจัดการเรียนการสอนนอกเวลาราชการ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความต้องการให้จัดการเรียนการสอนในวันเสาร์และอาทิตย์เพื่อความสะดวกและเอื้ออำนวยสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในส่วนราชการ

2. วิทยาลัยควรจัดสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ จัดห้องทำงานพร้อมคอมพิวเตอร์สำหรับนักศึกษา สนับสนุนทุนสำหรับการวิจัยหรือทุนการศึกษาบางส่วน และหอพัก/ที่พักในวิทยาลัยในราคาถูกลงสำหรับนักศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 - 2564) [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 14 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: URL https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6422
2. กระทรวงสาธารณสุข. คณะอนุกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 14 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: URL: https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/HealthPlan12_2560_2564.pdf
3. วิรธอง แก้วสมบูรณ์ และคณะ. การจัดทำแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2560-2564). วารสารควบคุมโรค. 2561;44(1): 50-62.
4. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. (2564). แผนยุทธศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น (ฉบับปรับปรุง เดือนมกราคม 2564).ขอนแก่น.
5. ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ. 2558. (2558, 13 พฤศจิกายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 132 ตอนพิเศษ 295 ง.หน้า 12-24.
6. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Statistics in medicine. 1998;17(14):1623-34.
7. พิระ พันธุ์งามและคณะ. การตัดสินใจศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา. วารสารวิชาการสถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิก. 2559;2(1):122-126.
8. ธาตุ ปิณีสสารณ. ความต้องการศึกษาต่อหลักสูตรการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2564]. เข้าถึงได้จาก: URL: http://thesis.swu.ac.th/swufac/Phy_Ed/Tawut_P_R407371.pdf.
9. อุทุมพร ไฉไล และจตุร โตอิม. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษานักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาคณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2559;10(2): 165-177.

3. หลักสูตรฯ ควรจัดการเรียนการสอนทั้งการเรียนในชั้นเรียนและการเรียนแบบออนไลน์ เพื่อเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ในสถานการณ์ของโรค COVID-19 รวมทั้งวางแผนในการเตรียมความพร้อมของผู้เรียนเมื่อได้เข้ามาเรียนแล้ว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนในการวิจัยและขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือในการให้เป็นประโยชน์ในการวิจัยในครั้งนี้

กลไกในการจัดการและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 ของพื้นที่จังหวัดขอนแก่น

Mechanisms for COVID-19 Pandemic Management in Khon Kaen Province

วนัญพร โทเวียง¹ ศิริศักดิ์ เหล่าจันทม²

Wanatyaporn Thowiang¹ Sirisak Laockankham²

(Received: February 23 ,2021 ; Accepted: March 30 ,2021)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ มุ่งศึกษากลไกในการจัดการและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น โดยใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นผู้บริหารและบุคลากรฝ่ายปกครองจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่ว่าการอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำหมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 8 คน ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการค้นหาแก่นสาระและกำหนดประเด็นสำคัญ เพื่อให้ทราบถึงกลไกความร่วมมือที่นำไปสู่ความสำเร็จในการจัดการและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 อันเกิดจากการประสานความร่วมมือรูปแบบต่าง ๆ ในระดับพื้นที่

ผลการศึกษา พบว่า จังหวัดขอนแก่นมีกลไกในการจัดการและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 ผ่านรูปแบบของความร่วมมือใน 2 ลักษณะ ประกอบด้วย 1) รูปแบบความร่วมมือภายใน (Internal Collaboration) เริ่มจากการเตรียมการการวางแผนการประสานความร่วมมือข้ามหน่วยงานที่เป็นส่วนราชการทั้งราชการส่วนภูมิภาค องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และฝ่ายความมั่นคง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นส่วนราชการภายในของจังหวัดขอนแก่น โดยได้ร่วมกันเตรียมการวางแผนเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดไว้ล่วงหน้าก่อนที่รัฐบาลส่วนกลางจะสั่งการ และ 2) รูปแบบความร่วมมือภายนอก (External Collaboration) เป็นรูปแบบความร่วมมือที่หน่วยงานราชการร่วมทำงานกับภาคเอกชน ภาคประชาชน และภาคประชาสังคม ที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ซึ่งหน่วยงานภายนอกเหล่านี้ได้ร่วมกันสนับสนุนทรัพยากร ทรัพยากรบุคคล ปฏิบัติตามข้อกำหนดของทางจังหวัดขอนแก่นและตามแผนนโยบายของรัฐบาล

คำสำคัญ: กลไก, ความร่วมมือ, การจัดการและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19, จังหวัดขอนแก่น

Abstract

This research aims to explore the mechanisms for COVID-19 pandemic management in Khon Kaen Province. The interview data were gathered from eight key informants including provincial and district administrative officers, provincial and district health officers, community leaders, and village health volunteers. The data were analyzed by searching for important themes in order to understand the collaborative model for successful management and control of the COVID 19 pandemic in Thailand.

The study found that there were two models of collaboration as the mechanisms, for managing the COVID-19 pandemic in Khon Kaen Province. The Khon Kaen model was an internal collaboration model. This kind of model explained the collaboration across governmental agencies that included provincial administrative organizations, provincial health offices, local governments, and security departments. These agencies collaboratively planned to prepare for the epidemic prevention before the central government orders. The second model was an external collaboration. The governmental agencies were not only the sectors that helped control the pandemic, but they also worked and collaborated with the private sector, societal sectors, citizens, and village health volunteers.

Keywords: mechanisms, collaboration, COVID-19, Khon Kaen Province

¹ นักศึกษาลัทธิรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อาจารย์ประจำ, วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

สถานการณ์การเกิดโรคระบาดเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 ที่กำลังระบาดอยู่ในขณะนี้คงไม่ใช่โรคระบาดร้ายแรงที่เกิดขึ้นครั้งแรกในประวัติศาสตร์โลก จากการเกิดโรคระบาดที่ผ่านมามีปรากฏหลักฐานการเกิดโรคระบาดครั้งใหญ่หลายครั้ง แต่ละครั้งที่เกิดโรคระบาดมีผู้คนล้มตายนับล้านคนก่อนที่ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์จะสามารถหาวิธีควบคุมโรคระบาดที่เกิดขึ้นได้ ยกตัวอย่าง เช่น การเกิดโรคระบาดครั้งใหญ่ของโลกที่ผ่านมา เมื่อปี พ.ศ. 2453-2454 ได้เกิดอหิวาตกโรค หรือที่เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “โรคห่า” มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก มักเกิดในชุมชนที่มีคนอยู่กันอย่างหนาแน่นและอยู่อย่างไม่ถูกสุขลักษณะ แต่ท้ายที่สุดก็สามารถผลิตยารักษาได้ อีกกรณีที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2548-2555 ได้เกิดการแพร่ระบาดของโรคไวรัสเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งพบครั้งแรกในทวีปแอฟริกาในปี พ.ศ. 2519 หลังจากนั้นเชื้อได้ทวีความรุนแรงจนแพร่ระบาดไปทั่วโลกซึ่งส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ไปกว่า 36 ล้านคน⁽⁴⁾ นอกจากนั้นโลกยังได้เผชิญกับโรคระบาดหลายชนิดมาเป็นระยะ ดังตัวอย่างที่เด่นชัดที่สุด คือ โรคซาร์ส หรือที่เรียกกันว่าโรคไข้หวัดอหิมาภัยของโลก ที่มีต้นเหตุมาจากเชื้อไวรัสตระกูลโคโรนา โดยพบครั้งแรกที่ประเทศจีน เมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2545 ต่อมาเมื่อปี พ.ศ. 2546 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศเตือนให้ทั่วโลกระวังอันตรายจากโรคนี้ก่อนจะมีการแพร่ระบาดแพร่กระจายไปทั่วโลกกว่า 26 ประเทศ ทำให้มีผู้ติดเชื้อทั้งสิ้น 8,098 ราย และมีผู้เสียชีวิตกว่า 774 ราย (องค์การอนามัยโลก, 2563)

ในปี พ.ศ. 2563 ที่ผ่านมามีทั่วโลกก็ได้เผชิญกับโรคระบาดชนิดใหม่และมีความรุนแรง คือเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่หรือ COVID-19 ความรุนแรงของโรคส่งผลให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตหลายล้านคน โดยแหล่งแพร่ระบาดเริ่มต้นจากประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน โดยองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โควิด 19 เป็นโรคระบาดใหญ่ (Pandemic) ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 4.6 (กรมควบคุมโรค, 2563) เชื้อไวรัสโควิด ถือเป็นโรคอุบัติใหม่จากคนสู่คน โดยการแพร่กระจายของฝอยละอองที่ออกมา

จากปากและจมูกของผู้ติดเชื้อโรคดังกล่าวบุคคลส่วนมากยังไม่มีภูมิคุ้มกันและมีความรุนแรงมากเป็นพิเศษในผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัว เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดัน เป็นต้น ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หมดไปได้ในระยะเวลาอันสั้นได้⁽²⁾

สำหรับประเทศไทยเคยมีประสบการณ์ในการรับมือกับโรคระบาดที่รุนแรงอยู่หลายครั้ง เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ โรคเอดส์ โรคซาร์ส และโรคระบาดอื่น ๆ จากประสบการณ์ดังกล่าวทำให้ประเทศไทยสามารถเตรียมพร้อมรับมือกับการระบาดใหญ่ของโรคได้ โดยได้เริ่มดำเนินการสร้างศักยภาพตามกฎอนามัยระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2549-2550 และได้มีการพัฒนาการบริหารจัดการสาธารณสุขฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง รวมถึงปัจจุบันที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 ที่มีการระบาดใหญ่เมื่อต้นปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยได้มีมาตรการในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคตั้งแต่เริ่มพบการระบาดในประเทศ สาธารณรัฐประชาชนจีน โดยได้ตรวจพบผู้ป่วยที่เดินทางมาจากจีนเป็นรายแรกในวันที่ 8 มกราคม พ.ศ. 2563 ได้รับการตรวจยืนยันผลและแถลงสถานการณ์ในวันที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2563 ผู้ป่วยในช่วงแรกเป็นผู้เดินทางจากพื้นที่เสี่ยง การพบผู้ป่วยกลุ่มถัดมาคือผู้ประกอบอาชีพสัมผัสกับนักท่องเที่ยว จากนั้นพบการติดเชื้อในกลุ่มนักท่องเที่ยวไทยที่นิยมไปกินดื่มในสถานบันเทิง การระบาดที่เป็นกลุ่มก้อนใหญ่คือการระบาดในสนามมวยลุมพินี สนามมวยราชดำเนิน ซึ่งทำให้มีผู้ติดเชื้อจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จนต้องมีการประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563 และต่อมาเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2563 นายกรัฐมนตรีได้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 และวันที่ 26 มีนาคม 2563 ได้ประกาศข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1) โดยได้ออกข้อกำหนดและข้อปฏิบัติแก่ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินให้ยุติลงได้

โดยเร็วและป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ร้ายแรงมากขึ้น (กรมควบคุมโรค, 2563)

ในการรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาด ประเทศไทยมีมาตรการป้องกันการกระจายเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 ไปยังพื้นที่ต่าง ๆ ในประเทศ โดยรัฐบาลได้จัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยใช้ชื่อว่า “ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19” หรือ (ศบค.) ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและมาตรการเร่งด่วนในการบริหารสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น เพื่อเตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด⁽¹⁾ จากนโยบายของรัฐบาลที่ได้กำหนดมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส ให้อยู่บนขอบเขตที่จำกัด ซึ่งมาตรการเหล่านั้น ส่งผลให้ประชาชนต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิต ให้ระมัดระวังมากยิ่งขึ้น เช่น การลดหรืองดการเดินทางข้ามจังหวัด ที่เป็นพื้นที่เสี่ยง การตรวจคัดกรอง การเข้าออกในพื้นที่สาธารณะที่มีผู้คนชุกชุม รวมถึงการจัดพื้นที่รองรับผู้ที่เดินทางมาจากนอกราชอาณาจักร (State Quarantine) ผลจากมาตรการเหล่านั้น ทำให้หน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ต้องประสานความร่วมมือกัน ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานในระดับจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม นับแต่ต้นปี พ.ศ.2563 ที่ผ่านมามีมาตรการแพร่ระบาดของและมีแนวโน้มลดลงในช่วงเดือนพฤษภาคม และกลับมาระบาดในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ยิ่งต้องทำให้การประสานความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ มีความเป็นระบบมากยิ่งขึ้น ภายใต้การกำกับดูแลจากรัฐบาลกระทั่งเมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกได้ยกย่องให้ประเทศไทยว่า สามารถจัดการและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้อย่างยอดเยี่ยม โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขระดับชุมชนหรือที่เรียกว่า อสม. ที่ได้ทำหน้าที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดรวมถึงการสื่อสารกับประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (รัฐบาลไทย, 2563)

จากนโยบายของรัฐบาลได้กำหนดมาตรการทางสังคมเพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 ไม่ให้กระจายไปยังพื้นที่ต่าง ๆ โดยมีมาตรการปิดการเข้าออกเขตพื้นที่เสี่ยงสูง ลดการเคลื่อนไหวของประชาชน การดำเนินการตามมาตรการของภาครัฐทำให้หลายหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคมและภาคเอกชน ได้ประสานความร่วมมือระหว่างกัน

ทั้งกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และหน่วยงานท้องถิ่น ทุกระดับ⁽⁵⁾ ซึ่งในต้นเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 ประเทศไทยเริ่มมีการระบาดในประเทศเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยรายใหม่ค่อย ๆ ลดลงในเดือนเมษายนและพฤษภาคม และมาตรการขององค์การอนามัยโลกเน้นให้ทุกประเทศจัดการควบคุมการแพร่ระบาด โดยการค้นหาผู้ป่วย แยกอาการรักษา กักกัน และติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ระดับพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพมีส่วนอย่างยิ่งในการควบคุมการแพร่ระบาดได้ ในประเทศไทยซึ่งมีจำนวนประชากรประมาณ 69,000,000 คน มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อยู่ประมาณ 1,040,000 คน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อและทำงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสในชุมชน และเหตุผลหนึ่งที่ประเทศไทยสามารถจัดการกับโควิด-19 ได้ดี (องค์การอนามัยโลก, 2563) เมื่อผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการจัดการและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 พบว่า มีงานวิจัยของ ชีระพงษ์ ทศวัฒน์ (2563)⁽³⁾ ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมของประชาชนและการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่พบว่า พฤติกรรมแบบ New Normal มาตรฐานวิถีชีวิตใหม่หลัง COVID-19 โดยต้องมีการดึงประชาชนและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันโรค นอกจากนั้นการศึกษาของ สมเกียรติ พิทักษ์กมลพร และคณะ (2563)⁽⁶⁾ ที่มีศึกษาเรื่อง สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่เข้าสู่ภาวะการระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) ยังพบว่า รัฐบาลต้องประกาศมาตรการ

รับมือที่เข้มข้นมากขึ้นเรื่อย ๆ ตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ไปจนถึงระดับหมู่บ้าน มีการหารือกับภาคีเครือข่าย หน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ

ในการจัดการการควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 ในพื้นที่ต่างจังหวัดนั้น จังหวัดขอนแก่น ถือเป็นหนึ่งในพื้นที่นอกเขตกรุงเทพมหานครที่ตรวจพบผู้ติดเชื้อไวรัส COVID-19 จำนวน 6 ราย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถตรวจสอบและควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่เชื้อได้อย่างรวดเร็ว (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2563) จังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่ มีหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน สถานศึกษาและภาคประชาสังคม ตั้งอยู่เป็นจำนวนมาก เป็นเมืองศูนย์กลางของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นเส้นทางศูนย์กลางทางการคมนาคม เป็นศูนย์รวมด้านการศึกษาที่ใหญ่ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทำให้มีจำนวนประชากรเป็นจำนวนมาก จึงเป็นจุดสำคัญที่ได้มีการดำเนินการตามมาตรการอย่างเข้มงวดในการควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 เมื่อประเทศไทยเกิดวิกฤตโรคระบาดเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 ทำให้พื้นที่จังหวัดขอนแก่นเข้มงวดในการตรวจคัดกรอง โดยเจ้าหน้าที่หลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน หน่วยงานท้องถิ่น และภาคประชาสังคม โดยนโยบายนโยบายของรัฐบาลในการควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 มาดำเนินการเพื่อไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรค

จากการที่ประเทศไทยดำเนินการตามมาตรการของรัฐบาลอย่างเข้มงวดจนสามารถควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 ได้ ทำให้หลายประเทศให้การยอมรับและองค์การอนามัยโลกได้ประกาศชื่นชมประเทศไทยเป็นประเทศที่ขอดีเยี่ยมในการจัดการการป้องกันการแพร่ระบาด หน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคประชาชนร่วมมือกันควบคุมการแพร่ระบาดของโรคได้แม้ยังไม่มีวัคซีน สิ่งประเทศไทยทำสำเร็จไม่ใช่เรื่องที่ยั่งยืน แต่เกิดจากรากฐานของระบบสาธารณสุขตั้งแต่เมื่อ 40 ปีก่อน ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ทำหน้าที่เป็นหูเป็นตาให้กับกระทรวงสาธารณสุขและมีบทบาทสำคัญในการควบคุม

การแพร่ระบาดของโรค อีกทั้งประเทศไทยอาศัยบทเรียนจากการรับมือจากโรค SARS เมื่อปี 2003 และเรียนรู้เพื่อรับมือกับสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นในปัจจุบัน (องค์การอนามัยโลก, 2563) และที่สำคัญก็คือความสำเร็จดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเกิดขึ้นไม่ได้เลยหากไม่ได้มีการประสานความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ด้วยเหตุนี้ จึงนำไปสู่คำถามการวิจัยที่ว่า จังหวัดขอนแก่นมีกลไกในการบริหารจัดการและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 อย่างไร โดยผู้วิจัยได้นำเอาทฤษฎีสำคัญด้านการจัดการองค์กรมาวิเคราะห์กลไกในการบริหารจัดการผ่านตัวแบบความร่วมมือ ซึ่งได้อธิบายรูปแบบความร่วมมือที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ 2 รูปแบบ คือ รูปแบบความร่วมมือภายนอก (External Collaboration) และรูปแบบความร่วมมือภายใน (Internal Collaboration) ซึ่ง Johnson และ Filippini (2552)⁽⁷⁾ ได้ อธิบายว่า ความร่วมมือภายในเป็นการทำงานร่วมกันข้ามส่วนงานซึ่งผลที่ตามมาจะนำไปสู่การเกิดนวัตกรรม (Innovation) ภายในองค์กร ส่วนความร่วมมือภายนอกนั้นเป็นการทำงานระหว่างองค์กรโดยจะส่งผลไปยังสัมฤทธิ์ผลของงานในมิติของเวลา (Time Performance) ซึ่งมีความสำคัญโดยเฉพาะ ในสถานที่เร่งด่วนต้องการให้เกิดผลลัพธ์ที่ตอบสนองและทันตามเวลา ดังเช่นกรณีการจัดการและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษากลไกสำคัญที่ใช้ในการจัดการและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น และเพื่ออธิบายว่ากลไกเหล่านั้นเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการจัดการและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 อันเกิดจากการประสานความร่วมมือในระดับพื้นที่

ระเบียบวิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยศึกษากลไกในการจัดการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID 19 ในจังหวัดขอนแก่น โดยผู้วิจัยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังนี้

รูปแบบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกพื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาเป็นพื้นที่จังหวัดขอนแก่น โดยพิจารณาจากจังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่ มีหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน สถานศึกษาและภาคประชาสังคม ตั้งอยู่เป็นจำนวนมาก เป็นเมืองศูนย์กลางของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นเส้นทางศูนย์กลางทางด้านการคมนาคม เป็นศูนย์รวมด้านการศึกษาที่ใหญ่ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีโรงงานอุตสาหกรรมที่ใหญ่รองรับทั้งชาวไทยและประเทศเพื่อนบ้าน ทำให้มีจำนวนประชากรเป็นจำนวนมาก จึงเป็นจุดสำคัญที่ได้มีการดำเนินการตามมาตรการอย่างเข้มงวดในการควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 โดยเฉพาะพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น และอำเภอน้ำพอง เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่พบผู้ติดเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถตรวจสอบและควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่เชื้อได้อย่างรวดเร็ว

กลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจงโดยพิจารณาจากผู้มีบทบาทหน้าที่และมีประสบการณ์ตรงในการบริหารจัดการและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 อันประกอบด้วย บุคลากรปกครองจังหวัด 1 คน บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 คน บุคลากรที่ว่าการอำเภอ 1 คน บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 คน บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน ผู้นำชุมชน 1 คน และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน 2 คน รวมทั้งสิ้น 8 คน โดยผู้วิจัยพิจารณาคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักจากผู้ที่มีหน้าที่ในการประสานงาน รับผิดชอบ เกี่ยวกับการควบคุมโรคหรือโรคติดต่อ เพราะบุคคลกลุ่มนี้จะมีความรู้และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานจริง เป็นผู้ใกล้ชิด ทราบถึงสาเหตุและสามารถควบคุมได้อย่างรวดเร็ว ภายหลังจากผู้ให้ข้อมูลหลักแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการติดต่อหน่วยงานที่ผู้ให้ข้อมูลหลักสังกัดเพื่อขออนุญาตเข้าสัมภาษณ์และประสานผู้ให้ข้อมูลโดยตรงเพื่อนัดหมายและขออนุญาตสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง ตามแนวคำถามการสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้น โดยก่อนสัมภาษณ์ได้ขออนุญาตสัมภาษณ์และบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปสัมภาษณ์มาทบทวนตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ หลังจากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อค้นหาและกำหนดประเด็นสำคัญ ตามกรอบการวิเคราะห์ที่กำหนดขึ้น โดยใช้วิธีการวิเคราะห์แบบค้นหาแก่นสาระ (Thematic Analysis) เมื่อประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ครบถ้วน ผู้วิจัยได้นำมาจัดโครงสร้างในการอธิบายและขยายความ โดยสาระสำคัญแต่ละส่วนได้เอาตัวอย่างบางส่วนของคำให้สัมภาษณ์มานำเสนอประกอบเพื่อเป็นหลักฐานยืนยันการอธิบายด้วย

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลไกในการจัดการและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นคือการประสานความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ ที่มีความเข้มแข็ง โดยสามารถอธิบายลักษณะความร่วมมือดังกล่าวได้ 2 รูปแบบ อันประกอบด้วย รูปแบบความร่วมมือภายใน (Internal Collaboration) และรูปแบบความร่วมมือภายนอก (External Collaboration) โดยผู้วิจัยจะได้อธิบายในแต่ละรูปแบบดังต่อไปนี้

1. รูปแบบความร่วมมือภายใน (Internal Collaboration)

ในการจัดการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 ของพื้นที่จังหวัดขอนแก่น โดยเฉพาะในพื้นที่ที่พบผู้ติดเชื้อในการระบาดครั้งแรกพบว่า จังหวัดขอนแก่น โดยผู้ว่าราชการจังหวัดได้เริ่มมีการเตรียมการ วางแผนและประสานความร่วมมือกับหน่วยงานราชการส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และฝ่ายความมั่นคง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นส่วนราชการภายในของจังหวัดขอนแก่น ส่วนราชการภายในเหล่านี้ได้ร่วมกันวางแผนเพื่อกำหนดมาตรการเตรียมการป้องกันการแพร่ระบาดก่อนที่รัฐบาลส่วนกลางจะสั่งการ โดยจังหวัด

ขอนแก่นอาศัยอำนาจของผู้ว่าราชการจังหวัดในการแต่งตั้งคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดขอนแก่นในการกำหนดนโยบายในระดับพื้นที่และติดตามแนวนโยบายที่สั่งการจากส่วนกลาง หลังจากนั้นเมื่อการแพร่ระบาดได้เข้ามาในประเทศไทยอย่างกว้างขวาง รัฐบาลได้มีคำสั่งให้หน่วยงานในระดับพื้นที่ขับเคลื่อนนโยบายการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 อย่างเต็มรูปแบบ ซึ่งการประสานความร่วมมือกันภายในส่วนราชการของจังหวัดเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้จังหวัดขอนแก่นสามารถเตรียมการรับมือกับการแพร่ระบาดได้อย่างทันท่วงที โดยรูปแบบความร่วมมือภายใน (Internal Collaboration) ที่เป็นจุดเด่นของจังหวัดขอนแก่น มีการดำเนินงานอยู่ 4 ลักษณะ คือ

1.1 การปรึกษาหารือ การวางแผนเตรียมการและการสื่อสารภายในองค์กร

ในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 ของจังหวัดขอนแก่น พื้นที่ที่เริ่มมีการแพร่ระบาดในประเทศไทย ถึงแม้ในระยะแรกการแพร่ระบาดยังไม่กระจายตัวอย่างกว้างขวาง จังหวัดขอนแก่นก็ได้มีเตรียมความพร้อมภายในจังหวัด โดยการประสานความร่วมมือกับส่วนราชการในการจัดการประชุมปรึกษาหารือถ่ายทอดนโยบายระดับพื้นที่ที่อยู่ในอำนาจของผู้ว่าราชการจังหวัด การเตรียมวางแผนปฏิบัติการและการสื่อสารแนวทางการเตรียมการของจังหวัดกับส่วนราชการที่เกี่ยวข้องให้พร้อมรับมือกับการแพร่ระบาดเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 นอกจากนั้นยังพบว่า ความร่วมมือภายในในการเตรียมความพร้อมดังกล่าว เกิดขึ้นจากการริเริ่มและการตื่นตัวของส่วนราชการภายในจังหวัดซึ่งในระยะเริ่มต้นยังไม่ได้มีนโยบายสั่งการจากส่วนกลาง

1.2 การถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลางและประสานความร่วมมือในการปฏิบัติระดับพื้นที่

เมื่อการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 เข้ามาในประเทศไทยและเริ่มกระจายไปยังจังหวัดต่างๆ ของประเทศรวมถึงจังหวัดขอนแก่น รัฐบาลได้ออกมาตรการเร่งด่วนโดยการออกประกาศบังคับใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548

ทั่วประเทศ จังหวัดขอนแก่นได้จัดตั้งศูนย์บริหารในสถานการณ์ฉุกเฉินจังหวัดขอนแก่นขึ้น โดยใช้กลไกความร่วมมือภายในส่วนราชการที่เกี่ยวข้องของจังหวัดในการถ่ายทอดและนํานโยบายจากส่วนกลางไปปฏิบัติ นอกจากนั้นยังมีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อขับเคลื่อนและติดตามผลการดำเนินการตามนโยบายโดยหน่วยงานหลักที่มีบทบาทสำคัญในจังหวัดประกอบด้วย ฝ่ายปกครองสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการประชุมชี้แจงและถ่ายทอดนโยบาย จังหวัดได้นำเอารูปแบบการประชุมออนไลน์ผ่านระบบทางไกลเข้ามาใช้เป็นเครื่องมือในการประสานความร่วมมือภายในพื้นที่ที่ได้รับนโยบายหรือข้อสั่งการจากส่วนกลาง เพื่อกำหนดแนวทางชี้แจงข้อสั่งการ ติดตามสถานการณ์ความเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนั้น ในการขับเคลื่อนนโยบายในระดับพื้นที่เพื่อให้สามารถแก้ไขสถานการณ์การแพร่ระบาดให้ยุติลงโดยเร็วและป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ร้ายแรงมากขึ้น จังหวัดขอนแก่นได้แจ้งให้ทุกภาคส่วนดำเนินการจัดตั้งศูนย์บริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินระดับอำเภอ พร้อมแต่งตั้งคณะทำงานตามแนวทางที่จังหวัดกำหนด และให้ประมวลผลการปฏิบัติงานในพื้นที่ รายงานให้ศูนย์บริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินจังหวัดขอนแก่นทราบ เพื่อนำข้อมูลหรือผลการปฏิบัติเข้าที่ประชุมของคณะกรรมการและนำมาพิจารณาถึงปัญหา อุปสรรค ข้อขัดข้องหรือข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อกำหนดข้อสั่งการตามแนวทางที่จังหวัดขอนแก่นกำหนด ในการถ่ายทอดและสื่อสารนโยบายรวมถึงการประสานความร่วมมือภายในจังหวัดพบว่า จังหวัดขอนแก่นมีระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ คือ รูปแบบการถ่ายทอดนโยบายและการสื่อสารภายในองค์กรแบบผสมผสานทั้งการสื่อสารจากบนลงล่าง (Vertical Communication) โดยจังหวัดและคณะกรรมการที่ร่วมมือกันทุกภาคส่วน และการสื่อสารจากล่างขึ้นบนและแบบแนวนอน (Bottom-up and Horizontal Communication) โดยส่วนราชการระดับพื้นที่และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1.3 การวางแผนและการตอบสนองเชิงรุกต่อสถานการณ์

ในการวางแผนเตรียมการและการตอบสนองต่อสถานการณ์การแพร่กระจายของเชื้อไวรัส COVID-19 จังหวัดขอนแก่นมีการวางแผนเชิงรุกเพื่อตอบสนองและรับมือกับสถานการณ์ โดยเฉพาะการประสานความร่วมมือด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นและโรงพยาบาลในพื้นที่ได้ดำเนินการเตรียมความพร้อม วางแผน ในการจัดการผู้ป่วยและสถานพยาบาลในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น เพื่อการรักษา ส่งต่อ เมื่อพบผู้ติดเชื้อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตามแผนที่วางไว้และมีการปรับระบบให้บริการผู้ป่วยแบบปกติใหม่ (New Normal) ในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง

1.4 การประสานความร่วมมือในเชิงบูรณาการ

การป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 ถ้าพึ่งจังหวัดขอนแก่นเพียงหน่วยงานเดียวคงไม่สามารถดำเนินงานให้สำเร็จได้ ต้องอาศัยการทำงานในเชิงบูรณาการร่วมกันกับองค์กรในระดับท้องถิ่นและเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.) มีองค์กรและคณะทำงานขับเคลื่อนนโยบายร่วมกัน กระบวนการทำงานแบบบูรณาการทำให้ทิศทางมีความชัดเจนและการทำงานมีประสิทธิภาพ มีการเชื่อมโยงการทำงานให้มีความเข้าใจและสามารถสร้างการรับรู้เพื่อนำไปปฏิบัติสู่เป้าหมายร่วมกันได้ อีกทั้งยังมีการประสานความร่วมมือผ่านอำเภอทุกอำเภอ หน่วยงานรัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษา ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ให้ความร่วมมือกัน ปฏิบัติตามข้อสั่งการของจังหวัด และนโยบายของประเทศไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งจะเห็นได้ว่าการประสานงานความร่วมมือเริ่มมีหน่วยงานภายนอกภาครัฐ เช่น อุตสาหกรรมจังหวัดขอนแก่น หอการค้าจังหวัดขอนแก่น และภาคประชาสังคมในจังหวัด เข้ามาร่วมขับเคลื่อนนโยบายของจังหวัด

ในประเด็นนี้สรุปได้ว่า จากการที่จังหวัดขอนแก่นได้มีการวางแผน เตรียมความพร้อมประสานความร่วมมือกับส่วนราชการที่เกี่ยวข้องภายในจังหวัด นั้น สะท้อนให้เห็นว่าจังหวัดขอนแก่นมีความตื่นตัวที่จะเตรียมการรับมือ

กับสถานการณ์ความร้ายแรงของการแพร่ระบาดของโรคที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีและสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เมื่อมีการแพร่ระบาดเข้ามาในพื้นที่ พร้อมกันนโยบาย คำสั่งการจากส่วนกลาง จังหวัดขอนแก่นก็สามารถนำแผนที่เตรียมไว้มาดำเนินการได้ทันที ทำให้ควบคุมการแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งความร่วมมือที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดนวัตกรรมทางการบริหารที่จากเดิมรอเพียงคำสั่งการ แต่ในสถานการณ์นี้ทางจังหวัดและส่วนราชการทั้งหมดที่เกี่ยวข้องได้มีการเตรียมการวางแผนและออกมาตรการบางส่วนไว้ล่วงหน้า

2. รูปแบบความร่วมมือภายนอก (External Collaboration)

ในการจัดการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 ของพื้นที่จังหวัดขอนแก่นโดยที่จังหวัดได้ประสานความร่วมมือกับองค์กรภายนอกนั้นพบว่า จังหวัดขอนแก่น นอกจากจะได้รับความร่วมมือภายในแล้ว ผู้ว่าราชการจังหวัดได้มีการประสานความร่วมมือภายนอกไปยังหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาคเอกชน ภาคประชาชน และภาคประชาสังคม ที่อยู่ในพื้นที่ภูมิภาคของจังหวัดขอนแก่น ซึ่งหน่วยงานภายนอกเหล่านี้ได้ร่วมกันรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ ปฏิบัติตามข้อกำหนดของทางจังหวัดขอนแก่นและตามแนวนโยบายที่สั่งการจากส่วนกลาง หลังจากนั้นเมื่อมีการแพร่กระจายของโรคเข้ามาในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น จังหวัดขอนแก่นได้กำหนดมาตรการประสานความร่วมมือไปยังหน่วยงานภายนอกในระดับพื้นที่อำเภอ ตำบล และชุมชน/หมู่บ้าน เพื่อขับเคลื่อนนโยบายการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ซึ่งการประสานความร่วมมือไปยังหน่วยงานภายนอกเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้จังหวัดขอนแก่นสามารถยุติการแพร่ระบาดของโรคได้อย่างรวดเร็ว โดยรูปแบบความร่วมมือภายนอก (External Collaboration) ที่เป็นจุดเด่นของจังหวัดขอนแก่น มีการดำเนินงานอยู่ 5 ลักษณะ คือ

2.1 ความเข้มแข็งของผู้นำชุมชน

จังหวัดขอนแก่นถือว่ามิจุดเด่นในการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก อันเนื่องมาจากความเข้มแข็งของผู้นำชุมชน ประกอบไปด้วยกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะเป็นผู้ที่ประสานงานแจ้งข่าวสารข้อมูลไปยังประชาชนในชุมชน อีกทั้งยังเป็นผู้ที่คอยคัดกรองบุคคลเข้า-ออก ในพื้นที่ เป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดคัดค้านหาประชาชนได้อย่างครอบคลุม เมื่อมีประชาชนที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงเข้ามาในชุมชน หรือมีประชาชนที่เป็นบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อของโรคระบาด ผู้นำชุมชนได้มีการประสานความร่วมมือแจ้งข้อมูลไปยังหน่วยงานจังหวัดทันที โดยส่งข้อมูลผ่าน QR Code หรือระบบควบคุมโรคติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เพื่อดำเนินการสอบสวนโรค ควบคุมป้องกันการแพร่กระจายไปสู่บุคคลอื่น

2.2 การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ เน้นย้ำ และสร้างความเข้าใจ

ในการปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ซึ่งจะเป็นการประกาศเป็นหนังสือ หรือเป็นการสั่งการเพียงอย่างเดียวอาจจะไม่ประสบผลสำเร็จได้ สิ่งที่สำคัญอีกอย่าง คือ การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบอย่างต่อเนื่องในหลากหลายรูปแบบ เช่น การประกาศผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้าน การแจกโบรชัวร์หรือแผ่นพับ การออกพบปะประชาชนโดยใช้รถกระจายเสียงประกาศ แจกหน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ รวมถึงการสร้างทำความเข้าใจให้กับประชาชน เช่น การทำความสะอาดพื้นที่สัมผัสบ่อย การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ใช้แอลกอฮอล์เจล การเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร และหลีกเลี่ยงพื้นที่ที่มีผู้รวมกิจกรรมจำนวนมาก เพื่อให้ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันโรคได้อย่างถูกต้อง ซึ่งประชาชนเป็นส่วนสำคัญของความร่วมมือในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ลำพังเพียงจังหวัดขอนแก่นที่มีการรณรงค์

ประชาสัมพันธ์ เน้นย้ำ และสร้างความเข้าใจเพียงอย่างเดียวอาจจะไม่สำเร็จได้ แต่เกิดจากการที่ตัวของประชาชนมีความตระหนักถึงความสำคัญที่ทางจังหวัดได้มีการเน้นย้ำบ่อย ๆ และผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรค จึงทำให้ประชาชนเกิดความร่วมมือและปฏิบัติตามแนวทางในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคได้สำเร็จ

2.3 ความชัดเจนในแนวปฏิบัติและการให้ความร่วมมือจากภาคประชาชน

ในการประสานความร่วมมือการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค สิ่งสำคัญที่ทำให้ประสบความสำเร็จได้อีกอย่าง คือ ความชัดเจนในแนวปฏิบัติและการให้ความร่วมมือจากภาคประชาชน โดยทางจังหวัดขอนแก่นได้มีการออกมาตรการ ข้อกำหนด คำสั่งการที่มีความชัดเจนและเป็นรูปแบบเดียวกันในทุกพื้นที่ เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างทางสังคม การงดออกจากเคหะสถานในเวลาที่กำหนด ซึ่งเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องปฏิบัติตาม เมื่อทางจังหวัดขอนแก่นมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ประชาชนก็มีความเข้าใจและสามารถนำแนวปฏิบัติมาปรับใช้การดำรงอยู่ในชีวิตประจำวันได้ อย่างที่เห็นชัดเจน คือ การงดออกจากเคหะสถานในเวลาที่กำหนด ซึ่งในชีวิตประจำวันของประชาชนจะต้องเดินทางไปทำงาน ซื้ออาหาร หรือสิ่งอื่น ๆ ที่จำเป็น แต่ประชาชนก็ได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตประจำวันเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบและให้เป็นไปตามแนวปฏิบัติที่ทางจังหวัดกำหนด จึงทำให้สามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคได้รวดเร็ว

2.4) การมีทัศนคติในตัวของผู้นำ

ในการประสานความร่วมมือจะเกิดขึ้นและประสบความสำเร็จได้นั้น ส่วนหนึ่งมองว่าเกิดจากการมีความศรัทธาในตัวของผู้นำ หากมองถึงองค์ประกอบของผู้นำในหมู่บ้าน โดยหลักก็จะมีผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และคณะกรรมการหมู่บ้าน ในคณะกรรมการหมู่บ้านจะรวมไปถึงอาสาสมัครประจำหมู่บ้านด้วย ซึ่งตามบริบทของพื้นที่ชุมชน/หมู่บ้าน ประชาชนส่วนมากจะมีความไว้วางใจและเชื่อมั่นในตัวของผู้นำชุมชนในแต่ละพื้นที่ไม่ว่าผู้นำชุมชนจะมีการประสานขอความร่วมมือ การสนับสนุน หรือมีข้อสั่งการในเรื่องต่าง ๆ เช่น การกักตัวผู้

มีความเสี่ยงเพื่อดูอาการ 14 วัน การงดจัดกิจกรรมที่มีคนจำนวนมากหรือแออัด ซึ่งประชาชนในชุมชนก็ปฏิบัติตาม และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีโดยไม่เกิดการโต้แย้ง ถือว่าเป็นการประสานร่วมมือระหว่างผู้นำกับประชาชนในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี หากประชาชนไม่มีความศรัทธาในตัวผู้นำ การให้ความร่วมมือก็ไม่เกิดขึ้น ทำให้การป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 ไม่ประสบความสำเร็จ

2.5) การตื่นตัวของประชาชน

การสร้างความร่วมมือภายนอกของจังหวัดขอนแก่นกับภาคประชาชน เห็นผลเป็นรูปธรรมขึ้นในส่วนหนึ่งเกิดจากปัจจัยที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ส่วนปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งคือ ประชาชนมีความตื่นตัวในการป้องกันตนเอง เนื่องจากโรคระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 เป็นโรคใหม่ที่เพิ่งเคยเกิดขึ้น ประชาชนทุกคนมีความรู้เท่าทันในการป้องกันและดูแลตนเอง ไม่มีใครรู้ว่าโรคนี้เกิดขึ้นมาได้อย่างไร และมีวิธีรักษาหรือป้องกันโรคที่ถูกวิธีได้อย่างไร จึงทำให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ที่จะหาวิธีต่าง ๆ เพื่อมาป้องกันและดูแลตนเองให้สามารถรอดพ้นการใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง โดยวิธีการป้องกันตนเองในเบื้องต้นของประชาชนก็จะมีการสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า การใช้เจลแอลกอฮอล์ล้างมือบ่อย ๆ การไม่เข้าไปอยู่ในที่แออัดหรือจุดที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคระบาด

ในประเด็นนี้สรุปได้ว่า การประสานความร่วมมือภายนอกนั้นจะอยู่ในรูปแบบความร่วมมือกันแบบข้ามหน่วยงานทั้งภาคเอกชน ภาคประชาชน และภาคประชาสังคม ซึ่งแต่ละภาคส่วนจะมีศักยภาพและทรัพยากรที่ต่างกัน เมื่อการประสานความร่วมมือเกิดขึ้นก็มักจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนและสนับสนุนทรัพยากรระหว่างกัน ที่สำคัญทำให้การทำงานมีความสะดวกและรวดเร็วมากขึ้น เพราะถ้าพิจารณาเฉพาะระหว่างส่วนราชการอาจไม่สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์เท่าใดนัก ดังกรณีพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ที่ภาคเอกชนค่อนข้างมีบทบาทในการร่วมมือสนับสนุนการทำงานทางจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่

ลักษณะเด่นของความร่วมมือที่เกิดขึ้นในการจัดการและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 ของจังหวัดขอนแก่น

ลักษณะเด่นของจังหวัดขอนแก่นในการบริหารจัดการความร่วมมือในการจัดการและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เกิดจาก ประชาชนตื่นตัวและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 อย่างเข้มแข็ง ทั้งนี้ปัจจัยที่สนับสนุนให้ความร่วมมือเกิดความสำเร็จ คือ การบูรณาการ การทำงานของทุกหน่วยงาน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และภาคประชาสังคม เพื่อขับเคลื่อนการทำงานในการรับมือสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 โดยจังหวัดขอนแก่นมีจุดเด่นในการบริหารความร่วมมือที่อธิบายได้ 4 ลักษณะ คือ

1. มีการตอบสนองต่อนโยบายของประเทศอย่างรวดเร็ว

ก่อนที่การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 จะเข้ามาในพื้นที่ทางจังหวัดขอนแก่นได้มีการเตรียมความพร้อม วางแผนรับมือกับสถานการณ์ไว้เบื้องต้นอยู่แล้ว และต่อมาเมื่อมีการสั่งการจากส่วนกลาง จังหวัดขอนแก่นได้นำคำสั่งการ ข้อกำหนดต่าง ๆ เข้ามาปรับใช้ในพื้นที่ขอนแก่นอย่างรวดเร็ว และได้มีการประชุม วางแผน ออกมาตรการกำหนดข้อปฏิบัติภายในจังหวัด พร้อมแจ้งเวียนมาตรการแนวทางในการป้องกันควบคุมโรค ประกาศจังหวัดขอนแก่นให้ทุกหน่วยงานได้ประสานความร่วมมือในการดำเนินงานอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง

2. การเตรียมความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉิน

จังหวัดขอนแก่นได้กำหนดแผนในการรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยได้มีการเตรียมแผนที่จะสามารถเผชิญในสภาวะฉุกเฉินไว้หลากหลายรูปแบบ เช่น ในส่วนของการเผชิญเหตุ แนวทางการบังคับใช้กฎหมาย แนวทางในการควบคุมและสอบสวนโรค อย่างไรก็ตามจังหวัดขอนแก่นมีจุดแข็งในการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 คือ จังหวัดขอนแก่นเป็นศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC)

พร้อมกับบูรณาการทำงานกับคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดขอนแก่น ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อและประชาสัมพันธ์ความเสี่ยงที่ถูกต้องทันต่อสถานการณ์ทุกช่องทาง

3. มีการสั่งการเป็นแบบรวมศูนย์สั่งการ (Single Command)

จังหวัดขอนแก่น นอกจากจะมีการประสานความร่วมมือทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และภาคประชาสังคม แล้ว ยังใช้หลักในการสั่งการเป็นแบบรวมศูนย์สั่งการ หรือ Single Command ซึ่งลักษณะของการสั่งการในรูปแบบนี้ จะเป็นการสั่งการที่ผ่านมติจากการประชุม โดยคณะกรรมการศูนย์บริหารราชการ ในสถานการณ์ฉุกเฉิน จังหวัดขอนแก่น ซึ่งทำให้เกิดแนวปฏิบัติที่มีความชัดเจนเป็นไปในรูปแบบเดียวกัน และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ถึงแม้การสั่งการแบบรวมศูนย์อาจใช้ได้ไม่ดัดเนินในการจัดการยุคปัจจุบัน แต่สำหรับการจัดการในสภาวะฉุกเฉินนั้น การสั่งการด้วยวิธีนี้ทำให้ทิศทางในการทำงานของฝ่ายปฏิบัติมีความชัดเจน แต่ต้องควบคู่ไปกับการจัดการในรูปแบบอื่น ๆ ผสมผสานกันไป ด้วยโดยเฉพาะการบริหารแบบล่างขึ้นบน (Bottom Up)

4. ความเข้มแข็งของการแพทย์และสาธารณสุข

จุดเด่นของจังหวัดขอนแก่นที่เห็นได้ชัดอีกประการหนึ่งคือ คือ ความเข้มแข็งของระบบการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งจังหวัดขอนแก่นเป็นศูนย์กลางของโรงพยาบาลขนาดใหญ่หลายโรงพยาบาล ที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจำนวนมากที่ร่วมมือกันประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ และดำเนินการสอบสวน ควบคุมโรคตามกระบวนการที่ต้องอย่างต่อเนื่อง โดยคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดขอนแก่นที่มุ่งเน้นการเฝ้าระวังในสถานพยาบาล เฝ้าระวังในหมู่บ้านหรือชุมชน โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ที่มุ่งเน้นการเฝ้าระวังในแบบเชิงรุกในกลุ่มของประชาชนที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง ทำให้ยุติการแพร่ระบาดของโรคไม่ให้เกิดความรุนแรงได้อย่างรวดเร็ว

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษากลไกในการจัดการและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น โดยเฉพาะพื้นที่ที่พบผู้ติดเชื้อในการระบาดครั้งแรก พบว่า จังหวัดขอนแก่นใช้กลไกความร่วมมือในการเตรียมความพร้อมวางแผนในการรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยจะแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ประกอบด้วย 1) รูปแบบความร่วมมือภายใน (Internal Collaboration) เป็นการวางแผนและประสานความร่วมมือกับหน่วยงานราชการส่วนภูมิภาค องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และฝ่ายความมั่นคง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นส่วนราชการภายในของจังหวัดขอนแก่น 2) รูปแบบความร่วมมือภายนอก (External Collaboration) โดยการประสานความร่วมมือภายนอกไปยังหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาคเอกชน ภาคประชาชน และภาคประชาสังคม ในระดับพื้นที่อำเภอ ตำบล และชุมชน/หมู่บ้าน ที่อยู่ในพื้นที่ภูมิภาของจังหวัดขอนแก่น

จากการศึกษากลไกในการจัดการและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยมาทบทวนและเปรียบเทียบกับแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยก่อนหน้า พบว่า กลไกที่จังหวัดขอนแก่นใช้ในการดำเนินงานนั้นเกิดจากกระบวนการสร้างความร่วมมือกันระหว่างส่วนงานต่าง ๆ มีการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดผลสำเร็จในการจัดการและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งจังหวัดขอนแก่นจะมีการประสานความร่วมมืออยู่ 2 ลักษณะ คือ รูปแบบความร่วมมือภายใน (Internal Collaboration) ที่มีการวางแผนและประสานความร่วมมือกับหน่วยงานราชการส่วนภูมิภาค องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และฝ่ายความมั่นคง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นส่วนราชการภายในของจังหวัดขอนแก่น ส่วนราชการภายในเหล่านี้ได้ร่วมกันวางแผนเพื่อกำหนดมาตรการเตรียมการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค พร้อมทั้งมีการแต่งตั้งคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดขอนแก่นขึ้น และรูปแบบความร่วมมือภายนอก (External Collaboration) เป็นการประสานงานไปยังหลายภาคส่วน ทั้งภาคเอกชน ภาคประชาชน และภาคประชาสังคม ซึ่งหน่วยงานภายนอกจะมีการร่วมกันรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ ปฏิบัติตามข้อกำหนด

ของทางจังหวัดขอนแก่นและตามแนวนโยบายที่สั่งการจากส่วนกลาง หลังจากนั้นเมื่อมีการแพร่กระจายของโรคเข้ามาในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น จังหวัดขอนแก่นได้กำหนดมาตรการประสานความร่วมมือไปยังหน่วยงานภายนอก ทั้งในระดับพื้นที่อำเภอ ตำบล และชุมชน/หมู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ Johnson และ Filippini (2552)⁽⁷⁾ ที่กล่าวถึงความร่วมมือภายในว่าเป็นการทำงานร่วมกันข้ามส่วนงานซึ่งผลที่ตามมาจะนำไปสู่การเกิดนวัตกรรม (Innovation) ภายในองค์กร ส่วนความร่วมมือภายนอกนั้นเป็นการทำงานระหว่างองค์กรโดยจะส่งผลไปยังสัมฤทธิ์ผลของงานในมิติของเวลา (Time Performance) ซึ่งมีความสำคัญโดยเฉพาะในสถานที่เร่งด่วนต้องการให้เกิดผลลัพธ์ที่ตอบสนองและทันตามเวลา จากการที่ผู้วิจัยได้ศึกษาและเปรียบเทียบกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค พบว่า มีความสอดคล้องกันกับผลงานของ ชีระพงษ์ ทศวัฒน์ (2563)⁽³⁾ ที่มีการศึกษาในช่วงปลายปี 2019 เรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมของประชาชนและการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่พบว่าพฤติกรรมแบบ New Normal มาตรฐานวิถีชีวิตใหม่หลัง COVID-19 โดยต้องมีการดึงประชาชนและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันโรค แต่การศึกษาดังกล่าวจะมุ่งเน้นผลกระทบและปัญหาต่าง ๆ แต่งานวิจัยดังกล่าวไม่ได้ลงลึกถึงในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม นอกจากนั้นยังพบว่า ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องในบางประเด็นกับผลงานวิจัยของ สมเกียรติ พิทักษ์กมลพร และคณะ (2563)⁽⁶⁾ ที่ศึกษา เรื่อง สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่เข้าสู่ภาวะการระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) ซึ่งงานวิจัยดังกล่าว พบว่า รัฐบาลต้องประกาศมาตรการรับมือที่เข้มข้นมากขึ้นเรื่อย ๆ ตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ไปจนถึงระดับหมู่บ้าน มีการหารือกับภาคีเครือข่ายหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม ยังมีบางประเด็นที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวมุ่งเน้นถึงบทบาทของภาคส่วนต่าง ๆ ทางสังคมที่จะช่วยกันหนุนช่วยกลไกรัฐ แต่ไม่ได้อธิบายให้เห็นถึงรูปแบบการรับมือต่าง ๆ ในการจัดการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ซึ่งในงานวิจัยนี้ได้ช่วยอธิบายให้เห็นภาพในรูปแบบใน

การจัดการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 โดยมุ่งเน้นอธิบายให้เห็นถึงรูปแบบความร่วมมือภายใน (Internal Collaboration) และ รูปแบบความร่วมมือภายนอก (External Collaboration) ซึ่งมีการประสานความร่วมมือกันทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และภาคประชาสังคม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะใน 2 มิติ ประกอบด้วย

มิติที่ 1 ข้อเสนอแนะทางนโยบาย ในการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินในระดับพื้นที่ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดนั้น โครงสร้างการสั่งการควรเป็นรูปแบบผสมผสานที่อำนาจการตัดสินใจส่วนหนึ่งควรมอบหรือถ่ายโอนให้หน่วยงานในระดับจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยไม่ต้องตีความหรือลังเลในการปฏิบัติ ขณะที่ส่วนกลางทำหน้าที่ในการกำกับติดตามและออกนโยบายหรือแนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้มีเอกภาพในการดำเนินงาน ทั้งนี้ให้คำนึงถึงความหลากหลายและบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่

มิติที่ 2 ข้อเสนอแนะทางการวิจัย ในการวิจัยครั้งต่อไปควรนำเอารูปแบบความร่วมมือที่ค้นพบ 2 รูปแบบไปอธิบายในบริบทที่กว้างขึ้นทั้งในเชิงประชากรและพื้นที่ เช่น ในระดับภูมิภาคและระดับประเทศ ซึ่งจะให้เห็นว่ารูปแบบความร่วมมือในการจัดการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 ของหน่วยงานภาครัฐไทยเป็นอย่างไร ซึ่งการศึกษาดังกล่าว อาจทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการปรับปรุงรูปแบบการทำงานร่วมกันหรือกำหนดมาตรการต่าง ๆ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการจัดการและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 ที่กำลังระบาดอยู่ในปัจจุบัน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจาก อาจารย์ ดร. ศิริศักดิ์ เหล่าจันทาม อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจ

ใส่อย่างดียิ่ง ผู้วิจัยตระหนักถึงความตั้งใจจริงและความ
ทุ่มเทของอาจารย์และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้
 ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ บุคลากรฝ่ายปกครองจังหวัด
ขอนแก่น

บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น บุคลากร
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนน้ำพอง ผู้นำชุมชนอำเภอโนน
น้ำพอง อาสาสมัครประจำหมู่บ้านอำเภอโนนน้ำพองทุกท่านที่
ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ จน
ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

อนึ่ง ผู้วิจัยหวังว่า งานวิจัยฉบับนี้จะมีประโยชน์
อยู่ไม่น้อย จึงขอมอบส่วนดีให้แก่คณาจารย์ที่ได้ประสิทธิ
ประสาทวิชาจนทำให้ผลงานวิจัยเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่
เกี่ยวข้อง และขอมอบความกตัญญูคุณเวทิตาคุณ แค่มิคา
มารดา และผู้มีพระคุณทุกท่าน สำหรับข้อบกพร่องต่าง ๆ
ที่อาจจะเกิดขึ้นนั้น ผู้วิจัยขอน้อมรับผิดเพียงผู้เดียว และ
ยินดีที่จะรับฟังคำแนะนำจากทุกท่านที่ได้เข้ามาศึกษา เพื่อ
เป็นประโยชน์ในการพัฒนางานวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563 กันยายน28];
เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/introduction.php>.
- 2.ค่านวน อึ้งชูศักดิ์ และ สุภมิตร ชุณหะวัณ. วิถีชีวิตโควิด-19 ในประเทศไทย: การเปลี่ยนผ่าน จาก มาตรการ “กึ่งล็อกดาวน์”สู่การมี
“เสถียรภาพ”. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563;29:1-4.
- 3.ธีระพงษ์ ทศวัฒน์. การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมของประชาชนและการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
(COVID-19). วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา 2563;7:1-16.
- 4.โรงพยาบาลเพชรเวช. เมื่อ COVID-19 ไม่ใช่โรคระบาดครั้งแรก ย้อนรอยโรคระบาดครั้งใหญ่ในประวัติศาสตร์โลก. [อินเทอร์เน็ต]. 2563
[เข้าถึงเมื่อ 2563 พฤศจิกายน 13]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.petcharavejhospital.com>.
- 5.วิไลพร สุพรรณ คุณจะรับมือกับโควิด-19 ในงานระดับความรู้สึกได้อย่างไร. วิจัยนุญสาร 2563;46:1-10.
- 6.สมเกียรติ พิทักษ์กมลพร. ความสำคัญของการจัดวงปรึกษาหารือ รวมพลัง พลเมืองตื่นรู้ ช่วยชาติ สู้ภัยโควิด19ในระดับพื้นที่. กรุงเทพฯ: สาม
สีพรีนติ้งอีควิปเมนต์; 2563.
- 7.Johnson W. H. A & Filippini R. Internal Vs. External Collaboration: What Works. *Research Technology Management*, May-June 2009.
[Internet]. 2009 Retrieved 2021 February 14, Available from:
https://www.researchgate.net/publication/263595791_Internal_vs_External_Collaboration_What_Works.

ประสิทธิผลในการจัดซื้อจัดจ้างของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่น

The Effectiveness of Government Procurement Procedures in Public Hospitals under the Ministry of Public Health in Khon Kaen Province

กิตกานต์ ชมภูเพ็ชร¹ สิริศักดิ์ เหล่าจันทาม²

Kitkarn Chompoo Phet¹, Sirisak Laoekankham²

(Received: February 23, 2021 ; Accepted: March 30, 2021)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสิทธิผลในการจัดซื้อจัดจ้างในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่นและสะท้อนปัญหา อุปสรรคและข้อจำกัดที่พบในขั้นตอนการปฏิบัติ ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นผู้บริหารและปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขและโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดขอนแก่นจำนวน 4 แห่ง และสถานประกอบการคู่สัญญา 2 แห่ง รวมทั้งสิ้น 10 คน

ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่นสามารถปฏิบัติตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 ได้อย่างเคร่งครัดและมีประสิทธิภาพตามเจตนารมณ์ที่กฎหมายกำหนด โดยสามารถอธิบายได้ใน 4 ประเด็นดังนี้ ประการแรกเจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติตามกฎหมายได้เป็นอย่างดีโดยมีการจัดซื้อจัดจ้างตามแผนที่ได้วางไว้ด้วยความรัดกุมและถูกต้องตามกฎหมาย ประการที่สองเจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติตามกฎหมายจัดซื้อจัดจ้างได้ตามเจตนารมณ์ที่กฎหมายกำหนดไว้คือสามารถดำเนินการจัดหาพัสดุได้อย่างคุ้มค่าและตรงตามความต้องการขององค์กร ประการที่สามเจ้าหน้าที่สามารถดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างได้อย่างเปิดเผยมีความโปร่งใสในทุกขั้นตอนตามที่กฎหมายกำหนดโดยมีการเปิดโอกาสให้มีการแข่งขันราคาได้อย่างเต็มที่ โดยผู้เสนอราคาสามารถเสนอราคาได้อย่างสะดวกบนระบบคอมพิวเตอร์ได้ทุกสถานที่และทุกเวลา ประการสุดท้ายสามารถเปิดโอกาสให้ประชาชนผู้มีส่วนได้เสียสามารถเข้าตรวจสอบข้อมูลการจัดซื้อจัดจ้างในระบบคอมพิวเตอร์ที่เจ้าหน้าที่บันทึกไว้ตามกฎหมายกำหนดได้อย่างเต็มที่และยังเปิดโอกาสให้บริษัทห้างร้านสามารถอุทธรณ์คำสั่งซื้อต่าง ๆ ตามที่กฎหมายให้อำนาจไว้ อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาในการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างอยู่บางส่วนคือเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไปการแก้ไขเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติหรือข้อสั่งการต่าง ๆ เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาส่งผลให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเกิดความสับสนในขั้นตอนการปฏิบัติและการบันทึกข้อมูลการจัดซื้อจัดจ้างลงในระบบคอมพิวเตอร์ที่มีจำนวนผู้ใช้จำนวนมากทำให้ระบบเกิดความติดขัดบ่อยครั้งส่งผลให้การออกเอกสารจัดซื้อจัดจ้างเกิดการหยุดชะงักบ่อยครั้งไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ต้องการใช้พัสดุเท่าที่ควร

คำสำคัญ: การจัดซื้อจัดจ้าง, พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560, โรงพยาบาลรัฐ, จังหวัดขอนแก่น

Abstract

This research is qualitative research aims to explain the effectiveness of government procurement procedures in public hospitals under the Ministry of Public Health in Khon Kaen Province. The interview data were gathered from 10 key informants that included executives and officials in the Provincial Public Health Office and public hospitals in Khon Kaen Province. In order to identify the significant themes for research results, the thematic analysis approach was employed for data analysis process.

The study found that the public hospital's officials were able to effectively comply with the Government Procurement and Supplies Management Act of 2017. The effective performance can be explained in 4 aspects as follows: 1) the officers are able to strictly comply with the law and implement a procurement planning with a legal manner; 2) the officers realize the purposes of the law; those include cost-effectiveness and responsiveness to the needs of the organization; 3) the officers can conduct government procurement with transparency in all procedures required by the law. Computerized system in procurement processes and price competition are employed as the mechanisms to avoid fraud and misconduct; and 4) the law allows public and stakeholders to review and check procurement information through the e-procurement processes and the company can also appeal the procurement orders that are controversial and questionable. Due to current social

¹ นักศึกษาหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อาจารย์, วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น

needs and changing circumstances, there are still some problematic issues in the procurement processes. The amendments of practices or orders occur all the time, resulting in the confusion of operational staffs. In addition, the e-procurement system centrally controlled by the Comptroller General's Department frequently faces with interruption and overloaded data when accessing by the large number of users. This causes the delayed operation and unresponsiveness to the needs of organization.

Keywords: Government Procurement, Government Procurement and Supplies Management Act, B.E. 2560, Government Hospital, Khon Kaen Province

บทนำ

การจัดหาครุภัณฑ์ วัสดุ และสิ่งก่อสร้าง รวมไปถึงการจ้างแรงงาน จ้างออกแบบ จ้างที่ปรึกษา ที่ได้มาจากงบประมาณของรัฐนั้นจำเป็นต้องมีวิธีการจัดหาตามระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ เพื่อให้ได้มาซึ่งพัสดุ โดยต้องปฏิบัติตามที่ได้กฎหมาย จึงต้องมีการออกกฎหมายเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างเพื่อควบคุมการให้ได้ว่าสินค้าและบริการให้มีความ สุจริต โปร่งใส กลุ่มค่าตรวจสอบได้ และที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล โดยในระยะเริ่มต้นมีการออกกฎหมายเข้ามาควบคุมการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐเรียกว่า ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ.2535 ใช้ประกอบกับระเบียบกระทรวงการคลังที่มีเนื้อหาอธิบายวิธีการได้ว่าซึ่งสินค้าหรือพัสดุโดยใช้งบประมาณของรัฐ โดยมีการกำหนดระเบียบและวิธีการไว้โดยไม่ละเอียดเท่าที่ควรรวมถึงวิธีการที่ได้มาที่ไม่ครอบคลุม จึงทำให้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยพัสดุ พ.ศ.2535 มีช่องว่างและทำให้ผู้มีอำนาจเรียกผลประโยชน์ได้ ต่อมาเมื่อบริบทของสังคมเปลี่ยนไป มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเพิ่มมากขึ้น ได้มีการนำระบบคอมพิวเตอร์เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการบริหารงานภาครัฐ อันเนื่องมาจากการจัดซื้อจัดจ้างด้วยวิธีการเดิมไม่มีประสิทธิภาพที่เพียงพอ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ระบบอิเล็กทรอนิกส์เข้ามาอำนวยความสะดวกในระบบจัดซื้อจัดจ้างของภาครัฐให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดซื้อจัดจ้างมากยิ่งขึ้น⁽⁵⁾ อธิวัฒน์ โยอาศรี, 2561)

ต่อมาในปี พ.ศ.2560 รัฐบาลได้มีการบังคับใช้กฎหมายใหม่ที่มีลำดับศักดิ์สูงกว่ากฎหมายเดิมชื่อว่า พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 โดยในเนื้อหาและเป้าหมายของพระราชบัญญัตินี้ ได้ปรับวิธีการได้ว่าซึ่ง สินค้า

งานจ้าง งานก่อสร้าง รวมถึงกำหนดวิธีการจ้างใหม่ ๆ ให้ทันสมัยขึ้น มีการนำการจัดซื้อจัดจ้างแบบวิธีอิเล็กทรอนิกส์เข้ามาใช้ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้ตลอดเวลา โดยมีการกำหนดไว้ในระเบียบว่าในการที่มีการจัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งเกิน 5,000 บาท จะต้องมีการบันทึกข้อมูลการซื้อจ้างลงในระบบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐลงในระบบคอมพิวเตอร์ (Electronic Government Procurement: e-GP) เพื่อที่จะสามารถตรวจสอบได้จากหน่วยงานของรัฐ หรือแม้แต่ประชาชนภายนอกเองก็สามารถตรวจสอบได้โดยสะดวก⁽⁵⁾

นอกจากนั้นในพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ พ.ศ. 2560 มีการกำหนดให้ตั้งคณะกรรมการวินิจฉัยปัญหาการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารพัสดุภาครัฐ เพื่อทำการวินิจฉัยปัญหาการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารพัสดุภาครัฐ ที่เกิดขึ้นในหน้าที่ที่เกี่ยวข้องด้านพัสดุปฏิบัติหน้าที่แล้วเกิดความไม่เข้าใจในระเบียบและเพื่อวินิจฉัยปัญหาการจัดซื้อ-จัดจ้างที่กฎหมายไม่ได้ครอบคลุมถึง เพราะการบังคับใช้กฎหมายมีการเปลี่ยนแปลงไปตามบริบทของการบริหารงานของรัฐ ตัวอย่างที่เห็นชัดคือ หนังสือเวียนของกระทรวงสาธารณสุขที่ สธ 0207.05/1112 ลงวันที่ 25 มีนาคม 2563 ที่ออกมาเพื่อยกเว้นราคากลางในการจัดซื้อหน้ากากอนามัยโดยปกติการจัดซื้อครุภัณฑ์หรือวัสดุจะต้องมีการซื้อโดยต้องไม่เกินราคากลางของกระทรวงสาธารณสุข แต่มีหนังสือที่ออกมาเพื่อยกเว้นให้ซื้อได้เกินราคากลาง เพราะหน้าการอนามัยในช่วงเวลานั้นหายากมากในประเทศ ไม่เพียงพอต่อการใช้งานของเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านการแพทย์ และเพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการบริหารงานจึงมีการยกเว้นตามหนังสือ และยังมีหนังสือยกเว้นขั้นตอนการปฏิบัติ ๆ ออกมาอีกหลายฉบับที่เกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างของ

กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการจัดการพัสดุที่มีความจำเป็นเร่งด่วน โดยเฉพาะจากสถิติของกรมบัญชีกลางได้ออกหนังสือเวียนในปี 2560- 2563 ที่เกี่ยวข้องเฉพาะการจัดซื้อจัดจ้างที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อจัดจ้างเครื่องมือแพทย์ ยา และเวชภัณฑ์ ถึง 5 ฉบับจาก 60 ฉบับ หากจะกล่าวถึงการการจัดซื้อจัดจ้างที่เกี่ยวข้องกับงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐแล้ว กระทรวงสาธารณสุขเป็นอีกหนึ่งกระทรวงที่รัฐสนับสนุนงบประมาณแต่ละปีเป็นจำนวนมากลำดับต้น ๆ ของทุกกระทรวง ดังจะเห็นได้จากร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายปี 2563 กระทรวงสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนงบถึง 1.38 แสนล้านบาท ซึ่งมากเป็นลำดับที่ 7 ของทุกกระทรวง⁽¹⁾ ซึ่งงบประมาณรายจ่ายนี้ส่วนใหญ่จะถูกจัดสรรให้กับโรงพยาบาลของรัฐในแต่ละจังหวัด และจังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณมากเป็นลำดับต้น ๆ คือ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีประชากรประมาณ 1,802,872 คน (ระบบข้อมูลแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา, 2563) จังหวัดขอนแก่น เป็นจังหวัดที่เป็นศูนย์กลางของภูมิภาคที่มีความเจริญก้าวหน้าทางด้านเศรษฐกิจมีมูลค่าทางเศรษฐกิจ(GPP) เป็นลำดับต้น ๆ ของภาคอีสาน นอกจากนั้นจังหวัดขอนแก่นยังถือเป็นศูนย์กลางการคมนาคมขนส่ง และการศึกษาตลอดจนเป็นศูนย์กลางด้านการสาธารณสุขของภูมิภาค และที่สำคัญจังหวัดขอนแก่นยังเป็นศูนย์กลางด้านสาธารณสุขของภาคอีสาน มีโรงพยาบาลขนาดใหญ่และมีชื่อเสียงหลายแห่ง โดยทั้งจังหวัดขอนแก่นมีโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนรวมกันถึง 35 แห่ง ซึ่งแบ่งเป็นของรัฐ 32 แห่งและของเอกชน 3 แห่ง (แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดขอนแก่น , 2563) โรงพยาบาลกลุ่มนี้ได้ให้บริการประชาชนทั้งภายในและภายนอกจังหวัด รวมถึงให้บริการประชาชนจากประเทศเพื่อนบ้านอีกด้วย โดยในแต่ละปีจังหวัดขอนแก่นมี การจัดหาเครื่องมือแพทย์ และยา และก่อสร้างอาคารเพื่อรองรับผู้ป่วยจำนวนมากจะเห็นได้จากงบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2563 ที่สนับสนุนให้กับหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐในจังหวัดขอนแก่นถึง 497,378,583.08 บาท (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2563) โดย

งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรมาเพื่อสำหรับจัดหาเครื่องมือแพทย์และสิ่งก่อสร้างเท่านั้น ซึ่งกระบวนการใช้งบประมาณจะต้องดำเนินการตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ พ.ศ. 2560 แต่ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในระดับปฏิบัติยังพบว่าบ่อยครั้งยังมีการส่งหนังสือหารือไปยังกรมบัญชีกลางเพื่อขอคำวินิจฉัยแนวทางการปฏิบัติ

เมื่อผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุภาครัฐ พบว่า มีงานวิจัยที่กล่าวถึงประสิทธิผลในการจัดซื้อจัดจ้างด้วยวิธีต่าง ๆ ตามกฎหมายว่าด้วยพัสดุ เช่น งานวิจัยของ วณิดา นิมิตรพรชัย (2561)(3) ได้พบว่าการซื้อยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยาด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (E-bidding) ตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ พ.ศ. 2560 เป็นวิธีที่ประหยัดที่สุด แต่ก็ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาปัญหาของการจัดซื้อจัดจ้างด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งพบว่าในการใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์นั้น เจ้าหน้าที่ของรัฐมีปัญหาในการปฏิบัติตามกฎหมายอยู่บางส่วนแต่ก็สามารถปฏิบัติงานได้ตามขั้นตอน ด้วยเหตุว่าการประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ ถือว่าเป็นสิ่งใหม่สำหรับเจ้าหน้าที่⁽⁴⁾สำหรับงานวิจัยของ ลักษณ์า พงศ์กัญญา โสภาส (2557)⁽²⁾ ได้วิเคราะห์การประหยัดของงบประมาณรายจ่ายจากการใช้ระบบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ของส่วนราชการในเขตพื้นที่สำนักงานคลังเขต 5 เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการประหยัดของงบประมาณรายจ่าย เนื่องจากการใช้ระบบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-Government Procurement : e-GP) ของส่วนราชการเขตพื้นที่สำนักงานคลังเขต พบว่า ระยะเวลา ในการใช้ระบบ e-GP และราคาที่จัดหาได้ต้องเงินงบประมาณ มีผลต่อการประหยัดของงบประมาณรายจ่ายของหน่วยงาน และจากการศึกษาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแม้ ในขณะนั้นจะเป็นการศึกษาภายใต้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยพัสดุ พ.ศ.2535 แต่การดำเนินการภายใต้ระเบียบนี้ ก็มีวิธีการจัดซื้อจัดจ้างที่คล้ายกันเพียงแต่ พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 มีการนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้มากยิ่งขึ้นตลอดจนเพิ่ม

บทลงโทษให้แก่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในการกรณีกระทำผิดกฎหมายตามพระราชบัญญัติ⁽¹⁾

ในส่วนงานวิจัยที่ได้มีการศึกษามานับตั้งแต่มีการบังคับใช้พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 ที่เริ่มบังคับใช้เมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2560 จนถึง พ.ศ. 2563 นั้น ได้มีผู้ศึกษาในด้านการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ แต่โดยส่วนใหญ่งานวิจัยเหล่านั้นจะศึกษาเกี่ยวประสิทธิภาพการปฏิบัติตามกฎหมายที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 และเป็นการศึกษาในบริบทของส่วนราชการทั่ว ๆ ไปที่ไม่ใช่โรงพยาบาลหรือหน่วยงานบริการสาธารณสุข นอกจากนั้นภายหลังจากมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับใหม่ในปี 2560 ล่วงมาถึงปัจจุบัน ลักษณะของปัญหา ความต้องการ และบริบททางสังคมเปลี่ยนไป การนำเอากฎหมายไปใช้ก็อาจไม่สอดคล้องกับความต้องการ และการตอบสนองในการแก้ไขปัญหาหรือให้บริการสาธารณะในสภาวะการณ์ปัจจุบันได้ ดังเช่นที่เห็นได้ชัดคือ ปรากฏการณ์การแพร่เชื้อของโรคระบาดโควิด (COVID-19) ในปี 2563 ที่ยังคงแพร่ระบาดจนถึงปัจจุบัน ส่งผลให้หน่วยงานของรัฐมีการขอยกเว้นการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติฯ เพื่อจัดหาพัสดุจำเป็นเร่งด่วนให้ทันต่อสถานการณ์เป็นจำนวนมาก

⁽¹⁾ จากปรากฏการณ์ที่กล่าวมาข้างต้น จึงนำมาสู่คำถามการวิจัยที่ว่า โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่นมีการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารงานพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 หรือไม่ อย่างไร โดยการศึกษาครั้งนี้จะวิเคราะห์ตามกรอบการปฏิบัติงาน 4 ด้านที่กำหนดในมาตรา 8 ของพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารงานพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

งานวิจัยนี้มุ่งศึกษาประสิทธิภาพการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่นตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 และนำเสนอปัญหา อุปสรรคหรือข้อจำกัดที่พบในระหว่างปฏิบัติงาน

ตลอดจนแนวปฏิบัติที่ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันในการจัดซื้อจัดจ้างของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่น

รูปแบบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ที่มุ่งศึกษาประสิทธิภาพในการจัดซื้อจัดจ้างในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่น และสะท้อนปัญหา อุปสรรคและข้อจำกัดที่พบในขั้นตอนการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านการจัดซื้อจัดจ้างภายใต้พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 เพื่อนำข้อมูลมาสรุปและอภิปรายผลโดยใช้กลุ่มตัวอย่างคือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 4 แห่ง และสถานประกอบการคู่สัญญา 2 แห่ง โดยผู้วิจัยนำประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นไปจัดทำรายงานผลการศึกษาโดยการเขียนอธิบายในเชิงพรรณนาตามกรอบการวิจัยที่ออกแบบไว้ โดยในแต่ละประเด็นที่มีการอธิบายผู้วิจัยได้นำตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ที่สอดคล้องกับประเด็นนั้น ๆ มานำเสนอเพื่อประกอบเป็นหลักฐานอ้างอิงด้วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับหน่วยในการศึกษาผู้วิจัยได้คัดเลือกสถานบริการด้านสาธารณสุขจำนวน 4 แห่งซึ่งประกอบด้วยหน่วยบริหารงานกลางคือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจำนวน 1 แห่ง และโรงพยาบาลของรัฐจำนวน 3 แห่งซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก จำนวน 1 แห่ง และเอกชนคู่สัญญา จำนวน 2 แห่ง โดยผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 10 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารหน่วยงานที่มีอำนาจอนุมัติจำนวน 4 คน หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุและเจ้าหน้าที่พัสดุจำนวน 4 คน และกลุ่มเอกชนที่เป็นคู่สัญญาของรัฐจำนวน 2 คน โดยผู้ให้ข้อมูลหลักโดยต้องมีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการจัดซื้อจัดจ้างมาไม่น้อยกว่า 5 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการถอดเทปคำให้สัมภาษณ์และทบทวน ตรวจสอบข้อมูลที่ได้อาจการสัมภาษณ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการค้นหาแก่นสาระ (Thematic Analysis) โดยจัดทำเป็นตารางเปรียบเทียบข้อมูล และค้นหาคำสำคัญจากรหัสคำที่กำหนดขึ้น (Coding) ที่สื่อหรือมีความหมายคล้ายคลึงกัน ซึ่งนำไปสู่การกำหนดประเด็นสำคัญที่สามารถตอบคำถามการวิจัย

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัยพบว่า โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่นที่ศึกษา สามารถปฏิบัติตามแนวทางและเป้าหมายที่พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารงานพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 กำหนด และเมื่อวิเคราะห์ลักษณะการปฏิบัติงานสามารถอธิบายได้ตามหลักการปฏิบัติตามมาตรา 8 ของพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารงานพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ใน 4 ด้าน พร้อมนำเสนอให้เห็นถึงประเด็นปัญหาอุปสรรคที่พบในขั้นตอนการปฏิบัติในแต่ละด้าน ดังนี้

1. บุคลากรที่ปฏิบัติงานตระหนักในหลักประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ในการปฏิบัติงานด้านการพัสดุในโรงพยาบาลหัวใจสำคัญคือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุ โดยเจ้าหน้าที่กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีหน้าที่จัดซื้อจัดจ้าง จัดหาพัสดุเพื่อตอบสนองความต้องการขององค์กร เจ้าหน้าที่ได้มีการศึกษาระเบียบกฎหมายที่ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างเป็นอย่างดี มีการวางแผนการบริหารจัดการพัสดุล่วงหน้า มีการกำหนดแผนการปฏิบัติงานและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนที่กำหนด โดยในการปฏิบัติหน้าที่แต่ละครั้งเจ้าหน้าที่ตระหนักถึงความรัดกุม เพื่อให้การจัดซื้อจัดจ้างแต่ละครั้งมีความสุจริตโปร่งใส และตรวจสอบได้ และที่สำคัญคือเปิดโอกาสให้มีการแข่งขันได้อย่างเต็มที่ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อหน่วยงานของรัฐ อย่างไรก็ตาม ถึงแม้เจ้าหน้าที่จะพยายามยึดหลักประสิทธิภาพและประสิทธิผลเป็นแนวทางในการดำเนินงาน แต่ด้วย

ข้อจำกัดบางประการของกฎหมายประกอบกับบริบทการให้บริการของโรงพยาบาลค่อนข้างต่างจากหน่วยงานบริการสาธารณะประเภทอื่น บ่อยครั้งที่บริบทการทำงานของเจ้าหน้าที่พัสดุในโรงพยาบาลนั้นจะต้องทันต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นการจัดซื้อจัดจ้างจะต้องมีความรวดเร็วในการจัดหาเพื่อให้ทันต่อความต้องการในสถานการณ์นั้น โดยในบางกรณีการจัดทำเอกสารผ่านระบบไม่สามารถบันทึกข้อมูลได้ทำให้ เป็นเหตุทำให้ไม่สามารถออกใบสั่งซื้อ สั่งจ้างได้ จำเป็นต้องมีการเอาสินค้ามาใช้ก่อน จึงบันทึกข้อมูลในคราวหลังทำให้เจ้าหน้าที่มีความเสี่ยงต่อการทำผิดกฎหมายที่ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้าง

แม้ว่าการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างภายใต้พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารงานพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่นจะมีประสิทธิผลตามเจตนารมณ์ของการออกกฎหมาย แต่ก็ถือว่ายังมีปัญหาเล็กน้อยในการปฏิบัติงานอยู่ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นช่วงเริ่มต้นในการบังคับใช้กฎหมายจึงยังไม่สมบูรณ์ครบถ้วนเท่าที่ควร ในอนาคตอาจมีการแก้ไขและปรับแก้ไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

2. ความคุ้มค่า การตอบสนองต่อเป้าหมาย

ขององค์กรและการให้บริการสาธารณะ

พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารงานพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ถือเป็นกฎหมายที่ออกแบบมาเพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่คำนึงถึงหลักความคุ้มค่า และการตอบสนองความต้องการในการใช้พัสดุเหล่านั้นในการให้บริการสาธารณะแก่ประชาชน สำหรับโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่นได้นำเอาขั้นตอน วิธีการที่กฎหมายกำหนดมาใช้ในการปฏิบัติหน้าที่อย่างเคร่งครัด ดังเช่นกรณีตัวอย่าง ในกฎหมายฉบับเดิมเคยกำหนดหลักในการพิจารณาเกณฑ์ราคาต่ำสุดมาพิจารณาให้ได้ของที่ราคาต่ำ แต่ผลที่ตามมาคือหน่วยงานได้ของที่ไม่มีคุณภาพมาใช้ ก่อให้เกิดความไม่คุ้มค่า ไม่คงทน บ่อยครั้งต้องเสียเวลาในการซ่อมบำรุง

และไม่ตอบสนองต่อความต้องการใช้งานจริง แต่พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารงานพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 เปิดโอกาสให้กำหนดเกณฑ์คุณภาพ และสามารถต่อรองราคาได้ ซึ่งถือว่าเป็นผลดีต่อองค์กรเป็นอย่างมากโดยเฉพาะองค์กรด้านการแพทย์และสาธารณสุขเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานสามารถพิจารณาทั้งราคาที่สูงกว่า คุณสมบัติและคุณภาพที่สอดคล้องต่อความต้องการขององค์กร ซึ่งมีไม่เพียงมองจากราคาที่ต่ำที่สุดเท่านั้น จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารงานพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 มีความคล่องตัวเป็นอย่างมากเพื่อออกแบบมาเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านพัสดุ โดยที่เห็นได้ชัดคือการเพิ่มเพดานวงเงินที่ใช้ในการจัดซื้อจัดจ้างด้วยวิธีตกลงราคาจากเดิม 100,000.-บาท เปลี่ยนเป็นวิธีการคล้ายเดิมซึ่งเรียกว่าวิธีการเฉพาะเจาะจงโดยกำหนดวงเงินไม่เกิน 500,000.- บาท ซึ่งถือว่าเป็นอีกเรื่องที่ทันต่อสภาวะการณ์ในปัจจุบันที่สินค้ามีราคาที่สูงขึ้นตามยุคสมัยและการสั่งซื้อสั่งจ้างโดยไม่ต้องมีวิธีการที่มีความยุ่งยากซับซ้อนเหมือนการประกวดราคาดังเช่นกฎหมายเดิมที่ต้องมีการเสนอราคา อนุมัติราคา ต้องมีการทิ้งระยะเวลาให้มีการอุทธรณ์ ถ้ามีการอุทธรณ์ การทำสัญญาที่จะเน้นช้าออกไป แม้วิธีการต่างๆ ที่ออกมาจะถือว่ามีประสิทธิภาพในการตอบสนองต่อเป้าหมายขององค์กรในภาครัฐหรือกระทรวงต่าง ๆ เป็นอย่างดีแต่มีบางวิธีการที่เกิดปัญหาขึ้นในส่วนของการจัดซื้อจัดจ้างในส่วน of โรงพยาบาลรัฐคือวิธีการประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (E-Bidding) โดยวิธีการนี้จะกระทำก็ต่อเมื่อมีการจัดซื้อจัดจ้างหนึ่งครั้งเกิน 500,000.- บาท โดยจะต้องมีการประกวดราคาซึ่งผู้ขายจะต้องมีการเสนอราคาตามระเบียบราชการและมีการกำหนดระยะเวลาตามกำหนด ไม่ว่าจะเป็นระยะเวลาให้ประชาชนวิจารณ์ขอขเขตงาน และที่มาของราคากลาง เมื่อมีการเลือกผู้ชนะราคาจะต้องมีการทิ้งระยะเวลาเพื่อให้บริษัทที่ไม่ชนะราคาอุทธรณ์ จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าแม้วิธีการนี้จะมีคามรัดกุมทางกฎหมายและเปิดโอกาสให้มีการแข่งขันแต่ความรวดเร็วในการจัดหาพัสดุจะลดลงซึ่งในบางบริบทของโรงพยาบาลจะต้องความ

รวดเร็วทันต่อสภาวะการณ์เป็นเหตุให้หลายครั้งที่มีการหลีกเลี่ยงวิธีการนี้ด้วยการลดจำนวนเงินในการซื้อหรือจ้างลงให้ต่ำกว่า 500,000.- บาท เพื่อจะได้ดำเนินการซื้อด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง อาจถือว่าเป็นการแบ่งซื้อแบ่งจ้าง ซึ่งอาจเป็นการละเมิดต่อกฎหมายได้ทำให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานมีความเสี่ยงที่จะถูกดำเนินคดีตามกฎหมายแม้จะไม่ได้มีเจตนาไม่ดีต่อหน่วยงานเพียงแต่เพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการบริหารจัดการพัสดุเพื่อตอบสนองความต้องการขององค์กรเท่านั้น

3. ความรับผิดชอบและความโปร่งใสในการปฏิบัติงาน

การจัดซื้อจัดจ้างและบริหารงานพัสดุภาครัฐตามกฎหมายใหม่ที่ออกมานี้ ค่อนข้างมุ่งให้ความสำคัญในเรื่องความโปร่งใสเป็นอย่างมากเท่าที่เคยมีกฎหมายที่ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้าง มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน เปิดโอกาสให้ร้านค้าได้แข่งขันราคาได้อย่างเต็มที่โดยประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยง่ายโดยมีการนำระบบคอมพิวเตอร์เข้ามาใช้อย่างเต็มรูปแบบ มีการเปิดเผยข้อมูลการจัดซื้อจัดจ้างทุกขั้นตอนไม่ว่าจะเป็นข้อมูลคุณลักษณะสินค้าที่ต้องการ วงเงินที่จะจัดซื้อจัดจ้าง ราคาที่ชนะการประกวดราคา โดยข้อมูลต่างๆ ดังนั้นจะถูกบันทึกลงในระบบคอมพิวเตอร์ทุกขั้นตอนสามารถตรวจสอบได้จากบุคคลภายนอกได้ตลอดเวลา และเพื่อป้องกันการทุจริตสำหรับเจ้าหน้าที่ซึ่งมีการกำหนดโทษสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานไว้เป็นการเฉพาะ อีกทางหนึ่ง จะเห็นได้ว่าพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารงานพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ได้นำระบบคอมพิวเตอร์เข้ามาใช้ดำเนินการขั้นตอนต่าง ๆ ทำให้ประชาชนสามารถเข้าตรวจสอบได้ตลอดเวลา และบริษัท ห้างร้านที่มีความประสงค์จะเข้าเสนอราคาสามารถเข้าถึงข้อมูลเช่น ประกาศรายชื่อผู้ชนะราคา ข้อมูลราคาได้อย่างสะดวก ถือว่าการปรับปรุงกฎหมายที่ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างนี้ ประสบความสำเร็จเป็นอย่างมากที่สามารถบรรลุเป้าประสงค์ในด้าน ความสุจริต โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้แต่อย่างไรก็ตามแม้ใน พระราชบัญญัติจะมีการกำหนดโทษสำหรับเจ้าหน้าที่ไว้ต่างหาเพื่อป้องกัน

การกระทำที่ละเมิดต่อกฎหมายและเพื่อให้การจัดซื้อจัดจ้างมีความสุจริต โปร่งใส แต่ในอีกด้านการกำหนดโทษไว้สำหรับเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานด้านพัสดุ ทำให้เป็นการยากที่จะหาเจ้าหน้าที่ ที่มีความสามารถในการกำหนดคุณลักษณะ หรือเป็นคณะกรรมการตรวจรับพัสดุนั้น เพราะเจ้าหน้าที่ดังกล่าวเกิดความไม่สบายใจในการปฏิบัติหน้าที่ โดยส่วนใหญ่จะเป็น พยาบาล แพทย์ เกษตรกร ซึ่งไม่มีความรู้ความเข้าใจในกฎหมายเหมือนเจ้าหน้าที่พัสดุ ทำให้การแต่งตั้ง คณะกรรมการตรวจรับ หรือแม้แต่คณะกรรมการกำหนดคุณลักษณะครุภัณฑ์ ดำเนินไปโดยความยากลำบากเพราะไม่สามารถหาบุคคลมาทำหน้าที่ได้ จึงเป็นอีกหนึ่งปัญหาภายใต้พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารงานพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 นี้

4.การเข้าถึงข้อมูลและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารงานพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ถูกออกแบบมาเพื่อเปิดกว้างในการรับรู้ข้อมูลของบุคคลภายนอก ซึ่งมีการบัญญัติไว้ในกฎหมายว่าจะต้องมีการเปิดเผยข้อมูลการจัดซื้อจัดจ้างลงในระบบคอมพิวเตอร์เพื่อให้การเข้าถึงข้อมูล จัดซื้อ จัดจ้างภาครัฐ ของบริษัทห้างร้านที่มีความประสงค์ที่จะเข้าร่วมเสนอราคาเป็นเพื่อเป็นคู่สัญญากับรัฐ รวมไปถึงประชาชนที่มีความประสงค์ที่จะรับรู้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบการจัดซื้อจัดจ้างของรัฐ จะเห็นได้จากบริษัทห้างร้านสามารถเข้าดูข้อมูลประกาศการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงานราชการได้ในระบบอินเทอร์เน็ตได้ทุกที่ทุกเวลา โดยในข้อมูลการจัดซื้อจัดจ้างเป็นข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วนเพราะใน พรบ. กำหนดวิธีการขั้นตอน และข้อมูลที่ต้องบันทึกเผยแพร่ไว้อย่างชัดเจน ว่าจะต้องบันทึกข้อมูลใดบ้าง ซึ่งถือเป็นข้อมูลที่เพียงพอต่อการตัดสินใจ ที่จะเสนอราคา อย่างไรก็ตามแม้ในพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารงานพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 จะมีการกำหนดให้บันทึกข้อมูลเพื่อให้การเข้าถึงข้อมูลของบุคคลภายนอกสามารถทำได้สะดวกขึ้นแต่ให้

จัดจ้างครั้งหนึ่งซึ่งราคาเกินกว่า 5,000.- บาท ตามกฎหมายกำหนดว่าจะต้องมีการบันทึกข้อมูลการจัดซื้อจัดจ้างลงในระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งข้อมูลที่สำคัญคือ ข้อมูลสินค้า ราคาสินค้า ร้านที่จำหน่ายสินค้า และจะต้องบันทึกข้อมูลการ ตรวจรับสินค้าลงในระบบที่เรียกว่าระบบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-Government Procurement : e-GP) ซึ่งระบบดังกล่าวเป็นระบบตรวจสอบความถูกต้องในการจัดซื้อจัดจ้างของรัฐซึ่งทุกกระทรวงใช้ระบบเดียวกันในการบันทึกข้อมูล เป็นเหตุทำให้การที่จะเข้าสู่ระบบมีความยากลำบากเป็นอย่างมากเพราะมีจำนวนผู้ใช้ในแต่ละวันจำนวนมาก ทำให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านพัสดุ และเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลไม่สามารถบันทึกข้อมูลได้ ทำให้การจัดซื้อจัดจ้างล่าช้าออกไปถือว่าเป็นอุปสรรคและปัญหาใหญ่ในการปฏิบัติหน้าที่เจ้าหน้าที่พัสดุภายใต้พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารงานพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 นี้

จะเห็นว่าแม้การบันทึกข้อมูลลงในระบบคอมพิวเตอร์ทั้งหมดจะเป็นข้อดีสำหรับการตรวจสอบของบุคคลภายนอกและถือว่ามีความคุ้มค่าในกรณีที่มีการจัดซื้อ-จัดจ้างครั้งหนึ่งจำนวนมาก เช่นการประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ แต่ในกรณีที่มีการซื้อจ้างจำนวนน้อย ๆ ที่ไม่จำเป็นต้องมีกฎหมายที่รัดกุมมาใช้ในการบันทึกข้อมูลลงในระบบคอมพิวเตอร์ยังถือว่ามีความยุ่งยากซับซ้อนมากเมื่อเทียบกับความคุ้มค่าที่ได้

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารงานพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ของผู้บริหารและบุคลากรด้านการจัดซื้อจัดจ้างของโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดขอนแก่น สะท้อนให้เห็นว่าผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามแนวทางที่พระราชบัญญัติฉบับนี้กำหนดไว้ได้ โดยบุคลากรผู้ปฏิบัติงานตระหนักในหลักประสิทธิผล ความคุ้มค่า การตอบสนองต่อเป้าหมายขององค์กรและการให้บริการสาธารณะ ความรับผิดชอบและความโปร่งใสในการ

ปฏิบัติงานและ การเข้าถึงข้อมูลและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ถึงรายละเอียดการปฏิบัติงานยังพบปัญหาและอุปสรรค เมื่อนำพระราชบัญญัติมาบังคับใช้ในช่วงสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เปลี่ยนไปของสังคมที่เกิดขึ้นส่งผลถึงโรงพยาบาลเนื่องจากพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารงานพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ถือว่าเป็นกฎหมายใหม่ที่ออกมาบังคับใช้แม้แรกเริ่มจะมีการฝึกอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านพัสดุแต่เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนไปทำให้มีการกำหนดแนวปฏิบัติเพิ่มขึ้นมาอยู่ตลอดเพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ทำให้เจ้าหน้าที่พัสดุเองยังไม่มีความรู้ความเข้าใจในแนวปฏิบัติใหม่ ๆ เท่าที่ควรจึงทำให้บ่อยครั้งที่เป็นสาเหตุทำให้เจ้าหน้าที่กระทำการที่เป็นการเสี่ยงที่จะละเมิดต่อกฎหมายจัดซื้อจัดจ้างและอย่างอื่นที่เป็นปัญหากับเจ้าหน้าที่พัสดุที่พบมากที่สุดคือการบันทึกข้อมูลการจัดซื้อจัดจ้างลงในระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งระบบที่ใช้เป็นระบบเดียวกันที่ใช้ในทุกกระทรวงทั่วประเทศ ทำให้มีหน่วยงานของรัฐเข้าใช้จำนวนมากในแต่ละวันเป็นเหตุให้เกิดความติดขัดในการเข้าบันทึกข้อมูลจัดซื้อจัดจ้างส่งผลให้ขั้นตอนการออกไปสั่งซื้อสิ่งจากร่วมไปถึงการแต่งตั้งกรรมการไม่มีความคล่องตัวเท่าที่ควรซึ่งถือเป็นปัญหาใหญ่ในการจัดหาวัสดุทางการแพทย์ในเวลาที่ต้องการใช้ด่วน

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารงานพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ของโรงพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่น สรุปได้ว่า โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดขอนแก่นสามารถดำเนินการตามกฎหมายที่บัญญัติไว้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการจัดซื้อจัดจ้างที่มีการซื้อจ้างครั้งหนึ่งเกิน 500,000 บาท ด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ซึ่งมีความสะดวก รวดเร็ว รัดกุมและประหยัดที่สุดซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ลักขณา พงศ์กัญญาโอภาส (2557)⁽²⁾ ที่ได้วิเคราะห์การประหยัดของงบประมาณรายจ่ายจากการใช้ระบบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ของ

ส่วนราชการในเขตพื้นที่สำนักงานคลังเขต 5 เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการประหยัดของงบประมาณรายจ่ายเนื่องจากการใช้ระบบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-Government Procurement : e-GP) ของส่วนราชการเขตพื้นที่สำนักงานคลังเขต พบว่าระยะเวลาในการใช้ระบบ e-GP และราคาที่ได้ต่ำกว่าวงเงินงบประมาณ มีผลต่อการประหยัดของงบประมาณรายจ่ายของหน่วยงาน อย่างไรก็ตามผลวิจัยข้อมูลลักษณะ พงศ์กัญญาโอภาส เป็นการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลการจัดซื้อจัดจ้างภายใต้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยพัสดุ พ.ศ. 2535 ซึ่งถึงแม้ว่าบริบทของกฎหมายจะถูกนำออกมาบังคับใช้ในห้วงเวลาที่ต่างกันแต่ผลของการวิจัยก็มีผลที่ออกมามีความคล้ายคลึงกันซึ่งบ่งบอกได้ถึงเจตนารมณ์ของกฎหมายที่ยังคงรูปแบบการบังคับใช้ในแนวทางเดิมและผู้ปฏิบัติก็ยังคงรักษามาตรฐานการปฏิบัติงานตามกฎหมายได้อย่างเคร่งครัด

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารงานพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ได้ผ่านการปรับปรุงมาเพื่อให้การจัดซื้อจัดจ้างมีประสิทธิภาพสูงสุด แต่ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลของรัฐในปัจจุบันกฎหมายการจัดซื้อจัดจ้างยังถือว่ายังไม่สามารถบังคับใช้ได้ครอบคลุมและไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปเท่าที่ควร เช่น การจัดซื้อจัดจ้างยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ที่มีราคาแพงจะต้องมีการประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ซึ่งถือเป็นวิธีที่มีความคุ้มค่าและประหยัดที่สุด ดังที่ วนิดา นิमितพรชัย (2561)⁽³⁾ ได้กล่าวว่าการซื้อยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (E-bidding) ตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ พ.ศ. 2560 เป็นวิธีที่ประหยัดที่สุด แต่อย่างไรก็ตามในกรณีที่โรงพยาบาลมีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะใช้เครื่องมือแพทย์ ยา หรือเวชภัณฑ์ ที่ต้องการจัดหาให้ทันเวลาเพื่อนำมาใช้เกี่ยวเนื่องกับชีวิตร่างกายของมนุษย์ จำเป็นต้องมีการจัดหาแบบเร่งด่วนภายใต้กฎหมายให้การรับรอง กล่าวคือโรงพยาบาลสามารถจัดหาได้โดยรวดเร็วและจะต้องไม่ผิดกฎหมาย ซึ่งในพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ พ.ศ. 2560 กำหนดว่าในการกรณีการซื้อยาหรือ

เวชภัณฑ์ ที่ราคาเกิน 500,000 บาท จะต้องมีการประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอาจล่าช้าไม่ทันเวลานอกจากนั้น ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานสามารถดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างด้วยการประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ได้เป็นอย่างดีซึ่งต่างจากผลการศึกษาของ สุกรจิต เหล่าร์คเดช (2559)⁽⁴⁾ ซึ่งพบว่าในการใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์นั้น เจ้าหน้าที่ของรัฐมีปัญหาในการปฏิบัติตามกฎหมายอยู่บางส่วนแต่ก็สามารถปฏิบัติงานได้ตามขั้นตอน ด้วยเหตุว่าการประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ ถือว่าเป็นสิ่งใหม่สำหรับเจ้าหน้าที่อย่างไรก็ตามปัญหาที่พบส่วนใหญ่จะมีเพียงแต่การเข้าใช้งานระบบเท่านั้นเพราะระบบเป็นระบบเดียวทุกกระทรวงที่ใช้ร่วมกันจึงมีผู้ใช้งานจำนวนมากในเวลาเดียวกันทำให้ระบบมีการติดขัดไม่สามารถเข้าใช้งานได้อย่างสะดวก และไม่สามารถตอบสนองได้อย่างทันทั่วทั้งที่

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยในครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับประเด็นประสิทธิผลและความสามารถของผู้บริหารและบุคลากรในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติ

การจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ พ.ศ. 2560 นั้นค่อนข้างมีความชัดเจนว่า บุคลากรสามารถปฏิบัติตามกฎหมายฉบับนี้ได้เหมาะสม คำนึงถึงความคุ้มค่าในการจัดซื้อจัดจ้างแต่อาจมีเพียงประเด็นปัญหาอุปสรรคด้านระบบอิเล็กทรอนิกส์ของกรมบัญชีกลางที่ยังไม่ตอบสนองการปฏิบัติงานของบุคลากรเท่าที่ควร ส่วนการวิจัยในอนาคตนั้นผู้วิจัยเสนอว่าควรศึกษาในประเด็นช่องว่างของกฎหมายที่สัมพันธ์ต่อการทุจริตคอร์รัปชัน เนื่องจากในห้วงที่ผ่านมาพบว่ายังมีกรณีทุจริตคอร์รัปชันอันเกิดจากการปฏิบัติงานของบุคลากรและบริษัทเอกชนอยู่บ่อยครั้งดังที่ปรากฏในสื่อสารมวลชน ซึ่งผลการศึกษานำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขกฎหมายให้รัดกุมยิ่งขึ้นนอกจากนั้นจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 ถือเป็น โอกาสสำคัญให้ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงแนวทางที่เหมาะสมในการปรับปรุงแก้ไขนโยบายด้านการจัดการพัสดุของภาครัฐ โดยเฉพาะการปรับปรุงกฎหมายให้สอดคล้องและตอบสนองกับสถานการณ์และทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้ให้บริการสาธารณะได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมบัญชีกลาง.กฎระเบียบ/มติ/กรม./หนังสือเวียน[อินเทอร์เน็ต].2563 [เข้าถึงเมื่อ 26 กันยายน 2563]; เข้าถึงได้จาก:http://www.gprocurement.go.th/new_index.html.
- 2.ลักขณา พงศ์กัญญาโสภาส. การวิเคราะห์การประหยัดของงบประมาณรายจ่ายจากการใช้ระบบการจัดซื้อ จัดจ้างภาครัฐ ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ของส่วนราชการเขตพื้นที่สำนักงานคลังเขต5. [อินเทอร์เน็ต].2563 [เข้าถึงเมื่อ 26 กันยายน 2563];เข้าถึงได้จาก:https://library.cmu.ac.th/digital_collection/etheses/detail.php?id.
- 3.วนิดา นิมิตรพรชัย. ผลของการจัดซื้อและเวชภัณฑ์มีชีวะ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ในปี งบประมาณ พ.ศ. 2556-2557 เปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2558-2559 และ พ.ศ. 2560-2561. [อินเทอร์เน็ต].2561 [เข้าถึงเมื่อ 26 กันยายน 2563]; เข้าถึงได้จาก:<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/177691>.
- 4.สุกรจิต เหล่าร์คเดช. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จของการจัดซื้อจัดจ้างด้วยวิธีการประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์. [อินเทอร์เน็ต].2559 [เข้าถึงเมื่อ 26 กันยายน 2563]; เข้าถึงได้จาก: https://library.cmu.ac.th/digital_collection/etheses/.
- 5.อริวัฒน์ โยอาศรี.สารานุกรมเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ.กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.;2561.

การประเมินผลการนำยุทธศาสตร์การป้องกันมารดาเสียชีวิตไปสู่การปฏิบัติ ใน 4 อำเภอ จังหวัดปัตตานี

The Evaluation of Maternal Death Prevention Strategy Implementation in

4 Districts, Pattani Province

ปาริชาติ จิตชู¹, ซอพีเยห์ นิมา²

Parichat Jitsue¹, Sawpheeyah Nima²

(Received: February 12, 2021 ; Accepted: March 23, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลของการนำยุทธศาสตร์การป้องกันมารดาเสียชีวิตไปสู่การปฏิบัติใน 4 อำเภอ จังหวัดปัตตานี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 - เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 โดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลมี 3 กลุ่ม มีจำนวนทั้งสิ้น 199 ราย คือ 1. กลุ่มบุคลากรผู้รับงานอนามัยแม่และเด็ก จำนวน 129 ราย 2. กลุ่มเครือข่ายชุมชนในพื้นที่ จำนวน 25 ราย และ 3. กลุ่มคณะทำงานพัฒนาเครือข่ายระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ จำนวน 45 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ผลการดำเนินการนำยุทธศาสตร์การป้องกันมารดาเสียชีวิตไปสู่การปฏิบัติ 4 ยุทธศาสตร์ ในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก (4.01 ± 0.68) ส่วนความคิดเห็นต่อปัจจัย 6 ประการที่มีผลต่อการนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติอยู่ในระดับมากคือ มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย (3.54 ± 0.52) การสื่อสาร (3.87 ± 0.51) ลักษณะองค์การ (4.26 ± 0.53) และ ความตั้งใจของผู้ปฏิบัติ (3.87 ± 0.56) ส่วนด้านทรัพยากร (3.32 ± 0.69) และ เงื่อนไขเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง (3.47 ± 0.74) ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ทุกด้านยังมีการดำเนินงานแบบแยกส่วน ขาดการเชื่อมโยงระหว่างภาคส่วนอื่น ๆ เช่น ภาคประชาชน รวมทั้งขาดสร้างการมีส่วนร่วมที่ทั่วถึงในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ข้อเสนอแนะ ควรนำผลการวิเคราะห์ช่องว่างของการนำยุทธศาสตร์การป้องกันมารดาเสียชีวิตไปสู่การปฏิบัติที่มีอยู่ในระบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบันกับมาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้เพื่อนำไปสู่การกำหนดรูปแบบการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบทและภูมิทางสังคมในพื้นที่ในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: การประเมินผล, การนำนโยบายไปปฏิบัติ, มารดาเสียชีวิต

Abstract

This descriptive research aimed to evaluate the maternal mortality prevention strategy implementation in four districts, Pattani Province. Data were collected during December 2019 - May 2020 using questionnaires, interviews, and focus group discussions in 199 participants. These consisted of 129 maternal and child health workers, 25 members of community networks, and 45 members of District Maternal and Child Health Board. Data were separately analyzed into descriptive statistics and content analysis. The study revealed that the overall score levels for the maternal mortality prevention strategy implementation in 4 districts were excellence (4.01 ± 0.68). The opinions on 6 factors affecting the implementation of the strategy were at a high level: policy standards and objectives (3.54 ± 0.52), communication (3.87 ± 0.51), organizational characteristics (4.26 ± 0.53) and an intention (3.87 ± 0.56). While the resources (3.32 ± 0.69) and economic, social, and political conditions (3.47 ± 0.74) were moderate levels. However, all aspects were a lack of links between other sectors such as the public

¹ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

² อาจารย์สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

sector, as well as the lack of inclusive participation in the workforce. These findings could be suggested that the gap analysis of the maternal mortality prevention strategy should be incorporated into the existing systematic practice with established standards or goals. Thus, it could be contributed to generate the appropriate model in accordance with the sociological context of areas in the long run.

Keywords: Evaluation, Policy Implementation, Maternal Death

บทนำ

การเสียชีวิตของมารดา คือการเสียชีวิตของสตรีจากสาเหตุการตั้งครรภ์ คลอด ภายใน 42 วัน หลังสิ้นสุดการตั้งครรภ์ จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงจากการตั้งครรภ์และการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุหรือสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้อง (World Health Organization, 2012) ทั้งนี้การเสียชีวิตของมารดาสามารถบ่งบอกถึงสุขภาพโดยรวมของผู้หญิงโดยตรง การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และความเพียงพอของสถานบริการด้านสุขภาพ (สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุลและคณะ, 2551 – 2552) สถานการณ์มารดาเสียชีวิตโดยรวมของโลกมีแนวโน้มลดลงคือ จำนวนมารดาเสียชีวิตลดลงร้อยละ 44 ระหว่างปี พ.ศ.2533-2558 (World Health Organization Maternal mortality, 2016) สำหรับประเทศไทย พบว่าการเสียชีวิตของมารดามีแนวโน้มลดลง โดยในปีงบประมาณ 2559 – 2562 มีอัตราส่วนตามลำดับดังต่อไปนี้ 26.70 (121), 18.44 (112), 17.15 (102) และ 19.80 (110) ต่อการเกิดมีชีพแสนคนตามลำดับ (กรมอนามัย 2563) ส่วนเขตสุขภาพที่ 12 มีอัตราส่วนการเสียชีวิตของมารดาสูงกว่าเขตสุขภาพอื่นของประเทศและแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ปีงบประมาณ 2559 – 2562 คือ 57.38, 30.45, 36.71, และ 38.82 ต่อแสนการเกิดมีชีพตามลำดับ (กรมอนามัย, 2563) ทำนองเดียวกันกับ จังหวัดปัตตานี ในปีงบประมาณ 2559 – 2562 มีอัตราส่วนการตายของมารดา อยู่ที่ 47.05, 34.98, 44.43, และ 74.65 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ จากการวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของมารดา ในจังหวัดปัตตานี

พบว่าทุกรายเป็นหญิงตั้งครรภ์ คลอดที่เข้าสู่ระบบบริการแล้วทุกราย (อนามัยแม่และเด็ก ปัตตานี, 2562)

ในการดำเนินงานที่ผ่านมา จังหวัดปัตตานีได้มีการนำยุทธศาสตร์การป้องกันมารดาเสียชีวิตไปสู่การปฏิบัติโดยใช้แผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมพหุวัฒนธรรม และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตามบริบทพื้นที่ แต่อย่างไรก็ตาม ปัญหามารดาเสียชีวิตในจังหวัดปัตตานียังคงมีแนวโน้มที่สูงขึ้น และสูงเกินค่าเป้าหมาย ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2562 สูงเป็นอันดับหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 12 ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ จึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินผลของการนำยุทธศาสตร์การป้องกันมารดาเสียชีวิตไปสู่การปฏิบัติใน 4 อำเภอ จังหวัดปัตตานี เพื่อนำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินผลของการนำยุทธศาสตร์การป้องกันมารดาเสียชีวิตไปสู่การปฏิบัติใน 4 อำเภอ จังหวัดปัตตานี

วิธีการวิจัย

การประเมินผลการนำยุทธศาสตร์การป้องกันมารดาเสียชีวิตไปสู่การปฏิบัติใน 4 อำเภอ จังหวัดปัตตานี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ใช้ระเบียบวิธีแบบผสมผสาน (Mixed methods) ประกอบด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

พื้นที่ศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษา ใน 4 อำเภอจังหวัดปัตตานี ได้แก่ อำเภอหนองจิก อำเภอยะหริ่ง อำเภอยะรัง และอำเภอยะบรี เนื่องจากมีเกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่ดังนี้

1. อำเภอที่มีมรณาศาญชีวิตสูงสุด 2 อันดับแรกในจังหวัดปัตตานี ย้อนหลัง 5 ปีคืออำเภอหนองจิก และอำเภอยะหริ่ง

2. อำเภอที่ไม่มีมรณาศาญชีวิตในจังหวัดปัตตานี ปีงบประมาณ 2561 และมีจำนวนประชากรใกล้เคียงกับข้อ 1 คือ อำเภอยะรังและอำเภอสายบุรี

ประชากร และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้รับการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คือ เป็นผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ จำนวนทั้งสิ้น 199 ราย ดังนี้

1. กลุ่มบุคลากรผู้รับงานอนามัยแม่และเด็ก จำนวน 129 ราย
2. กลุ่มเครือข่ายชุมชนในพื้นที่ จำนวน 25 ราย
3. กลุ่มคณะทำงานพัฒนาเครือข่ายระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ จำนวน 45 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม จำแนกตามผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

1. แบบสอบถามสำหรับผู้ให้ข้อมูลกลุ่มบุคลากรผู้รับงานอนามัยแม่และเด็ก
2. แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ให้ข้อมูลกลุ่มเครือข่ายชุมชน
3. การสนทนากลุ่มสำหรับผู้ให้ข้อมูลคณะทำงานพัฒนาเครือข่ายระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็ก 4 อำเภอ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม ตรวจสอบหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามรายข้อกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการจะวัด (Index of Item-

objective congruence: IOC) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.67-1.00 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดปัตตานี ยกเว้นอำเภอเป้าหมาย จำนวน 30 ราย มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ตามวิธีของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นในส่วนความคิดเห็นของการนำนโยบายการดำเนินการนำยุทธศาสตร์การป้องกันมรณาศาญชีวิตลงสู่การปฏิบัติ 4 ด้าน เท่ากับ .901 และการนำยุทธศาสตร์การป้องกันมรณาศาญชีวิตไปสู่การปฏิบัติ จากปัจจัย 6 ด้าน เท่ากับ .89 และในภาพรวมเท่ากับ .89

2. แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ซึ่งมีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านงานวิจัยได้ค่า IOC (Index of item Objective Congruence) โดยแบบสอบถาม ได้ค่า IOC=0.74 และค่าความเชื่อมั่น = 0.75 โดย Try Out ในประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเชื่อมั่น = .74

3. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ซึ่งมีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านงานวิจัย ได้ค่า IOC (Index of item Objective Congruence) โดยแบบสอบถาม ได้ค่า IOC=0.64 และค่าความเชื่อมั่น = 0.78 โดย Try Out ในประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สภาพส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการเพื่อให้เลือกตอบวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ
2. การวัดผลของการแสดงความคิดเห็นการนำนโยบายการดำเนินการนำยุทธศาสตร์การป้องกันมรณาศาญชีวิตลงสู่การปฏิบัติ 4 ด้านและการนำ

ยุทธศาสตร์การป้องกันโรคติดเชื้อไปสู่การปฏิบัติ จากปัจจัย 6 ด้าน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยในการแปลความหมายค่าเฉลี่ย ได้ใช้เกณฑ์ดังนี้ ค่าเฉลี่ยความหมาย

3. การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ของวิจัยคุณภาพ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลแบบอุปนัย (Inductive analysis) คือสร้างข้อสรุปของข้อมูลจากสิ่งที่ปรากฏขึ้นจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม และนำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปแบบรายงานเชิงพรรณนาวิเคราะห์ (Descriptive Analysis)

สรุปและการอภิปรายผล

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (Informants)

ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 129 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศ

ชาย เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 98.5 มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.6 65.6 รองลงมา มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.0 ส่วนใหญ่มีอาชีพพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 85.3 รองลงมาเป็นสูติแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 9.8 ระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 86.0 รองลงมาเป็นระดับการศึกษาปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 14.0 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.2 รองลงมาอยู่ระหว่าง 11 - 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.7

ส่วนที่ 2 ผลของการนำยุทธศาสตร์การป้องกันโรคติดเชื้อไปสู่การปฏิบัติ

ผลการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นต่อการนำนโยบายการดำเนินการนำยุทธศาสตร์การป้องกันโรคติดเชื้อไปสู่การปฏิบัติ 4 ด้าน และการนำยุทธศาสตร์การป้องกันโรคติดเชื้อไปสู่การปฏิบัติจากปัจจัย 6 ด้าน ดังแสดงในตารางที่ 1-2 ดังนี้

ตาราง 1 ผลการดำเนินการนำยุทธศาสตร์การป้องกันโรคติดเชื้อไปสู่การปฏิบัติในปัจจุบันทั้ง 4 ยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์	$\bar{X}$	S.D	ระดับ ความคิดเห็น	ลำดับที่
1. พัฒนาระบบบริการเครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็กให้มี คุณภาพ โดยสหสาขาวิชาชีพ	4.24	0.61	มาก	2
2. พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะตามมาตรฐานวิชาชีพ	4.32	0.60	มาก	1
3. พัฒนาระบบบริหารจัดการเครือข่ายบริการงานอนามัยแม่และเด็กให้มีประสิทธิภาพ	3.67	0.71	มาก	4
4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กให้มีประสิทธิภาพ	3.83	0.80	มาก	3
ภาพรวม	4.01	0.68	มาก	

จากตาราง 1 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นเกี่ยวกับแผนการดำเนินการนำยุทธศาสตร์การป้องกันโรคติดเชื้อไปสู่การปฏิบัติในปัจจุบันทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ โดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก โดยมีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.01 ± 0.68 และเมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นที่เห็นด้วยมากในทุกยุทธศาสตร์ มีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.32 ± 0.60 , 4.24 ± 0.61 , 3.83 ± 0.80 และ 3.67 ± 0.71 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 การแสดงความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลการดำเนินการการนำยุทธศาสตร์การป้องกันมารดาเสียชีวิตไปสู่การปฏิบัติ

ปัจจัยที่มีผลการดำเนินการการนำยุทธศาสตร์การป้องกันมารดาเสียชีวิตไปสู่การปฏิบัติ	$\bar{X}$	S.D	ระดับความคิดเห็น	ลำดับที่
1. มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย	3.54	0.52	มาก	4
2. ทรัพยากร	3.32	0.69	ปานกลาง	6
3. การสื่อสารระหว่างองค์กรและกิจกรรมในการนำนโยบายไปปฏิบัติ	3.87	0.51	มาก	2
4. ลักษณะองค์การในการนำนโยบายไปปฏิบัติ	4.26	0.53	มาก	1
5. เงื่อนไขเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง	3.47	0.74	ปานกลาง	5
6. ความตั้งใจของผู้ปฏิบัติ	3.87	0.56	มาก	2
ภาพรวม	3.72	0.59	มาก	

จากตาราง 2 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลการดำเนินการการนำยุทธศาสตร์การป้องกันมารดาเสียชีวิตไปสู่การปฏิบัติ โดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก โดยมีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.72 ± 0.59 และเมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นที่เห็นด้วยมาก ได้แก่ปัจจัยที่ 4 ปัจจัยที่ 3 ปัจจัยที่ 6 และปัจจัยที่ 1 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.26 ± 0.53 , 3.87 ± 0.56 , 3.87 ± 0.51 และ 3.54 ± 0.52 ตามลำดับ ผู้ตอบแบบสอบถามมีค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นที่เห็นด้วยปานกลาง ได้แก่ปัจจัยที่ 5 และปัจจัยที่ 3 โดยมีค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.47 ± 0.47 และ 3.32 ± 0.69 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ผลของการนำยุทธศาสตร์การป้องกันมารดาเสียชีวิตไปสู่การปฏิบัติ

ด้านวัตถุประสงค์และมาตรฐานนโยบาย โดยก่อนการร่างยุทธศาสตร์มีการประชุมเพื่อร่วมวางแผนการเขียนแผนยุทธศาสตร์ โดยมีพี่เลี้ยงและวิทยากรมาให้ความรู้ในการเขียนแผน โดยแต่งตั้งคณะกรรมการ คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาเครือข่ายระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดปัตตานี (Maternal & Child

Safety) ซึ่งมีตัวแทนของคณะทำงานของแต่ละอำเภอร่วมเป็นคณะกรรมการและเมื่อได้แนวทางการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์จึงมีการเผยแพร่แนวทางสู่คณะทำงานระดับอำเภอต่อไป ในส่วนของคณะกรรมการระดับอำเภอได้รับการชี้แจงในการประชุมคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอและส่วนหนึ่งได้รับคำชี้แจงโดยตรงจากผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดโดยตรง

ด้านความเพียงพอของทรัพยากร มีงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอ มีความรู้ ความสามารถสอดคล้องกับลักษณะงานตามแนวทางปฏิบัติมีการกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก จำนวนบุคลากรกับปริมาณงานมีความสอดคล้องกันแต่มีการปรับเปลี่ยนสถานที่ทำงานบ่อย และภาระงานเอกสารจำนวนมาก ทำให้ขาดความต่อเนื่อง หน่วยงานภายนอก เช่น เทศบาล, อปท., อบต., ชุมชน หรือภาคเอกชน ยังขาดการสนับสนุนทรัพยากรเนื่องจากขาดการส่งข้อมูลคืนกลับให้แก่ชุมชน และขาดการประสานงาน

ด้านการสื่อสารระหว่างองค์กร และกิจกรรมในการนำนโยบายไปปฏิบัติ มีการมอบแนวทางการดำเนินการตามนโยบายยุทธศาสตร์ทั้งในรูปแบบของการประชุมชี้แจง การจัดทำคู่มือในการปฏิบัติ (CPG) มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่

ชัดเจน การแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามแนวทางกับผู้ร่วมงานมีแนวทางที่ชัดเจน แต่ยังขาดการคืนข้อมูลให้แก่เครือข่ายชุมชน **ด้านลักษณะองค์ การในการนำนโยบายไปปฏิบัติ** มีการประสานงานที่ดีอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีช่องทางในการประสานงานหลายช่องทางทั้งในโปรแกรมร่วมของเครือข่าย และระบบไลน์ แต่ทั้งนี้การจัดทำแนวทางตามยุทธศาสตร์ยังขาดการงานเสนอความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติ **ด้านเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง** อัตราการเสียชีวิตของมารดาจังหวัดปัตตานีได้กำหนดให้เป็นตัวชี้วัดของผู้บริหาร ผู้บริหารทั้งทางโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ ในทางกลับกันภาคประชาชนในชุมชนยังขาดการประสานงานและช่วยเหลือ เนื่องจากการขาดการประสานงานและคืนข้อมูล ให้แก่กลุ่มที่มีความสามารถดำเนินการให้เกิดการสนับสนุนการดำเนินงานจากแหล่งต่างๆ เช่น มัสยิด วัด โรงเรียน ได้หากมีการร้องขอและประสานความร่วมมือ **ด้านความตั้งใจของผู้ปฏิบัติ** ผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กมีความคิดเห็นว่ายุทธศาสตร์ป้องกันมารดาเสียชีวิตนี้ให้ประโยชน์และการแก้ไขมารดาเสียชีวิตได้อีกทั้งมีความตั้งใจในการปฏิบัติตามแนวทางยุทธศาสตร์เต็มที่แนวทางปฏิบัติของยุทธศาสตร์สามารถยึดหยุ่นได้เพื่อความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน การไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่เกิดขึ้นเกิดจากเจตคติส่วนบุคคลหรือการขาดความตระหนักจากภาระงานหรือจากการขาดประสบการณ์

การอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์การดำเนินการนำยุทธศาสตร์การป้องกันมารดาเสียชีวิตไปสู่การปฏิบัติในปัจจุบันทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ในภาพรวม พบว่า ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการนำไปสู่การพัฒนาในด้านต่างๆ ให้แก่

ทั้ง ผู้ปฏิบัติเอง และสาขาวิชาชีพที่จะมีส่วนร่วม รวมถึงเครือข่ายชุมชนที่มีบทบาทตามวิถีของพื้นที่

แม้ว่าการดำเนินการนำยุทธศาสตร์จะอยู่ในระดับมากทุกข้อ แต่ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ยุทธศาสตร์การพัฒนากระบวนการจัดการเครือข่ายบริการงานอนามัยแม่และเด็กให้มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการมอบหมายงานการเก็บตัวชี้วัดที่มากขึ้น และมีความซ้ำซ้อน เพิ่มภาระงานโดยเฉพาะการต้องลงข้อมูลในระบบต่างๆ ส่งผลให้การปฏิบัติงานมีความยุ่งยากและใช้เวลามากขึ้น

การแสดงความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลการดำเนินการการนำยุทธศาสตร์การป้องกันมารดาเสียชีวิตไปสู่การปฏิบัติในภาพรวม พบว่า ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการร่วมนำยุทธศาสตร์มีการประชุมเพื่อร่วมวางแผนการเขียนแผนยุทธศาสตร์ โดยมีพี่เลี้ยงและวิทยากรมาให้ความรู้ในการเขียนแผน ซึ่งมีตัวแทนของคณะทำงานของแต่ละอำเภอร่วมเป็นคณะกรรมการ

แม้ว่าความคิดเห็นปัจจัยที่มีผลการดำเนินการการนำยุทธศาสตร์การป้องกันมารดาเสียชีวิตไปสู่การปฏิบัติในภาพรวม อยู่ในระดับมาก แต่ปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดและอยู่ในระดับความคิดเห็นปานกลาง คือ ปัจจัยทรัพยากร อาทิ งบประมาณ คน วัสดุ อุปกรณ์ ซึ่งทรัพยากรถือเป็นปัจจัยในการขับเคลื่อนนโยบาย บุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรม เพิ่มความรู้ ได้รับการฝึกทักษะเพิ่มเติม จะสามารถนำพานโยบายให้ก้าวไปสู่ความสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ และหากมีการปรับเปลี่ยนสถานที่ทำงานบ่อย และภาระงานเอกสารจำนวนมาก จะทำให้ขาดความต่อเนื่อง และเกิดความเบื่อหน่ายในการปฏิบัติ อีกทั้งหน่วยงานภายนอก เช่น เทศบาล อปท. อบต. ชุมชน หรือภาคเอกชน ยังขาดการสนับสนุนและขาดการประสานงาน ด้านทรัพยากรเนื่องจากขาดการส่งข้อมูลคืนกลับ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ในการนำยุทธศาสตร์การป้องกันมรดาเสียชีวิตไปสู่การปฏิบัติกรณีศึกษา: 4 อำเภอ จังหวัดปัตตานี พบว่าการดำเนินงานยังมีลักษณะการทำงานแบบแยกส่วน ระหว่างภาครัฐและชุมชน ระหว่างหน่วยงานภาครัฐด้วยกันเอง ทั้งในด้านการกำหนดแนวทางต่างๆ ในการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ รวมถึงการมอบหมายหน้าที่ในการปฏิบัติงาน การโยกย้ายผู้ปฏิบัติ ขาดการเชื่อมโยงกับเครือข่าย โดยเฉพาะกับเครือข่ายชุมชน ข้อเสนอแนะนี้อาจช่วยให้หน่วยงานภาครัฐที่นำนโยบายไปปฏิบัติ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานไปปฏิบัติให้เกิดความสำเร็จ ดังนี้

1. ควรมีการปรึกษาหารือกันเปิดโอกาสให้ทุกคนที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการป้องกันมรดาเสียชีวิต ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาแนวทางลงสู่การปฏิบัติ

2. ส่งเสริมให้การทำแผนประจำปีเปิดโอกาสให้ทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคชุมชนเสนอแนวทางการปฏิบัติเข้ามาและจัดลำดับความสำคัญร่วมกับคณะทำงานเพื่อจัดทำแผนพัฒนา

3. สร้างระบบเครือข่ายการการป้องกันมรดาเสียชีวิตโดยใช้สาธารณสุขจังหวัดเป็นศูนย์กลางและนำเสนอข้อมูลย้อนกลับเพื่อร่วมกันค้นหาแนวทาง

4. เพิ่มอัตราบุคลากร เจ้าหน้าที่ให้มีความเหมาะสมกับการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ ตรงตามบริบทพื้นที่ และพิจารณาการปรับเปลี่ยนหน้าที่รับผิดชอบที่ไม่

ควรมีบ่อยเกินไปเพื่อลดการขาดช่วงการดำเนินงานหรือหากต้องมีการปรับเปลี่ยนหน้าที่รับผิดชอบควรจัดฝึกอบรมสัมมนาเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถพร้อมที่จะปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะต่อชุมชนท้องถิ่น

ผลการวิเคราะห์พบว่าส่วนหนึ่งการนำยุทธศาสตร์ลงสู่การปฏิบัติยังไม่สามารถดำเนินงานได้ตามแนวทางที่กำหนด ส่วนหนึ่งเกิดจากชุมชนยังขาดความตระหนักและการมีส่วนร่วมในปัญหา ยังมีความคิดความเชื่อที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพ ยังขาดการประสานงานกับภาครัฐในการร่วมหาแนวทางร่วมกัน ข้อเสนอแนะนี้อาจช่วยให้ชุมชนนำไปประยุกต์เพื่อใช้พัฒนาชุมชนเพื่อร่วมดูแลคนในชุมชนเองให้เกิดความสำเร็จ ดังนี้

1. พัฒนาความรู้ ความเชื่อ และสร้างความตระหนักในชุมชนให้มีความพร้อมในการร่วมดูแลสุขภาพและป้องกันการเสียชีวิตของมรดา รวมถึงสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

2. ข้อปฏิบัติและความเชื่อต่าง ๆ ในชุมชนควรที่จะดำรงไว้แต่ด้วยกาลเวลาที่เปลี่ยนไปมีความรู้ใหม่หรือแนวทางในการปฏิบัติตัวตามวิถีชุมชนที่เปลี่ยนไปจากเดิม ก็จำเป็นที่จะต้องมีการพูดคุยทำความเข้าใจหรือสร้างข้อตกลงในชุมชนขึ้นใหม่ แต่อย่างไรก็ดีก็ควรคงความเป็นวิถีชุมชนที่มีอยู่ในชุมชนที่เป็นไปตามบริบทโดยคำนึงถึงประโยชน์ทางด้านสุขภาพของคนในชุมชน

3. พัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา รวมถึงผู้มีอำนาจตัดสินใจในครอบครัว ในชุมชนให้เข้ามามีเรียนรู้และช่วยเหลือช่วยดูแลการปฏิบัติงานของภาครัฐ เพื่อให้การดำเนินงานสอดคล้องและมีเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ดังนั้นการนำแนวทางลงสู่การปฏิบัติอย่างยั่งยืนไม่ได้อยู่ที่ทางภาครัฐฝ่ายเดียวแต่อยู่ที่ทุกคนในชุมชน

จะต้องช่วยกันปฏิบัติตามแนวทางเพื่อป้องกันการเสียชีวิต

จริยธรรม

ของมารดา

ผ่านการดำเนินการวิจัยจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยและการนำไปใช้

และสัตว์ทดลอง สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ

การวิจัยครั้งนี้ อยู่ในระยะศึกษานำร่อง

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วันที่ 16 มกราคม 2563

(Preliminary study) ใน 4 อำเภอ จังหวัดปัตตานี ผล

หมายเลข EC 004/63

การศึกษาที่ได้นำไปสู่การปรับเปลี่ยนรูปแบบการนำ

กิตติกรรมประกาศ

ยุทธศาสตร์การป้องกันมารดาเสียชีวิตไปสู่การปฏิบัติ

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย

ภายในอำเภอนี้ การนำผลไปประยุกต์ใช้ในอำเภอรอื่น ๆ

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนวิจัย

จำเป็นต้องพิจารณาจากบริบทภูมิสังคมและวัฒนธรรม

เพื่อทำวิทยานิพนธ์

เป็นสำคัญ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2015**: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva ; 2015
2. สุรศักดิ์ ฐานิพนิชสกุลและคณะ การสำรวจเกี่ยวกับข้อมูล มารดาและทารกแรกคลอด. โครงการในแผนพัฒนา วิชาการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (จุฬาฯ ๑๐๐ ปี) 2551 – 2552
3. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษด้านสุขภาพ (Millennium Development Goals - MDGs) ฉบับที่ 3 2557. กรุงเทพมหานคร : บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด, 2557.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข “รายงานสถานการณ์การดำเนินงานรายเดือนระบบเฝ้าระวังการตายมารดาไทย”. 2560 – 2562)
5. กองการส่งเสริมสุขภาพ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี “รายงานสรุปการดำเนินงานงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดปัตตานี” 2562.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ข้อมูล HDC สาธารณสุขจังหวัดปัตตานี 2562.
7. กองแผนยุทธศาสตร์. กระทรวงสาธารณสุข แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2562
8. สำนักอนามัยเจริญพันธ์.กรมอนามัย.ตัวชี้วัด SDG 3.1. สืบค้นเมื่อ 17 ธันวาคม 2561 จาก <http://rhdata.anamai.moph.go.th/index.php/maternal/maternal12>
9. รายงานสถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข สืบค้นเมื่อ 17 ธันวาคม 2561 http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=216&template=1R2C&yeartype=M&subcatid=15
10. ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา สถานการณ์และแผนการลดการตายของมารดา เขตบริการสุขภาพที่ 12 2562.
11. ศิรินาถ ดงศิริ และคณะ (2561) ทฤษฎีและกรอบแนวคิดของการวิจัยเพื่อนำนโยบายสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติ: การวิจัยอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหากลยุทธ์การปฏิบัติตามนโยบายที่มีประสิทธิภาพ. วารสารวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2561.
12. กล้า ทองขาว 2548 นโยบายสาธารณะและการวางแผน. เอกสารการสอนชุดวิชาวิทยาการจัดการ(หน่วยที่ 5) นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
13. วรเดช จันทรศร 2554 ทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: พริกหวาน กราฟฟิค.
14. สมพร เพื่องจันทร์ 2552 นโยบายสาธารณะ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: บริษัท ออน อาร์คเคอรี่เอ็น จำกัด.
15. มยุรี อนุมานราชธน 2553 นโยบายสาธารณะ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : ธรรมกมลการพิมพ์.

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการอนุรักษ์แหล่งน้ำของผู้นำชุมชนในตำบลไค้่น อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ Opinions About Water Resource Conservation of Community Leaders in Khai Nun Sub-district, Huai Phueng District, Kalasin Province

ชัยรัช จันทน์สมุด¹, ชนินทร์ งามแสง²

Chaitach Jansamood¹, Chanin Ngamsang²

(Received: February 2 ,2021 ; Accepted: March 13 ,2021)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความหมายเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับการอนุรักษ์แหล่งน้ำ ที่มีเพศ อายุ การศึกษา และประสบการณ์ทำงานของผู้นำชุมชนตำบลไค้่น อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 42 คน โดยใช้วิธีแบบเจาะจง เก็บตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยใช้ t-test ผลการวิจัยพบว่า 1) ความคิดเห็นเกี่ยวกับการอนุรักษ์แหล่งน้ำของผู้นำชุมชนตำบลไค้่น อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วย 2) ผู้นำชุมชนตำบลไค้่น อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ทำงานต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการอนุรักษ์แหล่งน้ำไม่แตกต่างกัน ($P>0.05$)

คำสำคัญ : แหล่งน้ำ, การอนุรักษ์, ผู้นำชุมชน

Abstract

The purpose of this study was to study and compare opinions on water source conservation with sex, age, education and work experience of the community leaders of Kai Nun sub-district. Huai Phueng district Kalasin province, 42 people using specific method, sampling using questionnaire and analyze the data by using frequency, mean, standard deviation. The hypotheses were tested using t-test. The results of the research were as follows: 1) The opinions about water resource conservation of the community leaders of Kai Nun sub-district. Huai Phueng District Kalasin Overall, it was at the agreeing level. 2) The leader of the Khai Nun community. Huai Phueng District Kalasin Province with gender, age, education level And different work experience There are no differences in opinions regarding water resource conservation ($P> 0.05$).

Key words: Water Resource, Conservation, Community Leader

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

² ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าสีแก้ว ต.ไค้่น อ.ห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

ปัจจุบันมีความตื่นตัวโดยเฉพาะปัญหาเรื่องการบริหารทรัพยากรน้ำนับวันว่ามีความรุนแรงขึ้นทุกขณะจนส่งผลกระทบต่อคุณภาพของน้ำซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของมนุษย์ ดังนั้นจึงต้องค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาล้างน้ำดังกล่าวทั้งการป้องกันแก้ไขพัฒนา และอนุรักษ์แหล่งน้ำอย่างยั่งยืน อันจะเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาล้างน้ำที่ได้ผล ที่สำคัญที่สุดในการแก้ไขปัญหาล้างน้ำมีกลวิธีแตกต่างกันออกไปตามลักษณะของปัญหาในแต่ละท้องถิ่น ดังนั้นการที่จะแก้ปัญหามีความเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ผู้ที่มีบทบาทในการแก้ไขปัญหาคือ ประชาชนทุกคนในท้องถิ่น แต่อย่างไรก็ตามปัจจุบันมีการกระจายอำนาจการบริหารราชการแผ่นดินให้แก่ท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบ ซึ่งได้แก่องค์การบริหารส่วนตำบล หรือ อบต.

การบริหารจัดการน้ำตามแนวพระราชดำริ โดยเฉพาะปัญหาที่เกิดจากการขาดดุลการใช้ น้ำ ปริมาณน้ำที่ไม่สอดคล้องกับการอนุรักษ์แหล่งน้ำในธรรมชาติ การใช้ทรัพยากรน้ำของประชาชนในประเทศอย่างไม่ระมัดระวังขาดการใส่ใจและขาดการบริโภคอย่างมีคุณค่า การใช้ทรัพยากรน้ำไม่คุ้มค่าซึ่งแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ได้แบ่งปัญหาเกี่ยวกับน้ำได้ 3 ประการคือน้ำแล้ง น้ำท่วม และน้ำเสีย ซึ่งปัญหาน้ำดังกล่าวเกิดจากปัญหาในเรื่อง การอนุรักษ์แหล่งน้ำ ปริมาณน้ำฝน ปริมาณการเก็บสำรอง การเก็บกักน้ำทั้งแหล่งน้ำผิวดิน และแหล่งน้ำ ใต้ดินรวมทั้งคุณภาพน้ำที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ การบริหารจัดการน้ำที่ขาดข้อมูลข้อเท็จจริง การไม่ได้รับความร่วมมือจากประชาชน ผู้ใช้น้ำ (กรมชลประทาน. 2549)

ปัญหาน้ำแล้งในประเทศไทยเกิดจากสาเหตุไม่มีแหล่งน้ำรองรับน้ำฝนเพียงพอ การตัดไม้ทำลายป่า โดยเฉพาะป่าต้นน้ำลำธาร เพื่อนำพื้นที่ที่หักร้างลงไปใช้เป็นพื้นที่ทำการเกษตรเป็นที่อยู่อาศัย ถือกรรมสิทธิ์ครอบครองผิวดินในในประเทศไทยโดยเฉลี่ยมีปริมาณน้ำฝน 42 มิลลิเมตร แต่แหล่งน้ำสามารถเก็บกักน้ำได้เพียงร้อยละ 18-22 ของปริมาณน้ำฝน ซึ่งปริมาณฝนตกในระดับนี้จะเพียงพอต่อการเกษตร อุปโภคบริโภค แต่ในประเทศไทยยังประสบปัญหาภัยแล้งในบางพื้นที่

โดยเฉพาะในแถบจังหวัดทางภาคอีสาน สำหรับจังหวัดกาฬสินธุ์ก็ประสบปัญหาภัยแล้งคิดเป็นจำนวนพื้นที่ 1 ใน 5 ส่วนของพื้นที่ทั้งหมด ระบบนิเวศขาดความสมดุล ดินไม่ถูกทำลาย ทำให้ขาดแหล่งเก็บกักน้ำฝน น้ำฝนไหลเร็วเกินไป การดูดซึมลงพื้นดินได้น้อยลง ดินไม่เพียงพอเก็บน้ำฝนและชะลอการไหลของน้ำฝน ปริมาณสำรองน้ำใต้ผิวดินจึงมีน้อย นอกจากนี้ดินไม่ยังสร้างความชุ่มชื้นให้กับอากาศที่เอื้อต่อการเกิดเมฆฝน (กรมชลประทาน. 2549)

ปัญหาน้ำท่วมในบางปีมีปริมาณน้ำฝนมากกว่าปกติปัจจัยในการเก็บกักน้ำ โดยปกติปริมาณน้ำฝนเฉลี่ย 42 มิลลิเมตร แต่ในปี 2549 มีปริมาณน้ำฝนเฉลี่ย 101 มิลลิเมตร จึงทำให้เกิดน้ำท่วมจำนวน 47 จังหวัด ทำให้เกิดความเสียหายต่อระบบเศรษฐกิจ สังคมโดยเฉพาะภาคเกษตรได้รับผลกระทบจากน้ำท่วมและเป็นแหล่งรองรับน้ำการระบายน้ำจำนวนถึง 1.7 ล้านไร่ คิดเป็นมูลค่าความเสียหายโดยรวมถึง 17,000 ล้านบาท ซึ่งปกติปริมาณน้ำฝนที่รองรับและไม่สร้างความเสียหายเช่นปี 2549 ปริมาณน้ำฝนที่ไม่สร้างความเสียหายอยู่ที่ระดับ 70-80 มิลลิเมตร การแปรปรวน ของอากาศ สภาพโลกร้อนเนื่องจากมลพิษทางอุตสาหกรรม การลดพื้นที่สีเขียว การขยายตัวของประชากรและเขตอุตสาหกรรมซึ่งส่งผลทำให้เกิดน้ำท่วมโลกร้อนอันส่งผลต่อระบบนิเวศ ทำให้เกิดฝนตกผิดปกติหรือตกต้องตามฤดูกาล (กรมชลประทาน. 2549)

ปัญหาน้ำเสีย การขยายตัวของประชากร เขตอุตสาหกรรม การทำเกษตรแบบผิดวิธี ไม่ระมัดระวังสารเคมีตกค้าง ทำให้เกิดน้ำเสียจากการบริโภค ปัจจัยที่ทำให้เกิดน้ำเสีย มลพิษทางน้ำที่สำคัญคือมนุษย์ บริโภคแต่ไม่คำนึงถึงขบวนการบำบัดน้ำเสีย ไม่ใส่ใจต่อสภาพแวดล้อม สิ่งเหล่านี้ทำให้แหล่งน้ำได้รับผลกระทบทำให้เกิดน้ำเสียปล่อยลงสู่แหล่งน้ำธรรมชาติ จนทำให้ธรรมชาติไม่สามารถบำบัดน้ำเสีย ให้มีคุณภาพได้ทันกาล จนเกิดปริมาณน้ำเสียส่วนเกินไหลลงสู่แหล่งน้ำธรรมชาติ บางครั้งการอนุรักษ์แหล่งน้ำธรรมชาติยังไม่เพียงพอต่อปริมาณน้ำเสียที่ปล่อยออกมา (กรมโรงงานอุตสาหกรรม. 2548)

ในส่วนของตำบลไค้ญ่น อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีพื้นที่แหล่งน้ำชุมชน ทั้งได้รับประโยชน์และประสบปัญหาภัยธรรมชาติ เกิดน้ำท่วม ความเพียงพอต่อการบริโภค คุณภาพของแหล่งน้ำแห่งนี้ จึงเห็นคุณประโยชน์และควรแก่การอนุรักษ์ เพื่อส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน แต่ไม่เฉพาะแหล่งน้ำนี้เท่านั้น ในทำนองเดียวกันคุณค่าของแหล่งน้ำแห่งนี้ก็สมควรได้รับการเอาใจใส่ อนุรักษ์ให้เกิดประโยชน์และเพิ่มคุณภาพแหล่งน้ำ บริหารจัดการให้สมกับเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าต่อมวลมนุษยชาติได้ใช้ประโยชน์ใช้สอยต่อไป

ผู้นำชุมชนถือแนวทางตามเป้าหมายหลักของการบริหารราชการแผ่นดิน คือ เพื่อพัฒนาคนในตำบลหมู่บ้านให้มีความสุข มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ในโลกยุคใหม่ได้เป็นอย่างดี โดยไม่ทิ้งสภาพความเป็นวัฒนธรรมไทย นอกจากนี้ยังส่งเสริมสนับสนุนกิจกรรมท้องถิ่นเพื่อให้คนในตำบลหมู่บ้านได้รับการยกระดับคุณภาพชีวิตให้มีความอยู่ดี กินดี มีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่นในทุกๆ ด้าน รวมไปถึงการมีจิตสำนึกและความรับผิดชอบต่อสังคม ตลอดจนสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่น (กรมการปกครอง, 2539) ดังนั้น ปัญหาแหล่งน้ำ จึงจัดว่าเป็นปัญหาที่สำคัญและควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะปัญหาแหล่งน้ำซึ่งเกี่ยวข้องกับดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพของคนในชุมชนเป็นผลมาจากการนำแหล่งน้ำมาใช้เพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ ทำให้แหล่งน้ำเหล่านั้นเสื่อมโทรมลงอย่างรวดเร็ว การแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมควรเริ่มที่การปลูกฝังให้ประชาชนในท้องถิ่นมีจิตสำนึกที่ดีต่อการอนุรักษ์แหล่งน้ำ

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะนักวิชาการด้านสิ่งแวดล้อมในสถาบันอุดมศึกษาใกล้เคียงพื้นที่ตำบลไค้ญ่น อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการอนุรักษ์แหล่งน้ำของผู้นำชุมชนในตำบลไค้ญ่น อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์โดยผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาหาแนวทางการจัดการแหล่งน้ำในชุมชนได้อย่างเหมาะสมทั้งในปัจจุบันและในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการอนุรักษ์แหล่งน้ำของผู้นำชุมชนตำบลไค้ญ่น อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับการอนุรักษ์แหล่งน้ำของผู้นำชุมชนตำบลไค้ญ่น อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ทำงานต่างกัน

ขอบเขตของงานวิจัย

1. กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษา คือ กำนัน ผู้ช่วยกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ในตำบลไค้ญ่น อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 42 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)
2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ตัวแปรต้น คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ทำงาน ตัวแปรตามคือ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการอนุรักษ์แหล่งน้ำ
3. พื้นที่ในการศึกษา ได้แก่ ตำบลไค้ญ่น อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์
4. ระยะเวลาในวิจัยใช้เวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนกันยายน 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 (ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมโครงการวิจัย วันที่ 19 กันยายน 2563 เลขที่ KLS.REC.027-2562)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการอนุรักษ์แหล่งน้ำของผู้นำชุมชนตำบลไค้ญ่น อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยแบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 4 ข้อ

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการอนุรักษ์แหล่งน้ำ จำนวน 40 ข้อ

เกณฑ์การแปลความหมาย

ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีความคิดเห็นว่าเป็นด้วยอย่างยิ่ง

ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีความคิดเห็นว่าเป็นด้วย

ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีความคิดเห็น
ว่าไม่แน่ใจ

ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีความคิดเห็น
ว่าไม่เห็นด้วย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีความคิดเห็น
ว่าไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขอหนังสือรับรองและแนะนำตัวผู้วิจัยจาก
มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ถึงกำนันตำบลไค้โนน อำเภอยุ้ย
ผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อขอความร่วมมือในการตอบ
แบบสอบถามจากผู้นำชุมชนตำบลไค้โนน อำเภอยุ้ยผึ้ง
จังหวัดกาฬสินธุ์

2. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวของผู้วิจัย จาก
มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ พร้อมแบบสอบถามไปยังผู้นำ
ชุมชนตำบลไค้โนน อำเภอยุ้ยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ที่เป็น
กลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตกำนัน ในการแจก
แบบสอบถาม และผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมแบบสอบถาม
ดังกล่าวกลับด้วยตนเอง จนครบถ้วนทุกฉบับ

3. รวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดที่ได้รับคืน
ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามครบ
ทุกฉบับ

4. นำข้อมูลที่ได้ไปจัดกระทำและวิเคราะห์
ข้อมูลต่อไป

การจัดกระทำกับข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้
วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป
โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบถูกต้องของแบบสอบถาม จัดทำ
อยู่ 2 ครั้ง ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล และภายหลัง
การเก็บรวบรวมข้อมูลในภาคสนามแล้ว

2. เตรียมแบบสอบถามเพื่อลงรหัส โดยการให้
หมายเลขแบบสอบถาม

3. สร้างคู่มือลงรหัสเป็นการสร้างตัวเลขเพื่อ
เข้าไปแทนที่คำตอบที่บันทึกเป็นข้อความ

4. ลงรหัสคือการลงรหัสในแบบสอบถามแล้ว
ลอกลงในแบบฟอร์มลงรหัส

5. ตรวจสอบหาความสอดคล้องของตัวแปร
ตามรหัสต่างๆ

6. วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีทางสถิติด้วย
โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการอนุรักษ์
แหล่งน้ำของผู้นำชุมชน

1.1 ผู้นำชุมชนที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่
เป็นเพศชาย (ร้อยละ 64.80) มีอายุ 30 ปีขึ้นไป (ร้อยละ
74.15) มีระดับการศึกษาในระดับสูงกว่าประถมศึกษา
(ร้อยละ 61.30) และมีประสบการณ์ทำงานในหน้าที่ไม่
เกิน 4 ปี (ร้อยละ 68.81)

1.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการอนุรักษ์แหล่งน้ำ
ของผู้นำชุมชนตำบลไค้โนน อำเภอยุ้ยผึ้ง จังหวัด
กาฬสินธุ์ โดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วย ($\bar{X}=3.43$) เมื่อ
พิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็น
ด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 15 ข้อ โดยมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด
3 อันดับ ได้แก่ ควรมีการพัฒนาระบบชลประทานเพื่อกัก
น้ำไว้ใช้เพื่ออุปโภคบริโภค ($\bar{X}=4.57$) รองลงมาคือ
ภาชนะบรรจุขี้เถ้าแฉะที่ใช้หมดแล้วควรนำไปฝัง
($\bar{X}=4.53$) ไม่ควรทิ้งหรือล้างลงในแม่น้ำลำคลอง และ
แหล่งน้ำเป็นสมบัติส่วนร่วมจึงควรช่วยกันรักษา
($\bar{X}=4.51$) มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมีจำนวน
13 ข้อ มีความคิดเห็นอยู่ในระดับไม่เห็นด้วยมีจำนวน 6
ข้อ และมีความคิดเห็นอยู่ในระดับไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งมี
จำนวน 6 ข้อ โดยมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ เมื่อ
พ่นเห็นเพื่อนร่วมงานทิ้งขยะลงในร่องระบายน้ำท่านจะ
วางเฉยถือว่าเป็นเรื่องส่วนตัว ($\bar{X}=1.58$)

2. ผลการศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับ
การอนุรักษ์แหล่งน้ำของผู้นำชุมชน

2.1 ผู้นำชุมชนตำบลไค้โนน ที่มีเพศต่างกัน มี
ความคิดเห็นเกี่ยวกับการอนุรักษ์แหล่งน้ำ ไม่แตกต่างกัน
($p>.05$) (ตาราง 1)

2.2 ผู้นำชุมชนตำบลไค้โนน ที่มีอายุต่างกัน มี
ความคิดเห็นเกี่ยวกับการอนุรักษ์แหล่งน้ำ ไม่แตกต่างกัน
($p>.05$) (ตาราง 1)

2.3 ผู้นำชุมชนตำบลไค้โนน ที่มีระดับ
การศึกษาต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการอนุรักษ์แหล่ง
น้ำ ไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) (ตาราง 1)

2.4 ผู้นำชุมชนตำบลไค้ปูน ที่มีประสบการณ์ ไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) (ดังตาราง 1)
ทำงานต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการอนุรักษ์แหล่งน้ำ

ตาราง 1 ผลการศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับการอนุรักษ์แหล่งน้ำของผู้นำชุมชน

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
เพศ				
ชาย	3.30	0.106	0.636	0.537
หญิง	3.28	0.204		
อายุ				
ไม่เกิน 30 ปี	3.27	0.183	-0.451	0.651
30 ปีขึ้นไป	3.30	0.141		
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	3.30	0.147	0.346	0.749
สูงกว่าประถมศึกษา	3.28	0.169		
ประสบการณ์ทำงาน				
ไม่เกิน 4 ปี	3.28	0.125	-1.121	0.277
4 ปีขึ้นไป	3.34	0.204		

อภิปรายผล

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการอนุรักษ์แหล่งน้ำของผู้นำชุมชนตำบลไค้ปูน อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วย แสดงให้เห็นว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับการอนุรักษ์แหล่งน้ำของผู้นำชุมชนตำบลไค้ปูนมีความตระหนักต่อปัญหาแหล่งน้ำในเขตการบริหารท้องถิ่นของตนเองและมีความคิดเห็นในการที่จะอนุรักษ์แหล่งน้ำในท้องถิ่นให้ดีขึ้น เนื่องจากว่าผู้นำชุมชนทุกคนเป็นคนในท้องถิ่นเคยเห็นภาพของความอุดมสมบูรณ์ของแหล่งน้ำในอดีต และเห็นปัญหาแหล่งน้ำในปัจจุบัน จึงทำให้เกิดความคิดเห็นเกี่ยวกับการอนุรักษ์แหล่งน้ำในท้องถิ่นดังกล่าว อีกอย่างหนึ่งจะเห็นได้ว่าการป้องกัน การพัฒนา การฟื้นฟู การอนุรักษ์แหล่งน้ำเป็นนโยบายการบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่น ดังนั้น ผู้นำชุมชนตำบลไค้ปูนจึงมีความคุ้นเคยกับปัญหาแหล่งน้ำ และแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งปัจจุบันนโยบายเรื่องการบริหารจัดการบริหารแหล่งน้ำเป็นนโยบายเร่งด่วนที่ทางตำบลต้องดำเนินการเพื่อบรรเทาทุกข์ บำรุงสุขปัจจัยให้กับ

ประชาชนในท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพิศ พุทธศรี (2550) ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการอนุรักษ์แหล่งน้ำของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลนาสนุ่น อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับการอนุรักษ์แหล่งน้ำของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลนาสนุ่น อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วย

2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการอนุรักษ์แหล่งน้ำของผู้นำตำบลไค้ปูน อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าเมื่อจำแนกตาม เพศ อายุ การศึกษา ประสบการณ์ทำงาน แตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการอนุรักษ์แหล่งน้ำไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้นำชุมชนทุกคนเห็นว่าเรื่องการอนุรักษ์แหล่งน้ำเป็นเรื่องสำคัญสำหรับตำบลไค้ปูน ที่ต้องดูแลไว้ไม่ให้เสียหายเพราะไว้ใช้อุปโภคบริโภคตลอดจนไว้ใช้ในการเกษตร ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพิศ พุทธศรี (2550) ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการอนุรักษ์แหล่งน้ำของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลนาสนุ่น อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลนาสนุ่น อำเภอศรีเทพ

จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา และ ประสบการณ์ทำงานต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการ อนุรักษ์แหล่งน้ำไม่แตกต่างกัน ($P>0.05$) และสุริยา แก้ว นารายณ์ (2548) ศึกษาบทบาทด้านสิ่งแวดล้อมของคณะ ผู้บริหารและสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล ใน จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า คณะผู้บริหารและสมาชิกสภา องค์การบริหารส่วนตำบลที่มีระดับการศึกษา ระยะเวลา ในการดำรงตำแหน่งความรู้ด้านสิ่งแวดล้อม การรับรู้ บทบาทด้านสิ่งแวดล้อม และการให้คุณค่าแก่สิ่งแวดล้อม แตกต่างกัน มีบทบาทด้านสิ่งแวดล้อมไม่แตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จสมบูรณ์ลุล่วงไปด้วยดีด้วย ความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วย ศาสตราจารย์ ดร.บรรยงค์ อินทร์ม่วง คณบดีคณะ สิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาสารคาม รองศาสตราจารย์ ดร.ประยูร วงศ์จันทร์หา ประธานสาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา คณะสิ่งแวดล้อมและ

ทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ดร.ลำพูน เสนาวัง ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัด กาฬสินธุ์ ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา ตำแหน่ง นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กาฬสินธุ์ และดร.สุภศักดิ์ เมืองพรหม ตำแหน่ง ผู้ช่วย สาธารณสุขอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ที่กรุณาเป็น ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยขอขอบคุณไว้ ณ ที่นี้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรกำหนดนโยบายในการแก้ไขปัญหาแหล่ง น้ำที่ชัดเจน
2. ควรจัดฝึกอบรมเกี่ยวกับการอนุรักษ์ สิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการอนุรักษ์แหล่งน้ำให้กับผู้นำ ชุมชนตำบลไค้โน้น เพื่อนำไปวางแผนในการจัดการ ทรัพยากรแหล่งน้ำในหมู่บ้านของตนเอง
3. ควรนำผลการวิจัยที่ได้ไปประชาสัมพันธ์ให้กับ ผู้นำชุมชนตำบลไค้โน้นได้ทราบ

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมการปกครอง. กฎหมายที่เกี่ยวกับการบริหารของหน่วยบริหารราชการส่วนท้องถิ่น. กระทรวงมหาดไทย.กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ส่วน ท้องถิ่น, 2539 ก.. คู่มือพนักงานส่วนตำบล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ส่วนท้องถิ่น, 2539 ข.
- 2.กรมโรงงานอุตสาหกรรม. รายงานประจำปี 2547. กรุงเทพฯ : กรมโรงงานอุตสาหกรรม, 2548.
- กรมชลประทาน. 100 ปี กรมชลประทาน : ร้อยตำนานพระบารมี. กรุงเทพฯ : กรมชลประทาน, 2549.
- 3.พิศ พุทศรี. การศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการอนุรักษ์แหล่งน้ำของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลนาสนุ่น อำเภอศรีเทพ จังหวัด เพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2550.
- 4.สุริยา แก้วนารายณ์. บทบาทด้านสิ่งแวดล้อมของคณะผู้บริหารและสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. นครปฐม : มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม, 2548.

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Alcohol Drinking Behavior of Upper Secondary School Students in

Namon District, Kalasin Province

ชัยรัช จันทร์สมุด¹, ชินกรณ แก้วรักษา², ธนุศิลป์ ก้วนามน³Chaitach Jansamood¹, Chinnakorn Kaewraksa², Tanoosil Kuanamon³

(Received: February 2, 2021 ; Accepted: March 13, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาความคิดเห็นของนักเรียนเกี่ยวกับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รวมทั้งศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยศึกษาจาก กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 212 คน ใช้วิธีคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง โดยใช้แบบสอบถามและแบบทดสอบ และวิเคราะห์ข้อมูลหา ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษา พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 75.84) และมีส่วนน้อยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 24.16) โดยรวมนักเรียนไม่เห็นด้วยในระดับมากเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยนักเรียนมีความคิดเห็นเกี่ยวกับโทษของการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในระดับเห็นด้วยมาก โดยเรียงลำดับคะแนนเฉลี่ย 3 อันดับแรกคือ การดื่มนำไปสู่การทะเลาะวิวาท เกิดผลเสียต่อการเรียน และผู้หญิงไม่เหมาะสมที่จะดื่ม ในข้อที่ไม่เห็นด้วยในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3 อันดับแรกคือ ไม่เห็นด้วยที่ผู้หญิงดื่มสุราเป็นคนทันสมัย น่าสนใจวัยรุ่นสมัยใหม่ต้องดื่มสุรา และการดื่มสุราทำให้ดึงดูดเพศตรงข้าม ส่วนความคิดเห็นของนักเรียน ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด คือการดื่มทำให้สิ้นเปลืองเงินทอง การดื่มทำให้ร่างกายเสื่อมโทรมและแก่เร็ว

คำสำคัญ : พฤติกรรม, เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

Abstract

The purpose of this research was to study alcohol drinking behavior of upper secondary school students in Namon District, Kalasin Province. There was a risk to study the students' opinions about alcoholic beverages, drink alcoholic beverages by studying from a sample group of students. The number of 212 samples used by testing and data analysis and analysis of the study data showed that most students do not drink alcoholic beverages (75.84%) and a few drink alcohol (24.16%) overall, students disagreed at a high level with regard to alcoholic beverages, with students having opinions about the harmful effects of alcohol drinking at a very agreed level, in the order of the top 3 accumulated points, drinking leads to contention, students and women who are not suitable to drink on the proposal do not agree at a high level. The top 3 reward points disagree. Interestingly, teenagers who have to drink alcohol and binge drinking make the students' opinions at the most agreeable level of drinking, saving money.

Key words: Behavior, Alcohol, Secondary School Students

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

² ผู้อำนวยการโรงเรียนมอสรณังพิทยาสรรพ์ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

³ รองผู้อำนวยการโรงเรียนสมเด็จพระพิทยาคม อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

เครื่องดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์ที่หลายคนรู้จักและคุ้นเคย นิยมดื่มนานทั่วโลก ไม่ว่าจะเป็นกระแสบียร์ ไวน์ สุรากลั่น เบียร์ วิสกี้ เป็นต้น จัดเป็นเครื่องดื่มที่ทำหน้าที่สนองความต้องการของมนุษย์ผลรวมที่เกิดขึ้นมีทั้งประโยชน์และโทษ มีงานวิจัยหลายชิ้นระบุว่า การดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์ในระดับพอประมาณ มีผลดีต่อสุขภาพหลายประการ เช่น ช่วยป้องกันโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจ และทำให้อายุยืนขึ้น งานวิจัยหลายชิ้นทั้งในยุโรป และสหรัฐอเมริกา ระบุว่า การดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์เพียงเล็กน้อย กับการไม่ดื่มเลย ไม่มีผลแตกต่างกันทางด้านสุขภาพที่เด่นชัด (นิรุจน์ อุทธาและคณะ. 2548)

เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เมื่อดื่มไปนานๆ จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ เมื่อแอลกอฮอล์ผ่านช่องปากและลำคอ จะเกิดการระคายเคือง ที่ปากดื่มเรียกว่า “เหล้าบาดคอ”ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ส่งผลให้ผิวหนังเปลี่ยนไป หลอดเลือดที่ขยายตัวจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ จะทำให้ผู้ดื่มหน้าแดง ตัวแดง ในทางตรงข้ามผู้ดื่มบางรายอาจมีอาการเส้นเลือดหดตัว ทำให้หน้าซีด ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตมากกว่า แอลกอฮอล์มีพิษโดยตรงต่อสมอง ทำให้สมองขยายตัวเกิดอาการเรียกว่า “สมองบวม” นานเข้าจะเกิดการสูญเสียของเหลวในเซลล์สมอง เซลล์สมองจะลีบเหี่ยว เสื่อมและตาย แอลกอฮอล์ทำให้หัวใจวาย เป็นโรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ เป็นโรคตับแข็ง ก่อให้เกิดโรคจิต ประสาทหลอน โรคซึมเศร้า ไอลิวลดเพราะดื่มหนัก (นิรุจน์ อุทธา และคณะ. 2548)

สังคมไทยวันนี้ มีคนดื่มน้ำมาามากมายเต็มประเทศ ผลจากการดื่มก็สร้างปัญหาสังคมตามมานับไม่ถ้วน นับตั้งแต่ การเสียเงินทอง เสียสุขภาพ เสียความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว เสียเพื่อน เสียพ่อแม่ เสียอนาคต เสียตัว เสียชีวิต เสียงบประมาณของประเทศชาติ เป็นต้น ซึ่งแต่ละปีเงินที่ต้องสูญเสียไปทั้งค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยและเกิดอุบัติเหตุ มีมูลค่ามหาศาลหลายแสนล้านบาท ลองคำนวณดูว่าเงินจำนวนมากมายขนาดนี้ จะทำให้เจ้าของบริษัทเหล้าร่ำรวยขนาดไหน หรือ

ตรงกันข้าม ถ้ารัฐสามารถประหยัดเงิน ในส่วนที่ไม่ควร จะเสียนี้ได้ แล้วนำไปพัฒนาประเทศ คนไทยคงจะมีความสุขมากกว่านี้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2549)

ปัจจุบันเห็นได้ว่า เครื่องดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์เป็นสื่อทางสังคมอย่างหนึ่ง ในการใช้แสดงความยินดี แสดงความสำเร็จหรือการพบปะสังสรรค์ โดยเห็นจากงานเลี้ยงต่างๆ จากการศึกษาของเชอร์ลีและคณะ (Cherly and others. 1996) พบว่า นักเรียน มัธยมปีที่ 3-6 ของสหรัฐอเมริกา จำนวน 7,846 คน มีการใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในการฉลองหลังการแข่งขันกีฬา

จากปัญหาข้างต้น การดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์จัดเป็นปัญหาสำคัญ เพราะส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดื่มแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติมากมาย โดยเฉพาะวัยรุ่นชายซึ่งเป็นกำลังสำคัญของประเทศในอนาคต พบว่ามีอุบัติการณ์สูงกว่าวัยรุ่นอื่น และมีแนวโน้ม ที่จะดื่มต่อไปในอนาคต จึงจำเป็นต้องหาแนวทางที่จะต้องเร่งแก้ไข ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาพฤติกรรม การดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการหามาตรการป้องกันและแก้ไขในกลุ่มนักเรียนที่ยังไม่ดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์ไม่หันไปดื่ม ส่วนผู้ที่ดื่มอยู่ ทุกหน่วยงานและชุมชนก็หามาตรการหรือการจูงใจให้ดื่มน้อยลงหรือยกเลิกการดื่ม เพื่อสุขภาพและอนาคตที่ดีของนักเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย (ช่วงชั้นที่ 4) อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรม การดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์ของนักเรียนชายและนักเรียนหญิง
3. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรม การดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์ของนักเรียนที่มีผลการเรียนต่างกัน

4. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนักเรียนที่มีความรู้เกี่ยวกับโทษของเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ต่างกัน

ขอบเขตของงานวิจัย

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย (ช่วงชั้นที่ 4) ที่กำลังศึกษาอยู่ ระหว่างปีการศึกษา 2562 ในอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 2 โรงเรียน จำนวน 212 คน

2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรต้น คือ เพศ ผลการเรียนรู้ และความรู้เกี่ยวกับโทษของการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ตัวแปรตามคือ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

3. พื้นที่ที่ทำการศึกษา คือ โรงเรียนระดับมัธยมศึกษา อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 2 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนนามนพิทยาคม และโรงเรียนมอสวนจึงพิทยาสรรพ์

4. ระยะเวลาในวิจัยใช้เวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนกันยายน 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 (ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมโครงการวิจัย วันที่ 19 กันยายน 2563 เลขที่ KLS.REC.026-2562)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามและแบบทดสอบที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น มี 3 ตอน โดยมีลักษณะดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษา ผลการเรียนรู้ นักเรียนอาศัยอยู่กับใคร สถานภาพสมรสของบิดามารดา ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา อาชีพผู้ปกครอง ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน บุคคลที่เป็นที่ปรึกษาเมื่อทุกข์ใจ งานอดิเรก จำนวนเพื่อนสนิท ประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อายุที่เริ่มดื่มครั้งแรก เครื่องดื่มชนิดแรก สาเหตุที่ดื่มในครั้งแรก เครื่องดื่มที่ชอบในปัจจุบัน สาเหตุที่ยังดื่มอยู่ในปัจจุบัน ดื่มบ่อยเพียงไร ปริมาณที่ดื่มในแต่ละครั้ง ดื่มกับใคร โอกาสในการดื่ม ใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วยหรือไม่ ดื่มมานานเพียงไร หลังดื่มขับขี้ปาทะหรือไม่ เคยเกิด

อุบัติเหตุหรือไม่ ทะเลาะวิวาทหรือไม่ มีอาการผิดปกติทางร่างกายหรือไม่ อย่างไร จำนวน 28 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับโทษของการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นแบบให้เลือกตอบ ถูกหรือผิด จำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน เมื่อได้ค่าคะแนนแล้วรวมคะแนน นำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์ ซึ่งเป็นมาตรฐานแบบสัดส่วนร้อยละ 40 ร้อยละ 35 ร้อยละ 25 (โกศล มีคุณ. 2545) โดยมีเกณฑ์แปลความหมายดังนี้

คะแนนระหว่าง 16-20 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง

คะแนนระหว่าง 9-15 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 8-ต่ำกว่า หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำนวน 20 ข้อ ซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการศึกษาคำরা และจากเครื่องมืองานวิจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์จากแบบวัดทัศนคติของลิเคิร์ท (Likert Scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่น่าใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เมื่อได้ค่าคะแนนความคิดเห็นแล้ว รวมคะแนนหาค่าเฉลี่ย นำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์ ซึ่งเป็นแบบมาตรฐานส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยใช้เกณฑ์การแปลความหมาย (บุญชม ศรีสะอาด. 2545) ดังนี้

เกณฑ์การแปลความหมาย

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 มีความคิดเห็นในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 มีความคิดเห็นในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 มีความคิดเห็นในระดับ

ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 มีความคิดเห็นในระดับ

น้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 มีความคิดเห็นในระดับ

น้อยที่สุด

การจัดกระทำกับข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลและความถูกต้องแล้วดำเนินการลงรหัส แล้วบันทึกข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ จากนั้นจึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อสามารถตอบคำถามการศึกษาตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้

2. คณะผู้วิจัยดำเนินการเรียบเรียงและสรุปผลการศึกษา

3. คณะผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นแก่ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อรับฟังการวิพากษ์และ แสดงความคิดเห็นที่มีต่อผลการศึกษา แล้วนำไปเป็นข้อมูลเพื่อสังเคราะห์ เสนอแนะให้เป็นประโยชน์ แก่ผู้ที่นำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

ผลการวิจัย

1. ความคิดเห็นเกี่ยวกับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย (ช่วงชั้นที่ 4) อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 นักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.0) นักเรียนทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 16.9 ปี ครึ่งหนึ่งของนักเรียนมีผลการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.3) นักเรียนส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา (ร้อยละ 76.2) บิดามารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 80.3) และอยู่ด้วยกันอย่างมีความสุข (ร้อยละ 64.6) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 60.3) รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 24.5) นักเรียนได้รับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยประมาณเดือนละ 960 บาท/เดือน โดยส่วนใหญ่ระบุว่าค่าใช้จ่ายที่ได้รับมานั้นเพียงพอ กับค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน (ร้อยละ 81.7) เมื่อไม่สบายใจ หรือต้องการความช่วยเหลือ นักเรียนส่วนใหญ่ปรึกษา มารดา (ร้อยละ 44.2) รองลงมาคือเพื่อน (ร้อยละ 23.5) ที่ น่าเป็นห่วงคือนักเรียนที่ไม่ไว้วางใจใครเลย (ร้อยละ 0.2) ส่วนกิจกรรมนอกเหนือเวลาเรียนนั้น นักเรียนสนใจในการเล่นกีฬา (ร้อยละ 52.0) รองลงมาคือดูทีวี ฟังเพลง (ร้อยละ 23.7) นักเรียนบางส่วนใช้เวลาว่างปลูกต้นไม้ (ร้อยละ 0.5)

1.2 นักเรียน ส่วนใหญ่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 57.7) มีนักเรียนส่วนน้อยที่ต้องการ

เลิกดื่มแต่ต้องกลับมาดื่มใหม่ (ร้อยละ 1.0) ทั้งนี้มีนักเรียนที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์รวมทั้งหมด 56 คน คิดเป็น ร้อยละ 26.3 ของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง

1.3 นักเรียนชายส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 58.4) เริ่มดื่มครั้งแรก อายุ 9 ปี ส่วนใหญ่ นักเรียนอายุ 18 ปี ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 33.8) รองลงมาคือ อายุ 17 ปี (ร้อยละ 31.4) นักเรียนมีผลการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.3) นิยมดื่มเบียร์ (ร้อยละ 56.2) ดื่มครั้งแรกเนื่องจากอยากลอง (ร้อยละ 41.2) เพื่อนชวนจึงดื่ม (ร้อยละ 25.8) มักดื่มเฉพาะงานเลี้ยงสังสรรค์ระหว่างเพื่อน (ร้อยละ 53.0) แต่มีนักเรียนที่ดื่มทุกวันร้อยละ 8.9 ในแต่ละครั้งที่ดื่มมักดื่มมากกว่า 2 ขวด (ร้อยละ 48.1) นิยมดื่มกับเพื่อน (ร้อยละ 68.7) ในระหว่างการดื่มส่วนใหญ่ไม่ใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย (ร้อยละ 59.4) มีบางคนสูบบุหรี่ (ร้อยละ 29.6) และยังมีส่วนหนึ่งที่ใช้น้ำหรือร่วมกับกัญชา (ร้อยละ 8.9) ส่วนใหญ่ดื่มมานานมากกว่า 2 ปี (ร้อยละ 38.1) รองลงมา 1-2 ปี (ร้อยละ 35.6) หลังการดื่มแล้วขับรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 49.3) เกิดอุบัติเหตุ (ร้อยละ 21.5) ก่อการทะเลาะวิวาท (ร้อยละ 25.1) มีอาการผิดปกติทางร่างกาย (ร้อยละ 67.3)

1.4 ภายหลังดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์แล้ว นักเรียนมีอาการผิดปกติ ทางร่างกาย อาการส่วนใหญ่จะปวดศีรษะ (ร้อยละ 40.0) รองลงมาคือ คลื่นไส้อาเจียน (ร้อยละ 30.0)

1.5 โดยรวมนักเรียนไม่เห็นด้วยในระดับมากกับการดื่มสุรา โดยเฉพาะ ข้อที่ผู้หญิงดื่มสุราเป็นคนทันสมัย น่าสนใจวัยรุ่นสมัยใหม่ต้องดื่มสุรา และการดื่มสุราทำให้ดึงดูดเพศตรงข้าม ส่วนข้อที่นักเรียนเห็นด้วยมากที่สุด มี 2 ข้อคือ การดื่มสุราทำให้สิ้นเปลืองเงินทอง และทำให้ร่างกายเสื่อมโทรมแก่เร็ว และข้อที่ไม่เห็นด้วยระดับปานกลาง จำนวน 3 ข้อ คือ งานเลี้ยงใด ไม่มีสุรา ไม่สนุก การดื่มสุราเป็นเรื่องปกติของวัยรุ่น และการดื่มสุราเป็นธรรมชาติของชาวไทย

2. นักเรียนชายดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์แตกต่างจากนักเรียนหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05 โดยมีสัดส่วนของนักเรียนชายดื่มน้ำมากกว่า สัดส่วนนักเรียนหญิง

3. นักเรียนที่มีผลการเรียนต่างกัน มีพฤติกรรมการ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 โดยที่สัดส่วนของนักเรียนที่มีผลการ เรียนต่ำดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากกว่ากลุ่มอื่น

4. นักเรียนที่มีความรู้เกี่ยวกับโทษของเครื่องดื่มที่ มีแอลกอฮอล์ต่างกัน มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่สัดส่วนของนักเรียนที่มีความรู้เกี่ยวกับโทษของ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระดับต่ำดื่มน้ำมากกว่ากลุ่มอื่น และสัดส่วนของนักเรียนที่มีผลการเรียนปานกลางดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์น้อยกว่ากลุ่มอื่น

อภิปรายผล

1. นักเรียนเห็นด้วยในระดับมากเกี่ยวกับโทษของ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อาจเนื่องจาก การรณรงค์ของ หน่วยงานราชการต่างๆ เช่น หน่วยงานสาธารณสุข โรงเรียน องค์กรเอกชน มีโครงการมากมายที่ลดการดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น โครงการงดเหล้าเข้าพรรษา โครงการลด ละ เลิก เหล้าเพื่อพ่อหลวงฯ นอกจากนี้ รัฐบาลยังควบคุมการจำหน่ายสุราให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี โดยมีสำนักงานคุ้มครองผู้บริโภคเป็นผู้ดูแล ร่วมกับ ตำรวจ โรงพยาบาลและหน่วยงานสาธารณสุข ในการ ติดตามร้านค้าที่จำหน่ายสุรา นอกจากนี้ สื่อวิทยุ โทรทัศน์ และสิ่งพิมพ์อื่นๆ ก็มีการโฆษณาเป็นช่วงเวลา และ ไม่ เน้นให้เห็นเครื่องดื่ม ที่ชัดเจน ให้เห็นเพียงชื่อเท่านั้น ซึ่ง กิจกรรมที่รณรงค์นี้ อาจทำให้นักเรียนเห็นถึงโทษของการ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระดับมาก ในข้อการดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์นำไปสู่การทะเลาะวิวาท ซึ่ง สอดคล้องกับการรายงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (2549) ผลจากการดื่มทำให้เสียเงิน ทอง เสียสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิรุจน์ อุทธา และคณะ (2548) เมื่อดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ไปนานๆ จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ

2. การที่สัดส่วนนักเรียนชายดื่มน้ำดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์มากกว่าสัดส่วนนักเรียนหญิง อาจเนื่องจาก

นักเรียนชายส่วนมากชอบการแสดงออก ชอบการแข่งขัน และชอบการเสี่ยงต่างๆ มากกว่านักเรียนหญิง แล้วยังเชื่อ ว่าการดื่มสุรา จะทำให้ดูเหมือนว่าเป็นคนเก่ง คนกล้า นอกจากนี้สังคมส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้นักเรียนหญิง ไม่ กล้าดื่ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา วงศ์วาน (2548) พบว่า นักเรียนชายมีโอกาสเสี่ยงที่จะดื่มเครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์สูงกว่านักเรียนหญิง 1.58 เท่า นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ นิรุจน์ อุทธาและคณะ (2548) พบว่าเยาวชนชายดื่มน้ำดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อย ละ 32.7 ส่วนเยาวชนหญิงดื่มน้ำ ร้อยละ 15.9 และสอดคล้อง กับการศึกษาของ ฑู (Qu. 2006) พบว่า การดื่มเครื่องดื่มที่ มีแอลกอฮอล์เป็นเรื่องธรรมดาของวัยรุ่นชาย

3. การที่สัดส่วนของนักเรียนที่มีผลการเรียนต่ำดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากกว่านักเรียนที่มีผลการเรียน สูงกว่า อาจเนื่องจาก นักเรียนที่มีผลการเรียนต่ำต้องการ การแสดงออกในลักษณะใดลักษณะหนึ่งที่เรียกร้องความ สนใจ และหรือต้องการได้รับการยอมรับจากเพื่อน นักเรียนหรือคนทั่วไป โดยเชื่อว่าการดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์เป็นทางเลือกหนึ่งที่เสริมบุคลิกภาพ ทำให้คน อื่นรู้จักตนเองมากยิ่งขึ้น ทดแทนการที่มีผลการเรียนต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภา ชัยประเสริฐ (2550) พบว่า นักเรียนที่มีผลการเรียนต่ำดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์มากกว่านักเรียนที่มีผลการเรียนสูงกว่า อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. การที่มีสัดส่วนของนักเรียนที่มีความรู้เกี่ยวกับ โทษของเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ระดับต่ำ ดื่มน้ำมากกว่า นักเรียนที่มีความรู้ดังกล่าวในระดับสูงกว่า อาจเนื่องจาก นักเรียนกลุ่มนี้ส่วนมากมีผลการเรียนต่ำ ชอบรับรู้สิ่งต่างๆ ผ่านทางสื่อมากกว่าผ่านการเรียนหรือเอกสารทาง ราชการ ประกอบกับรับรู้ว่ามีโฆษณาการดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และเห็นคนทั่วไปดื่ม จึงมีความ เข้าใจและเชื่อว่า เครื่องดื่มดังกล่าวเป็นสิ่งที่ทุกคนดื่มได้ ทำให้มีเพื่อน เกิดความสนุกสนาน คลายเครียด ฯลฯ จึงมี ส่วน ทำให้ นักเรียนกลุ่มดังกล่าวดื่มน้ำดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์มากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของสุภา ชัยประเสริฐ (2550) พบว่านักเรียนที่มีความรู้

เกี่ยวกับโทษของเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระดับต่ำ คืมี
เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากกว่านักเรียนที่มีความรู้
ดังกล่าวในระดับสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จสมบูรณ์ลุล่วงไปด้วยดีด้วย
ความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วย
ศาสตราจารย์ ดร.บรรยงค์ อินทร์ม่วง คณบดีคณะ
สิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม รองศาสตราจารย์ ดร.ประยูร วงศ์จันทร์
ประธานสาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา คณะสิ่งแวดล้อมและ
ทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ดร.ลำพูน
เสนาวิ้ง ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัด
กาฬสินธุ์ ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา ตำแหน่ง นักวิชาการ
สาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
กาฬสินธุ์ และดร.สุกศักดิ์ เมืองพรหม ตำแหน่ง ผู้ช่วย
สาธารณสุขอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ที่กรุณาเป็น
ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
ผู้วิจัยขอขอบคุณไว้ ณ ที่นี้

ข้อเสนอแนะ

1. โรงเรียนควรมีการให้ความรู้ในเรื่องโทษและ
พิษภัย อันตรายของสิ่งเสพติดชนิดต่างๆ อย่างจริงจังและ
ต่อเนื่อง สถาบันการศึกษาควรมีการสอดส่องดูแลความ
ผิดปกติของพฤติกรรมนักเรียน เพื่อหาแนวทางป้องกัน
ไม่ให้นักเรียนเกี่ยวข้องกับยาเสพติดควรจัดให้มี “กลุ่ม
เพื่อนช่วยเพื่อน” ในโรงเรียนและในชุมชน
2. ในสถาบันครอบครัวควรเน้นย้ำให้คนใน
ครอบครัวให้เห็นความสำคัญในการดูแลบุตรหลาน
โดยเฉพาะการเป็นตัวอย่างที่ดีในการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มี
แอลกอฮอล์
3. ในชุมชนควรปลูกฝังเจตคติที่ถูกต้องในการไม่
ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ให้กับเด็กตั้งแต่เล็กอย่าง
ต่อเนื่อง ทั้งในสถานศึกษาและนอกสถานศึกษา ซึ่งจะต้อง
ได้รับความร่วมมือจากทุกสถาบัน ไม่ว่าจะเป็นสถาบัน
ศาสนา ปลูกฝังจิตสำนึก ศีลธรรมที่ดีงาม ครอบครัว
เป็นแบบอย่างที่ดีแก่บุตรหลาน ให้ความรักความอบอุ่น
เพื่อป้องกันการเบี่ยงเบน พฤติกรรมที่ไม่ดีต่าง ๆ

เอกสารอ้างอิง

- 1.โกศล มีคุณ. ประมวลสาระวิชาการพัฒนาเครื่องมือและกิจกรรมแนะแนว บทที่ 9-15. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช, 2545
- 2.จินดนา วงศ์วาน. ความผูกและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดกรมสามัญศึกษา อำเภอเมือง
จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ ส.ม. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น,2548.
- 3.นิรุจน์ อุทธาและคณะ. อุบัติการณ์และแบบแผนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กเยาวชนในสถานศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภายหลัง
นโยบายคุ้มครองเด็ก. เอกสารทางวิชาการยาเสพติด หมายเลข 01/2548 ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดขอนแก่น สถาบันธัญญารักษ์
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548.
- 4.บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น, 2545
- 5.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. “เส้นทางอุบัติเหตุ..แห่งอุบัติเหตุ,” ข้อมูลเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงจากอุบัติเหตุ
ช่วงเทศกาลสงกรานต์. หน้า 3 กรุงเทพฯ : ม.ป.พ., 2549.
- 6.สุภา ชัยประเสริฐ. พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์
วท.ม. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2550.
- 7.Cherry and others. “Patterns of Tobacco and Alcohol use Among Sedentary Nonathletic, and Athletic Youth,” *J S ch Health*. 61(1)
: 27-32 ; January, 1996.
- 8.Qu, Ming. “Alcohol Expectancies and Drinking Behavior among Adolescents in Inner Mongolia China,” *Dissertation Abstract
International*. 67(02) : unpagged ; August, 2006.

การพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วมในผู้ป่วยประคับประคอง และญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Development participatory quality of life and mental health care in palliative care patients and family caregivers in Namon District, Kalasin Province

จารึก ประคำ¹, อรรถวิทย์ เนินชัด¹ ทักษนัย พัสตุ¹

Jaruk Prakhum, Attawit Noenchat, Thaksanai Passadou

(Received: February 12, 2021; Accepted: March 25, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิต และผลของกระบวนการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยประคับประคองและญาติผู้ดูแลในพื้นที่อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ให้มีคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตที่ดีสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นสุข หากจากไปก็เต็มใจไปด้วยความสงบและสง่า ผลการศึกษพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยประคับประคองสะสม ในปี 2561-2564 มีจำนวน 355 คน จำนวนผู้เสียชีวิต 241 คน ก่อนพัฒนามาตรการ (ตุลาคม 2561) มีแนวโน้มผู้ป่วยและปัญหาการดูแลเพิ่มขึ้น หลังการปรับมาตรการ (ตุลาคม 2562) และพัฒนาอย่างต่อเนื่องพบว่า ผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลง ปัญหาด้านการดูแลในชุมชนก็ลดลงเช่นกัน หลังพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2563 มีผู้ป่วยประคับประคอง จำนวน 74 คน อยู่ในกลุ่มโรคเนื้องอกและมะเร็ง ร้อยละ 58.1 กลุ่มโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 17.6 และกลุ่มโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 12.2 ตามลำดับ มีผู้ป่วยมีคะแนน PPS>30% (Palliative Performance Scale) ร้อยละ 21.6 ผู้ป่วยมีระดับความไม่สุขสบายของอาการต่าง ๆ ESAS<5 คะแนน (Edmonton Symptom Assessment System) ร้อยละ 37.8 ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่บ้าน ร้อยละ 94.6 ความพึงพอใจต่อการดูแลในระดับมาก ร้อยละ 94.6 ผู้ป่วยรับการดูแลทั้งอำเภอรวมทั้งสิ้น ร้อยละ 98.6 เสียชีวิตร้อยละ 59.5 ผู้เสียชีวิตผ่านประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่า (Good death) ร้อยละ 97.7 เมื่อจำแนกตามตำบล พบผู้ป่วยมากที่สุดใน ตำบลนามน ร้อยละ 27.0 รองลงมา ตำบลสงเปลือย ร้อยละ 24.3 และตำบลหลักเหลี่ยม เป็นร้อยละ 18.9 ตามลำดับ ผู้ป่วยประคับประคองมีความเครียด ระดับปานกลาง (Mean $\pm$ SD = 7.6 $\pm$ 1.5) ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Mean $\pm$ SD = 9.9 $\pm$ 1.7) คะแนนความเครียดและภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.05, t=1.6, 2.9) ภาวะฆ่าตัวตายระดับน้อย (Mean $\pm$ SD = 1.3 $\pm$ 3.1) หลังพัฒนามีคะแนนลดลงแต่ไม่แตกต่างกัน ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับกลางๆ (Mean $\pm$ SD = 83.8 $\pm$ 14.2) หลังพัฒนามีคะแนนคุณภาพชีวิตดีขึ้นไม่แตกต่างกัน ในขณะที่ ญาติผู้ดูแล มีความเครียดระดับปานกลาง (Mean $\pm$ SD = 6.5 $\pm$ 2.4) ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Mean $\pm$ SD = 7.8 $\pm$ 3.7) ภาวะฆ่าตัวตายระดับน้อย (Mean $\pm$ SD = 0.8 $\pm$ 2.3) คะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ภาวะฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.05, t=2.1, 2.1, 2.1) คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับ กลางๆ (Mean $\pm$ SD = 90.1 $\pm$ 9.9) คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.05, t=-8.6) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่าด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05, t=-9.1) เมื่อเปรียบเทียบกันเองระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มญาติผู้ดูแลมีคะแนนดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยประคับประคอง ในตัวแปร ความเครียด ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิตทางกาย คุณภาพชีวิตสัมพันธ์ทางสังคม และคุณภาพชีวิตทางสิ่งแวดล้อม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05, t=3.5, 4.5 -2.0 -0.2 -3.2) ได้พัฒนามาตรการ 7 มาตรการ ได้แก่ 1) ประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ 2) จัดทำแผนงานโครงการบูรณาการร่วมกัน 3) การวินิจฉัย รักษาพยาบาล บำบัด พ้นทุกข์ การแพทย์ทางเลือก ดูแลรักษาต่อในชุมชน และการจำหน่ายผู้เสียชีวิต 4) การประเมินผู้ป่วย การพยาบาล ติดตามประเมินผล การประเมินญาติผู้ป่วย และการดูแลสุขภาพจิต 5) การถอดบทเรียนและเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ 6) การพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตผ่านองค์กรหน่วยงาน 7) การพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตผ่านชุมชน สรุปการดำเนินการตามกระบวนการต้องเข้มข้นจริงจัง ประสานกับภาคีเครือข่าย และใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยประคับประคอง, คุณภาพชีวิต, สุขภาพจิต, กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม

Abstract

This research and development aim to study situation of quality of life and mental health care, develop process and study results of the process for solving problems of palliative patients and family caregivers in the Namon District Kalasin Province for a good quality of life and good mental health for them enjoy life in society. If the patient dies, they leave with peace and dignity. Results showed the number of

¹ โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

palliative patients accumulated in 2018-2021 were 355 people and deaths 241 people before development showed the number of palliative patients and care problems to increasing trend. After the adjustment of measures (October 2019) and continuous development showed the number of palliative patients and care problems to decrease trend. In 2020, there were 74 palliative patients, 58.1% in tumor and cancer groups, 17.6% in chronic kidney disease group, and 12.2% in dementia group, respectively. Palliative patients had a palliative performance scale more than 30% (21.6%), Edmonton Symptom Assessment System less than 5 score (37.8%), received home medical device support (94.6%), satisfaction with care at a high level (94.6%), total patients received care in the district (98.6%), deceased palliative patients (59.5%) and passed the good death assessment form (97.7%). When classified by sub-district most cases were found in Namon Sub-district (27.0%) followed by Songplou Sub-district (24.3%) and Lak Liem Sub-district (18.9%) respectively. Palliative patients had stress in moderate level (Mean $\pm$ SD = 7.6 ± 1.5), depression in mild level (Mean $\pm$ SD = 9.9 ± 1.7) in factors stress and depression score reduced after development had statistical significant (p-value < 0.05, t=1.6, 2.9) Suicidality in mild level (Mean $\pm$ SD = 1.3 ± 3.1) score reduced after development had not difference, In terms of overall quality of life was medium level (Mean $\pm$ SD = 83.8 ± 14.2). After development score was not difference while family caregivers had stress in moderate level (Mean $\pm$ SD = 6.5 ± 2.4), depression in mild level (Mean $\pm$ SD = 7.8 ± 3.7), and suicidal in mild level (Mean $\pm$ SD = 0.8 ± 2.3) in factors stress, depression, suicidality was score reduced after development had statistically significant (p-value<0.05, t=2.1, 2.1), In terms of overall quality of life was moderate level (Mean $\pm$ SD = 90.1 ± 9.9) in variables of quality of life was score improved after development had statistically significant (p-value<0.05, t=8.6). Considering the quality of life in each aspect It was found that the environment had a statistically significant improvement in scores. (p-value<0.05, t=-9.1). When comparing among palliative patient groups and family caregiver groups was found that family caregivers had better scores than palliative patients in the variables of stress, depression, physical quality of life, social relations quality of life and environmental quality of life were differed statistically. (p-value<0.05, t=3.5, 4.5 -2.0 -0.2 -3.2) The study found 7 measures have been developed, 1) Meeting to analyze the situation, 2) Create a project plan and integrate budget in network, 3) diagnosis, treatment, therapy, rehabilitation, alternative medicine, care in community and disposition of the deceased; 4) Patient assessment, nursing, follow-up and evaluation; assessment of patient relatives and mental health care; 5) Case study lessons to learning organization; 6) improving the quality of life and mental health care by partners network organizations; 7) improving the quality of life and mental health by community. In summary, the implementation of the process must be intensely intense. Coordinate with network partners and using a model the quality of life at the district level.

Keywords : Palliative care, quality of life, mental health care, participation

บทนำ

ปัญหาผู้ป่วยระดับประคับประคองในชุมชน ทำให้ปัจจุบันโรงพยาบาลชุมชน ต้องมีบทบาทในการให้บริการด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทสังคม และวัฒนธรรมของตนเอง ในขณะที่ประชาชนมีอายุยืนยาว ระบบสาธารณสุขสามารถช่วยเหลือมนุษย์ให้มีอายุยืนมากขึ้น การเตรียมญาติเพื่อการดูแล การเตรียมบุคลากร และแหล่งสนับสนุนที่เกี่ยวข้องการจัดการอาการทุกข์ทรมาน การดูแลจิตวิญญาณที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม การดูแล ญาติผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคอง จึงไม่ใช่เรื่องเฉพาะผู้สูงอายุหรือเฉพาะโรค แต่ต้องเป็นบริการที่จัดให้แก่ทุกช่วงวัยและทุกโรค และต้องทำให้เรื่องนี้เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการปฐมภูมิ เนื่องจากเป็นหน่วยที่อยู่ใกล้ชุมชนที่สุด คือทีมปฐมภูมิ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ต้องลงชุมชน ในโรงพยาบาลชุมชนก็ต้องมีทีมดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองพยาบาลทุกคนต้องผ่าน การอบรมและเรียนรู้ รวมถึงการสร้างทีม การทำงานเป็นทีมแบบสหวิชาชีพ และเชื่อมโยงระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อ¹

ในประเทศไทยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยระดับประคับประคองระยะสุดท้ายออกเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยระยะท้ายด้วยโรคมะเร็ง กลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยระยะท้ายด้วยโรคเรื้อรังอื่นที่ไม่ใช่มะเร็ง และกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยระยะท้าย ขณะเดียวกันประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มว่าจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่มมะเร็งและโรคทางหลอดเลือดเพิ่มสูง จากสถิติพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของไทย และมีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2555 มีจำนวน 98.5

ต่อแสนประชากร เป็น 103.7 ต่อแสนประชากรในปี 2558 ขณะที่โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 3.7 ต่อแสนประชากรในปี 2555 เป็น 48.7 ต่อแสนประชากรในปี 2559 ซึ่งเป็นสิ่งที่ชี้ชัดถึงความจำเป็น และความต้องการการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มที่ไม่ใช่ระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้น²

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ระบบบริการดูแลแบบประคับประคอง เป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข ตามมาตรา 12 ทุกสถาน บริการ สาธารณ สุข ดำเนินการตามกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553 รวมถึงมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนตาม มาตรา 12 และอนุกรรมการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยตาม มาตรา 12 ของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการจัดทำเอกสารความรู้และแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติแก่ผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพด้านสาธารณสุข การดูแลแบบประคับประคอง คือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยดูแลให้ครอบคลุมเรื่อง Body, Mind, Psychosocial and Spiritual support และบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นกิจกรรม Family meeting, Advance care plan เป็นต้น ผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ป่วยระยะท้าย เช่น โรคมะเร็ง, Neurological Disease, Stroke, โรคไตใน ระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) และกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรังเริ่มเข้าสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิตการรักษาเป็นไปเพื่อประคับประคอง และชะลอการเสื่อมของไต, Pulmonary and Heart Disease, Multiple Trauma Patient, Infectious Disease HIV/AIDS, Pediatric, Aging /Dementia โดยมี Criteria ของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ Palliative Care³

ปัจจุบันจะเห็นได้ว่า ลักษณะของโรคในชุมชนได้เปลี่ยนแปลงไป จากข้อมูลสถิติของประเทศไทยจัดทำโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขพบว่าสาเหตุอันดับหนึ่งที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตในช่วงปี พ.ศ.2546-2550 คือ โรคมะเร็ง โดยคิดเป็นอัตรา 84.9 คนต่อจำนวนประชากร 100,000 คน และมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี แม้ว่าวิทยาการทางการแพทย์จะเจริญก้าวหน้าจนโรคมะเร็งในระยะที่ผู้ป่วยเคยมีโอกาสรอดเพียงเล็กน้อย ก็สามารถให้การรักษาทำให้ผู้ป่วย สามารถมีชีวิตได้นานมากขึ้น แต่ถึงอย่างนั้นก็ตาม ยังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ป่วยหนักจนกระทั่งความรู้ทางการแพทย์ในปัจจุบันก็ยังไม่สามารถยื้อความตายออกไปได้ ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์ที่จะให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต⁴

แม้ว่า ความตาย จะเป็นธรรมชาติของชีวิตทุกชีวิต แต่คนในปัจจุบันกลับเผชิญหน้ากับความตายได้ยากลำบากมากขึ้นกว่าคนรุ่นก่อนๆ ซึ่งก็เกิดจากหลายปัจจัย แต่ก่อนนั้น คนส่วนใหญ่มักจะเสียชีวิตที่บ้าน ทำให้คนอื่นๆ ในครอบครัวเห็นความตายเป็นเรื่องปกติของชีวิต ในขณะที่ปัจจุบัน ความตายนั้่มักจะเกิดในโรงพยาบาลเป็น สาเหตุให้คนส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้สัมผัสกับประสบการณ์ของการเสียชีวิตของคนใกล้ชิด รูปแบบครอบครัวในสังคมที่เปลี่ยนไป จากที่เคยเป็นครอบครัวขยาย (Extended family) ก็กลายเป็นครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) มากขึ้น ทำให้เด็กๆ ที่โตขึ้นมาอาจจะไม่เคยได้เห็นประสบการณ์ของการตาย วิทยาการทางการแพทย์มีความก้าวหน้ามากขึ้น โรคบางโรคก็สามารถป้องกันได้ โรคบางโรคจากที่เคยป่วยแล้วไม่มีทางรักษาต้องเสียชีวิต ก็สามารถรักษาให้ผู้ป่วยอยู่ได้นานมากขึ้น ผู้ป่วยแต่ละคนควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแนวทางการรักษาของตนเอง เนื่องจากแต่ละคนก็มีความเชื่อ ค่านิยม และบริบทอื่นๆ ของชีวิตที่แตกต่างกัน⁵

จังหวัดกาฬสินธุ์ในปี 2559-2563 พบผู้ป่วยเป็น ผู้ป่วยระยะประคับประคอง รวมทั้งสิ้น 6,636 ราย เมื่อพิจารณารายปีพบว่ามีผู้ป่วย 2559-2563 จำนวน 676, 986, 1,272, 1,576, และ 2,126 ราย ตามลำดับ จะเห็นว่ามี

แนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในปี 2563 พบผู้ป่วยมากที่สุด ในอำเภอภูหินร่องกล้า จำนวน 619 ราย รองลงมาคืออำเภอเมืองกาฬสินธุ์ 321 ราย และอำเภอยางตลาด 264 ราย ตามลำดับ อำเภอหนองหานในปี 2559-2563 มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยสะสม 352 ราย มีจำนวนผู้ป่วยจำแนกรายปี 35, 69, 64, 86, และ 74 ราย ตามลำดับ ในปี 2563 มีผู้ป่วยรวม 74 ราย เสียชีวิต 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.5 เมื่อจำแนกราย ตำบลพบมากที่สุดที่ตำบลสงเปลือย 24 ราย รองลงมาคือตำบลหนองบัว 16 ราย และ ตำบลยอดแก้วจำนวน 13 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยที่พบส่วนมากเป็นผู้ป่วยโรคเนื้องอกและมะเร็งในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 34 ราย รองลงมาคือโรคเนื้องอกและมะเร็งในอายุต่ำกว่า 50 ปี จำนวน 14 ราย และ โรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 7 ราย ตามลำดับ

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จึงสนใจทำวิจัยและพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยระดับประจักษ์ โดยเน้นไปที่ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน โดยให้การป้องกันและบรรเทาอาการตลอดจนความทุกข์ทรมานด้านต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้น การดูแลจะเน้นการดูแลที่เป็นองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ อันได้แก่ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทั้งนี้เป้าหมายหลักของการดูแลคือการทำให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมในสังคมอย่างเป็นสุข มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ลดความทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสถานการณ์ กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิต และผลของกระบวนการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยระดับประจักษ์และญาติผู้ดูแลในพื้นที่อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตของผู้ป่วยระดับประจักษ์และญาติผู้ดูแลแบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายและภาคประชาชน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Develop)

มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตของผู้ป่วยระดับประจักษ์และญาติผู้ดูแล แบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายและภาคประชาชน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยการวินิจฉัยระยะประจักษ์ประจักษ์ (รหัสรวม Z515) ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ในพื้นที่อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 5 ตำบล 67 หมู่บ้าน ปี 2559-ปี 2561 และติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการเป็นระยะ 2 ปี จำนวน 698 คน ประชาชนและภาคีเครือข่าย 36,550 คน

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยและพัฒนาใช้กลุ่มตัวอย่างจากประชากรทั้งหมดในการศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนา 698 คนและกลุ่มตัวอย่างในขณะติดตามผลการศึกษาระยะ 2 ปี และวิเคราะห์สถิติเชิงเปรียบเทียบจะใช้คำนวณตัวอย่างผู้ป่วยระดับประจักษ์และญาติผู้ดูแลใช้สูตรในการคำนวณดังนี้

$$N = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 P(1-P) (r+1)}{(Pt-Pc)^2 r}$$

ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 168 คน แบ่งเป็น กลุ่มผู้ป่วยระดับประจักษ์ 84 คน กลุ่มผู้ป่วยระดับประจักษ์ 84 คน การสุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มตัวอย่างทั้ง 15 หมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับฉลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ กระบวนการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้ป่วยระดับประจักษ์และญาติผู้ดูแล แบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายและภาคประชาชน อำเภอนามน ประกอบด้วย

1.1) การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม และการจัดกระบวนการกลุ่มในการ รวบรวมและวิเคราะห์ปัญหาคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้ป่วยระดับประจักษ์และญาติผู้ดูแล แบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายและภาคประชาชน

1.2) กระบวนการกลุ่มในการ กำหนดมาตรการ/กิจกรรมในการแก้ไขคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของ

ผู้ป่วยระดับประคองและญาติผู้ดูแล แบบมีส่วนร่วมใน
ภาคีรัฐภาคีเครือข่ายและภาคประชาชน

1.3) การประชุมและกระบวนการกลุ่มในการ
กำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายในการแก้ไขคุณภาพชีวิตและ
สุขภาพจิตของผู้ป่วยระดับประคองและญาติผู้ดูแล แบบ
มีส่วนร่วมในภาคีรัฐภาคีเครือข่ายและภาคประชาชน

1.4) กระบวนการกลุ่มในการวิเคราะห์สถานการณ์
ปัญหาคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้ป่วย
ระดับประคองและญาติผู้ดูแล แบบมีส่วนร่วมในภาคีรัฐ
ภาคีเครือข่ายและภาคประชาชน และสรุปถอดบทเรียน
ปัญหาอุปสรรค/แนวทางแก้ไข

1.5) การประชุมและกระบวนการกลุ่มในการ
ปรับปรุงมาตรการ/กิจกรรมและบทบาทภาคีเครือข่ายให้
สอดคล้องกับแนวทางแก้ไขที่ได้จากการถอดบทเรียน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
แบบเก็บข้อมูล และ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 6 ตอน
ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (9 ข้อ)

ตอนที่ 2 แบบประเมินความเครียด (ST5)
(อ้างอิงจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

ตอนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและ
การฆ่าตัวตาย (2Q) (2 ข้อ) (อ้างอิงจากกรม
สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

ตอนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและ
การฆ่าตัวตาย (9Q) (9 ข้อ) (อ้างอิงจากกรม
สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

ตอนที่ 5 แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8
ข้อ) (อ้างอิงจากกรมสุขภาพจิต กระทรวง
สาธารณสุข)

ตอนที่ 6 แบบประเมินเครื่องชี้วัดคุณภาพ
ชีวิตขององค์กรอนามัยโลก (26 ข้อ) (อ้างอิงจาก
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวม จำแนกเป็น 2 ลักษณะ คือ ข้อมูล
ทุติยภูมิ เป็นข้อมูลที่ได้จากการคัดลอกข้อมูลจาก
โรงพยาบาลน่าน จังหวัดกาฬสินธุ์ และข้อมูลปฐมภูมิ
เป็นข้อมูลที่ได้จากการจัดทำกิจกรรมกลุ่ม การสัมภาษณ์
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลมี ดังนี้

1. ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล ร่วม
กิจกรรมกลุ่ม ไปที่ผู้หัวหน้าส่วนราชการ และเอกชน ใน
พื้นที่ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

2. ทำหนังสือประสานไปยังชุมชน เพื่อขออนุญาต
ลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ ทำกิจกรรมในชุมชน ถึงกำนันและ
ผู้ใหญ่บ้านตำบลนามน โดยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่ม
ตัวอย่างในชุมชนด้วยตนเองจนครบ

3. รวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาใน
พื้นที่ จำนวนผู้ป่วย, อาการรบกวนในผู้ป่วย, การสนับสนุน
อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่บ้าน, จำนวนการเสียชีวิตของ
ผู้ป่วย, จำนวนการเสียชีวิตอย่างสงบ, ความพึงพอใจในการ
รักษาบริการ, สุขภาพจิต, คุณภาพชีวิต, ของผู้ป่วย
ระดับประคองและญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัด
กาฬสินธุ์ ในพื้นที่ โดยใช้ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่
ได้รับการวินิจฉัยในปี 2559-2561 (เริ่มวิเคราะห์ข้อมูล
ตุลาคม 2561)

4. กำหนดมาตรการ กิจกรรมในการแก้ไขปัญหา
สถานการณ์ คุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตของผู้ป่วย
ระดับประคองและญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัด
กาฬสินธุ์ (ตุลาคม 2561)

5. กำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายในการแก้คุณภาพ
ชีวิตและสุขภาพจิตของผู้ป่วยระดับประคองและญาติ
ผู้ดูแลในพื้นที่ (ตุลาคม 2561)

6. ดำเนินการตามมาตรการ/กิจกรรมและบทบาท
ภาคีเครือข่าย (ตุลาคม 2561-กันยายน 2562)

7. สรุปถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรค/แนวทางแก้ไข
(กันยายน 2562)

8. ปรับปรุงมาตรการ/กิจกรรมและบทบาทภาคี
เครือข่ายให้สอดคล้องกับแนวทางแก้ไขที่ได้จากการถอด
บทเรียน (กันยายน 2562)

9. ดำเนินการตามมาตรการ/กิจกรรมและบทบาท
ภาคีเครือข่ายที่ปรับปรุง (ตุลาคม 2562 – กันยายน 2563)

10. สรุปถอดบทเรียน (ตุลาคม 2563)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ และแบบ
เก็บข้อมูลมาแจกแจงและนำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้
โปรแกรม R-studio จำนวน โดยมีสถิติที่ใช้ในการ
วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

วิเคราะห์ข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้
ระดับ ระดับสุขภาพจิต ระดับคุณภาพชีวิต ทำการ การแจก
แจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage)
ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 โดยใช้ Independent T-
Test เพื่อ 1) เปรียบเทียบประชากรก่อนพัฒนาและหลัง
พัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่องในภาวะสุขภาพจิตและ
คุณภาพชีวิต
2) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วย
ระดับประคองกับญาติผู้ดูแลในภาวะสุขภาพจิต และ
คุณภาพชีวิต

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร

หลังพัฒนามาตรการต่อเนื่องเพื่อแก้ไข
ปัญหาคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตในผู้ป่วย
ระดับประคองและญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัด
กาฬสินธุ์ ผู้วิจัยได้เก็บตัวอย่างก่อนการพัฒนา (ตุลาคม
2561) และ ภายหลังพัฒนา (ตุลาคม 2563) ข้อมูลหลังการ
พัฒนาอย่างต่อเนื่อง (ตุลาคม 2563) ทั้ง 2 กลุ่ม มีดังนี้

ผู้ป่วยระดับประคอง 84 ราย ส่วนมากเป็นเพศ
หญิง จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 59.5 รองลงมาเป็นเพศ
ชาย จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 40.5 ส่วนมากเป็นผู้ป่วย
ในกลุ่มโรคเนื้องอกและมะเร็ง จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อย

ละ 58.3 รองลงมาอยู่ในกลุ่มโรคไตเรื้อรัง จำนวน 11 คน
คิดเป็น ร้อยละ 13.1 และ กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง
จำนวน 7 คน คิดเป็น ร้อยละ 8.3 ตามลำดับ ส่วนมากมีอายุ
60 ปีขึ้นไป จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 65.5 อายุเฉลี่ย
62.6 ปี นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด สถานภาพแต่งงานและ
อาศัยอยู่ร่วมกัน จำนวน 49 คน คิดเป็น ร้อยละ 58.3
การศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 70 คน
คิดเป็น ร้อยละ 83.3 และไม่ได้รับการศึกษา จำนวน 14 คน
คิดเป็นร้อยละ 16.7 อาชีพส่วนมากทำไร่นา จำนวน 67
คน คิดเป็น ร้อยละ 79.8 รายได้ครอบครัวต่ำกว่า 10,000
บาท จำนวน 45 คน ร้อยละ 53.6 รายได้เฉลี่ย 10,156.0
บาท ส่วนมากไม่พอเพียงและมีภาระหนี้สินอยู่บ้าง จำนวน
40 คน ร้อยละ 47.6 ตามลำดับ

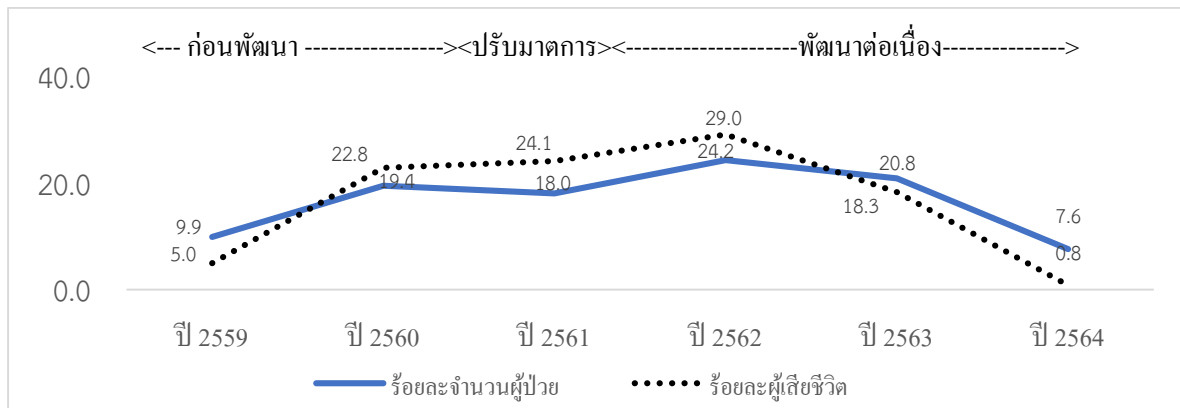
กลุ่มญาติผู้ดูแล จำนวน 84 คน ส่วนมากเป็นเพศ
หญิง จำนวน 65 คน คิดเป็น ร้อยละ 77.4 รองลงมาเป็นเพศ
ชาย จำนวน 19 คน คิดเป็น ร้อยละ 22.6 ส่วนมากดูแล
ผู้ป่วยในกลุ่มโรคเนื้องอกและมะเร็ง จำนวน 52 คน คิด
เป็น ร้อยละ 61.9 รองลงมาดูแลกลุ่มโรคไตเรื้อรัง จำนวน
9 คน คิดเป็น ร้อยละ 10.7 และดูแลกลุ่มโรคหลอดเลือด
สมองจำนวน 7 คน คิดเป็น ร้อยละ 8.3 ตามลำดับ ส่วนมาก
มีอายุต่ำกว่า 31 ปี จำนวน 33 คน คิดเป็น ร้อยละ 39.3 อายุ
เฉลี่ย 34.7 ปี นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด สถานภาพ
ส่วนมากแต่งงานและอาศัยอยู่ร่วมกัน จำนวน 41 คน คิด
เป็น ร้อยละ 48.8 รองลงมาคือโสด จำนวน 35 คน คิดเป็น
ร้อยละ 41.7 การศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับประถมศึกษา
จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 47.6 รองลงมาคือ
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. จำนวน 19 คน คิดเป็น
ร้อยละ 22.6 และปริญญาตรี จำนวน 16 คน คิดเป็น ร้อย
ละ 19.0 ตามลำดับ อาชีพส่วนมากทำไร่นา จำนวน 29
คน คิดเป็น ร้อยละ 34.5 รองลงมาคือทำสวน 23 คน คิด
เป็น ร้อยละ 27.4 และค้าขายธุรกิจส่วนตัว จำนวน 17 คน
คิดเป็น ร้อยละ 20.2 ตามลำดับ รายได้ครอบครัวส่วนมาก
มีรายได้ระหว่าง 10,000-20,000 บาท จำนวน 43 คน คิด
เป็นร้อยละ 51.2 รายได้เฉลี่ย 19,970.2 บาท ความเพียงพอ
ของรายได้ส่วนมากพอเพียงแต่ไม่เหลือเก็บ จำนวน 50 คน
ร้อยละ 59.5 ตามลำดับ

2. วิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยระดับประคอง อำเภอพนม ปี 2559-2564

การวิเคราะห์สถานการณ์ตามปีงบประมาณ 2559-2564 (กรกฎาคม 2564) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระดับประคองสะสมปี 2561-2564 มีจำนวน 355 ราย พบมากที่สุดในปี 2562 จำนวน 86 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.2 รองลงมาคือปี 2563 จำนวน 74 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.8 และ ปี 2560 จำนวน 69 ราย คิดเป็น ร้อยละ

19.4 ตามลำดับ จำนวนผู้เสียชีวิต ปีงบประมาณ 2559-2564 เสียชีวิตสะสมรวม 241 คน พบจำนวนผู้เสียชีวิตมากที่สุดในปี 2562 จำนวน 70 ราย คิดเป็น ร้อยละ 29.0 รองลงมาคือปี 2561 ผู้เสียชีวิตจำนวน 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.1 และ ปี 2560 พบผู้เสียชีวิต 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.8 ก่อนดำเนินการ (ตุลาคม 2561) ในปีงบประมาณ 2559-2561 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หลังการปรับมาตรการ (ตุลาคม 2562) และพัฒนาอย่างต่อเนื่องพบว่าแนวโน้มลดลงในปี 2562-2564

ภาพ 1 แผนภูมิเส้น ร้อยละของจำนวนผู้ป่วย ผู้เสียชีวิต ของผู้ป่วยระดับประคอง อำเภอพนม ปี 2559-2564 (n=355)



3. ความเครียดในภาพรวมของผู้ป่วย ระดับประคองและญาติผู้ดูแล

ภาวะเครียดหลังการพัฒนามาตรการต่อเนื่อง ได้เก็บข้อมูล ในเดือน ตุลาคม 2563 จากการประเมินความเครียด (ST5) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยระดับประคองมีความเครียดที่พบคือ มีปัญหาการนอนหลับ หรือนอนมาก จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 11.9 รองลงมาคือ การมีสมาธิน้อยลง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 7.1 ตามลำดับ ในขณะที่ กลุ่มญาติผู้ดูแล มีความเครียด ไม่อยากพบปะผู้คน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 6.0 รองลงมาคือ ปัญหาการนอนไม่หลับ และ หงุดหงิด กระวนกระวาย ว้าวุ่นใจ จำนวน 3 คน เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 3.6 ตามลำดับ

4. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยระดับประคองและ ญาติผู้ดูแล

ภาวะซึมเศร้าหลังการพัฒนามาตรการต่อเนื่อง ได้เก็บข้อมูล ในเดือน ตุลาคม 2563 จากการประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q พบว่า กลุ่มผู้ป่วยระดับประคอง มีภาวะเหนื่อยง่าย ไม่ค่อยมีแรง มากที่สุด

จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 11.9 รองลงมาคือ พุดซา ทำอะไรช้าจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ กระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนเคย จำนวน 7 คน คิดเป็น ร้อยละ 8.3 และ หลับยาก หลับๆ ดื่นๆ หรือหลับมากไป เป็นประจำทุกวัน จำนวน 2 คน คิดเป็น ร้อยละ 2.4 ตามลำดับ ในขณะที่ กลุ่มญาติผู้ดูแล มีภาวะซึมเศร้าเพียงข้อเดียวคือ ไม่สนใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ จำนวน 2 คน คิดเป็น ร้อยละ 2.4

6. ภาวะฆ่าตัวตายในผู้ป่วยระดับประคองและ ญาติผู้ดูแล

ภาวะความเสี่ยงซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (2Q) หลังการพัฒนามาตรการต่อเนื่อง ได้เก็บข้อมูล ในเดือน ตุลาคม 2563 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยระดับประคองมีความเสี่ยงที่จะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 78.6 มากกว่า กลุ่มญาติและผู้ดูแล มีความเสี่ยงที่จะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายจำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 52.4 ตามลำดับ ในขณะที่ ภาวะฆ่าตัวตาย (8Q) กลุ่มผู้ป่วยระดับประคองมีคะแนนการฆ่าตัวตายเฉลี่ย 1.3 คะแนนอยู่ในระดับน้อย (Mean $\pm$ SD= 1.3 $\pm$ 3.1, Min-Max = 0-14

คะแนน) ซึ่งมากกว่ากลุ่มญาติผู้ดูแลที่มีคะแนน 0.8 คะแนน อยู่ในระดับน้อยเช่นกัน (Mean $\pm$ SD= 0.8 $\pm$ 2.3, Min-Max = 0-11คะแนน) เมื่อพิจารณาแยกกลุ่มพบว่า

กลุ่มผู้ป่วยระดับประคอง มีความเสี่ยง (2Q) จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 78.6 รู้สึกหุดหู่ เสร้า หรือ ท้อแท้สิ้นหวัง มีความเสี่ยง จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 78.6 รองลงมา รู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน มีความเสี่ยง 35 คน คิดเป็นร้อยละ 41.7 ตามลำดับ จากการประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 81.0 รองลงมา มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 13.1 และมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันใน ระดับปานกลาง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 6.0 ตามลำดับ

กลุ่มญาติผู้ดูแล มีความเสี่ยง (2Q) จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 52.4 รู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน มีความเสี่ยง 44 คน คิดเป็นร้อยละ 52.4 และ รู้สึกหุดหู่ เสร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง มีความเสี่ยง จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 39.3 ตามลำดับ จากการประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 82.1 รองลงมา มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 14.3 และมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับปานกลาง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 3.6 ตามลำดับ

7. ภาวะสุขภาพจิตก่อนพัฒนามาตรการและหลังพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่อง

7.1 กลุ่มผู้ป่วยระดับประคอง มีความเสี่ยงหลังดำเนินการมาตรการ ภาวะความเครียด ภาวะซึมเศร้า และ ภาวะฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยระดับประคอง ในกลุ่มผู้ป่วยระดับประคอง ลดลงหลังดำเนินการมาตรการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$ ทุกค่า)

7.2 กลุ่มญาติผู้ดูแลหลังดำเนินการมาตรการ ความเครียดลดลง ภาวะซึมเศร้า และภาวะฆ่าตัวตายในกลุ่มญาติผู้ดูแลหลังดำเนินการมาตรการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$ ทุกค่า)

8. คุณภาพชีวิตในภาพรวมและแต่ละด้านของผู้ป่วยระดับประคองและญาติผู้ดูแล

1) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพภายในกลุ่มผู้ป่วยระดับประคอง และกลุ่มญาติผู้ดูแลหลังดำเนินการมาตรการคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมและ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าเพิ่มขึ้น และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($p < 0.05$ ทุกค่า)

9. คุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพจิตในผู้ป่วยระดับประคองและญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

9.1 ภาวะสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มผู้ป่วยระดับประคองและญาติผู้ดูแล

1) ระดับความเครียด กลุ่มผู้ป่วยระดับประคอง มีความเครียดในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 8.0 คะแนน สูงกว่า กลุ่มญาติผู้ดูแล ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 6.5 คะแนน และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$, $t = 3.5$)

2) ระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยระดับประคอง มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 9.9 คะแนน สูงกว่า กลุ่มญาติผู้ดูแล ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 7.7 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$, $t = 4.5$)

3) ระดับภาวะภาวะฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยระดับประคอง มีภาวะฆ่าตัวตายในระดับเล็กน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.3 คะแนน สูงกว่า กลุ่มญาติผู้ดูแล ในระดับเล็กน้อย คะแนนเฉลี่ย 0.8 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่าไม่แตกต่างกัน

9.2 คุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มผู้ป่วยระดับประคองและญาติผู้ดูแล

1) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกาย พบว่ากลุ่มผู้ป่วยระดับประคอง มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกาย คะแนนเฉลี่ย 23.2 คะแนน ต่ำกว่า กลุ่มญาติผู้ดูแล

คะแนนเฉลี่ย 24.4 คะแนน และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$, $t = -2.0$)

2) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ กลุ่มผู้ป่วยระดับประคอง มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คะแนนเฉลี่ย 20.3 คะแนน สูงกว่า กลุ่มญาติผู้ดูแล คะแนนเฉลี่ย 20.1 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่าไม่แตกต่างกัน

3) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพสังคม กลุ่มผู้ป่วยระดับประคอง มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพสังคม คะแนนเฉลี่ย 9.9 คะแนน ต่ำกว่า กลุ่มญาติผู้ดูแล คะแนนเฉลี่ย 10.1 คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่าไม่แตกต่างกัน

4) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม กลุ่มผู้ป่วยระดับประคอง มีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม คะแนนเฉลี่ย 27.1 คะแนน ต่ำกว่ากลุ่มญาติผู้ดูแล ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 30.0 คะแนน และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$, $t = -3.2$)

5) คุณภาพชีวิตโดยรวม กลุ่มผู้ป่วยระดับประคอง มีคุณภาพชีวิตโดยรวม คะแนนเฉลี่ย 87.0 คะแนน ต่ำกว่า กลุ่มญาติผู้ดูแล คะแนนเฉลี่ย 30.0 คะแนน และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$, $t = -1.7$)

10. กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตในผู้ป่วยระดับประคองและญาติผู้ดูแล

1) ประชุมวิเคราะห์สถานการณ์อำเภอนามน ในข้อมูล จำนวนผู้ป่วยระดับประคอง ผู้ป่วยรายใหม่ จำนวนญาติผู้ดูแล จำนวนผู้ผ่านการอบรม Care giver จำนวนเจ้าหน้าที่รับผิดชอบผู้ดูแลผู้ป่วยในหมู่บ้าน โดยทีมเลขาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอนำโดย โรงพยาบาลนามน สาธารณสุขอำเภอนามนเป็นผู้รวบรวม และรายงานในที่ประชุมทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอโดยมีนายอำเภอนามนเป็นประธาน ทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่ตัวแทนโรงพยาบาลนามน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนามนและตัวแทนจาก รพ.สต. ปกครองอำเภอนามน หัวหน้าส่วนราชการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กำนันผู้ใหญ่บ้าน อสม. และภาคีเครือข่ายในชุมชน การ

ดำเนินงานควรมีการประชุมทีมพัฒนาคุณภาพอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

2) จัดทำแผนงานโครงการบูรณาการร่วมกัน มีการลงนามข้อตกลงร่วมกัน (MOU) ในทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ โดยมีนายอำเภอนามนเป็นประธาน โรงพยาบาลนามน มีแผนงานและงบประมาณในการดูแลสนับสนุน บุคลากรสหวิชาชีพ อบรมผู้ดูแลในชุมชนและญาติผู้ดูแลที่บ้าน สนับสนุน อุปกรณ์ทางการแพทย์ อุปกรณ์สนับสนุนผู้ป่วยที่บ้าน ยาเวชภัณฑ์ สนับสนุนอุปกรณ์เยี่ยมบ้าน องค์การปกครองท้องถิ่น มีแผนและใช้สนับสนุนงบ สปสช.ท้องถิ่น และงบเชิงโครงสร้าง งบพัฒนาของท้องถิ่น อำเภอนามน มีแผนงบประมาณดูแลงบป้องกันภัยของปกครอง ก่อสร้าง ปรับภูมิทัศน์ งบสิ่งของและบริจาคน มีศูนย์โฮมสุขเป็นศูนย์กลางอำเภอนามน ดูแลเรื่องพิพาทสิทธิ์ผู้ป่วย ขึ้นทะเบียน ค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน ดูแลเยี่ยมบ้าน นำส่งสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่บ้าน ภายภาพบำบัด รพ.สต.ในพื้นที่ มีแผนในการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง ชุมชน มีแผนงบประมาณโดยใช้ งบ สปสช. หมู่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง มีสุขภาพหมู่บ้าน ไว้ช่วยดูแลผู้ป่วยระดับประคอง

3) การวินิจฉัย รักษาพยาบาล บำบัดฟื้นฟู การแพทย์ทางเลือก ดูแลรักษาต่อในชุมชน และจำหน่ายแบบมีส่วนร่วมในชุมชน แพทย์เป็นผู้วินิจฉัย ประเมินรักษาแบบระดับประคอง ส่งการรักษามาตรฐานสื่อสารบอกข่าวร้าย พบปะครอบครัว วางแผนการรักษาล่วงหน้า พยาบาล ประเมินร่างกาย จิต สังคม และ วิญญาณ ประเมินอาการ (ESAS) ประเมินความสามารถ (PPS) ให้การดูแลตามแพทย์สั่ง สนับสนุนและช่วยเหลือครอบครัว แก้ไขอาการรบกวน ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ วางแผนการเยี่ยมบ้าน พบปะครอบครัว เยี่ยมบ้าน ติดตามความก้าวหน้าด้านการรักษา เกสัชกร บริหารจัดการยาในการรักษา และการเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาเรื่องยา นักกายภาพบำบัด ออกเยี่ยมบ้าน สนับสนุนอุปกรณ์ จัดหาอุปกรณ์ พาขึ้นทะเบียน ประเมินแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) หน่วยปฐมภูมิ บริการ

สนับสนุนอบรมการทำสมาธิบำบัด SKT-9 การให้ทางเลือกในการรักษา การใช้น้ำมัน 11 สหาย กัญชาทางการแพทย์ และสมุนไพร พระ นักบวช หมอพราหมณ์ผู้ขวัญ นักพิธีกรรมทางศาสนา ผู้นำทางจิตวิญญาณประจำหมู่บ้านชุมชนอีสาน มีบทบาทเป็นที่พึ่งทางใจของญาติและผู้ป่วย ทีมสนับสนุน มูลนิธิ ผู้นำชุมชน อสม. ญาติ ผู้ผ่านการอบรมนักดูแลในชุมชน ศูนย์โฮมสุขนามน ภายใต้การกำกับของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอนามน ติดตามไม่ทอดทิ้งใครไว้ข้างหลัง ติดตามเยี่ยมบ้านกายภาพบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ขึ้นทะเบียนเชิงรุกให้บริการอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย

4) การประเมินผู้ป่วย การพยาบาล ติดตามประเมินผล การประเมินญาติผู้ป่วยและการดูแลสุขภาพจิต

1) การประเมินแรกรับทุกราย ผ่านฟอร์ม visual numeric pain scale คะแนน 1-10 โดยประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยทุกราย ทุก 4-8 ชั่วโมงตามความถี่ ตำแหน่ง และทำการบันทึก ทำการรักษาตามขั้นตอน หาสาเหตุ รักษาจัดการตามความปวด ตามระดับ ระดับความปวดเล็กน้อย ใช้น้ำยาขั้นที่ 1 ใช้น้ำยา nonopioid aspirin หรือ paracetamol NSAID Diclofenac หรือ Ibuprofen หรือ Naproxen ถ้าได้รับยาขั้นที่ 1 แต่ยังมีอาการปวดให้ปรับขนาดยาและชนิดยา ให้น้ำยาป้องกันอาการท้องผูกพร้อมด้วยเสมอ ระดับความปวดปานกลาง ใช้น้ำยาขั้นที่ 2 ใช้น้ำยา Weak-opioid Codeine, Tramadol non-opioid aspirin, paracetamol NSAID Diclofenac, Ibuprofen Adjuvants anticonvulsants, corticosteroid ให้น้ำยาลดอาการท้องผูกพร้อมด้วยเสมอ ให้น้ำยาลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ระดับความปวดรุนแรง ใช้น้ำยาขั้นที่ 3 Strong-opioid morphine, fentanyl, methadone + non-opioid aspirin หรือ paracetamol + NSAID Diclofenac, Ibuprofen + Adjuvants anticonvulsants, corticosteroid ให้น้ำยาลดอาการท้องผูกพร้อมด้วยเสมอ ให้น้ำยาลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน

2) การรักษาผู้ป่วยประคับประคอง รักษาผู้ป่วยตามเกณฑ์ Palliative Performance scale version 2 (PPS v2) ของกรมการแพทย์ตามระยะ ระยะคงที่ (Stable phase PPS 70-100%) และ ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional phase PPS 40-60%) วางแผนการรักษาร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ

ประเมินและจัดการภาวะวิกฤต และอาการรบกวน ประเมินสภาพจิตใจและการรับรู้โรคของผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแล ทำการสื่อสารเพื่อการเยียวยาและให้คำปรึกษา จัดการกับความเครียดหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย หาความหมายและเป้าหมายของชีวิต ความเชื่อ ความหวัง ส่งเสริมให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ให้ความรู้ และคำแนะนำการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติและครอบครัว ให้ความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและด้านจิตวิญญาณที่อยู่ใกล้บ้าน จัดระบบส่งต่อสู่ชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่องโดยผ่านศูนย์โฮมสุข และทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอนามนไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ระยะวาระสุดท้ายของชีวิต (End of life phase PPS 10-30%) วางแผนการรักษาแบบประคับประคองโดยทีมสหวิชาชีพ และญาติผู้ดูแล ประเมินความเหมาะสมในการให้ยา ให้เลือด ให้อาหาร ทางสายยาง การให้สารน้ำ ปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว เรื่องการตัดสินใจเรื่องการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่เครื่องช่วยหายใจ การช่วยฟื้นชีพ ทำ Living will ควรทำการทบทวนเจตนาของผู้ป่วยกับญาติให้เข้าใจตรงกัน ประเมินสภาพจิตใจและการรับรู้โรคของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งทำการสื่อสารเพื่อการเยียวยาและให้คำปรึกษา ประเมินความพร้อมและการยอมรับของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเผชิญความตายที่จะมาถึง สร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยมีพลังใจที่เข้มแข็ง ความพร้อมที่จะเผชิญความโศกเศร้าเสียใจในการสูญเสียและจัดการกับภาวะโศกเศร้าของญาติ ความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยค้นหาความหมายและเป้าหมายของชีวิต ความเชื่อ ความหวัง ส่งเสริมให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแก่ครอบครัว เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว บุคคลอันเป็นที่รักได้อยู่ใกล้ชิดกันตลอด 24 ชั่วโมงจัดหาแหล่งสนับสนุน ให้ความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและด้านจิตวิญญาณที่อยู่ใกล้บ้าน จัดระบบส่งต่อสู่ชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต (End of life phase PPS 0%) ทำความสะอาดร่างกาย กล่าวคำไว้อาลัยและขอขมาศพ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการศพ จัดเตรียมเอกสารให้ครบถ้วนเรียบร้อย ดูแลภาวะโศกเศร้าของ

ครอบครัวหลังการสูญเสียผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ และสง่า (Good death) 3) การพยาบาลทางเลือก จัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยา และใช้กิจกรรมทางเลือกดูแลและ การรักษา ความปวดแก่ผู้ป่วย และ ครอบครัว ประคับประคองจิตใจ ฝึกการผ่อนคลายโดยการฝึกการ หายใจเข้าออกตามรูปแบบกระบวนการสมาธิบำบัด SKT1-9 การใช้น้ำมันสมุนไพร 11 สหาย ของหน่วยปฐม ภูมิโรงพยาบาลนวมินทร์ บริการนวดไทย การสนับสนุนการ ใช้สมุนไพร และกัญชาทางการแพทย์ โดยคลินิก การแพทย์แผนไทย 4) การติดตามหลังการรักษาและการ รักษาที่บ้าน วางแผนการดูแลโดยพยาบาล นัก กายภาพบำบัด ทีมสุขภาพจิต ในทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับ ญาติ อสม. และ รพ.สต. ขึ้นทะเบียนเชิงรุก ให้บริการ อุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายปรับ สภาพที่อยู่อาศัย ประสานส่งต่อ การรักษาพยาบาล ปกครอง และท้องถิ่น ดูแลด้านที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม สังคม งบประมาณ สิ่งของบริจาค หลังจำหน่าย ผู้ป่วยและ ครอบครัวได้รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพ ชีวิตที่ดี หากผู้ป่วยเสียชีวิตควรจากไปอย่างสงบและสง่า (Good death) การดูแลสุขภาพจิตผ่านคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลนวมินทร์ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยทีมช่วยเหลือ เยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team (MCATT) และ ทีม สห วิชาชีพ

5) การเขียนรายงานกรณีศึกษา ถอดบทเรียนและ เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ การเขียนรายงานกรณีศึกษา ถอดบทเรียน และรายงานผู้บริหารทราบทุกกรณี ปัญหา ความวิตกกังวลของญาติ การทำความเข้าใจกับญาติ ฝึกการ ผ่อนคลายตามรูปแบบสมาธิบำบัด SKT1-9 น้ำมัน 11 สหาย กัญชาทางการแพทย์ การนวดไทย การใช้ทีม MCATT คลินิกสุขภาพจิต การเยี่ยมบ้านเชิงรุก ผลการ ดำเนินงาน อำเภอนามนมีการถอดบทเรียนกรณีศึกษา สำคัญ การจัดประชุมแลกเปลี่ยน การไปนำเสนอทาง วิชาการ ในเรื่อง ปัญหาความวิตกกังวลของญาติ การ วางแผนร่วมกับญาติผู้ป่วย การใช้สมาธิบำบัด SKT1-9

การใช้น้ำมัน 11 สหาย การใช้กัญชาทางการแพทย์ การ นวดไทยลดความเจ็บปวด การดูแลสุขภาพจิตจากการเยี่ยม บ้านเชิงรุก รวมทั้งสิ้น 12 เรื่อง

6) การพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตในผู้ป่วย ประคับประคองและญาติผู้ดูแลผ่านองค์กรหน่วยงานที่ เป็นกลไกขับเคลื่อน อำเภอนามนมีสุขาสาละหม่มบ้าน ให้ ญาติผู้ดูแล และ อสม. ใช้ในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ในหมู่บ้าน มีผู้ผ่านการอบรมผู้ดูแล Care giver ครอบคลุม 67 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 100 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ รพ.สต.สามารถ ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ดูแล รักษาสุขภาพกาย และ สุขภาพจิต ส่งยาเวชภัณฑ์จาก โรงพยาบาล สนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่อจาก โรงพยาบาล อุปกรณ์จากทางท้องถิ่นได้ มีศูนย์พัฒนา คุณภาพชีวิตอำเภอนามน ที่เป็นหัวใจหลักในการแก้ไข ปัญหาภาพอำเภอ และสนับสนุน จัดการด้านโครงสร้าง และสิ่งแวดล้อม มีศูนย์โฮมสุขอำเภอนามน มีหน้าที่ ขึ้น ทะเบียนเชิงรุก ให้ความช่วยเหลือเชิงรุก พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย สนับสนุนอุปกรณ์

7) การพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตในผู้ป่วย ประคับประคองและญาติผู้ดูแลผ่านชุมชน มีหน้าที่ร่วม ดูแลผู้ป่วยประคับประคองแบบมีส่วนร่วม ชุมชนอำเภอนา มนสามารถดูแลผู้ป่วยประคับประคองแบบมีส่วนร่วม สามารถจัดกิจกรรมผ่าน โครงการ สปสช. ในแต่ละ หมู่บ้านที่ชุมชนจัดทำขึ้นเอง เมื่อหายหรืออาการดีขึ้น ชุมชนจะทำพิธีสู่ขวัญ ผูกแขน ผ่านหมอพรหมหมู่บ้าน สามารถดูแลผู้ป่วยประคับประคอง อสม. รวมทั้งผู้ที่ผ่าน การอบรมผู้ดูแล (Care Giver) เป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ชุมชนมีศูนย์ที่ให้การรักษาเบื้องต้นในทุกหมู่บ้านผ่านสุ ขาสาละ และเชื่อมโยงผ่านศูนย์โฮมสุขอำเภอ โรงพยาบาล และ ทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอผ่านกลไก ผู้นำ ชุมชน กำนันผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำทางจิตวิญญาณ วัด และ ชุมชนทุกหมู่บ้าน

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น ผู้ป่วย ประคับประคอง ก่อนพัฒนามาถาวร (ตุลาคม 2561) มี แนวโน้มผู้ป่วย และปัญหาการดูแลเพิ่มขึ้น ภายหลังการ

ปรับมาตรการ (ตุลาคม 2562) และพัฒนาอย่างต่อเนื่องพบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลง ปัญหาด้านการดูแลในชุมชนก็ลดลง เนื่องมาจาก การดำเนินมาตรการอย่างเข้มข้นจริงจังและมีความต่อเนื่อง รวมทั้งมีศูนย์โฮมสุข สุขศาลา และทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยประชาชนเป็นกลไกสำคัญ สอดคล้องกับ คล้องกับ ชูติมา จันทน์สมคอบ และคณะ⁷ ผู้ป่วยระดับประคับประคองอยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรัง และมะเร็ง กลุ่มโรคไตเรื้อรัง กลุ่มโรคสมองเสื่อม มีผู้ป่วยมี คะแนน PPS>30% (Palliative Performance Scale) คะแนนดีขึ้น ผู้ป่วยมีระดับความไม่สุขสบายของอาการต่างๆ ESAS<5 คะแนน (Edmonton Symptom Assessment System) คะแนนดีขึ้น ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่บ้าน ครอบครัวขึ้น ความพึงพอใจต่อการดูแลมากขึ้น ผู้ป่วยรับการดูแลทั้งอำเภอรวมเกือบร้อยละ 99 ผู้เสียชีวิตผ่านประเมินการเสียชีวิตอย่างสงบและสง่า เกือบร้อยละ 98 เนื่องจากการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของอำเภอนามน ปฏิบัติตามคู่มือของกรมการแพทย์ ที่ทันสมัย ส่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องเข้ารับการอบรมและพัฒนาการดูแลผู้ป่วย และผลักดันโรงพยาบาลนามน ให้ผ่านมาตรฐานการประเมินคุณภาพ และ รพ.สต.ติดดาว สอดคล้องกับ สอดคล้องกับ จิรประภา ศิริสูงเนิน และ คณะ (2560)⁸ ผู้ป่วยระดับประคับประคองมีความเครียดระดับปานกลาง ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ความเครียดและภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาวะฆ่าตัวตายระดับน้อย หลังพัฒนามีคะแนนลดลงแต่ไม่แตกต่างกัน ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับ กลางๆ หลังพัฒนามีคะแนนคุณภาพชีวิตดีขึ้นไม่แตกต่างกัน ญาติผู้ดูแล มีความเครียดระดับปานกลาง ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ภาวะฆ่าตัวตายระดับน้อย คะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า ภาวะฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากหลังพัฒนามาตรการและเห็นการเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจนมากในอำเภอนามน การดำเนินการตามมาตรการทีมสหวิชาชีพ สุขภาพจิตเชิงรุก การเยี่ยมบ้านโดยนายนอำเภอ หัวหน้าส่วนราชการ และผู้นำชุมชนนั้นช่วยให้เข้าถึงสุขภาพจิตผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลได้ดีมาก เป็นการแสดงออกถึงความสำคัญ การเอาใจใส่ ความห่วงใย และกระตือรือร้นไปสู่ภาพใหญ่ใน

หมู่บ้าน และองค์กรภาคีเครือข่าย การใช้ศูนย์โฮมสุข การรักษาในชุมชน กายภาพบำบัดเยี่ยมบ้านเชิงรุกร่วมกับสหวิชาชีพ อสม. ผู้ดูแลชุมชน (Care giver) ครอบครัวช่วยดูแล ช่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้อย่างมาก สอดคล้องกับ สมจิตร ประภากร และคณะ⁹ คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับ กลางๆ คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ นพพร จันทระเสนา และปิยะนุช พรหมสาขา¹⁰ สอดคล้องกับ ธารินี เพชรรัตน์ และคณะ¹¹ และสอดคล้องกับ ทรงสุตา ขงพัฒนจิต และ คณะ¹² เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า ด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากมาตรการปรับภูมิทัศน์ ปรับปรุงที่อยู่อาศัย ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมบ้านผู้ป่วยช่วยได้มาก ทำให้คนในบ้านรู้สึกดี ใช้ชีวิตง่ายขึ้น แบ่งเบาภาระในหลายๆด้าน อำเภอนามนใช้งบในหลายๆด้าน ได้แก่ ปกครองโดยท่านนายอำเภอนามน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จะลงเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพทุกราย หากบ้านผู้ป่วยมีสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสมจะใช้กลไกของนโยบายจังหวัดกาฬสินธุ์ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ผ่านทีมพัฒนาคุณภาพชีวิต ศูนย์โฮมสุข ท้องถิ่น กำนันผู้ใหญ่บ้าน งบบริจาค ร่วมกันแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งได้ผลดีมาก สอดคล้องกับ ทรงสุตา ขงพัฒนจิต และ คณะ¹³ เมื่อเปรียบเทียบกันเองระหว่างกลุ่มพบว่า กลุ่มญาติผู้ดูแลมีคะแนนดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยระดับประคับประคอง ในตัวแปร ความเครียด ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิตทางกาย คุณภาพชีวิตสัมพันธ์ทางสังคม และคุณภาพชีวิตทางสิ่งแวดล้อม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการพัฒนาคุณภาพชีวิตสามารถทำได้ในกลุ่มญาติผู้ดูแลเกือบทุกด้าน แม้จะไม่ได้ผลในบางด้านของกลุ่มผู้ป่วยก็ตาม แต่จะเป็นแรงเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีกำลังใจสู้ต่อ และส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมืออย่างจริงจังและต้องใช้ระยะเวลามากกว่านี้ สอดคล้องกับ ชูติมา จันทน์สมคอบ และคณะ⁷ ได้พัฒนามาตรการ 7 มาตรการ ได้แก่ 1) ประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ 2) จัดทำแผนงานโครงการบูรณาการร่วมกัน 3) การวินิจฉัย รักษาพยาบาล บำบัดฟื้นฟู การแพทย์ทางเลือก ดูแลรักษาต่อเนื่องในชุมชน และการ

จำหน่ายผู้เสียชีวิต 4) การประเมินผู้ป่วย การพยาบาล ติดตามประเมินผล การประเมินญาติผู้ป่วย และการดูแล สุขภาพจิต 5) การถอดบทเรียนและเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ 6) การพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตผ่าน องค์กรหน่วยงาน 7) การพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิต ผ่านชุมชน การดำเนินตามกระบวนการต้องเข้มข้นจริงจัง ประสานกับภาคีเครือข่าย และใช้รูปแบบการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สอดคล้องกับ พัชรีย์ พรหมสิงห์¹³ และ สอดคล้องกับ กมลพร สกุลพงศ์ และคณะ¹⁴

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติ
 - 1.1 มาตรการในแต่ละด้านต้องดำเนินการอย่างเข้มข้นจริงจัง กระบวนการจึงมีประสิทธิภาพ
 - 1.2 กระบวนการของผู้นำมีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิต
 - 1.3 ภาคีเครือข่ายและชุมชนเป็นกลไกในการขับเคลื่อนดูแลผู้ป่วยระดับประจักษ์

1.4 ควรเสริมสุขภาพจิตในผู้ป่วยระดับประจักษ์ และญาติผู้ดูแลควบคู่กันไป

1.5 ควรส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและด้านสิ่งแวดล้อมเป็นสำคัญ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือและประเมินผลควบคู่กันไป

2.2 ควรศึกษาเปรียบเทียบกับอำเภอข้างเคียง เพื่อให้ทราบความแตกต่างการดำเนินงานที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

2.3 ควรทำการทดลองรูปแบบและมาตรการในพื้นที่อื่นว่าได้ผลแตกต่างกันอย่างไร

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก นพ.อภิชัย ลิมนานท์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ที่เอื้อเพื่อให้เก็บข้อมูลในพื้นที่ และขอขอบคุณประชาชนและภาคีเครือข่ายอำเภอนามนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามซึ่งมีความถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประจักษ์ประจักษ์ระยะท้าย. กรุงเทพฯ.
2. World Health Organization. Definition of Palliative Care 2002. [online]. 2021 [cited 2021 July 20]; Available from: URL: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
3. นิรัช อัครธีรากุล และคณะ. (2556). คู่มือสำหรับประชาชนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประจักษ์ประจักษ์ (Palliative Care). กรุงเทพฯ : บริษัทพิมพ์ดีจำกัด, 2556.
4. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2559). แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะสุดท้ายของชีวิต พ.ศ.2557-2559. นนทบุรี.
5. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2561). คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประจักษ์ประจักษ์ (Palliative Care) แบบบูรณาการ. กรุงเทพฯ : บริษัท เบสท์ สเต็ป แอ็ดเวอร์ไทซ์ จำกัด, 2561.
6. โรงพยาบาลนามน. รายงานศูนย์ฐานข้อมูลสุขภาพ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. (2564) สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ 2564
7. ชุตินา จันทรสมคัย และคณะ. ปัจจัยพื้นฐานบางประการความรุนแรงของอาการพฤติกรรมการดูแลตนเองแบบประจักษ์ประจักษ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเมเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. วารสารพยาบาลทหารบก. ปีที่ 19 ฉบับพิเศษ พฤษภาคม - สิงหาคม 2561
8. จิรประภา ศิริสูงเนิน และ คณะ. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประจักษ์ประจักษ์ จังหวัดขอนแก่น. วารสารการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี ที่ 6 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2561

9. สมจิตร ประภากร และคณะ. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษานในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ. วารสารกองการพยาบาล ปีที่ 42 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2558
10. นพพร จันทระเสนา และ ปิยะนุช พรหมสาขา. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลหนองหาน อเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. โรงพยาบาลหนองหาน อเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี, 2561
11. ธารินี เพชรรัตน์ และ คณะ. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแผนกการพยาบาลศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์. วารสารออร์โธปิดิกส์ศรีนครินทร์เวชสาร 2560; 32(3): 269-75.
12. ทรงสุตา ขงพัฒนจิตร และ คณะ. ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารสภาการพยาบาลปีที่ 35 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2563; 35(2) 116-131
13. พัชรรัตน์ อันสีแก้ว และคณะ. ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. วารสารพยาบาลทหารบก ปีที่ 21 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2563.
14. กมลพร สกุลพงศ์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง: กรณีศึกษานบ้านปันรัก สุราษฎร์ธานี. วารสารการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 27 ประจำเดือนธันวาคม 2560 หน้า 90-103.

การพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ และสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายและ ภาคประชาชนเพื่อแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

อำเภอพนม จังหวัดกาฬสินธุ์

**Develop participatory health literacy and mental health care in partner networks and communities
to remediate problem of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in**

Namon District, Kalasin Province

จารึก ประคำ¹, อรรถวิทย์ เนินชัย¹ ทักษณัย พัสด¹

Jaruk Prakhum, Attawit Noenchat, Thaksanai Passadou

(Received: February 12,2021; Accepted: March 21,2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรม กระบวนการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ สุขภาพจิต และผลของกระบวนการแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)ในพื้นที่อำเภอพนม จังหวัดกาฬสินธุ์ ให้สามารถลด อัตราป่วย อัตราตาย พฤติกรรมเสี่ยง ส่งเสริมภาวะทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต ให้มีประสิทธิภาพ ผลการศึกษา ในช่วงเดือน มกราคม 2563 - กรกฎาคม 2564 พบผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 187 ราย พบผู้เสียชีวิตจำนวน 1 ราย พบการระบาดเป็นช่วงระลอก พบมากที่สุดในช่วงเดือน เมษายน-มิถุนายน 2564 ร้อยละ 87.7 ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค ร้อยละ 8.0 กลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ร้อยละ 34.8 และกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 57.2 พฤติกรรมเสี่ยงที่พบ ได้แก่ การไปร่วมงานสังสรรค์รวมกลุ่ม ร้อยละ 22.9 รองลงมาคือการใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 16.6 และ การกินอาหารร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 3.9 ก่อนพัฒนามาตรการความรู้ทางสุขภาพ (Mean $\pm$ SD = 138.9 $\pm$ 13.9) และสุขภาพจิต (Mean $\pm$ SD = 165.7 $\pm$ 16.1) อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ภายหลังการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในปี 2563-2564 ได้ผลออกมา 7 มาตรการ คือ 1) มาตรการวิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอพนม 2) มาตรการสอบสวนและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และถอดบทเรียนร่วมกัน 3) การขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทีมงานวิชาชีพและภาคีเครือข่าย 4) มาตรการวางแผนและบูรณาการงบประมาณแก้ไขปัญหาร่วมกันในภาคีเครือข่าย 5) การขับเคลื่อนทีมระดับ ตำบล อำเภอ ในการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ การดูแลสุขภาพจิต และสื่อสารความเสี่ยง 6) มาตรการแก้ไขและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้รวดเร็วทันเวลา 7) มาตรการดำเนินงานมาตรการชุมชนเป็นกลไกหลัก ผลของกระบวนการพัฒนาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนดีขึ้นอยู่ในเกณฑ์ดี มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = -3.6$) ความรู้ทางสุขภาพทุกด้าน เพิ่มขึ้นอยู่ในเกณฑ์ดี คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = -6.2$) สุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ดี คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = -4.4$) สรุปการดำเนินการตามกระบวนการต้องเพิ่มขึ้นจริงจัง ประสานกับภาคีเครือข่าย และใช้รูปแบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินระดับอำเภอ

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ความรู้ทางสุขภาพ, สุขภาพจิต, กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม

Abstract

This is a developmental research aim to analyzed situation, risk factors, risk behaviors, process of develop health literacy and mental health care and results of process to solving problem of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Namon District Kalasin Province for reduce the morbidity rate death rate and promote behavior to effective physical and mental health protection. Results of the study found that during January 2020 - July 2021 has confirmed 187 cases and death 1 case of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19). The most common during the month April-June 2021 (87.7 percent) was found that in patients under investigation (PUI) (8.0%), high-risk contact group (34.8%), and low-risk contact group (57.2%). Risk behavior were group activities (22.9%), personal tools sharing with others (16.6%) and food sharing with others (3.9%). Before development, it was found that the health literacy measure was at a moderate level (Mean $\pm$ SD = 138.9 $\pm$ 13.9) and mental health was at a moderate level (Mean $\pm$ SD = 165.7 $\pm$ 16.1). After The development process in 2020-2021 resulted in 7 measures: 1) data

¹ โรงพยาบาลพนม จังหวัดกาฬสินธุ์

analysis and situation of coronavirus disease 2019 (COVID-19). 2) Investigation and control of coronavirus disease 2019 (COVID-19). 3) Drive and implementation in the participation of multidisciplinary teams and network partners 4) Planning and consolidating the budget to solve joint problems in the network department 5) Drive and implementation on sub-district team for promoting Health literacy, mental health care and risk communication 6) Remediate and control the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in a timely manner 7) Take measures for the community as the main mechanism. After continuous development Since October 2020 found prevention of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) behavior in the community has improved at a good level. There was a statistically significant increase in mean scores after development ($p < 0.05$, $t = -3.6$). Health literacy in all aspects increased to a good level. There was a statistically significant increase in mean scores after development ($p < 0.05$, $t = -6.2$). Mental health is in good level. There was a statistically significant increase in mean scores after development ($p < 0.05$, $t = -4.4$). conclusion, the implementation of the process must be intensely intense. Coordinate with network partners and using a district-level of Emergency Operation Center, EOC.

Keywords : novel coronavirus disease 2019 (COVID-19), health literacy, mental health care, participation

บทนำ

ด้วยการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เริ่มต้นในประเทศจีน และแพร่ระบาดไปในหลายประเทศทั่วโลก จากรายงาน 209 ประเทศ 2 เขตบริหารพิเศษ 2 เรือสำราญ นับตั้งแต่ 5 มกราคม 2563 – 8 สิงหาคม 2564 พบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อจำนวน 182,312,439 ราย เสียชีวิต 3,942,101 ราย ส่วนสถานการณ์ต่างประเทศที่มียอดผู้ป่วยมาก 3 อันดับแรก คือ ประเทศสหรัฐอเมริกา พบผู้ป่วย 33,652,098 ราย เสียชีวิต 604,474 ราย ประเทศอินเดียพบผู้ป่วย 30,362,848 ราย เสียชีวิต 398,454 ราย และประเทศบราซิลพบผู้ป่วย 18,513,305 ราย เสียชีวิต 515,985 ราย ซึ่งอาการโรค คือ มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หอบเหนื่อย หรือมีอาการของโรคปอดอักเสบ จมูกไม่ได้รับกลิ่น ลิ้นไม่ได้รับรส ในรายที่มีอาการรุนแรง จะมีอาการระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และอาจถึงขั้นเสียชีวิต ทั้งนี้มีหลักฐานการติดต่อจากคนสู่คนและเป็นการระบาดในระดับโลก¹ องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ เนื่องจากเชื่อดังกล่าวได้มีการแพร่ระบาดไปยังประเทศต่างๆ ทั่วโลกอย่างรวดเร็ว

ประเทศไทยพบผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 756,505 เสียชีวิต 6,204 ราย ปัจจัยเสี่ยงได้แก่ สัมผัสกับผู้ป่วยยืนยัน อาชีพเสี่ยง เดินทางมาจากพื้นที่ควบคุมสูงสุดภายในประเทศ สถานที่เสี่ยง เช่น ตลาด ลูก ชุมชนก่อสร้าง นักแสดง นักพนัน สถาน

บันเทิง รวมทั้งเดินทางกลับมาจากต่างประเทศเสี่ยง ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย โดยประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2563 เป็นต้นมา²

จังหวัดกาฬสินธุ์พบผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 4,516 ราย ส่วนมากเป็นผู้ป่วยเดินทางกลับมารักษาตัวจากต่างจังหวัด และได้รับการรักษาและกักกันอย่างเข้มงวด กลับจากต่างประเทศ 158 ราย กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล และพื้นที่เสี่ยง 18,651 ราย และพบผู้สัมผัสเสี่ยงสูง และเสี่ยงต่ำที่สัมผัสผู้ป่วยในจังหวัดกาฬสินธุ์ที่ต้องรับการกักกัน 98 รายที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังและกักกันอย่างเข้มงวด ทางจังหวัดมีความพร้อมและเปิดศูนย์อำนวยการด้านโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา จังหวัดกาฬสินธุ์ ไว้เพื่อรับเหตุการณ์ เช่นนี้ มาตั้งแต่เริ่มมีการระบาด มีมาตรการการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)³

อำเภอนามนพบผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 219 ราย ซึ่งกระจายไปตำบลต่างๆ ส่วนมากเดินทางกลับมารักษาที่ภูมิลำเนา ดังนี้ ตำบลหนองบัว จำนวน 72 คน รองลงมาคือ ตำบลนามน 56 คน ตำบลสงเปลือย 50 คน ตำบลหลักเหลี่ยม 28 คน

และตำบลยอดแกลง 13 คน ตามลำดับ ช่วงเวลาที่มีการระบาดมากที่สุดคือเดือน เมษายน-กรกฎาคม พื้นที่ที่มีการติดเชื้อในพื้นที่มากที่สุด ได้แก่ ตำบลสงเปลือย หนองบัว และนามน ตามลำดับ อำเภอได้มีการรณรงค์ตามมาตรการ D-M-H-T-T-A ได้แก่ สวมหน้ากาก ล้างมือ เว้นระยะห่าง ตรวจอุณหภูมิ ตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และลงทะเบียนทางแอปพลิเคชัน รวมไปถึงการให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การเป็นศูนย์แรกได้รับระดับอำเภอ และหมู่บ้าน เปิดหอผู้ป่วยเฉพาะโรคและโรงพยาบาลสนาม การทำศูนย์กักกันโรคอำเภอเพื่อรองรับผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน แต่พื้นที่ยังคงมีข่าวลือเรื่องการควบคุมผู้ป่วย ปัญหาหวั่น ความเชื่อมั่นในการควบคุมโรค การประกอบอาชีพ และสุขภาพจิตที่ได้รับผลกระทบ ทั้ง ก่อนป่วย ขณะป่วยและหายป่วย ทางโรงพยาบาลนามน และศูนย์ตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉินอำเภอนามน จึงมีความจำเป็นต้องมีการดำเนินการลงพื้นที่ให้ความรู้ทางสุขภาพ การดูแลเฝ้าระวังป้องกันตนเองให้กับประชาชนในเขตพื้นที่ชุมชน สถานศึกษา ศูนย์เด็กเล็ก หน่วยราชการ ผู้ประกอบอาชีพที่ได้รับผลกระทบ และบริการสาธารณะต่างๆ เพื่อเป็นการตอบโต้ต่อสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้ทันทั่วถึงเพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ตลอดจนป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคในวงกว้างตามนโยบายของทางรัฐบาลไทยต่อไป

คณะผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ และการส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตในอำเภอนามน เพื่อเป็นต้นแบบในการพัฒนา ต้นแบบในการศึกษา เพื่อแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในระยะสั้นและในระยะยาว ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ยังมีผู้ศึกษาน้อย เพื่อให้องค์กรที่เกี่ยวข้องได้นำไปศึกษา และใช้ประโยชน์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อ ศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรม กระบวนการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ สุขภาพจิต และผลของกระบวนการแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสโค

โรนา 2019 (COVID-19) ในพื้นที่อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การศึกษาพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตเพื่อการแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แบบมีส่วนร่วม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Develop) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตเพื่อแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แบบมีส่วนร่วม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ ประชาชนและภาคีเครือข่ายในชุมชนเขตพื้นที่อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประชาชนอำเภอนามน 5 ตำบล 67 หมู่บ้าน 8,055 ครัวเรือน จำนวน 36,550 คน และ ภาคีเครือข่ายจำนวน 431 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนและภาคีเครือข่ายในชุมชนเขตพื้นที่อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยคำนวณจากสูตรการประมาณค่าสัดส่วนเมื่อทราบจำนวนประชากรตามสูตร ดังนี้

สูตรประมาณค่าสัดส่วนเมื่อทราบจำนวนประชากร

$$n' = \frac{n}{1 + \frac{z^2 \times p(1-p)}{E^2 N}}$$

ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 585 คน แบ่งเป็น ประชาชนทั้งหมด = 381 คน กลุ่มภาคีเครือข่าย 204 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ กระบวนการแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในพื้นที่แบบมีส่วนร่วมอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

1.1 การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม และการจัดกระบวนการกลุ่มในการ รวบรวมและวิเคราะห์ ปัจจัยเสี่ยง

ปัญหา สาเหตุ ความรอบรู้ทางสุขภาพ และสุขภาพจิต ต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

1.2 กระบวนการกลุ่มในการกำหนดมาตรการกิจกรรมในการแก้ไขปัจจัยเสี่ยง ปัญหาในการควบคุมโรคสาเหตุของการเกิดโรค ความรอบรู้ทางสุขภาพ และสุขภาพจิต ต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

1.3 การประชุมและกระบวนการกลุ่มในการกำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัจจัยเสี่ยง ปัญหาในการควบคุมโรค สาเหตุของการเกิดโรค ความรอบรู้ทางสุขภาพ และสุขภาพจิต ต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

1.4 กระบวนการกลุ่มในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยง ปัญหาในการควบคุมโรค สาเหตุของการเกิดโรค ความรอบรู้ทางสุขภาพ และสุขภาพจิต ต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และสรุปถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข

1.5 การประชุมและกระบวนการกลุ่มในการปรับปรุงมาตรการ กิจกรรมและบทบาทภาคีเครือข่ายให้สอดคล้องกับแนวทางแก้ไขที่ได้จากการถอดบทเรียน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และแบบวัดความรู้ทางด้านสุขภาพ ดัดแปลงจาก กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข แบบวัดสุขภาพจิต ดัดแปลงมาจาก กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปรับขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยผ่านการทดสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (IOC) การทดสอบความเที่ยง ส่วนที่เป็นแบบทดสอบความตรงในพื้นที่ อำเภอสหพันธ์จำนวน 35 คน โดยใช้สูตร KR-20 (Kuder Richardson method : KR-20) ได้ค่า Reliability ดังนี้

แบบวัด ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ค่า Reliability เท่ากับ 0.71 โดยมีค่าความยากง่าย อยู่ระหว่าง 0.20 – 0.80 และค่าอำนาจจำแนก มากกว่า 0.20

แบบวัด การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องป้องกันโรคโควิด-19 ได้ค่า Reliability เท่ากับ 0.64 โดยมีค่าความยากง่าย อยู่ระหว่าง 0.20 – 0.80 และค่าอำนาจจำแนกมากกว่า 0.20

ส่วนแบบวัดที่เป็น rating scale ใช้ Cronbach ได้ค่า Reliability ดังนี้

แบบวัด การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ.691

แบบวัด การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ.797

แบบวัด การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ.725

แบบวัด การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ.691

แบบวัด พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ.862

แบบวัด พฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ.862

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล ร่วมกิจกรรมกลุ่ม ไปที่ผู้หัวหน้าส่วนราชการ และเอกชน ในพื้นที่ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

2. ทำหนังสือประสานไปยังชุมชน เพื่อขออนุญาตลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ ทำกิจกรรมในชุมชน ถึงกำนันและผู้ใหญ่บ้านตำบลนามน โดยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในชุมชนด้วยตนเองจนครบ

3. รวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์ฉุกเฉิน ปัจจัยเสี่ยง สาเหตุของการเกิดโรค ความรอบรู้ทางสุขภาพ และสุขภาพจิต ต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในพื้นที่ (มกราคม 2563)

4. กำหนดมาตรการ/กิจกรรมในการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉิน ปัจจัยเสี่ยง สาเหตุของการเกิดโรค ความรอบรู้ทางสุขภาพ และสุขภาพจิต ต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในพื้นที่ (มกราคม 2563)

5. กำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายในการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉิน ปัจจัยเสี่ยง สาเหตุของการเกิดโรค ความรอบรู้ทางสุขภาพ และสุขภาพจิตต่อ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในพื้นที่ในพื้นที่ (มกราคม 2563)

6. ดำเนินการตามมาตรการ กิจกรรมและบทบาทภาคีเครือข่าย (มกราคม-กันยายน 2563)

7. สรุปถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข (กันยายน 2563)

8. ปรับปรุงมาตรการ กิจกรรมและบทบาทภาคีเครือข่ายให้สอดคล้องกับแนวทางแก้ไขที่ได้จากการถอดบทเรียน (กันยายน 2563)

9. ดำเนินการตามมาตรการ กิจกรรมและบทบาทภาคีเครือข่ายที่ปรับปรุง (ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564)

10. สรุปถอดบทเรียน (กรกฎาคม 2564)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ ระดับความรู้ทางสุขภาพ ระดับสุขภาพจิต การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 เพื่อเปรียบเทียบประชากรสองกลุ่มก่อนพัฒนา และหลังพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่อง ในความรู้ทางสุขภาพ สุขภาพจิต และเปรียบเทียบประชาชนและภาคีเครือข่ายในประชากร 2 กลุ่มที่แตกต่างกัน

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 585 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มประชาชน จำนวน 394 คน คิดเป็นร้อยละ 67.4 และกลุ่มบุคลากรภาครัฐภาคีเครือข่าย จำนวน 191 คน และ คิดเป็น

ร้อยละ 32.6 ประชากรส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 326 คน คิดเป็นร้อยละ 55.7 รองลงมาเป็นเพศชาย 259 คน คิดเป็นร้อยละ 44.3 ส่วนมากมีอายุต่ำกว่า 31 ปี จำนวน 314 คน ร้อยละ 53.7 รองลงมามีอายุ 31-40 ปี จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 19.1 และมีอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 14.7 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 33.5 ปี นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด 585 คน คิดเป็นร้อยละ 100 สถานภาพส่วนมากโสด จำนวน 341 คน ร้อยละ 58.3 รองลงมาคือแต่งงานและอาศัยอยู่ร่วมกัน จำนวน 180 คน คิดเป็น ร้อยละ 30.8 และ แต่งงานไม่ได้อาศัยอยู่ร่วมกัน จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 6.3 ตามลำดับ การศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 207 คน คิดเป็นร้อยละ 35.4 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาหรือ ปวช. จำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 22.9 และ มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 17.8 ตามลำดับ อาชีพส่วนมากรับจ้างทั่วไป จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 25.5 รองลงมาคืออาชีพนักเรียน จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 และ ทำไร่นา จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 16.8 ตามลำดับ รายได้ครอบครัวต่อเดือนระหว่าง 10,000-20,000 บาท จำนวน 295 คน คิดเป็นร้อยละ 50.4 รองลงมามีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท จำนวน 119 คน ร้อยละ 20.3 และ รายได้ 20,001-30,000 บาท จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 10.9 ตามลำดับ ความเพียงพอของรายได้ ส่วนมากพอเพียงแต่ไม่เหลือเก็บ 240 คน ร้อยละ 41.0 รองลงมาคือมีหนี้สินแต่พอใช้ จำนวน 194 คน ร้อยละ 33.2 และ ไม่พอเพียงและมีภาระหนี้สินอยู่บ้าง จำนวน 124 คน ร้อยละ 21.2 ตามลำดับ

2. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

ตั้งแต่ มกราคม 2563 - มิถุนายน 2564 การติดเชื้อส่วนมากเกิดจากการเดินทางเข้ามาในพื้นที่ของผู้ติดเชื้อ พบจำนวนผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค (PUI) กลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูง และกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำ รวมทั้ง 3 กลุ่ม 4,928 ราย พบว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกไตรมาส มีการระบาดเป็นช่วงระลอก พบผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 187 ราย เสียชีวิต 1 ราย เป็นผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค

(PUI) 713 ราย กลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูง จำนวน 1,163 ราย และกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำ 2,327 ราย พบมากที่สุดในช่วงเดือนเมษายน-มิถุนายน 2564 คิดเป็นร้อยละ 90.5

3. พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอพนม จังหวัดกาฬสินธุ์

หลังพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่อง ได้เก็บข้อมูลในเดือนกรกฎาคม 2564 พบปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การไปร่วมงานสังสรรค์รวมกลุ่ม จำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 22.9 รองลงมาคือการใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 16.6 และ การกินอาหารร่วมกับผู้อื่น จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 3.9 ในขณะที่ปัจจัยป้องกัน ได้แก่ พฤติกรรมสวมใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีคนหนาแน่น จำนวน 435 คน คิดเป็นร้อยละ 74.4 รองลงมาคือ การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ ทุกมื้อ จำนวน 425 คน คิดเป็นร้อยละ 72.6 และ ล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาดบ่อยๆ หรือใช้แอลกอฮอล์ล้างมือทำความสะอาดมือทันทีหลังจากจับสิ่งของสาธารณะ จำนวน 359 คน คิดเป็นร้อยละ 61.4

4. ความรอบรู้ทางสุขภาพของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอพนม จังหวัดกาฬสินธุ์

หลังดำเนินพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่องได้เก็บข้อมูลในเดือนกรกฎาคม 2564 เพื่อวิเคราะห์ความรู้ทางสุขภาพ ทั้ง 7 ด้าน แบ่งตามเกณฑ์ของ Bloom³ 3 ระดับ น้อย ปานกลาง ดี พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีคะแนนเฉลี่ย 7.8 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง (Mean $\pm$ SD = 7.8 $\pm$ 1.1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คะแนนเฉลี่ย 20.7 อยู่ในระดับดี (Mean $\pm$ SD = 20.7 $\pm$ 3.4) ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีคะแนนเฉลี่ย 22.9 อยู่ในระดับปานกลาง (Mean $\pm$ SD = 22.9 $\pm$ 3.8) ด้านการจัดการเงื่อนไขสุขภาพของตนเองต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คะแนนเฉลี่ย 21.9 อยู่ในระดับดี (Mean $\pm$ SD = 21.9 $\pm$ 2.6) ด้านการเท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันต่อโรค

ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คะแนนเฉลี่ย 21.9 อยู่ในระดับดี (Mean $\pm$ SD = 21.9 $\pm$ 5.5) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คะแนนเฉลี่ย 1.9 อยู่ในระดับน้อย (Mean $\pm$ SD = 1.9 $\pm$ 0.9) ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คะแนนเฉลี่ย 41.8 อยู่ในระดับดี (Mean $\pm$ SD = 41.8 $\pm$ 4.9) คะแนนเฉลี่ยในภาพรวมทั้ง 7 ด้าน 138.9 คะแนน อยู่ในระดับดี (Mean $\pm$ SD = 138.9 $\pm$ 13.9)

5. สุขภาพจิตต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอพนม จังหวัดกาฬสินธุ์

ภายหลังการพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่อง ได้เก็บข้อมูลในเดือนกรกฎาคม 2564 เพื่อวิเคราะห์สุขภาพจิตในภาวะฉุกเฉินต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แบ่งตามเกณฑ์ของ Bloom³ 3 ระดับ น้อย ปานกลาง ดี พบว่า สุขภาพจิตในภาพรวม อยู่ที่ 165.7 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ ปานกลาง (Mean $\pm$ SD = 165.7 $\pm$ 16.1) สุขภาพจิตในเชิงป้องกันรายข้อ ได้แก่ รู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อมีโอกาส 324 คน คิดเป็นร้อยละ 55.4 รองลงมาคือ คิดว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่แก้ไขได้ จำนวน 314 คน คิดเป็นร้อยละ 53.7 และ รู้สึกว่ามีคุณค่าต่อครอบครัว จำนวน 296 คน คิดเป็นร้อยละ 50.6 ตามลำดับ ในขณะที่ปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ไม่สามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข เมื่อมีปัญหา จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 6.3 รองลงมาคือ รู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้กับการดำเนินชีวิตประจำวัน จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 8.4 และ ไม่รู้สึกสนใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์ จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 10.6 ตามลำดับ

6. การวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับพฤติกรรมป้องกันที่มีต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ก่อนดำเนินมาตรการในเดือนมกราคม 2563 และ หลังพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่อง กรกฎาคม 2564

จากการรวบรวมและวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงของการเกิดโรคที่มีต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของคนในพื้นที่อำเภอพนม จังหวัดกาฬสินธุ์ ในช่วงก่อนดำเนินมาตรการ มกราคม 2563

เปรียบเทียบภายหลังการดำเนินมาตรการในเดือนกรกฎาคม 2564 พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวมด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อการป้องกันต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนดำเนิน มาตรการในเดือนมกราคม 2563 เทียบกับหลังดำเนิน มาตรการในเดือนกรกฎาคม 2564 พบว่าหลังดำเนิน มาตรการอยู่ในเกณฑ์ดี มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 40.7 คะแนน เป็น 41.8 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบคะแนน เฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังดำเนินมาตรการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($p < 0.05$, $t = -3.6$)

7. การวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ก่อนดำเนินมาตรการในเดือนมกราคม 2563 และ หลังพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่องในเดือน กรกฎาคม 2564 พบว่า

ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ ด้านการจัดการ เงื่อนไขสุขภาพของตนเอง ด้านการเท่าทันสื่อและ สารสนเทศเพื่อการป้องกัน ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ ถูกต้องเพื่อการป้องกัน และด้านพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อการป้องกันของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หลังดำเนินมาตรการ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$, $t = -6.2$)

8. การวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับสุขภาพจิตที่มีต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ก่อนดำเนินมาตรการในเดือนมกราคม 2563 และ หลัง พัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่องในเดือน กรกฎาคม 2564

พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวมสุขภาพจิตต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ภายหลังพัฒนามาตรการ อย่างต่อเนื่อง อยู่ในเกณฑ์ดี มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 161.3 คะแนน เป็น 165.7 คะแนน ตามลำดับ และมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$, $t = -4.4$)

9. การวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับพฤติกรรมป้องกัน ความรอบรู้ทางสุขภาพ และสุขภาพจิต ในบุคลากรภาครัฐภาคีเครือข่าย กับ ภาคประชาชน หลัง

พัฒนามาตรการต่อเนื่องต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

1) คะแนนรวมพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อ การป้องกันของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยของบุคลากรภาครัฐและภาคี เครือข่าย เทียบกับ ภาคประชาชน พบว่าทั้ง 2 กลุ่มอยู่ใน เกณฑ์ดี มีคะแนนเฉลี่ย 43.1 คะแนน และ 40.3 คะแนน ตามลำดับ โดยกลุ่มบุคลากรภาครัฐและภาคีเครือข่ายมี คะแนนสูงกว่า เมื่อทดสอบคะแนนเฉลี่ย พบว่าไม่มีความ แตกต่างกัน

2) คะแนนรวมความรู้ทางสุขภาพทั้ง 7 ด้าน เพื่อการป้องกันของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยของบุคลากรภาครัฐ และภาคีเครือข่าย เทียบกับ ภาคประชาชน พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม อยู่ในเกณฑ์ดี มีคะแนนเฉลี่ย 143.5 คะแนน และ 132.3 คะแนน ตามลำดับ โดยกลุ่มบุคลากรภาครัฐและภาคี เครือข่ายมีคะแนนสูงกว่า เมื่อทดสอบคะแนนเฉลี่ยพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ($p < 0.05$, $t = -12.5$)

3) คะแนนรวมด้านสุขภาพจิตต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ย ของบุคลากรภาครัฐและภาคีเครือข่าย เทียบกับ ภาค ประชาชน พบว่าทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง มี คะแนนเฉลี่ย 167.2 คะแนน และ 161.5 คะแนน ตามลำดับ โดยกลุ่มบุคลากรภาครัฐและภาคีเครือข่ายมีคะแนนสูงกว่า เมื่อทดสอบคะแนนเฉลี่ยพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$, $t = -5.5$)

10. การพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและการดูแลสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วมเพื่อแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอนามน จังหวัด กากะปิ่น

1) มาตรการวิเคราะห์ข้อมูล และสถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นการ กำหนดทิศทางเพื่อขับเคลื่อน เพื่อรับมือกับสถานการณ์ ฉุกเฉิน ข้อมูลที่สำคัญ ได้แก่ จำนวนผู้ติดเชื้อ ข้อมูลผู้ที่

เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง การเฝ้าระวังการติดเชื้อภายในชุมชน ติดตามค้นหาเชิงรุกเพื่อค้นหาข้อมูลสถานการณ์ โดยผ่านชุมชน และนำเสนอและรายงานในที่ประชุมศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอนามน โดยมีนายอำเภอนามนเป็นประธาน และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเข้าร่วม อำเภอนามนมีการประชุมตั้งแต่เดือน มกราคม 2563-มิถุนายน 2564 รวม ทั้งสิ้น 22 ครั้ง อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ปัญหาที่พบคือ ทุกภาคส่วนมีความวิตกกังวล ในเรื่อง การป้องกันการติดเชื้อ ปัญหาการจัดการขยะติดเชื้อ การให้ข้อมูลทางวิชาการที่เป็นข้อเท็จจริงสามารถหาทางออกร่วมกันได้ การนำระบบการรักษาผู้ป่วยทางไกลมาใช้ในระดับตำบล (Telemedicine) การจัดการขยะติดเชื้อที่ได้มาตรฐานโดยโรงพยาบาลนามนเป็นผู้ดำเนินการให้ทุกตำบล เป็นต้น

2) มาตรการสอบสวนและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การสอบสวนและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ภายในพื้นที่ และที่เข้ามาในพื้นที่ทุกราย มีความสำคัญในการวางมาตรการไม่ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำ และทราบถึงปัจจัยเสี่ยงในการป้องกันโรคครั้งต่อไป และ สาเหตุของการเกิดโรคในพื้นที่ โดยภาพรวมแล้วทีมสอบสวนต้องทำการสอบสวนให้ครบทุกราย แม้การระบาดจะมีจำนวนมากก็ตามควรทำให้ทันเวลา ให้ข้อมูลไปถึงผู้บริหารเพื่อประกอบการตัดสินใจ และสามารถควบคุมโรคได้ทันที อย่างมีประสิทธิภาพ อำเภอนามน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563-มิถุนายน 2564 มีรายงานสอบสวนและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 187 ราย ครบทุกราย คิดเป็น ร้อยละ 100 ปัญหาที่พบคือจำนวนผู้ป่วยจำนวนมากทำให้มีภาระงานเพิ่มขึ้น วิธีแก้ไขคือ ดึงกำลังพลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้ามาช่วยทำรายงานสอบสวนโรค หากตำบลไหนมีจำนวนผู้ป่วยน้อยให้หมุนเวียนมาสอบสวนช่วยตำบลที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก

3) มาตรการถอดบทเรียนกรณีศึกษาเหตุการณ์สำคัญโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คือการประชุมวางแผนร่วมกันเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำ หรือไม่ให้มีการ

ติดเชื้อซ้ำในชุมชน อำเภอนามน มีกรณีถอดบทเรียนเหตุการณ์สำคัญที่ติดเชื้อในชุมชน 5 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 100 กรณีศึกษาได้แก่ 1) กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 จากสถานบันเทิงนักร้องหญิงและบริการจำนวน 2 ราย 2) กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระหว่างผู้ติดเชื้อจากต่างจังหวัดติดเพื่อนบ้าน 1 ราย ตำบลหนองบัว 3) กรณีศึกษาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน 1 ราย ที่ติดจากญาติที่มาจากชลบุรี 4) กรณีศึกษาผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาจากต่างจังหวัดได้เข้าพักรวมบ้านมีผู้ติดเชื้อร่วมบ้าน 9 ราย ตำบลสงเปลือย 5) กรณีศึกษาเจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการออกเหตุรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 1 ราย โรงพยาบาลนามน ทั้ง 5 กรณีมีการนำเข้าไปในที่ประชุมและถอดบทเรียนร่วมกัน เพื่อหาสาเหตุ ปัจจัย วางแผนไม่ให้เกิดซ้ำในพื้นที่อำเภอนามน และศึกษากรณีสำคัญในระดับประเทศ และ อำเภอข้างเคียงในจังหวัดกาฬสินธุ์ ปัญหาที่พบคือ หากไม่ดึงจับข้อมูลให้เร็ว และควบคุมโรคซ้ำ อาจเกิดการระบาดได้ในช่วงกว้าง การสอบสวนโรคที่รวดเร็วทำให้ขาดรายละเอียดต้องพยายามให้ถูกต้องให้มากที่สุด อย่างน้อย ร้อยละ 70 เพื่อให้ผู้บริหารตัดสินใจได้อย่างรวดเร็ว วิธีแก้ไข คือ จัดทำรายงานสอบสวนโรคฉบับผู้บริหาร ที่สั้น ง่าย กระชับ เข้าใจง่าย ไม่เกิน 1 หน้า ให้ผู้บริหารทราบภายใน 48 ชั่วโมง และแจ้งเจ้าหน้าที่และภาคีเครือข่ายทราบ

4) มาตรการวางแผนและบูรณาการร่วมกัน และการจัดสรรงบประมาณแก้ไขปัญหาในภาคีเครือข่าย มอบหมายการจัดสรรงบประมาณแก้ไขปัญหา โดยให้ท้องถิ่นรับผิดชอบงบประมาณโครงสร้างต่างๆ เช่น ไฟฟ้า ห้องน้ำ ระบบคอมพิวเตอร์ และอินเทอร์เน็ต ระบบรักษาทางไกล (Telemedicine) ของโรงพยาบาลสนามอำเภอ และโรงพยาบาลสนามตำบล และศูนย์กักกันตำบล ทั้งหมด ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยอำเภอ รับผิดชอบบริหารจัดการตรวจเชิงรุก (Antigen Test Kit; ATK) ไว้ใช้ในท้องถิ่นในกรณีที่มีการระบาดในวงกว้าง ในส่วนของโรงพยาบาลนามน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่รับผิดชอบงบประมาณด้านการรักษาทั้งหมด ประชุม

มอบหมายเจ้าภาพหลักและขับเคลื่อนร่วมกันผ่านหน่วยงานภาคีเครือข่าย โดยมีการประชุมวางแผนและบูรณาการลงนามทำข้อตกลงร่วมกัน ท้องถิ่นรับผิดชอบงบประมาณโครงสร้างโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลสนามตำบล ศูนย์กักกันตำบล ยังจัดต่อระเบียบรัฐในการจัดซื้อจัดจ้างจำพวกวัสดุและครุภัณฑ์ เช่น เตียงผู้ป่วย ชุดที่นอน เครื่องใช้ผู้ป่วย ตู้เก็บของ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ เครื่องวัดความดัน เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว และเครื่องวัดอุณหภูมิ วิธีแก้ไขปัญหาคือ เปิดรับบริจาคเครื่องใช้ที่จัดต่อระเบียบตามกำลังศรัทธา เสนอต่อคนในชุมชน เช่น เตียงผู้ป่วย ชุดที่นอน เครื่องใช้ผู้ป่วย ตู้เก็บของ ซึ่งชุมชนให้การสนับสนุนเป็นจำนวนมาก รวมไปถึง ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จัดต่อระเบียบ รพ.ให้การสนับสนุนโดยใช้งบ สปสช. และขอรับบริจาคในชุมชน เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว และเครื่องวัดอุณหภูมิ

5) การจัดตั้งจุดบริการต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอนามน มีการจัดตั้งจุดบริการต่างๆมากมาย ไว้ขับเคลื่อนผ่านกลไกของชุมชน ได้แก่ ศูนย์รายงานตัวแรกรับ (Check point) ในระดับหมู่บ้าน จำนวน 67 แห่ง ศูนย์แรกรับระดับอำเภอ (Pre-Admission COVID-19) จำนวน 1 แห่ง ศูนย์กักกันตัวเองมาตรฐานที่บ้าน (Home Quarantine) จำนวน 67 หมู่บ้าน, ศูนย์กักกันตัวเองในชุมชน (local Quarantine) จำนวน 7 แห่ง, โรงพยาบาลสนามประจำตำบลขนาด 20 เตียง (Community Isolation) (แรกรับ) จำนวน 7 แห่ง, โรงพยาบาลสนามระดับอำเภอ (Field Hospital) ขนาด 120 เตียง 1 แห่ง, คลินิกคัดกรองโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (Acute Respiratory Infection, ARI Clinic) ในโรงพยาบาล และ รพ.สต. รวม 7 แห่ง, หอผู้ป่วยรวมโรค (COVID-19 Cohort ward) จำนวน 22 เตียง 1 แห่ง, มีที่กักกันตัวเองหลังหายป่วยในบ้าน และชุมชน (Home Isolation and Community Isolation) (หลังป่วย) จำนวน 67 หมู่บ้าน ปัญหาที่พบคือในช่วงแรก จะติดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อต่างๆในชุมชน หากชุมชนไม่ให้การยอมรับ เช่น การควบคุมการติดเชื้อจากคนสู่คน การควบคุมขยะติดเชื้อในชุมชน วิธีแก้ไข คือการประชุมผู้นำชุมชน หัวหน้าส่วน

ราชการ ให้เข้าใจ และขับเคลื่อนโดยให้ชุมชนเป็นเจ้าของ ศูนย์และบริหารจัดการเอง เช่น โรงพยาบาลสนามระดับตำบล มอบให้ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นผู้อำนวยความสะดวกดูแลด้านโครงสร้าง บริหารบริการ ค่าอาหารกลางวัน ระบบส่งต่อ โดยเชื่อมโยงชุมชนกับท้องถิ่น และ สปสช. ผ่าน รพ.สต. และ อปท.ในพื้นที่ การทำประชาคมในชุมชนในการจัดตั้งศูนย์ต่างๆ และขอสถานที่จากชุมชน เช่น จัดตั้งศูนย์กักกันตัวเองในชุมชน (local Quarantine) (แรกรับ) การจัดตั้งโรงพยาบาลสนามประจำตำบล (Community Isolation) (แรกรับ) การจัดตั้งโรงพยาบาลสนามระดับอำเภอ (Field Hospital) โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ หากผู้ป่วยลดลงสามารถถอนกำลังพลได้ทันที หากมีผู้ป่วยมากสามารถฟื้นฟูระบบได้ทันทีเช่นกัน

6) มาตรการดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ การดูแลสุขภาพจิต และสื่อสารความเสี่ยงในชุมชน เพื่อเพิ่มความตระหนักและลดความตระหนัก และการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน จากการดำเนินงานอำเภอนามน มีการให้ความรอบรู้ทางสุขภาพเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ครบ 67 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 100 คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 138.9 คะแนน ($\text{Mean} \pm \text{SD} = 138.9 \pm 13.9$) มีการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน ครบ 67 หมู่บ้านคิดเป็น ร้อยละ 100 สุขภาพจิตในภาพรวมระดับอำเภอ อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 165.7 คะแนน ($\text{Mean} \pm \text{SD} = 165.7 \pm 16.1$) มีการดูแลสุขภาพจิตผู้ป่วยหลังหายป่วยครบทุกรายจำนวน 186 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ปัญหาที่พบคือ ความรอบรู้ทางสุขภาพและสื่อสารความเสี่ยงในชุมชนยังมีน้อย ปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนมีมากขึ้น สุขภาพจิตในชุมชนไม่ดีเท่าที่ควร ประชาชนเริ่มมีความวิตกกังวลทั้งผู้ป่วย คนในชุมชน และ สภาพเศรษฐกิจสังคม วิธีแก้ไขปัญหาคือ การเพิ่มช่องทางการให้ความรอบรู้ทางสุขภาพ และสื่อสารความเสี่ยงผ่านทีมระดับตำบลโดย รพ.สต. เพิ่มทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and

Treatment Team; MCATT) โดยทีมสหวิชาชีพดูแลผู้ป่วย และคนในชุมชน การควบคุมและรายงานข้อมูลคนที่มา จากต่างจังหวัดให้เข้ารับการกักกันตนเองอย่างมี ประสิทธิภาพในกลุ่มเฝ้าระวัง 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้กลุ่มป่วย เข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค กลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูง และกลุ่ม ผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำ ปัญหาที่พบคือการไปกักกันตนเองที่บ้าน แต่ภายในบ้านมีเด็ก และผู้สูงอายุ ทำให้เกิดปัญหาการติด เชื้อในชุมชนขึ้น วิธีแก้ไขคือ ให้ความรู้ความเข้าใจ ใช้ กระบวนการชุมชน และฝ่ายปกครอง โดยกำกับให้กักกัน ตัวที่บ้านที่ได้มาตรฐานเท่านั้น โดยต้องเป็นบ้านว่าง ไม่มี บุคคลอื่นอาศัยในบ้าน การดำเนินงานเชิงรุก โดยการตรวจ คัดกรองเชิงรุกและค้นหาในชุมชนกลุ่มเสี่ยง ทำการเก็บ ตัวอย่างแล้วส่งตรวจหาเชื้อ SAR CoV2 ด้วยวิธี RT-PCR เพื่อตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ปัญหาที่ พบคือ การตรวจคัดกรองเชิงรุกและค้นหาในชุมชน ใน กลุ่มอาชีพเสี่ยง กลุ่มผู้เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง ยังมีบาง กลุ่มที่ตรวจเพียงรอบเดียว และคิดว่าตนเองไม่มีเชื้อและ เข้าไปแพร่เชื้อในชุมชน ซึ่งโดยปกติต้องตรวจ 2 รอบ ห่าง กัน 1 สัปดาห์ และกักกันตัวให้ครบ 14 วันจึงสามารถใช้ ชีวิตได้ตามปกติ และการตรวจด้วยวิธี RT-PCR ยังให้ผล ล่าช้า วิธีแก้ไขคือ กำชับกลุ่มเสี่ยง ด้วยกลไกชุมชนและ ฝ่ายปกครอง กำกับตรวจ 2 ครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ แม้ผล ครั้งแรกจะ ไม่พบเชื้อก็ตาม ขอให้กักกันตนเองอย่าง เข้มงวด ให้ครบ 14 วัน จึงใช้ชีวิตตามปกติได้ และนำ ระบบตรวจด่วนเข้ามาใช้ เช่น Antigen Test Kit ; ATK เข้า มาใช้ควบคู่กันในรายที่เสี่ยงต่ำหรือไม่แสดงอาการ สามารถควบคุมโรคได้ไว และทันเวลามากขึ้น การ ดำเนินงานเชิงรับ เมื่อพบผู้ป่วยที่มีอาการทางปอดอักเสบ การทำหัตถการเสี่ยง หรือ ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การสอบสวน โรค ให้ทำการเก็บตัวอย่างแล้วส่งตรวจหาเชื้อ SAR CoV2 ด้วยวิธี RT-PCR เพื่อตรวจหาเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ ใหม่ 2019 หรือ ผู้ป่วยที่มีอาการทางเดินหายใจให้แยก ตรวจที่คลินิกคัดกรองโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (Acute Respiratory Infection, ARI Clinic) ปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยที่ มีอาการทางเดินหายใจ (ARI) และผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การ สอบสวนโรค (PUI) มีอาการป่วยเป็นจำนวนมาก เข้ามา

รบกวนระบบการรักษาภายในโรงพยาบาล ทั้งเด็กผู้ป่วย นอก (OPD) ผู้ป่วยฉุกเฉิน (ER) และผู้ป่วยใน (IPD) และ ห้องคลอด (LR) ทำให้เพิ่มภาระงาน และ อาจมีการติดเชื้อ ในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลได้ วิธีแก้ไข คือ ผู้ป่วยที่มีอาการ ทางเดินหายใจ (ARI) จะต้องแยกไปตรวจที่คลินิกพิเศษ ทางเดินหายใจ (ARI Clinic) เมื่อมีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การ สอบสวนโรค (PUI) ให้เข้ารับการรักษาคัดตัวในหอผู้ป่วย ในทุกรายในกรณีเตียงว่าง เพื่อลดปัญหาการออกเหตุ ฉุกเฉิน และสามารถบริหารจัดการแบบผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ที่มีการสวมชุด PPE ป้องกันตามมาตรฐาน หากจำเป็นต้องออกเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยสงสัย หรือ ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค (PUI) ให้ใส่ชุด PPE มาตรฐานเต็มรูปแบบก่อนออกเหตุทุกครั้ง หากจำเป็นให้พาผู้ป่วยมาให้แพทย์ประเมิน ให้แพทย์ตรวจ ประเมินและทำการรักษานรฉุกเฉิน หากหนักให้ส่งต่อ โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลแม่ข่าย หากรักษาแล้ว อาการบรรเทาให้ส่งกลับบ้านทันที หรือ พิจารณาให้พักดู อาการที่หอผู้ป่วยใน และ Manage แบบผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การ สอบสวนโรค (PUI) จะต้องทำการเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจ ทุกราย ก่อนการทำหัตถการทุกครั้ง และ ปฏิบัติสวมชุด PPE เต็มรูปแบบ บริหารจัดการแบบผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การรักษาและพยาบาล ตามมาตรฐานของกรมการแพทย์ และดูแลหลังหายป่วย ภายหลังการรักษา 14 วัน โรงพยาบาลนามนให้การ รักษา ผู้ป่วยทั้งสิ้น 187 ราย เสียชีวิต 1 ราย หายดี 185 ราย ไม่ พิกัด และสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ปัญหา ที่พบคือ พบผู้ป่วยยืนยัน เข้ารับการรักษาจำนวนมาก ทำ ให้เกิดภาระด้านการรักษาพยาบาล การจ่ายยา การตรวจ เลือด การเอ็กซเรย์ ทำให้มีภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น เตียงและ ระบบรักษาไม่เพียงพอ วิธีแก้ปัญหาคือ ใช้ระบบส่ง ต่อไปโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลแม่ข่ายในกลุ่มที่มี อาการหนัก ขยายหอผู้ป่วย COVID-19 Cohort ward ขนาด 22 เตียง ในโรงพยาบาลนามน เพื่อรองรับผู้ป่วยที่มีอาการ ปานกลาง เปิดโรงพยาบาลสนามระดับอำเภอขนาด 120 เตียงเพื่อรองรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการน้อยหรือไม่แสดง

อาการ และ เปิดโรงพยาบาลสนามประจำตำบล 5 ตำบล ตำบลละ 20 เตียง เพื่อประเมิณกลุ่มผู้ป่วยที่มาใหม่และรับดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการเล็กน้อยชั่วคราวในชุมชน และ จัดตั้งศูนย์กักกันตนเองที่บ้านและชุมชนหลังจากที่ป่วยหายแล้วให้สามารถกักกันตัวเองให้ครบ 14 วัน ให้ได้มาตรฐาน

7) มาตรการดำเนินงานในชุมชน โดยชุมชนเป็นผู้ขับเคลื่อน ให้ความรอบรู้ทางสุขภาพ คำนะนำการดูแลสุขภาพจิต ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน การให้สุขศึกษา และ ให้ความรอบรู้ทางสุขภาพ ดูแลสุขภาพจิต ครอบคลุมหมู่บ้าน 67 หมู่บ้าน คิดเป็น ร้อยละ 100 ชุมชนเป็นจุดแรกรับและลงทะเบียนรายงานให้ทีมตระหนักรู้ประจำตำบลและอำเภอทราบเมื่อมีกลุ่มเสี่ยงเข้าในพื้นที่ เฝ้าระวังโดยการควบคุมกับกำเรื่องกักกันตัวเองของกลุ่มเสี่ยง ตรวจวัดอุณหภูมิ อาการ ดูแลสุขภาพจิต ดูแลหลังการรักษาที่บ้านให้ครบ 14 วัน และนำการกักกันตนเองหลังหาย และรายงานทีมควบคุมโรคระดับตำบลและอำเภอทราบ หากพบการระบาด ปัญหาที่พบคือ ชุมชนมีความกังวลที่เป็นจุดแรกรับและลงทะเบียนเมื่อมีกลุ่มเสี่ยงเข้าในพื้นที่ การเข้าควบคุมกับกลุ่มเสี่ยง การเข้าวัดสัญญาณชีพ ตรวจเช็กวัดอุณหภูมิ อาการ ดูแลสุขภาพจิต การรับผู้ป่วยหลังการรักษาให้กักกันตัวในชุมชนให้ครบ 14 วัน ดูแลสุขภาพจิตของผู้ป่วยและคนในชุมชน โดยอาศัยชุมชนเป็นผู้ขับเคลื่อน ร่วมกับทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team; MCATT) ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาล และ รพ.สต.ในพื้นที่ชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์อำเภอนามนมีผู้ป่วยตามการระบาดของประเทศ มีการระบาดเป็นช่วงระลอก สอดคล้องกับ รัชชิต สมรรถนะกุล⁶ พบมากที่สุดในช่วงเดือน เมษายน-มิถุนายน การติดเชื้อส่วนมากมาจากคนที่ไปทำงานต่างถิ่น เดินทางเข้ามาในพื้นที่ สอดคล้องกับ ธาณี ชันวัฒน์⁷ พบได้ทั้ง ผู้ป่วยยืนยันที่มีผล RT-PCR ผู้ป่วยสงสัยที่มีผล ATK ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค (PUI) กลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูง (HRC) และกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำ (LCT) และผู้สัมผัส

ร่วมบ้าน (HHC) สอดคล้องกับ ณัฐวรณ คำแสน⁸ พฤติกรรมเสี่ยงที่พบในอำเภอนามนคือ การไปร่วมงานสังสรรค์รวมกลุ่ม เนื่องจากเป็นประเพณีของชาวถิ่นอีสาน มีการไปร่วมหาสุกกัน รองลงมาคือการใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น อาจเนื่องจากการเป็นผู้รู้จักใกล้ชิดกันทำให้ติดเชื้อโดยไม่ระวังได้ และ การกินอาหารร่วมกับผู้อื่น ในที่นี้อาจหมายถึงญาติหรือเพื่อนบ้าน หรือคนในครอบครัว การร่วมวงกินข้าวของชาวถิ่นเป็นการกินข้าวเหนียวแบบครอบครัวใหญ่ร่วมวงกันรับประทานอาหารและพูดคุยกันหลายชั่วโมง สอดคล้องกับ วิญญูทัยบุญ นุญทัน และ คณะ¹⁰ ก่อนพัฒนามาตรการความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ชัดแย้งกับ รวี ถิ่นปริเปรม และคณะ¹¹ เนื่องจากการพัฒนาในช่วงเริ่มต้นชุมชนยังมีความกังวล ขาดสื่อ ขาดด้านลบ และการประโคมข่าวของสื่อมวลชน ทำให้การให้ความรอบรู้และการดูแลสุขภาพจิตทำได้ยากและใช้เวลา สอดคล้องกับสอดคล้องกับ สุภัญญา เอกปัญญาสกุล¹² ภายหลังการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ได้ผลออกมา 7 มาตรการ คือ 1) มาตรการวิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอนามน 2) มาตรการสอบสวนและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สอดคล้องกับ จันทิมา นวมะวัฒน์ และคณะ⁹ และถอดบทเรียนร่วมกัน 3) การขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย 4) มาตรการวางแผนและบูรณาการงบประมาณแก้ไขปัญหาาร่วมกันในภาคีเครือข่าย 5) การขับเคลื่อนทีมระดับ ตำบล อำเภอ ในการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ การดูแลสุขภาพจิต และสื่อสารความเสี่ยง 6) มาตรการแก้ไขและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้รวดเร็วทันเวลา 7) มาตรการดำเนินงานมาตรการชุมชนเป็นกลไกหลัก สอดคล้องกับ ระนอง เกตุดาว และ คณะ¹³ ผลของกระบวนการพัฒนาทำให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ความรอบรู้ทางสุขภาพ สุขภาพจิต เพื่อการป้องกันของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนดีขึ้นอยู่ในเกณฑ์ดี มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ อวาทิพย์ แว¹⁴ การดำเนิน

ตามกระบวนการต้องเข้มข้นจริงจัง ประสานกับภาคี
เครือข่าย และใช้รูปแบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินระดับ
อำเภอเป็นหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติ
 - 1.1 มาตรการในแต่ละด้านต้องดำเนินการอย่าง
เข้มข้นจริงจัง กระบวนการจึงมีประสิทธิภาพ
 - 1.2 กระบวนการของผู้นำมีผลต่อการดำเนินการ
แก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
 - 1.3 ภาคีเครือข่ายและชุมชนเป็นกลไกในการ
ขับเคลื่อนผ่านทีมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินในระดับอำเภอ
 - 1.4 ควรเสริมความรู้และสุขภาพจิต ในเรื่อง
งดรวมงานสังสรรค์ชุมนุม งดรับประทานอาหารร่วมกัน
และไม่ใช้ของใช้ร่วมกัน และการรู้และเท่าทันสื่อ
 - 1.5 การกักกันตนเองที่มีประสิทธิภาพควรเป็น
บ้านที่ไม่มีผู้สัมผัสร่วมบ้านอยู่แน่น ไม่ได้สัมผัสกันก็ตาม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 2.1 ควรศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ข้อมูลมีความ
น่าเชื่อถือและประเมินผลควบคู่กันไป
- 2.2 ควรศึกษาเปรียบเทียบกับอำเภอข้างเคียง
เพื่อให้ทราบความแตกต่างการดำเนินงานที่ชัดเจนยิ่งขึ้น
- 2.3 ควรทำการทดลองรูปแบบและมาตรการใน
พื้นที่อื่นว่าได้ผลแตกต่างกันอย่างไร
- 2.4 ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ
การศึกษา กับพฤติกรรมป้องกันการโรค

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยความกรุณาและ
ความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก นพ.อภิชัย ลิมนานท์
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ที่เอื้อเพื่อให้เก็บ
ข้อมูลในพื้นที่ และขอขอบคุณประชาชนและภาคีเครือข่าย
อำเภอนามนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
ซึ่งมีความถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การอนามัยโลกประเทศไทย. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) รายงานสถานการณ์โดยองค์การอนามัยโลก
(WHO) อินเทอร์เน็ต 2563. เข้าถึงเมื่อ 13 กรกฎาคม 2564. <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/situation-reports>.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประเทศไทย อินเทอร์เน็ต 2564.
เข้าถึงเมื่อ 8 สิงหาคม 2564. <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>
3. รายงานศูนย์อำนวยการด้านโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาจังหวัดกาฬสินธุ์. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัด
กาฬสินธุ์ อินเทอร์เน็ต 2563. เข้าถึงเมื่อ 9 เมษายน 2563. <http://www.kalasin.go.th/t/index.php/th/covid-19.html>
4. โรงพยาบาลนามน รายงานศูนย์ตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอนามน. (2564) สำนักงาน
สาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์.
5. Bloom, B.Englehart, M. Furst, E, Hill, Krathwohl and others. The classification of educational goals. Handbook I:
Cognitive domain. 1956; 256-262.
6. รณจิต สมรรถนะกุล. (2564). ผลกระทบของสถานการณ์ระบาดของโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ 2019 ที่มีต่อสุขภาพจิต
ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์. การศึกษาค้นคว้าอิสระ พยาบาลศาสตร
บัณฑิต. บุรีรัมย์: มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์.
7. ธาณี กล่อมใจ และคณะ. ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเอง จากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สาย
พันธุ์ใหม่ 2019. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยาปีที่ 21
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2563

8. ญัฐวรรณ คำแสน. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ปี 2564. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2564.
9. จันทิมา นวมะวัฒน์ และคณะ. (2564) การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชนในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 โดยใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี.
10. วิญญู ทัศนบุญ และ คณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลตำรวจ ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2563
11. วิธินันท์ ปรีเปรม และคณะ. (2564). ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเอง จากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019. การศึกษาค้นคว้าอิสระ สบ. กรุงเทพฯ ๑ : มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
12. สุกัญญา เอกปัญญาสกุล. (2564). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความวิตกกังวลจากการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับ COVID –19 ในประชากรนอกเขตกรุงเทพมหานคร. การศึกษาค้นคว้าอิสระ บริหารธุรกิจบัณฑิต. กรุงเทพฯ ๑ : มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
13. ระนอง เกตุดาว และ คณะ. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี Udon Model COVID-19. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564 ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 มกราคม - กุมภาพันธ์ 2564
14. อวาทิพย์ แว. COVID-19 กับการเรียนรู้สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในวันนี้. วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน พ.ศ.2563

ห่วงโซ่คุณค่าด้านสุขภาพการเลี้ยงปลาเบญจพรรณของเกษตรกร อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ

Health Value Chain of Farmers' Fish Polyculture in Bang Saothong District, Samutprakan Province

สุภาวดี บุญปลุก¹, ปัญญา หมั่นเก็บ¹, สุนิพร สุวรรณมนีพงศ์¹

Supavadee Boonpluk¹, Panya Mankeb¹, Suneeporn Suwanmaneepong¹

(Received: January 2, 2021 ; Accepted: February 17, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาห่วงโซ่คุณค่าด้านสุขภาพการเลี้ยงปลาเบญจพรรณของเกษตรกรในอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมวิธี ใช้เทคนิควิธีการเชิงปริมาณร่วมกับเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องตลอดห่วงโซ่คุณค่าการเลี้ยงปลาเบญจพรรณของเกษตรกรในอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ ประกอบด้วย เกษตรกรผู้เลี้ยงปลาเบญจพรรณ จำนวน 45 ราย ผู้รวบรวม จำนวน 4 ราย และ ผู้ค้าส่ง/ผู้ค้าปลีก จำนวน 4 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์ห่วงโซ่คุณค่า ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา ความสัมพันธ์ และเชื่อมโยงการเปรียบเทียบข้อมูล

ผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมในห่วงโซ่คุณค่าการเลี้ยงปลาเบญจพรรณ มีความสัมพันธ์กัน และมีความเกี่ยวเนื่องกับการสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับปลาเบญจพรรณเริ่มตั้งแต่การนำเข้าวัตถุดิบ การดำเนินการ การขนส่ง การตลาด การขาย และการบริการ โดยได้นำเสนอเป็นแผนภาพการวิเคราะห์ห่วงโซ่คุณค่าปลาเบญจพรรณของเกษตรกรในอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ นอกจากนี้ยังพบว่าเกษตรกรยังขาดการจัดการห่วงโซ่คุณค่า ในด้านการเลี้ยง ด้านการรวมกลุ่มเพื่อต่อรองราคา ด้านการใช้เทคโนโลยีเพื่อแก้ไขปัญหาโรคปลาตาย ซึ่งปัญหาเหล่านี้มีผลต่อต้นทุนในการเลี้ยงปลาเบญจพรรณของเกษตรกร ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยห่วงโซ่คุณค่า มีประโยชน์ต่อแนวทางการพัฒนาการวางแผนการดำเนินงานในการเลี้ยงปลาเบญจพรรณของเกษตรกร เพื่อหาแนวทางในการลดต้นทุนและเพิ่มมูลค่าปลาเบญจพรรณ และผลการวิจัยจากกระบวนการสร้างมูลค่าในแต่ละกิจกรรมของการดำเนินการ พบว่าผู้ที่ได้รับกำไร หรือผลประโยชน์ได้แก่ ผู้รวบรวม ผู้ค้าส่ง ผู้ค้าปลีก เนื่องจากมีการทำกิจกรรมที่ไม่มากแต่ได้กำไรดี ในระยะเวลานั้น และไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

คำสำคัญ: ห่วงโซ่คุณค่า, ปลาเบญจพรรณ

Abstract

The objective of this research was to study the health value chain (HVC) of fish polyculture (FP) farmers in Bang Sao Thong district, Samut Prakan province. Action research by mixed methods combining both quantitative and qualitative techniques was applied. Structured interview, in-depth interview and non-participant observation were used to collect data from VC of FP stakeholders in Bang Sao Thong district, Samut Prakan province. The respondents comprised 45 FP farmers, 4 collectors, and 4 wholesalers/retailers. The data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean and standard deviation.

The results showed that activities in the value chain of FP correlated and is related to adding value of FP. Starting from the import of raw materials, operations, transportation, marketing, sales and services. It has been presented as a diagram of the analysis of FP farmers' value chain in Bang Sao Thong district, Samut Prakan Province. In addition, the study also found that farmers still lack of value chain management in FP, bundles to negotiate prices, lack of technology solving the problem of dead fish. These problems affect the cost of FP of farmers. Which the results from VC research beneficial to development guidelines for planning operations in FP to find ways to reduce costs and increase the value of fish polyculture. In addition, the research results from the process of value added in each activity of the operation found that the profiteers or the benefits include collectors, wholesalers, retailers because there were not many activities but good profits. in a short time and has no impact on health

¹ ภาควิชาสัตตกรรมการสื่อสารและพัฒนากษัตริย์ คณะเทคโนโลยีการเกษตร สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
ลาดกระบัง

บทนำ

การเลี้ยงสัตว์น้ำในอดีต ส่วนใหญ่เป็นการเลี้ยงเพื่อบริโภคในครอบครัว หากมีผลผลิตเกินความต้องการ-จึงจะนำไปจำหน่าย การเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำเป็นอาชีพที่อยู่คู่กับสังคมเกษตรกรรมของไทยมาช้านาน โดยลักษณะการเลี้ยงของเกษตรกร เป็นวิธีเลียนแบบธรรมชาติ ต่อมาเมื่อมีการพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี จึงมีการพัฒนาการเลี้ยง ให้เป็นอาชีพที่สามารถทำรายได้ให้แก่ครอบครัว มีการเพาะเลี้ยงแบบหนาแน่นมากขึ้นในรูปแบบการเลี้ยงเชิงพาณิชย์หรือเป็นการค้า ปัจจุบัน สัตว์น้ำเป็นสินค้านำเข้าหลักทั้งภายในประเทศและส่งออกไปยังต่างประเทศ จากข้อมูลสถิติผลผลิตการเลี้ยงสัตว์น้ำจืดประจำปี พ.ศ. 2562 จำแนกตามวิธีทำการประมงของกรมประมงพบว่าประเทศไทยมีปริมาณผลผลิตที่ได้จากสัตว์น้ำจืดที่จับตามธรรมชาติ 116.5 พันตัน และมาจากการเพาะเลี้ยง 427.3 พันตัน รวมเป็นผลผลิตทั้งสิ้น 543.8 พันตัน และมีมูลค่าที่ได้จากสัตว์น้ำจืดที่จับตามธรรมชาติ 7,014 ล้านบาท และมาจากการเพาะเลี้ยง 25,977 ล้านบาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 32,991 ล้านบาท⁽¹⁾ จะเห็นได้ว่าผลผลิตที่ได้ส่วนใหญ่มาจากการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำจืดทั้งในด้านของปริมาณและมูลค่า ซึ่งการเพาะเลี้ยงในปัจจุบันมีจุดประสงค์เพื่อการค้า โดยส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงไปสู่การผลิตในรูปแบบของการทำธุรกิจ มีการลงทุนและใช้เทคโนโลยีเข้ามาใช้ในการเพาะเลี้ยง⁽²⁾

การเลี้ยงปลาในปัจจุบันมีการพัฒนาไปหลายรูปแบบ มีหลากหลายประเภทและหลากหลายชนิด โดยการเลี้ยงปลาที่ได้รับความนิยมในปัจจุบันคือกลุ่มของปลากินพืชที่เลี้ยงในบ่อดิน เนื่องจากต้นทุนการเลี้ยงต่ำ ทนต่อสภาพแวดล้อมได้เป็นอย่างดี และยังเป็นการใช้ประโยชน์จากอาหารธรรมชาติในบ่อได้อย่างสูงสุด⁽³⁾ ซึ่งการเลี้ยงปลากินพืชหลายชนิดรวมกันในบ่อดินจะเรียกอีกอย่างว่า “การเลี้ยงปลาเบญจพรรณ” ประกอบไปด้วยปลาชนิดต่างๆ ในตระกูลเดียวกันหรือใกล้เคียงกันเช่น ปลานิล ปลาดู ปลาตะเพียน ปลาช่อน ปลาหมอสี เป็นต้น⁽⁴⁾ การเลี้ยงปลาเบญจพรรณได้ขยายตัวไปในหลายพื้นที่ทั่วทุกภูมิภาค

ของประเทศไทย ซึ่งจังหวัดที่มีการเลี้ยงปลาเบญจพรรณที่ให้ผลผลิตมากที่สุดคือจังหวัดฉะเชิงเทรา 21,035 ตัน รองลงมาได้แก่ สมุทรปราการ 19,517 ตัน นครปฐม 18,538 ตัน นครสวรรค์ 18,485 ตัน และสุพรรณบุรี 16,372 ตัน ตามลำดับ⁽⁵⁾

จังหวัดสมุทรปราการมีเนื้อที่ทั้งหมดประมาณ 1,004 ตารางกิโลเมตร และแบ่งการปกครองออกเป็น 6 อำเภอ ได้แก่ บางพลี บางบ่อ บางเสาธง พระประแดง พระสมุทรเจดีย์ และเมืองสมุทรปราการ มีเกษตรกรที่ขึ้นทะเบียนการเลี้ยงปลาทั้งหมด จำนวน 2,467 ราย ซึ่งอำเภอบางเสาธงเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงาน ในฐานะเจ้าหน้าที่สนับสนุนและรวบรวมผลผลิตทางการเกษตร มีเกษตรกรที่ขึ้นทะเบียนเลี้ยงปลาทั้งหมด 579 ราย จาก 3 ตำบล คือ ตำบลบางเสาธง ตำบลศีรษะจรเข้ใหญ่ และตำบลศีรษะจรเข้น้อย⁽⁶⁾

ปัจจุบันการเลี้ยงปลาเบญจพรรณในอำเภอบางเสาธงมีขีดจำกัดในด้านพื้นที่ เนื่องจากมีการพัฒนาด้านอุตสาหกรรม มีการสร้างโรงงาน สำหรับการเลี้ยงปลาเบญจพรรณจะนิยมเลี้ยงในบ่อดิน ใช้พันธุ์ปลานิลร้อยละ 80 และปลาชนิดอื่นๆ เช่น ปลาช่อน ปลาหมอสี ปลาใน ฯลฯ ประมาณร้อยละ 20 ต่อหนึ่งรอบของการเลี้ยงหรือในระยะเวลาประมาณ 8-10 เดือน โดยเกษตรกรจะมีปัญหาทางด้านคุณภาพที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ไม่ตรงความต้องการของตลาด ราคาปลาไม่มีความผันผวน ขาดอำนาจในการต่อรองทางการตลาด ไม่มีการประกันราคา พ่อค้าคนกลางเป็นผู้กำหนดราคาการรับซื้อไม่ตรงตามข้อตกลง และขาดการรวมกลุ่มผู้เลี้ยงปลา ด้านการบริหารจัดการยังขาดความรู้ทางวิชาการในการบริหารจัดการฟาร์ม ตามมาตรฐาน การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในฟาร์ม ซึ่งอาจเกิดการปนเปื้อนของน้ำเสียหรือสารเคมีลงสู่แหล่งน้ำที่นำมาใช้ในฟาร์มจึงเป็นสาเหตุทำให้สัตว์น้ำตายได้ รวมทั้งอาจมียาหรือสารเคมีต้องห้ามปนเปื้อนสะสมในเนื้อปลาน้ำที่เลี้ยงได้ ขาดการจัดการระบบแบบครบวงจร โดยไม่ต้องผ่านพ่อค้าคนกลาง และปัญหาด้านระบบการขนส่ง การเก็บเกี่ยวจนถึงการเตรียมการขนส่งออกจากฟาร์ม^(7,8) จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ายังไม่

การศึกษาการเลี้ยงปลาเบญจพรรณที่ได้คุณภาพตามมาตรฐานตามแนวปฏิบัติทางการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำที่ดี ที่เป็นระบบหรือครบวงจร ซึ่งห่วงโซ่คุณค่า (Value Chain) ของการเลี้ยงปลาเบญจพรรณมีความสำคัญต่อเกษตรกร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้ในการลดต้นทุน ลดความเสี่ยง ขยายตลาด และเพิ่มมูลค่าในการเลี้ยง

นอกจากนี้ เพื่อให้ผลผลิตปลาเบญจพรรณของประเทศไทยมีคุณภาพตามมาตรฐานสากล มีความปลอดภัย สามารถ

ตอบสนองต่อความต้องการของตลาดในต่างประเทศและภายในประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ กรมประมง กระทรวงเกษตรและสหกรณ์จึงดำเนินนโยบายที่จะสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของการผลิต โดยนำหลักการหนึ่งที่ได้รับการกำหนดโดยองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) คือ หลักการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสม (Good Agriculture Practices: GAP) ซึ่งหมายถึงแนวทางในการทำการเกษตรเพื่อให้ได้ผลผลิตที่มีคุณภาพดีตรงตามมาตรฐานที่กำหนด ได้ผลผลิตสูงคุ้มค่าการลงทุนรวมทั้งกระบวนการผลิตจะต้องปลอดภัยต่อเกษตรกรและผู้บริโภค มีการใช้ทรัพยากรที่เกิดประโยชน์สูงสุด เกิดความยั่งยืนทางการเกษตรและไม่ทำให้เกิดมลพิษต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพมาใช้ในการควบคุมกระบวนการผลิต ทั้งนี้ พิจารณาเรื่องการใช้ยาและสารเคมี การขึ้นทะเบียนฟาร์ม สุขอนามัยฟาร์มและการจดบันทึกซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะมุ่งไปสู่การผลิตสินค้าที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสากล⁽⁷⁾

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาห่วงโซ่คุณค่าทางด้านสุขภาพของการเลี้ยงปลาเบญจพรรณของเกษตรกรในอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ โดยการศึกษาในครั้งนี้ได้นำแนวคิดห่วงโซ่คุณค่าด้านสุขภาพ (Health Value Chain) ที่สามารถวิเคราะห์การดำเนินงานของทั้งระบบ มาวิเคราะห์กิจกรรมทั้งหมดในห่วงโซ่ของการเลี้ยงปลาเบญจพรรณ เพื่อพัฒนาความสามารถของเกษตรกรในการเลี้ยงปลาเบญจพรรณ เสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาและเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงาน

เพื่อให้ผลผลิตมีคุณภาพตามมาตรฐานสากล มีความปลอดภัย สามารถตอบสนองต่อความต้องการของตลาดในต่างประเทศและภายในประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ได้ผลผลิตที่มีคุณภาพดีตรงตามมาตรฐานที่กำหนด ได้ผลผลิตสูงคุ้มค่าการลงทุน ที่มุ่งเน้นคุณภาพและความปลอดภัยตามมาตรฐานการผลิตสินค้าเกษตรของเกษตรกรใน อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาห่วงโซ่คุณค่าด้านสุขภาพการเลี้ยงปลาเบญจพรรณของเกษตรกร อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมวิธี (mixed method) โดยบูรณาการเทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยนำแนวคิดของการจัดการห่วงโซ่คุณค่ามาใช้ในการศึกษา ซึ่งแบ่งกิจกรรมในห่วงโซ่คุณค่าออกเป็นกิจกรรมหลัก (Primary Activities) และกิจกรรมสนับสนุน (Supporting Activities) โดยกิจกรรมหลักประกอบด้วย 1) การนำเข้าวัตถุดิบที่มีคุณภาพและมาตรฐาน/ระบบโลจิสติกส์ภายใน 2) การดำเนินการ 3) การขนส่ง/ระบบโลจิสติกส์ภายนอก 4) การตลาดและการขาย และ 5) การบริการ ส่วนกิจกรรมสนับสนุน ประกอบด้วย 1) โครงสร้างพื้นฐาน 2) การบริหารทรัพยากรมนุษย์ 3) การพัฒนาเทคโนโลยี และ 4) การจัดซื้อหรือจัดหาทรัพยากร

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ เกษตรกรผู้เลี้ยงปลาเบญจพรรณ ในอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากเกษตรกรจาก 3 ตำบลที่เลี้ยงปลาเบญจพรรณ ได้แก่ ตำบลศีรษะจรเข้น้อย ตำบลศีรษะจรเข้ใหญ่ แลตำบลบางเสาธง ตำบลละ 15 ราย รวมทั้งสิ้น 45 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structure interview) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non participant observation) โดยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง มีจำนวน 3 ชุด ใช้ในการสัมภาษณ์เกษตรกร ผู้รวบรวมหรือพ่อค้าคนกลางและพ่อค้าส่งและพ่อค้าปลีก และได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และ หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (index of item objective congruence: IOC) โดยเลือกข้อคำถามที่คำนวณได้ต้องมากกว่า 0.50 จึงจะถือว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับโครงสร้างและนิยามที่ต้องการวัด⁽⁹⁾ หากข้อคำถามใดมีค่าต่ำกว่า 0.50 ต้องนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และ 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (methodological triangulation) ของ⁽¹⁰⁾ คือการแสวงหาความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากแหล่งที่แตกต่างกันทั้งในด้านข้อมูล (เวลา สถานที่และบุคคล) ด้านผู้ศึกษาวิจัยและด้านทฤษฎี⁽¹¹⁾

การวิเคราะห์ห่วงโซ่มูลค่า (value chain) เป็นการศึกษาปฏิสัมพันธ์ของการจัดการกระบวนการต่างๆ เพื่ออธิบายสภาพการดำเนินงานห่วงโซ่มูลค่าการเลี้ยงปลาเบญจพรรณ และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์และความเชื่อมโยง โดยวิธีการเปรียบเทียบข้อมูล⁽¹¹⁾ กล่าวคือการนำข้อมูลมาเปรียบเทียบ โดยทำเป็น ตารางแยกแยะปรากฏการณ์ว่าแต่ละปรากฏการณ์มีอะไรสัมพันธ์กันและนำเสนอในลักษณะของการบรรยายหรือพรรณนา

สรุปและอภิปรายผล

ห่วงโซ่มูลค่าด้านสุขภาพการเลี้ยงปลาเบญจพรรณของเกษตรกร จากการศึกษาห่วงโซ่มูลค่าด้านสุขภาพการเลี้ยงปลาเบญจพรรณของเกษตรกรในอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งสามารถแบ่งกิจกรรมในห่วงโซ่มูลค่าออกเป็น กิจกรรมหลัก (Primary Activities) และ กิจกรรมสนับสนุน (Supporting Activities) โดยกิจกรรมหลักประกอบด้วย 1) การนำเข้าวัตถุดิบ/ระบบโลจิสติกส์ภายใน 2) การดำเนินการ 3) การขนส่ง/ระบบโลจิสติกส์ภายนอก 4) การตลาดและการขาย และ 5) การบริการ ส่วนกิจกรรมสนับสนุนประกอบด้วย 1) โครงสร้างพื้นฐาน 2) การบริหารทรัพยากรมนุษย์ 3) การพัฒนาเทคโนโลยี และ 4) การจัดซื้อหรือจัดหาทรัพยากร⁽¹²⁻¹⁵⁾ ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. กิจกรรมหลัก (Primary Activities)

1.1 การนำเข้าวัตถุดิบ (Inbound Logistic) การจัดหาวัตถุดิบที่ใช้ในการเลี้ยงปลาเบญจพรรณของเกษตรกร ประกอบด้วยการจัดหาพื้นที่สำหรับเลี้ยงปลา การจัดหาแหล่งเงินทุน การจัดหาแหล่งลูกปลา การจัดหาอาหารหลัก อาหารเสริมและยารักษาโรค และผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ตามหลักการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสม (Good Agriculture Practices: GAP)⁽⁷⁾

การหาพื้นที่เลี้ยงปลา สำหรับเกษตรกรรายใหม่จะมีการขุดบ่อ โดยใช้รถแทรกเตอร์หรือรถดักดิน มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 20,000 บาทต่อไร่ ซึ่งบ่อปลาของเกษตรกรจะมีขนาดตั้งแต่ 8 ไร่ ขึ้นไป และมีความลึกประมาณ 1.50-2.00 เมตร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเลือกพื้นที่คือแหล่งน้ำ และควรมีเพียงพอต่อการเลี้ยงในแต่ละรอบ เพื่อสะดวกในการนำน้ำเข้าบ่อและการระบายน้ำออกจากบ่อ รวมทั้งทิศทางลม การวางระบบการถ่ายเทน้ำ รวมทั้งการคมนาคมที่สะดวก มีสาธารณูปโภคขั้นพื้นฐานที่เพียงพอ ส่วนเกษตรกรรายเก่า หลังจากจับปลาแล้วจะปล่อยน้ำออกจากบ่อ หลังจากนั้นจะโรยปูนขาวและตากบ่อไว้ประมาณ 1 สัปดาห์ เพื่อปรับความเป็นกรดเป็นด่างของดินให้เหมาะสมและเป็นการกำจัดโรคและศัตรูปลาอีก

ด้วย บ่อปลาจะต้องอยู่ใกล้แหล่งน้ำที่สะอาด ไม่ได้รับผลกระทบจากแหล่งกำเนิดมลพิษ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้สัตว์น้ำตาย รวมทั้งอาจมียาและสารเคมีต้องห้ามปนเปื้อนสะสมในเนื้อสัตว์น้ำที่เลี้ยง ซึ่งมีโอกาสสะสมเชื่อมโยงไปสู่สภาวะสุขภาพของมนุษย์

การจัดหาลูกปลาเบญจพรรณ ในการเลี้ยงปลาเบญจพรรณเกษตรกรจะใช้พันธุ์ปลานิลแปลงเพศร้อยละ 70-80 และปลาชนิดอื่น ๆ เช่น ปลาชุก ปลาจีน ปลาใน ฯลฯ ร้อยละ 20-30 ต่อหนึ่งรอบการเลี้ยง เกษตรกรส่วนใหญ่จะสั่งซื้อลูกพันธุ์ปลานิลแปลงเพศจากฟาร์มเอกชนนอกพื้นที่ ได้แก่ ฟาร์มน้ำใส จังหวัดปราจีนบุรี และ ป.เจริญฟาร์ม จังหวัดฉะเชิงเทรา เนื่องจากมีเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีการคัดขนาดปลา ได้ลูกปลาที่มีขนาดแน่นอน ลูกปลาแข็งแรงมีอัตราการรอดสูง ซึ่งลูกปลานิลแปลงเพศมีราคาเฉลี่ยตัวละ 50 สตางค์ ส่วนปลาชนิดอื่น ๆ เกษตรกรจะไปติดต่อกับผู้เพาะพันธุ์ปลาในพื้นที่โดยตรง โดยบอกขนาดและจำนวนปลาที่ต้องการ ผู้เพาะพันธุ์ปลาจะนำไปปล่อยให้ที่บ่อโดยการใส่ถุงหรือใส่ถัง ตามจำนวนที่ต้องการ โดยมีราคาอยู่เฉลี่ยตัวละ 20 สตางค์

ส่วนทางด้านอาหาร เกษตรกรจะใช้รำเป็นอาหารหลักโดยได้มาจากแหล่งที่เชื่อถือได้ หรือมีใบรับรองคุณภาพที่แสดงว่าปราศจากยาสัตว์และสารต้องห้ามตามประกาศของทางราชการ ที่ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพของมนุษย์ เช่น คลแรมเฟนิคอล ในโทรฟิวแรน มาลาไคด์ กรีน⁽⁷⁾ ซึ่งจะแบ่งตามช่วงอายุของปลา และจะเสริมด้วยอาหารผงเพื่อเพิ่มโปรตีนในช่วงแรก และจะเสริมด้วยอาหารเม็ดในช่วงหลัง เพื่อช่วยในการเจริญเติบโต โดยจะซื้อจากบริษัทที่จัดจำหน่ายอาหารโดยตรง สอดคล้องกันกับการศึกษาของวีรพงศ์ วุฒิพันธุ์ชัย สุบันจิต นิมรัตน์ (2561)⁽¹⁶⁾ พบว่าพฤติกรรมการบริโภคปลาช่อนในประเทศไทยนั้น ในภาพรวมผู้บริโภคได้ให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพมาก โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจบริโภคปลาช่อนของผู้บริโภคมากที่สุด คือ ความกังวลด้านอาหารปลอดภัย รองลงมา คือ ด้านโภชนาการ จากการวิเคราะห์การแบ่งกลุ่มผู้บริโภค สามารถแบ่งผู้บริโภคออกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มสนใจซึ่งต้องการบริโภค

ปลาช่อนแปรรูปพร้อมปรุงและพร้อมรับประทาน 2) กลุ่มแม่ครัวพร้อมกิน/แม่บ้านรักสบายซึ่งต้องการบริโภคปลาช่อนสดและปลาช่อนแปรรูปพร้อมรับประทานและมีความอ่อนไหวต่อราคามากและ 3) กลุ่มชอบปลาช่อน/แฟนปลาช่อนพันธุ์แท้ซึ่งต้องการผลิตภัณฑ์ปลาช่อนทุกรูปแบบซึ่งผู้บริโภคทุกกลุ่มมีความกังวลเกี่ยวกับปลาช่อนปลอดภัยค่อนข้างมาก ทั้งในเรื่องสารเคมีตกค้างการใช้ยาปฏิชีวนะ การรับประทานปลาช่อนที่เป็นโรค ฟาร์มเลี้ยงปลาหรือโรงงานแปรรูปไม่ได้มาตรฐาน ปลาสดไม่สะอาด ผลิตภัณฑ์แปรรูปไม่สะอาดและปลอดภัย และแหล่งที่มาของปลาช่อนที่ไม่ชัดเจน สำหรับคุณลักษณะปลาช่อนที่ผู้บริโภคพึงพอใจได้แก่ เนื้อแน่น และรสชาติหวาน และคุณลักษณะของปลาช่อนที่ใช้ในการพิจารณาได้แก่ กลิ่น ขนาดปลา และราคา ผู้บริโภคต้องการปลาช่อนมากกว่าปลาช่อนเลี้ยง และต้องเป็นปลาช่อนที่จับ/เลี้ยงในประเทศไทย

1.2 การดำเนินการ (Operation) เกษตรกรจะนำลูกปลาเบญจพรรณและลูกปลานิลแปลงเพศมาอนุบาลก่อนที่จะปล่อยลงในบ่อ เนื่องจากลูกปลามีขนาดเล็กมากจึงต้องมีการอนุบาลลูกปลาก่อนเพื่อให้ลูกปลามีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น สำหรับการอนุบาลลูกปลาโดยเกษตรกรจะอนุบาลลูกปลาขนาด 1-2 เซนติเมตร ไว้ในล่อลุ่มน้ำที่ล้อมไว้ภายในบ่อ เพื่อสะดวกต่อการดูแลและเพื่อให้ปลาได้ปรับสภาพเข้ากับน้ำในบ่อ ซึ่งการอนุบาลลูกปลาเกษตรกรอาหารจะใช้รำละเอียดที่มีขนาดเล็กและเสริมด้วยปลาป่นที่มีโปรตีนประมาณ 50 - 60 หน่วย เนื่องจากลูกปลามีความต้องการใช้โปรตีนในการเจริญเติบโต ดังนั้นจึงต้องเลือกอาหารที่มีโปรตีนสูง ระยะเวลาในการอนุบาลประมาณ 2-3 สัปดาห์ เมื่ออนุบาลลูกปลาได้ตามขนาดที่เกษตรกรต้องการ มีความแข็งแรงสมบูรณ์จึงนำฟ้ามที่ล้อมไว้ออก ซึ่งเป็นการปล่อยปลาลงบ่อ

การปล่อยปลาลงบ่อ เกษตรกรจะปล่อยลูกพันธุ์ปลาประมาณ 3,000 - 5,000 ตัวต่อไร่ ในช่วงระยะเวลา 1-2 เดือนแรก อาหารจะใช้รำละเอียดผสมกับปลาป่น ให้น้ำวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 10 กิโลกรัม เมื่อลูกปลามีอายุ 2-4 เดือนอาหารจะใช้รำละเอียด วันละ 1 ครั้ง โดยจะใส่รำลงใน

กระชังที่แขวนภายในบ่อ และคว่ำปลากินอาหารเพียงพอหรือไม่ เมื่อปลาเริ่มอายุหลังจาก 4 เดือน จะใช้ร่ายยาผสมกับอาหารเม็ดลอยน้ำเพื่อช่วยในการเจริญเติบโต

อาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญที่เป็นตัวกำหนดอัตราแลกเปลี่ยนของปลา ซึ่งอาหารที่มีโปรตีนสูงจะทำให้มีอัตราการแลกเปลี่ยนสูงขึ้น และปัจจัยสำคัญอีกอย่างหนึ่งในการเลี้ยงปลาเบญจพรรณคือ การดูแลเอาใจใส่และความชำนาญในการเลี้ยงของเกษตรกร ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่า เกษตรกรผู้เลี้ยงปลาต้องสังเกตดูแลอย่างใกล้ชิดว่าในแต่ละวัน สภาพน้ำมีออกซิเจนเพียงพอต่อปลาหรือไม่ น้ำมีสภาพเน่าเสียหรือไม่ ปลามีการตายหรือปลาลอยหมุนตัวหรือไม่ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการกินอาหารและส่งผลต่อการเจริญเติบโตของปลา ตลอดจนคุณภาพของเนื้อปลา เกษตรกรจึงควรที่จะดูแลเอาใจใส่และสังเกตอยู่ตลอดเวลา สอดคล้องกันกับสอดคล้องกันกับแนวปฏิบัติทางการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำที่ดี สำหรับฟาร์มเลี้ยงสัตว์น้ำจืด⁽⁷⁾ ซึ่งพบว่าการจัดการและตรวจติดตามสภาพแวดล้อมของกระชังอย่างเหมาะสมตลอดระยะเวลาเลี้ยง จะส่งผลให้สัตว์น้ำมีความเป็นอยู่ที่ดี ไม่เครียด สุขภาพแข็งแรง และลดความเสี่ยงในการเกิดโรค การจัดการที่ดี เช่น ไม่ให้อาหารมากเกินไป หากมีอาหารเหลือควรตักออกเพื่อลดการเน่าเสียการตรวจสอบสภาพแวดล้อมในกระชังอย่างสม่ำเสมอ เช่น คุณภาพน้ำ สีน้ำ ปริมาณออกซิเจน กรณีกระชัง ควรตรวจติดตามการเปลี่ยนแปลงคุณภาพน้ำในแหล่งน้ำ เพื่อให้ทราบปัญหาที่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และสามารถแก้ไขได้อย่างทันทั่วทั้ง การตรวจติดตามสุขภาพสัตว์น้ำที่เลี้ยงโดยสังเกตพฤติกรรม เช่น การกินอาหารลดลง การลอยหัว การว่ายน้ำผิดปกติ มีแผลตามลำตัว เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคของสัตว์น้ำภายในฟาร์มและลดโอกาส ในการแพร่กระจายของโรคทั้งภายในและระหว่างฟาร์ม รวมถึงสัตว์น้ำที่อยู่ในธรรมชาติ

1.3 การขนส่ง (Outbound) เมื่อเกษตรกรนำลูกปลาลอยลงในบ่อ จะทำการจดบันทึกรายการประจำวัน ค่าอาหาร ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ตลอดการเลี้ยง เมื่อสังเกตว่า

ปลาที่เลี้ยงสามารถจับขายได้แล้ว ก็จะจับปลาขายโดยแบ่งการจับเป็น 2 รูปแบบ คือ

1) ให้พ่อค้าคนกลางเข้าไปสู่บ่อปลาเพื่อดูขนาดปลาว่าสามารถจับขายได้หรือไม่ ถ้าปลาสามารถจับได้ จะกำหนดราคาโดยอ้างอิงจากตลาดในขณะนั้น โดยขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของทั้ง 2 ฝ่าย ทั้งเกษตรกรและพ่อค้าคนกลาง จากนั้นกำหนดวันเพื่อมาจับปลาโดยการลากอวน และกำหนดวันในการจับบ่อแห้ง โดยก่อนถึงวันจับบ่อแห้ง เจ้าของบ่อปลาจะสูบน้ำออกจากบ่อให้เหลือประมาณ 1 เมตร พ่อค้าคนกลางจัดหาแรงงานมาดำเนินการจับปลา ทำการลากอวน คัดชนิดปลา คัดขนาดปลา ชั่งน้ำหนักปลา ขนย้ายปลา จดบันทึกและทำบัญชีการจ่ายเงินให้กับเกษตรกร โดยเกษตรกรจะบันทึกน้ำหนักปลาไปพร้อมกันกับพ่อค้าคนกลาง เพื่อป้องกันการหลอกลวง หรือการโกงน้ำหนัก เวลาในการจับปลาจะดำเนินการจับตอนเช้า เริ่มตั้งแต่ 05.00 - 06.00 น. จนถึง 10.00 - 11.00 น. หรือตอนเย็นจะเริ่มตั้งแต่ 15.00 - 16.00 น. จนถึง 20.00 - 21.00 น. ระยะเวลาในการจับปลาจำนวนกี่วันนั้น จะขึ้นอยู่กับจำนวนปลาในบ่อ ขนาดของบ่อ และจำนวนความต้องการปลาของพ่อค้าคนกลางที่สามารถนำไปส่งต่อได้ในแต่ละวัน

2) เกษตรกรจัดหาแรงงานมาดำเนินการจับปลา ทำการลากอวนเอง โดยจ้างรถขนย้ายปลาที่ไว้ใจได้มาทำการขนย้ายไปยังแพปลา เกษตรกรจะทำการจดบันทึกน้ำหนักโดยประมาณ ก่อนถึงวันจับบ่อแห้ง เจ้าของบ่อปลาจะสูบน้ำออกจากบ่อให้เหลือประมาณ 1 เมตร ทางแพปลาทำการคัดชนิด คัดขนาด ชั่งน้ำหนัก และจะจ่ายเงินให้กับคนขับรถที่ไปส่งปลา โดยการจับปลาตอนเช้าจะเริ่มตั้งแต่ 05.00 - 06.00 น. จนถึง 10.00 - 11.00 น. เท่านั้น ระยะเวลาในการจับปลาที่วันนั้น จะขึ้นอยู่กับจำนวนปลาในบ่อ และขนาดของบ่อ ซึ่งการคมนาคมที่เหมาะสม จะช่วยอำนวยความสะดวกในการจัดการการเลี้ยง รวมทั้งการขนส่งปัจจัยการผลิต การจับและการขนส่งผลิตผลเพื่อการจำหน่าย ทำให้ได้สัตว์น้ำที่มีคุณภาพและช่วยลดการเสื่อมสภาพ รวมทั้งสะดวกต่อบุคคลทั่วไปหรือผู้เข้าตรวจประเมินฟาร์ม

สอดคล้องกันกับแนวปฏิบัติทางการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำที่ดี สำหรับฟาร์มเลี้ยงสัตว์น้ำจืด⁽⁷⁾ โดยเกษตรกรควรเลือกแหล่งที่มีการคมนาคมสะดวกทั้งภายนอกและภายในฟาร์ม ทั้งทางรถยนต์หรือทางเรือ แล้วแต่กรณี เช่น มีถนนลาดยางให้รถยนต์สามารถเข้าถึงฟาร์ม หรือมีแม่น้ำลำคลองซึ่งเรือสามารถแล่นเข้าถึงฟาร์มได้เพื่อความสะดวกในการจัดการการเลี้ยงและการขนส่งปัจจัยการผลิต เช่น ลูกพันธุ์อาหารและการจำหน่ายผลิตผลสัตว์น้ำสู่ตลาดหรือโรงงานแปรรูป ทำให้สัตว์น้ำคงสภาพดีและมีความสดมากที่สุด นอกจากนี้ การสร้างถนนภายในฟาร์มควรใช้วัสดุที่มีความคงทน มีสภาพและความกว้างเหมาะสมสะดวกในการขนส่งลำเลียงอุปกรณ์ อาหาร และผลิตผลทั้งภายในและภายนอกฟาร์มปฏิบัติงาน และขนส่งผลิตผลได้อย่างรวดเร็ว

1.4 การตลาดและการขาย (Marketing and Sales)
การตลาดและการขายปลาเบญจพรรณของเกษตรกรในอำเภอบางเสาธง แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ

1) การจับปลาโดยให้ผู้รวบรวมมาประเมินราคาปลาที่บ่อเลี้ยง โดยการหว่านแหลุ่มปลาจากในบ่อมาประเมินราคา และตกลงราคากันตามที่เกษตรกรพึงพอใจ ทำการนัดวันเวลาที่จับปลา ซึ่งปริมาณปลาเบญจพรรณที่จะจับในแต่ละวัน ขึ้นอยู่กับปริมาณความต้องการของผู้รวบรวม ว่าต้องการปลาขนาดและจำนวนเท่าใด โดยคนงานจะลงไปจับปลา คัดชนิดและขนาด ชั่งน้ำหนัก ตามที่ผู้รวบรวมต้องการ หลังจากนั้นจดบันทึกจำนวนน้ำหนักของปลาแต่ละชนิด และเรียกเก็บเงินกับผู้รวบรวมทันที นอกจากนี้ยังส่งขึ้นปลาเพื่อตรวจสอบราคาเดิมตกค้างที่เป็นอันตรายต่อผู้บริโภคด้วย ซึ่งไม่พบการตกค้างของสารเคมี

2) เกษตรกรทำการจับปลาโดยไม่ผ่านผู้รวบรวม ซึ่งจะไม่สามารถรู้ราคาปลาล่วงหน้าได้ แต่จะสามารถคาดคะเนราคา จากการขายปลาของบ่ออื่นที่ไปส่งแพ้นั้นมาก่อนหน้า เกษตรกรจะติดต่อกับคนงานลากปลาโดยตรง และจะนัดวันที่ลาก นัดรถขนส่งปลาที่ไว้ใจได้ เมื่อถึงวันนัดคนงานจะมาลากปลา และขนส่งปลาไปยังแพปลาต่างๆ ที่เกษตรกรกำหนด เมื่อขายปลาเสร็จเรียบร้อยแล้ว คนขับรถจะนำเงินและบิลมาให้เกษตรกร เกษตรกรถึงจะ

ทราบจำนวนปริมาณน้ำหนักปลาและเงินที่ขายได้ในแต่ละรอบการเก็บเกี่ยวผลิต

โดยการเคลื่อนย้ายปลาเบญจพรรณในอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อส่งไปถึงผู้บริโภคสามารถจำแนกได้ 2 ลักษณะดังนี้

1) การเคลื่อนย้ายปลาแบบยังมีชีวิต โดยการขนย้ายด้วยรถยนต์ที่ใส่ผ้าใบบรรทุกน้ำหลังรถกระบะ มีถังออกซิเจนช่วยในการขนส่ง สามารถขนส่งปลามีชีวิตไปได้ในระยะไกล แต่จะขนย้ายปลาได้จำนวนน้อย เพราะป้องกันการบอบช้ำระหว่างการขนส่ง

2) การเคลื่อนย้ายปลาแบบไม่มีชีวิต หรือการแช่ปลาในน้ำแข็ง เป็นการขนย้ายด้วยรถยนต์ใส่ถ่อเหล็กหลังรถกระบะ ใส่ น้ำแข็งแช่ปลาไปพร้อมกัน สามารถขนส่งปลาได้ในจำนวนมาก และไม่มีสารปนเปื้อนอันตรายต่อสุขภาพ

สอดคล้องกันกับแนวปฏิบัติทางการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำที่ดี สำหรับฟาร์มเลี้ยงสัตว์น้ำจืด⁽⁷⁾ การวางแผนการจับและการจำหน่ายสัตว์น้ำเพื่อให้ได้สัตว์น้ำที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะความสดของสัตว์น้ำและลดความเสี่ยงของการปนเปื้อนเกษตรกรควรมีการวางแผนการจับและการจำหน่ายโดยเน้นการรักษาคุณภาพและความสดของสัตว์น้ำ ควรจับในช่วงที่สัตว์น้ำมีสุขภาพดีเพื่อให้ได้สัตว์น้ำที่มีคุณภาพไม่มีการปนเปื้อนของเชื้อโรคในระหว่างและหลังการจับ หากระหว่างการเลี้ยงมีการใช้ยาสัตว์และสารเคมี ต้องมีระยะหยุดยาที่ใช้อย่างเหมาะสมก่อนการจับ เพื่อให้ไม่มีการตกค้างในผลิตผล ทั้งนี้ควรคำนึงถึงความต้องการของตลาด ปริมาณ ขนาด และสภาพของผลิตผล ผู้ซื้อ ผู้รับจ้างจับและรวบรวมสัตว์น้ำ ระยะทางการขนส่งผลิตผล อุปกรณ์และวิธีการจับ ช่วงเวลาจับ เวลาที่ใช้ในการจับ และการวางแผนเลี้ยงในรอบต่อไป

1.5 การบริการ (Services) เกษตรกรส่วนใหญ่จะได้รับบริการด้านเงินทุนในการเลี้ยงปลาเบญจพรรณจากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส.) และได้รับบริการด้านวิชาการจากนักวิชาการเกษตรอำเภอบางเสาธง ในด้านการให้คำปรึกษาในการวางแผนการเลี้ยง การ

ปล่อยลูกปลาและการจัดการน้ำให้เหมาะสมกับพื้นที่การเลี้ยง

สอดคล้องกันกับแนวปฏิบัติทางการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำที่ดี สำหรับฟาร์มเลี้ยงสัตว์น้ำจืด⁽⁷⁾ เกษตรกรควรดูแลคุณภาพสิ่งแวดล้อมในฟาร์มอย่างสม่ำเสมอด้วยวิธีการที่เหมาะสมและมีการเก็บบันทึกข้อมูลเพื่อให้เกษตรกรสามารถจัดการสภาพแวดล้อมของฟาร์มได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม ไม่ให้เกิดผลกระทบ ต่อชุมชนและสิ่งแวดล้อมภายนอก และควรมีการวางแผนการจัดการการใช้น้ำที่ดีและมีประสิทธิภาพโดยคำนึงถึงปริมาณการใช้น้ำโดยรอบฟาร์ม เพื่อประโยชน์ต่อการใช้ทรัพยากรน้ำร่วมกันของชุมชน รวมทั้งมีการจัดการน้ำทิ้งอย่างเหมาะสมเพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อพื้นที่โดยรอบและแหล่งน้ำ

2. กิจกรรมสนับสนุน

2.1 โครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure)

1) การเงินและบัญชี พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่ใช้เงินทุนส่วนตัวหรือบางรายมีการกู้เงินจากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส.) โดยนำมาเป็นต้นทุนในการเลี้ยงปลาเบญจพรรณ ด้วยอัตราดอกเบี้ยร้อยละ 7 ต่อปี ซึ่งเกษตรกรส่วนใหญ่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลและจดบันทึกการเลี้ยงปลาเบญจพรรณ จากอดีตจนถึงปัจจุบัน เช่น วันที่ปล่อยปลา ราคาปลาเบญจพรรณ ต้นทุนการผลิต และรายได้สุทธิจากการเลี้ยงปลาเบญจพรรณ

2) ข้อมูลข่าวสาร พบว่า เกษตรกรบางรายได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ในการเลี้ยงปลาเบญจพรรณจากนักวิชาการประมงอำเภอ และข้อมูลที่ได้รับไปเพิ่มทักษะและความรู้ในการเลี้ยงปลาเบญจพรรณ ขณะเดียวกันก็มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะและประสบการณ์ระหว่างเกษตรกรด้วยกันเองในพื้นที่ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการฟาร์มที่มีคุณภาพ

3) การจัดการทั่วไป พบว่า เกษตรกรไม่มีการรวมกลุ่มเพื่อเผยแพร่ความรู้ให้กัน และไม่มีการรวมกลุ่มกันเพื่อต่อรองราคากับผู้รวบรวมปลาเบญจพรรณ มีเพียงตกลงราคากันเฉพาะรายเท่านั้น

2.2 การบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human Resources Management)

การเลี้ยงปลาเบญจพรรณเป็นอาชีพที่ใช้แรงงานน้อย แต่ต้องมีความเอาใจใส่ในการเลี้ยง ดังนั้นแรงงานที่ใช้ต้องเป็นแรงงานที่มีทักษะพอสมควร จากการศึกษา พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่ในพื้นที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงปลาก่อนข้างมาก มีความรู้ในการเลี้ยงปลาเบญจพรรณเป็นอย่างดี มีการเอาใจใส่ในการให้อาหาร และการสังเกตความผิดปกติของปลา เพื่อความคุณภาพ และความปลอดภัยในการบริโภค

2.3 การพัฒนาเทคโนโลยี (Technology Development)

เกษตรกรที่มีความรู้ทางด้านเทคโนโลยีบางรายจะนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการพัฒนาการเลี้ยงปลาเบญจพรรณ เช่น การติดตั้งท่อปล่อยน้ำเพื่อลดต้นทุนในการใช้เครื่องสูบน้ำ วิดน้ำออกจากบ่อ การติดตั้งเครื่องตีน้ำที่ใช้พลังงานแสงอาทิตย์ การควบคุมคุณภาพน้ำโดยใช้เครื่องมือตรวจวัดเป็นประจำ เป็นต้น

2.4 กระบวนการจัดหา (Procurement)

เกษตรกรจัดซื้อลูกพันธุ์ปลานิลหมัน จากฟาร์มที่ได้มาตรฐานนอกพื้นที่ และจะซื้อลูกพันธุ์ปลาชนิดอื่นจากเกษตรกรในพื้นที่ ซึ่งวัตถุดิบและอุปกรณ์ที่ใช้ในการเลี้ยงปลาเบญจพรรณจากร้านจำหน่ายสินค้าเกษตรทั่วไป โดยจัดซื้อวัตถุดิบและอุปกรณ์ตามประสบการณ์ที่เคยเลี้ยงมาตั้งแต่ดั้งเดิม

สอดคล้องกันกับแนวปฏิบัติทางการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำที่ดี สำหรับฟาร์มเลี้ยงสัตว์น้ำจืด⁽⁷⁾ เกษตรกรควรเลือกใช้หรือซื้อลูกพันธุ์สัตว์น้ำจากฟาร์มเพาะพันธุ์และฟาร์มอนุบาลที่ได้รับการรับรองมาตรฐานการปฏิบัติทางการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำที่ดี (GAP) ทำให้ทราบแหล่งที่มาของลูกพันธุ์ได้ลูกพันธุ์ ที่มีคุณภาพ และหากต้องใช้ลูกพันธุ์ที่รวบรวมมาจากธรรมชาติ ให้เก็บรวบรวมลูกพันธุ์ด้วยความรับผิดชอบหรือสอดคล้องกับกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันการสูญพันธุ์ของสัตว์น้ำในธรรมชาติช่วยรักษาความสมดุลของระบบนิเวศและความหลากหลายทางชีวภาพควรมีบันทึกข้อมูลวิธีการรวบรวมและจำนวนที่จับ

ข้อเสนอแนะ

1. เกษตรกรผู้เลี้ยงปลาเบญจพรรณ ควรมีการรวมกลุ่ม เพื่อสร้างอำนาจต่อรองในการซื้อปัจจัยการผลิต ทั้งในด้านพันธุ์ปลา อาหารปลา และการจำหน่าย รวมทั้งการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะด้านการให้ความรู้ทางวิชาการและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและนวัตกรรมการเพิ่มผลผลิตการเลี้ยงปลาเบญจพรรณ ที่สามารถลดผลกระทบต่อสุขภาพ

2. เกษตรกรควรติดตามข้อมูลข่าวสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงปลา ตลอดทั้งออกไปศึกษาหาความรู้

เพิ่มจากแหล่งเรียนรู้ภายนอก เช่น การฝึกอบรม และการศึกษาดูงานนอกสถานที่ ตลอดจนผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับผู้บริโภคด้วย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี ด้วยความร่วมมือของเกษตรกรผู้เลี้ยงปลาเบญจพรรณ ผู้รวบรวม ผู้ค้าส่ง/ผู้ค้าปลีก ร้านอาหาร แพปลา และบ่อดกปลา ในอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ ที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเพื่อการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มงานวิจัยและวิเคราะห์สถิติการประมง ศูนย์สารสนเทศ กรมประมง. สถิติการประมงแห่งประเทศไทย ประจำปี 2562. เอกสารฉบับที่ 22 / 2564.
2. อุทธ ฤทธิลิก. การจัดการฟาร์มสัตว์น้ำ. โอเดียนสโตร์. กรุงเทพฯ. 2548.
3. ยุพินท์ วิวัฒน์ชัยเศรษฐ์, สิทธิศักดิ์ สมศรี และคณะ. การเลี้ยงปลาแบบผสมผสาน. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ. 2545.
4. กรมประมง. การเลี้ยงปลากินพืช. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ. 2551.
5. กลุ่มงานวิจัยและวิเคราะห์สถิติการประมง ศูนย์สารสนเทศ กรมประมง. สถิติการประมงแห่งประเทศไทย ประจำปี 2560 เอกสารฉบับที่ 9 / 2562.
6. สำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัดสมุทรปราการ. ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลด้านการเกษตรของจังหวัดสมุทรปราการปี2561 เอกสารฉบับที่ 8 / 2561. 2561
7. สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. แนวปฏิบัติทางการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำที่ดี สำหรับฟาร์มเลี้ยงสัตว์น้ำจืด. <https://www.acfs.go.th/standard/download/GAP-RESHWATER-AQUATIC-ANIMAL-FARM.pdf>
8. สำนักงานเกษตรอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ. แผนส่งเสริมการเกษตร สำนักงานเกษตรอำเภอบางเสาธง 2556-2558. <http://www.bangsaothong.go.th> สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2562.
9. ศิริชัย กาญจนวาสี ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์ และ เดเรก ศรีสุโข. การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2554.
10. Denizen, N.K. The research act: A theoretical introduction to sociological methods. Chicago:Aldine. 1970.
11. สุภางค์ จันทวานิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2554.
12. สุจิตตา หงษ์ทอง และคณะ. ไขอุปทานปลาของเกษตรกรผู้เลี้ยงปลานิลและต้นทุนต่อหน่วย กรณีศึกษา อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารบริหารธุรกิจเทคโนโลยีมหานคร. ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 : หน้า 180 -199, 2562.
13. เรียงชัย ต้นสุชาติ และคณะ. ห่วงโซ่คุณค่าของปลานิลในจังหวัดเชียงใหม่และเชียงราย. งานวิจัย มหาวิทยาลัยแม่โจ้. 2557.
14. พิษชา วิสิทธิ์พานิช และคณะ. การศึกษาห่วงโซ่คุณค่าในการผลิตและการตลาดผลิตภัณฑ์แปรรูปจากปลาเชิงพาณิชย์ในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิทยาลัยโลจิสติกส์และซัพพลายเชน. ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2562. หน้า 89-100. 2562.
15. ปิยะพร อธิขจร. คลัสเตอร์ เครื่องมือเพื่อการพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขัน กรณีศึกษา: กลุ่มคลัสเตอร์บรรจุภัณฑ์ไอหะกรุงเทพฯและปริมณฑล. รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต (เศรษฐศาสตร์ธุรกิจ) คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2556.
16. วีรพงษ์ วุฒิพันธุ์ชัย สุวัฒน์จิต นิมนต์น์ โครงการวิจัย การพัฒนาสูตรอาหารเม็ดสำหรับการเลี้ยงปลานิลด้วยแนวทางการศึกษาประสิทธิภาพการย่อยอาหาร. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. ชลบุรี มหาวิทยาลัยบูรพา . 2561.

ปริมาณความเข้มข้น ชนิด และปริมาณโลหะหนักของฝุ่นละอองในอากาศ

ขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5) ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

CONCENTRATION TYPES AND HEAVY METAL ELEMENT QUANTITIES OF PARTICULATE

MATTRE (PM 2.5) IN MUANG DISTRICT, KHONKAEN PROVINCE

ธีระชัย ทองเหลือ¹, พรพรรณ สกุลกู², ธานิ เทศศิริ³, ศักดิ์ดา ดาดวง⁴, ภักชัญญา แพงคำแหง⁵

Theerachai Thonglua¹, Pornpun Sakunkoo², Thani Thetsiri³,

Sakda Daduang⁴, Bhuckchanya Pangkumhang⁵

(Received: May 23,2021; Accepted: July 11,2021)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปริมาณความเข้มข้น วิเคราะห์หาชนิดและปริมาณโลหะหนักของฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น การตรวจวัดปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กโดยใช้เครื่อง PM_{2.5} High Volume Air sampler และวิเคราะห์หาองค์ประกอบของฝุ่นละอองขนาดเล็กด้วยเครื่อง Atomic Absorption Spectroscopy (AAS) ทำการเก็บตัวอย่างอากาศ 24 ชั่วโมง เป็นตัวแทน 3 จุด ได้แก่ จุดที่ 1 บึงสีฐาน มหาวิทยาลัยขอนแก่น จุดที่ 2 ศูนย์อาหารและบริการ 1 (คอมเพล็กซ์) มหาวิทยาลัยขอนแก่น และจุดที่ 3 หอนาฬิกาหน้าตู้สายตรวจรักษา อ.เมือง จ.ขอนแก่น เป็นระยะเวลาทั้งหมด 3 วัน เป็นเวลา 72 ชั่วโมง (Full period) ทำการหาปริมาณความเข้มข้นของฝุ่นและนำตัวอย่างวิเคราะห์หาปริมาณโลหะหนักต่อไป พบว่า ปริมาณความเข้มข้นของฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน จากบึงสีฐาน, ศูนย์อาหารและบริการ 1 (คอมเพล็กซ์), หอนาฬิกาหน้าตู้สายตรวจรักษา มีค่าเท่ากับ 0.06358, 0.0616, 0.00957 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตร ตามลำดับ และปริมาณรวมโลหะหนักจาก บึงสีฐาน, ศูนย์อาหารและบริการ 1 (คอมเพล็กซ์), หอนาฬิกาหน้าตู้สายตรวจรักษา มีค่าเท่ากับ 63.58, 61.60, 22 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตร ตามลำดับ ซึ่งพบโลหะหนักทั้งหมด 5 ชนิด ได้แก่ ตะกั่ว (Pb), แคดเมียม (Cd), สารหนู (As), ทองแดง (Cu), และแมงกานีส (Mn)

Abstract

This study was to determine the concentration and determination of heavy metals of particulate matter smaller than 2.5 microns in Muang Khon Kaen District. particulate matter measurements were performed by using PM_{2.5} High Volume Air sampler and analyzing the composition of small particulate matter by Atomic Absorption Spectroscopy (AAS). Air sampling was carried out for 24 hours, all 3 points, namely point 1, color lake. Khon Kaen University base, point 2, Food and Service Center 1 (Complex), Khon Kaen University and point 3, the clock tower in front of the Ratchada Patrol cabinet, Muang District, Khon Kaen province, for a total of 3 days As 72 hours (full period). The samples obtained were further analyzed for heavy metal content and found that dust concentrations smaller than 2.5 microns from Si Than Lake, Food and Service Center 1 (Complex), clock tower in front of the Ratchada Patrol Cabinet were valuable. Equal to 0.06358, 0.0616, 0.00957 mg / m³, respectively, and the total content of heavy metals from the basan lake, Food and Service Center 1 (complex), the clock tower in front of the Ratchada Patrol Cabinet is 63.58, 61.60, 22 µg / cubic meter. M, respectively, where all five heavy metals were found: lead (Pb), cadmium (Cd), arsenic (As), copper (Cu), and manganese (Mn).

¹ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขานาณาสั่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้รับผิดชอบบทความ รองศาสตราจารย์ ดร. สาขานาณาสั่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ นักวิชาการวิทยาศาสตร์ชำนาญการพิเศษ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

⁴ รองศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชาเภสัชเวทและพิษวิทยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

⁵ กลุ่มวิจัยป้องกันและชะลอโรคไตเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (CKDNET)

บทนำ

ปัจจุบันมลพิษทางอากาศจัดว่าเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยและทวีความรุนแรงมากขึ้น เนื่องมาจากจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป จนส่งผลให้มีการใช้พลังงานในภาคส่วนต่างๆ เพิ่มขึ้นไม่ว่าจะเป็นภาคอุตสาหกรรม การคมนาคม การผลิตไฟฟ้า ซึ่งล้วนแล้วแต่ส่งผลให้เกิดมลพิษทางอากาศแทบทั้งสิ้น (กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม, 2558) ปริมาณของอากาศเสียที่ถูกปล่อยออกมาซึ่งจะปรากฏในรูปของฝุ่นละอองขนาดเล็กก็มีปริมาณเพิ่มสูงขึ้นตามมา โดยเฉพาะฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) (กรมควบคุมมลพิษ, 2562) หากมีค่าเกินมาตรฐานคุณภาพอากาศจะส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจของประชาชน โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งได้แก่ เด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจอยู่แล้วจะเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบได้ง่าย (กรมอนามัย, 2558) มลพิษทางอากาศในภาคตะวันออกเฉียงเหนือก็มีความรุนแรงทวีเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะในจังหวัด ขอนแก่น (Open Development Thailand, 2018) สาเหตุหลักของปัญหาฝุ่นละอองเกิดจากการเผาในที่โล่ง การจราจรที่หนาแน่น การก่อสร้างแหล่งกำเนิดแต่ละประเภทก่อให้เกิดฝุ่นละอองที่มีปริมาณ และองค์ประกอบแตกต่างกันออกไป อีกทั้งความรุนแรงของผลกระทบยังขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของฝุ่นละออง เช่น ธาตุโลหะหนักต่างๆ สารประกอบของซัลเฟต คาร์บอน ไนโตรเจน หรือสารเคมี (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2561) โดยเฉพาะธาตุโลหะหนักซึ่งแหล่งกำเนิดหลักของธาตุโลหะหนักที่อยู่ในฝุ่นละอองขนาดเล็กนี้มาจาก การจราจรเป็นส่วนใหญ่และบางส่วนมาจากโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งเป็นสารที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ เมื่อมนุษย์ได้รับเข้าสู่ร่างกายโดยการหายใจ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบหายใจได้ทั้งทางตรงและทางอ้อมถ้าได้รับในปริมาณที่มาก และได้รับ

เป็นระยะเวลานาน (กรมควบคุมมลพิษ, 2562) ฝุ่นละอองที่เกิดขึ้นทั้งจากกิจกรรมของมนุษย์หรือธรรมชาติ พบการปนเปื้อนของโลหะหนัก ซึ่งความเป็นพิษของโลหะหนักที่ปนเปื้อนอยู่กับฝุ่นละอองส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนที่อาจมีความเสี่ยงในการได้รับหรือสัมผัสกับฝุ่นละออง โดยโลหะหนักเหล่านี้จะไปรบกวนการทำงานของเอนไซม์ของเซลล์และเยื่อหุ้มเซลล์ ทำให้การควบคุมการลำเลียงของสารต่างๆ ของเยื่อหุ้มเซลล์ผิดปกติไป เกิดความผิดปกติทางพันธุกรรม และสร้างความเสียหายต่อโครโมโซม เปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำงานของเซลล์ซึ่งเป็นตัวการทำให้เกิดมะเร็ง เป็นต้น ทั้งนี้ผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กหากได้รับโลหะหนัก จะส่งผลมากกว่าผู้ใหญ่ (Pope et al., 1995) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปริมาณความเข้มข้นของฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5) ชนิด และปริมาณโลหะหนักของฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น โดยใช้การวิเคราะห์หาองค์ประกอบของฝุ่นละอองขนาดเล็ก จากการตรวจวัดปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กโดยใช้เครื่องตรวจวัดมลพิษทางอากาศ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะช่วยในการบ่งชี้ว่าพื้นที่ที่ศึกษามีปริมาณของฝุ่น ละอองขนาดเล็กอยู่ในระดับใด ปริมาณโลหะหนักในฝุ่นละอองขนาดเล็กมีชนิดใดบ้างและอยู่ในระดับที่ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อหาปริมาณความเข้มข้น วิเคราะห์หาชนิด และปริมาณโลหะหนักของฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ในพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

ระเบียบวิธีการวิจัย

1. การเก็บตัวอย่างและการควบคุมคุณภาพ

การเก็บตัวอย่างทั้งหมด 3 จุด ได้แก่ จุดที่ 1 บึงสีฐาน มหาวิทยาลัยขอนแก่น จุดที่ 2 ศูนย์อาหารและบริการ 1 (คอมเพล็กซ์) มหาวิทยาลัยขอนแก่น และจุดที่ 3 หอนาฬิกาหน้าผู้สยตราชวรจรชา อ.เมือง จ.ขอนแก่น

เป็นระยะเวลาทั้งหมด 3 วัน โดยเก็บตัวอย่างเป็นเวลา 24 ชั่วโมง เป็นเวลา 72 ชั่วโมง ตลอดจนการเก็บตัวอย่างสถานที่เก็บตัวอย่างและชั่งน้ำหนักที่ห้องปฏิบัติการอนามัยสิ่งแวดล้อมอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และวิเคราะห์โลหะหนักที่คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

2. การเก็บและวิเคราะห์ตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้กระดวยกรองชนิดใยแก้ว (Glass fiber filter) ปรับสภาพกระดวยกรองทั้งก่อนและหลังเก็บตัวอย่าง โดยนำเข้าโอตุคความชื้นเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง ซึ่งภายในโอจะบรรจุเม็ดซิลิกาเจลไว้บริเวณด้านล่าง เมื่อครบตามระยะเวลาข้างต้นนำกระดวยกรองมาชั่งน้ำหนักด้วยเครื่องชั่ง 6 ตำแหน่ง ในห้องที่ควบคุมอุณหภูมิและความชื้น และบรรจุกระดวยกรองลงในเครื่อง PM_{2.5} High Volume Air Sampler หลังเก็บตัวอย่างนำกระดวยกรองเข้าสู่ตุคความชื้นเป็นเวลานานไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง จากนั้นชั่งกระดวยกรอง แล้วนำมาชั่งกระดวยกรองเหมือนก่อนเก็บตัวอย่าง จากนั้นนำไปคำนวณหาค่าความเข้มข้นของฝุ่น

3. การคำนวณ

ความเข้มข้นของ PM_{2.5} ในตัวอย่างอากาศ ที่ได้จากวิธีอ้างอิงชั่งน้ำหนัก หาได้โดยนำน้ำหนักฝุ่นบนกระดวยกรองหารด้วยปริมาตรอากาศขณะเก็บตัวอย่าง ดังสมการ

$$\text{ปริมาณฝุ่นละอองในบรรยากาศ} = \frac{(\text{น้ำหนักฝุ่นละออง: กรัม}) \times 1000}{\text{ปริมาตรอากาศมาตรฐาน (ลูกบาศก์เมตร)}}$$

โดย น้ำหนักฝุ่นละออง หมายถึง น้ำหนักกระดวยกรองหลังเก็บตัวอย่างลบด้วยน้ำหนัก กระดวยกรองก่อนเก็บตัวอย่าง (มีหน่วยเป็นกรัม)

ปริมาตรอากาศมาตรฐาน หมายถึง อัตราการไหลของอากาศ (ลูกบาศก์เมตรต่อนาที) คูณด้วยเวลาที่ใช้ในการเก็บตัวอย่าง (นาที) (มีหน่วยเป็น ลูกบาศก์เมตร)

4. การวิเคราะห์หาโลหะหนัก

วิธีวิเคราะห์โลหะหนักโดยใช้เครื่อง Atomic Absorption Spectroscopy (AAS) ใช้หลักการดูดกลืนแสงของอะตอมโดย อะตอมอิสระแต่ละชนิดจะดูดกลืนแสงที่มีความยาวคลื่นต่างกัน เฉพาะตัวธาตุแต่ละธาตุจะมีการดูดกลืนพลังงานแตกต่างกัน เนื่องจากมีระดับพลังงานในอะตอมแตกต่างกัน เช่น อะตอมของธาตุตะกั่ว(Lead) จะดูดกลืนพลังงานได้ดีที่ความยาวคลื่น 283.3 นาโนเมตร เพราะแสงที่มีความยาวคลื่นช่วงนี้มีพลังงานที่สามารถทำให้อิเล็กตรอนของธาตุตะกั่วเปลี่ยนสถานะพื้นฐาน (ground stage) ไปสู่สถานะกระตุ้น (excited stage) การทำให้ธาตุโลหะหนักในสารละลายแตกตัวเป็นอะตอมอิสระต้องใช้พลังงานความร้อนเข้าช่วย จากพลังงานจากเปลวไฟ หรือพลังงานจากกระแสไฟฟ้า หรือสารเคมี



ภาพที่ 1 การวิเคราะห์โลหะหนักโดยใช้เครื่อง Atomic Absorption Spectroscopy (AAS) จากการย่อยสลายกระดวยกรองเก็บตัวอย่างฝุ่น PM_{2.5}

เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย

ใช้เครื่อง High Volume Air sampler เครื่องตรวจวัดปริมาณฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) โดยใช้หลักการในการดูดอากาศในบรรยากาศด้วยอัตราการไหลคงที่เข้าสู่ช่องทางหัวของเครื่องวัด เครื่องวัดปริมาณฝุ่นนี้สามารถวัดได้ทั้งปริมาณฝุ่นละอองรวมและฝุ่นละอองขนาดเล็กและถูกรวบรวมไว้ที่กระดวยกรองตลอดช่วงเวลาในการเก็บตัวอย่าง 24



(ก) PM_{2.5} High Volume Air Sampler

ชั่วโมง ใช้เครื่องชั่งน้ำหนักทศนิยม 5 ตำแหน่ง ในการคำนวณหาปริมาณของฝุ่นเพื่อหาค่าความเข้มข้นที่ได้ก่อนและหลังเก็บตัวอย่างอากาศ และใช้เครื่อง Atomic Absorption Spectroscopy เพื่อใช้ในการวิเคราะห์หาชนิดและปริมาณของโลหะหนัก โดยใช้หลักการดูดกลืนแสงของอะตอมโดย อะตอมอิสระแต่ละชนิดจะดูดกลืนแสงที่มีความยาวคลื่นต่างกัน เฉพาะตัวธาตุแต่ละธาตุมักจะมีการดูดกลืนพลังงานแตกต่างกัน เนื่องจากมีระดับพลังงานในอะตอมแตกต่างกัน



(ข) เครื่องชั่งทศนิยม 6 ตำแหน่ง



(ค) Atomic Absorption Spectroscopy (AAS)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับการศึกษาครั้งนี้การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติทั้งหมดใช้โปรแกรม STATA Version 14

สรุปและอภิปรายผล

ตาราง 1 ปริมาณความเข้มข้นของฝุ่น PM_{2.5}

สถานที่เก็บตัวอย่าง	ปริมาณความเข้มข้นของฝุ่น PM _{2.5} (µg/m ³)
บึงสีฐาน	63.58
ศูนย์คอมเพล็กซ์ มข.	61.60
สี่แยกสวนรัชดา	22

ตาราง 1 ปริมาณความเข้มข้นของฝุ่น PM_{2.5} ทั้งหมด 3 จุด ได้แก่ จุดที่ 1 บึงสีฐาน มหาวิทยาลัยขอนแก่น จุดที่ 2 ศูนย์อาหารและบริการ 1 (คอมเพล็กซ์) มหาวิทยาลัยขอนแก่น และจุดที่ 3 หอนาฬิกาหน้าผู้สยตรวจจราจร อ.เมือง จ.ขอนแก่น มีค่าเท่ากับ 63.58, 61.60, 22 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ตามลำดับ ซึ่งค่ามาตรฐานความเข้มข้นของฝุ่น

PM_{2.5} ค่า 24 ชั่วโมง ตามที่กรมควบคุมมลพิษกำหนดไว้ที่ไม่เกิน 50 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร จุดที่มีค่าความเข้มข้นของฝุ่น PM_{2.5} เกินค่ามาตรฐาน คือ ที่บึงสีฐานและศูนย์คอมเพล็กซ์ มข. ซึ่งมีค่าอยู่ที่ 63.58, 61.60 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตรตามลำดับ

ตาราง 2 ชนิดและปริมาณโลหะหนักในฝุ่น PM_{2.5}

พารามิเตอร์	ค่ามาตรฐาน µg/m ³	สถานที่								
		บึงสีฐาน (C=63.58 µg/m ³)			ศูนย์คอมเพล็กซ์ มข. (C=61.60 µg/m ³)			สี่แยกสวนรัชดา (C=22 µg/m ³)		
		µg/g	µg/m ³	%	µg/g	µg/m ³	%	µg/g	µg/m ³	%
ตะกั่ว (Pb)	1.5*	8.26	0.165	0.00798	1.04	0.021	0.00104	1.36	0.0041	0.00131
แคดเมียม (Cd)	0.01	1.23	0.0025	0.00119	0.20	0.0004	0.0002	0.14	0.0002	0.00014
สารหนู (As)	-	0.60	0.0012	0.00058	0.71	0.0014	0.00069	1.01	0.0020	0.00098
ทองแดง (Cu)	-	14.75	0.295	0.01426	9.09	0.181	0.00906	8.05	0.161	0.05167
แมงกานีส (Mn)	0.05	48.45	0.969	0.04683	40.15	0.803	0.04003	17.85	0.357	0.11457

* ที่มา: กรมควบคุมมลพิษ

ตาราง 2 ผลจากการวิเคราะห์หาชนิดและปริมาณของโลหะหนักในฝุ่น PM_{2.5} พบว่า โลหะหนักที่พบมีทั้งหมด 5 ชนิด ได้แก่ ตะกั่ว (Pb), แคดเมียม (Cd), สารหนู (As), ทองแดง (Cu), และแมงกานีส (Mn) ปริมาณรวมโลหะหนักจาก บึงสีฐาน, ศูนย์อาหารและบริการ 1 (คอมเพล็กซ์), หอนาฬิกาหน้าผู้สยตรวจจราจร มีค่าเท่ากับ 63.58, 61.60, 22 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตร ตามลำดับ โดยเมื่อนำปริมาณโลหะหนักแต่ละชนิดไปเปรียบเทียบกับ

กับค่ามาตรฐานหลายองค์กร เช่น ค่าอ้างอิงทางสุขภาพจากองค์การพิทักษ์สิ่งแวดล้อมแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา U.S.EPA ,ACGIH และ ATSDR พบว่าค่าความเข้มข้นเฉลี่ยของโครเมียม ตะกั่วและแมงกานีส มีค่าเกินหรือสูงกว่าค่ามาตรฐานอ้างอิงทางสุขภาพ ดังนั้นโครเมียม มาตรฐานไม่เกิน 0.01 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ,แคดเมียม มาตรฐานไม่เกิน 0.01 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ,ตะกั่ว มาตรฐานไม่เกิน 0.5 ไมโครกรัมต่อ

ลูกบาศก์เมตร และแมงกานีส มาตรฐานไม่เกิน 0.05 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภัทวดี ทองแสง และสุจิต ทรูจิต (2561)³ ศึกษา ระดับความเข้มข้นและองค์ประกอบทางเคมีของฝุ่น PM_{2.5} ในพื้นที่เมืองนครราชสีมา ทำการเก็บตัวอย่าง 1 จุด 41 ตัวอย่าง ในช่วงระยะเวลาต่อเนื่อง 4 เดือน (พ.ย. 59 – ก.พ. 60) ผลการศึกษาพบว่าปริมาณ Black carbon ในเขตเมืองสูงกว่าเขตอุตสาหกรรม พบปริมาณ Cl⁻, NO₃⁻, K⁺, Ag, Al, Cd, Fe, Mn, Ni, Ti, V, และ Zn ในพื้นที่อุตสาหกรรมสูงกว่าเมือง

รพีพัฒน์ เกริกไกรวัล (2543)¹ ศึกษาองค์ประกอบของธาตุในฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอนในเขตกรุงเทพมหานคร เก็บตัวอย่างฝุ่นละอองด้วยเครื่องเก็บฝุ่นแยกขนาดชนิดไดโคโตมัสแอร์แซมเพลอร์ วิเคราะห์หาองค์ประกอบของฝุ่นด้วยเครื่อง Atomic Absorption Spectroscopy (AAS) ผลการศึกษาพบว่าฝุ่น PM_{2.5} ในเขตกรุงเทพมหานครสูงกว่าพื้นที่ควบคุมฝุ่น PM_{2.5} ในช่วงฤดูแล้งสูงกว่าในช่วงฤดูฝนองค์ประกอบธาตุหลักของฝุ่น PM_{2.5} ได้แก่ เหล็ก ซิลิกา และโพแทสเซียม ปริมาณของธาตุปริมาณน้อยในฝุ่น PM_{2.5} ประกอบด้วย โพแทสเซียม 1.3892 สังกะสี 0.4529 แมงกานีส 0.1518 ตะกั่ว 0.1576 และ ทองแดง 0.0095 มก./ลบ.ม.

ศิวรินทร์ ดวงแก้ว(2555)² ศึกษาองค์ประกอบคาร์บอนในบรรยากาศทั่วไปในเมืองกรุงเทพมหานคร บริเวณจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยทำการศึกษาก่อนการประกอบคาร์บอนในฝุ่นละอองในบรรยากาศ และบ่งชี้แหล่งกำเนิด PM 10, PM 2.5, black carbon เก็บตัวอย่างฝุ่นเฉลี่ย 24 ชั่วโมง ทุก ๆ 6 วัน ผลการศึกษาพบว่า ความเข้มข้น PM 10 และ PM 2.5 ในฤดูฝนมีค่าต่ำกว่าฤดูแล้ง 40 – 50% Black carbon ในฤดูแล้งสูงกว่าฤดูฝน 35%

ผลกระทบต่อสุขภาพจากโลหะหนักในฝุ่น PM_{2.5}

ความเป็นพิษของโลหะหนักเกิดจากโลหะหนักที่ร่างกายได้รับทางระบบต่างๆของร่างกายไปรบกวนการทำงานของระบบเอ็นไซม์ของเซลล์และจับยึดกับเชื้อหุ้มเซลล์ทำให้การควบคุมการลำเลียงของสารต่างๆ ของเยื่อหุ้มเซลล์ผิดปกติไป โลหะหนักบางชนิดมีผลต่อสมบัติทางด้านโครงสร้างหรือเคมีไฟฟ้าของเซลล์ ความเป็นพิษของโลหะหนักขึ้นอยู่กับรูปแบบทางเคมีของสารประกอบของโลหะหนักแต่ละชนิดและเส้นทางที่ร่างกายได้รับเข้าไป เช่น ทางระบบหายใจ ระบบทางเดินอาหาร และผิวหนัง โลหะหนักแต่ละประเภทมาจากแหล่งกำเนิดที่แตกต่างกันและผลกระทบต่อสุขภาพจะแตกต่างกันไปตามประเภทของโลหะหนัก เช่น ตะกั่ว พบในโรงงานผลิตแบตเตอรี่ ,ผลิตสี ,ผลิตสารกำจัดศัตรูพืช ผลกระทบต่อสุขภาพจะส่งต่อระบบประสาทส่วนกลางและสมอง ,ระบบประสาทส่วนปลาย ,ระบบเลือด ,ระบบทางเดินอาหาร แคลเซียม พบในอุตสาหกรรมผลิตเหล็กกล้า ,ยานยนต์ ผลกระทบต่อสุขภาพจะส่งต่อระบบกล้ามเนื้อ ,ระบบโครงสร้างสืบพันธุ์ สารหนูพบในอุตสาหกรรมผลิตสารกำจัดศัตรูพืช การฟอกหนัง และตรงงานถลุงเหล็ก ผลกระทบต่อสุขภาพจะทำให้เกิดโรคผิวหนัง ,ตาแดง ,หลอดลมอักเสบ ,เกิดมะเร็งปอด เป็นต้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

เพิ่มจำนวนครั้งในการเก็บตัวอย่างอากาศและทำการเก็บในสถานที่ที่สำคัญในจังหวัดขอนแก่น เพื่อสามารถนำข้อมูลมาเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์ รวมไปถึงสามารถหาความแตกต่างขององค์ประกอบของฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน เพื่อที่จะทราบถึงองค์ประกอบที่แตกต่างกัน ศึกษาหาแหล่งกำเนิดและดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ตำรวจสถานีตำรวจภูธร
อำเภอเมืองขอนแก่นที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวก
ในการลงพื้นที่ตรวจวัดและเก็บข้อมูลการ
ศึกษาวิจัยนี้ ขอขอบคุณ คณะเภสัชศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ให้ความอนุเคราะห์ในการ
วิเคราะห์ตัวอย่างรวมถึงใช้เครื่องมือ และขอขอบคุณ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่
สนับสนุนและอนุเคราะห์เครื่องมือและห้องปฏิบัติการ
ในการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1.รพีพัฒน์ เกริกไกรวัล. (2543).องค์ประกอบธาตุในฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอนในเขตกรุงเทพมหานคร.ค้นเมื่อ 10 กันยายน 2563, จาก <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/5592>
- 2.ศิริรินทร์ ดวงแก้ว. (2555).องค์ประกอบคาร์บอนในบรรยากาศทั่วไปในเมืองกรุงเทพมหานครบริเวณจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย. ค้นเมื่อ 10 กันยายน 2563, จาก <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/37629>
- 3.ภักดิ์วัฒน์ ทองแสง และสุจิตต์ กรุจิต. (2561). รายงานการวิจัยแนวทางการจัดการคุณภาพอากาศสำหรับโรงงานขนาดกลางและขนาดเล็กตามแนวคิดอุตสาหกรรมสีเขียว. สาขาวิชาวิศวกรรมสิ่งแวดล้อม สำนักวิชาวิศวกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

กรณีศึกษา : ค่าความเข้มข้นของ $PM_{2.5}$ จากเครื่องมือตรวจวัดโดยวิธีวิเคราะห์เชิงน้ำหนัก

ดาวเทียมและ Air Visual

A Case Study : $PM_{2.5}$ Concentration Instruments from Gravimetric

Method Satellite model (AOD) and Air Visual

พรพรรณ สกุลคู¹, พัชรินทร์ แก้วคุณ², กัญจน์กฤตชญา กำธรสรสิทธิ์³, สิริรัตน์ อนุตระกูลชัย⁴

Pornpun Sakunkoo¹, Patcharintorn Kaewkun², Garnkitchaya Kumthornsorrasith³, Sirirat Anutrakulchai⁴

(Received: March 20,2021; Accepted: April 7,2021)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการตรวจวัดค่าความเข้มข้นของ $PM_{2.5}$ โดยใช้เครื่องมือจาก Ground station (TEOM) เป็นเครื่องมืออ้างอิงหลัก และใช้เครื่องมือ Air sampling ($PM_{2.5}$ High Volume Air Sampler), Satellite model (AOD) และ Air visual ทำการเก็บตัวอย่างโดยตั้งเครื่องเก็บตัวอย่าง $PM_{2.5}$ High Volume Air Sampler ไว้บริเวณเครื่อง TEOM ที่สถานีภาคพื้นดิน เป็นเวลา 24 ชั่วโมง จำนวน 3 วัน ผลการวิเคราะห์ค่าความเข้มข้นของ $PM_{2.5}$ ($\mu g/m^3$) จาก Ground station (TEOM) กับ Air sampling ($PM_{2.5}$ High Volume Air Sampler), Satellite model (AOD) และ Air visual พบว่า ค่าความเข้มข้นของ $PM_{2.5}$ จาก Ground station (TEOM) มีค่าเท่ากับ 15.67, 17.13, 19.0 $\mu g/m^3$ ตามลำดับ Air sampling ($PM_{2.5}$ High Volume Air Sampler) มีค่าเท่ากับ 15.51, 17.69, 22.92 $\mu g/m^3$ ตามลำดับ Satellite model (AOD) มีค่าเท่ากับ 16.15, 17.47, 22.95 ตามลำดับ และ Air visual มีค่าเท่ากับ 16.70, 16.90, 19.90 $\mu g/m^3$ ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยในแต่ละวัน เท่ากับ 16.00, 17.30 และ 21.19 $\mu g/m^3$ ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า ปริมาณความเข้มข้น $PM_{2.5}$ จากแหล่งเครื่องมือตรวจวัดทั้ง 4 เครื่องมือให้ค่าความเข้มข้นของ $PM_{2.5}$ ใกล้เคียงกัน

คำสำคัญ : ฟูละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน, เครื่องมือตรวจวัดโดยวิธีวิเคราะห์เชิงน้ำหนัก , ดาวเทียม

Abstract

This study was to measure the $PM_{2.5}$ concentration using ground station (TEOM) instrument as the primary reference tool. Air sampling tools ($PM_{2.5}$ High Volume Air Sampler), Satellite model (AOD) and Air visual were used to collect samples by setting up a $PM_{2.5}$ High Volume Air Sampler at the TEOM at the ground station for 24 hours. The results were analyzed for $PM_{2.5}$ ($\mu g/m^3$) concentration from Ground station (TEOM) with Air sampling ($PM_{2.5}$ High Volume Air Sampler), Satellite model (AOD) and Air visual. The $PM_{2.5}$ concentrations from Ground station (TEOM) were 15.67, 17.13, 19.0 $\mu g/m^3$ respectively. Air sampling ($PM_{2.5}$ High Volume Air Sampler) were 15.51, 17.69, 22.92 $\mu g/m^3$ respectively. The satellite model (AOD) were 16.15, 17.47, 22.95 $\mu g/m^3$ respectively and Air visual were 16.70, 16.90, 19.90 $\mu g/m^3$ respectively. In the average $PM_{2.5}$ were 16.00, 17.30 and 21.19 respectively. The concentration of $PM_{2.5}$ is trend to similar of 4 measurements.

Keyword : $PM_{2.5}$, Gravimetric Method, AOD

¹ ผู้รับผิดชอบบทความ รองศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชานามยสังเวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานามยสังเวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ นักวิจัย โครงการป้องกันและชะลอโรคไคเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์

⁴ รองศาสตราจารย์ พญ. หัวหน้าโครงการป้องกันและชะลอโรคไคเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์

บทนำ

ประเทศไทยประสบกับความเสื่อมโทรมของคุณภาพอากาศด้วยการพัฒนาเมืองอย่างรวดเร็วและอุตสาหกรรม ส่งผลพบปัญหาฝุ่นละอองเกินมาตรฐานที่เกิดจากกระบวนการเผาไหม้เชื้อเพลิงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในหลายจังหวัดของพื้นที่ภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รวมทั้งพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ปัจจุบันการติดตามตรวจสอบปริมาณ $PM_{2.5}$ ทำการตรวจวัดจากสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศแบบอัตโนมัติของกรมควบคุมมลพิษ (TEOM) จำนวน 64 สถานีใน 33 จังหวัด ซึ่งไม่สามารถติดตั้งสถานีได้ในทุกพื้นที่ทุกฤดูเนื่องจากเครื่องตรวจวัดคุณภาพอากาศมีขนาดใหญ่ ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานและการบำรุงรักษาต้องใช้งบประมาณสูง และไม่สามารถติดตามตรวจวัดได้อย่าง real-time โดยเครื่อง Air sampling ($PM_{2.5}$ High Volume Air Sampler) เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานเทียบเท่าและสามารถเคลื่อนย้ายได้จากในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาได้มีการนำเทคโนโลยีภูมิสารสนเทศดาวเทียม เข้ามาใช้ในงานตรวจวัดและติดตามสถานการณ์คุณภาพอากาศ ทำให้ได้รับข้อมูลที่ทันเหตุการณ์และสามารถพยากรณ์สถานการณ์ล่วงหน้าได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังมี การสร้างนวัตกรรมใหม่อย่าง Air visual โดยเป็นการสร้างแอปพลิเคชันในการตรวจวัดฝุ่นเพื่อให้สะดวกและติดตามสถานการณ์คุณภาพอากาศได้ง่าย ดังนั้น จึงได้มีการทดสอบหาปริมาณความเข้มข้นของ $PM_{2.5}$ ด้วยเครื่องตรวจวัดระหว่างสถานีภาคพื้นดิน (TEOM) เป็นเครื่องมืออ้างอิงหลัก กับ Air sampling ($PM_{2.5}$ High Volume Air Sampler), Satellite model (AOD) และ Air visual เพื่อเป็นการทดสอบผลการตรวจวัดปริมาณความเข้มข้นของ $PM_{2.5}$ ของแต่ละเครื่องมือ

วัตถุประสงค์

เพื่อทดสอบผลการตรวจวัดปริมาณความเข้มข้นของ $PM_{2.5}$ แต่ละเครื่องมือ ได้แก่ เครื่องตรวจวัดระหว่าง

สถานีภาคพื้นดิน (TEOM), Air sampling ($PM_{2.5}$ High Volume Air Sampler), Satellite model (AOD) และ Air visual

วิธีการวิจัย

1. การเก็บตัวอย่างและการควบคุมคุณภาพอากาศ

การเก็บตัวอย่างที่ส่วนอุทกวิทยา สำนักงานทรัพยากรน้ำภาคที่ 4 ขอนแก่น ที่ติดตั้งสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศเป็นระยะเวลาทั้งหมด 3 วัน โดยเก็บตัวอย่างเป็นเวลา 24 ชั่วโมง สถานที่เก็บตัวอย่าง (กระดาดกรอง) ที่ห้องปฏิบัติการทางอนามัยสิ่งแวดล้อม สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

2. การเก็บและวิเคราะห์ตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้กระดาดกรองชนิดใยแก้ว (Glass fiber filter) ปรับสภาพกระดาดกรองทั้งก่อนและหลังเก็บตัวอย่าง โดยนำเข้าโถดูดความชื้นเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง ซึ่งภายในโถจะบรรจุเม็ดยาลีกลไว้บริเวณด้านล่าง เมื่อครบตามระยะเวลาข้างต้นนำกระดาดกรองมาชั่งน้ำหนักด้วยเครื่องชั่ง 6 ตำแหน่ง ในห้องที่ควบคุมอุณหภูมิ ($^{\circ}C$) และความชื้น (%RH) และบรรจุกระดาดกรองลงในเครื่อง $PM_{2.5}$ High Volume Air Sampler หลังเก็บตัวอย่างนำกระดาดกรองเข้าสู่ตู้ดูดความชื้นเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง จากนั้นชั่งกระดาดกรอง แล้วนำมาชั่งกระดาดกรองเหมือนก่อนเก็บตัวอย่าง แล้วนำมาติดตั้งหาความสัมพันธ์กับเครื่องเก็บตัวอย่าง $PM_{2.5}$ ณ ส่วนอุทกวิทยา สำนักงานทรัพยากรน้ำภาคที่ 4 ขอนแก่น โดยเครื่องมือชนิดนี้ใช้ระบบเทปเปอริลิเมนออสซิลเลตติ้งไมโครบาลานซ์ (Tapered Element Oscillating Microbalance, TEOM) เป็นอุปกรณ์เก็บตัวอย่างแบบ Low volume air sampler โดยที่กระดาดกรองจะถูกติดอยู่ที่ปลายของ Tapered quartz tube ซึ่งจะทำหน้าที่เหมือนเสมือนเสียงซึ่งมีความ Sensitive กับการเปลี่ยนแปลงของความถี่ในการสั่นตามน้ำหนักของฝุ่นที่ตกลงบนกระดาดกรอง

3. การคำนวณ

ความเข้มข้นของ $PM_{2.5}$ ในตัวอย่างอากาศที่ได้จากวิธีอ้างอิงเชิงน้ำหนัก หาได้โดยนำน้ำหนักฝุ่นบน

$$\text{ปริมาณฝุ่นละอองในบรรยากาศ} = \frac{(\text{น้ำหนักฝุ่นละออง: กรัม}) \times 1000; \text{มิลลิกรัมต่อลูกบาศก์เมตร}}{\text{ปริมาตรอากาศมาตรฐาน (ลูกบาศก์เมตร)}}$$

โดย น้ำหนักฝุ่นละออง หมายถึง น้ำหนักกระดาดกรองหลังเก็บตัวอย่างด้วยน้ำหนักกระดาดกรองก่อนเก็บตัวอย่าง (มีหน่วยเป็นกรัม)

ปริมาตรอากาศมาตรฐาน หมายถึง อัตราการไหลของอากาศ (ลูกบาศก์เมตรต่อนาที) คูณด้วยเวลาที่ใช้ในการเก็บตัวอย่าง (นาที) (มีหน่วยเป็น ลูกบาศก์เมตร)

4. ข้อมูล Merra-2

ข้อมูลค่าความหนาแน่นเชิงแสงของอนุภาคแขวนลอยในบรรยากาศ (AOT) จากการตรวจวัดด้วย Merra-2 ที่สามารถดาวน์โหลดได้จาก <https://giovanni.gsfc.nasa.gov/giovanni/> และเปิดข้อมูลด้วย Excel ข้อมูล Merra-2 ที่ใช้เป็นข้อมูลช่วงเวลา 00.00-23.59 น. โดยครอบคลุมสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศอัตโนมัติที่ตั้งอยู่ที่สวนอวกาศวิทยา สำนักงานทรัพยากรน้ำภาค 4 ในจุดที่ทำการตรวจวัด

5. AirVisual

แอปพลิเคชันวัดดัชนีคุณภาพของอากาศ (Air Quality Index : AQI) ในแต่ละพื้นที่ว่ามีค่าเท่าไร และค่า AQI ที่วัดได้นั้นอยู่ในระดับไหน โดยสามารถบอกค่ามลพิษทางอากาศ 6 พารามิเตอร์ รวมถึงค่า $PM_{2.5}$ อีกด้วย ซึ่งแอปพลิเคชัน AirVisual จะช่วยให้เราทราบว่าในพื้นที่

กระดาดกรองหารด้วยปริมาตรอากาศขณะเก็บตัวอย่าง ดังสมการ

ที่เราอยู่หรือใกล้เคียงมีค่า AQI เท่าไหร่ สามารถดาวน์โหลดได้จาก

<https://apps.apple.com/th/app/airvisual-air-quality-forecast/id1048912974>

เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ทำการเก็บตัวอย่างโดยวิธีวิเคราะห์เชิงน้ำหนัก จาก Ground station (TEOM) เป็นเครื่องมืออ้างอิงหลัก และ Air sampling ($PM_{2.5}$ High Volume Air Sampler) โดยเครื่องมือทั้ง 2 เป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน ซึ่งเป็นเครื่องเก็บตัวอย่างฝุ่นละอองโดยการดูดอากาศในบรรยากาศด้วยอัตราการไหลอากาศที่คงที่ เข้าสู่ช่องทางเข้าอากาศที่ได้รับการออกแบบพิเศษให้สามารถคัดขนาดของฝุ่นละอองที่แขวนลอยอยู่ในอากาศออกมา และถูกรวบรวมไว้บนกระดาดกรองแล้วนำไปชั่งน้ำหนักเพื่อหาปริมาณความเข้มข้นของ $PM_{2.5}$ แสดงดังรูปที่ 1(ก) และ (ข) และข้อมูลปริมาณ $PM_{2.5}$ จาก Satellite model (AOD) เป็นข้อมูลที่ได้จากการนำเทคโนโลยีภูมิสารสนเทศดาวเทียม แสดงดังรูปที่ 1(ค) และ AirVisual ซึ่งเป็นแอปพลิเคชันในการตรวจวัดฝุ่น แสดงดังรูปที่ 1 (ง)



(ก) Ground station (TEOM)



(ข) $PM_{2.5}$ High Volume Air Sampler



(ก) Satellite model (AOD)



(ง) AirVisual

รูปที่ 1 เครื่องมือเก็บตัวอย่างฝุ่นขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับการศึกษานี้การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติทั้งหมดใช้โปรแกรม STATA เวอร์ชัน 14

สรุปและอภิปรายผล

ตาราง 1 ผลจากการเก็บตัวอย่างความเข้มข้นของ $PM_{2.5}$ ($\mu g/m^3$)

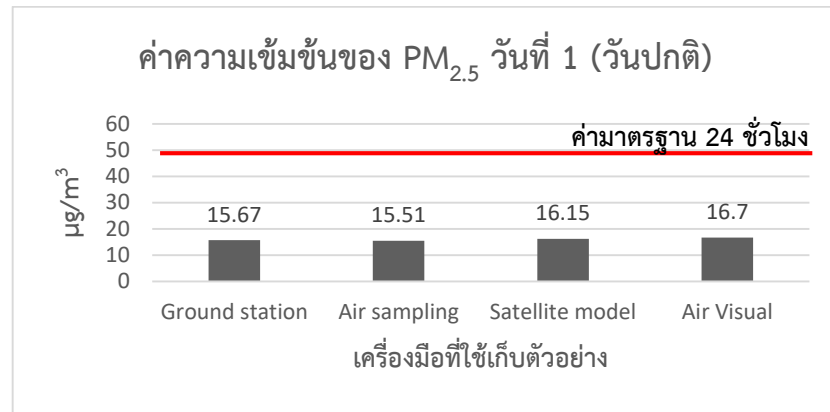
ช่วงเวลาเก็บตัวอย่าง $PM_{2.5}$	เครื่องมือ/วิธีการตรวจวัด $PM_{2.5}$				Mean $\pm$ SD
	Ground station	Air sampling	Satellite model	Air Visual	
วันที่ 1*	15.67	15.51	16.15	16.70	16.00 $\pm$ 0.53
วันที่ 2*	17.13	17.69	17.47	16.90	17.30 $\pm$ 0.35
วันที่ 3**	19.0	22.92	22.95	19.90	21.19 $\pm$ 2.04

* วันธรรมดา (จันทร์-ศุกร์)

** วันหยุด (เสาร์-อาทิตย์)

ตาราง 1 ผลจากการเก็บตัวอย่างความเข้มข้นของ $PM_{2.5}$ ที่ส่วนอุทกวิทยา สำนักงานทรัพยากรน้ำภาคที่ 4 ขอนแก่น เป็นระยะเวลาทั้งหมด 3 วัน โดยเก็บตัวอย่างเป็นเวลา 24 ชั่วโมงที่ได้จาก Ground station (TEOM) มีค่าเท่ากับ 15.67, 17.13, 19.0 $\mu g/m^3$ ตามลำดับ Air sampling ($PM_{2.5}$ High Volume Air Sampler) มีค่าเท่ากับ 15.51,

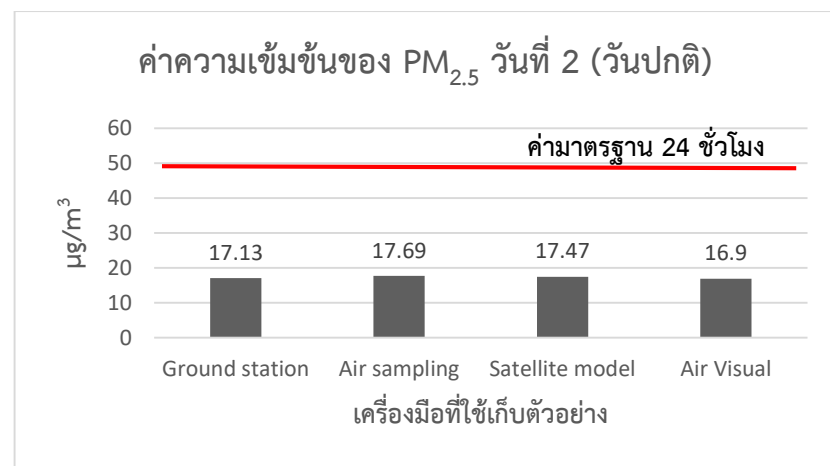
17.69, 22.92 $\mu g/m^3$ ตามลำดับ Satellite model (AOD) มีค่าเท่ากับ 16.15, 17.47, 22.95 ตามลำดับ และ Air visual มีค่าเท่ากับ 16.70, 16.90, 19.90 $\mu g/m^3$ ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยในแต่ละวัน เท่ากับ 16.00, 17.30 และ 21.19 $\mu g/m^3$ ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า ปริมาณความเข้มข้นที่พบทั้ง 4 ค่าความเข้มข้นของ $PM_{2.5}$ ใกล้เคียงกัน



รูปที่ 2 ค่าความเข้มข้นของ PM_{2.5} วันที่ 1 (วันปกติ : จันทร์-ศุกร์)

จากรูปแสดงค่าความเข้มข้นของ PM_{2.5} ในวันที่ 1 (วันธรรมดา) ที่ได้จากการตรวจวัด 24 ชั่วโมง ด้วยเครื่องมือจากสถานีภาคพื้นดิน (TEOM), Air sampling (PM_{2.5} High Volume Air Sampler),

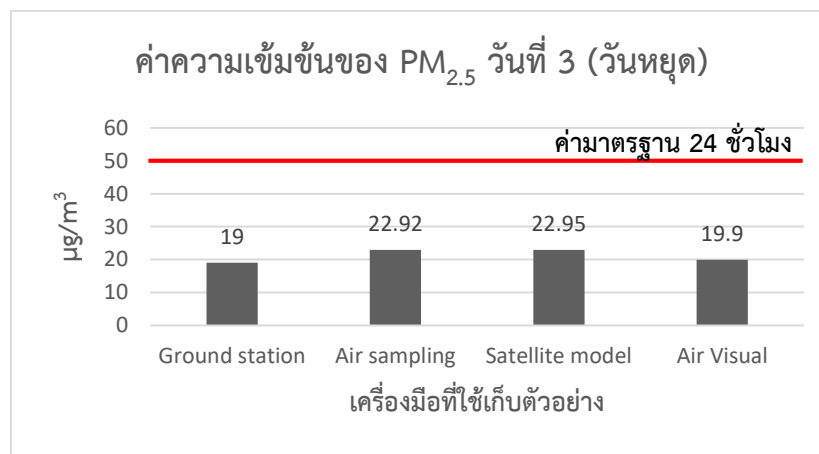
Satellite model (AOD) และ AirVisual พบว่า มีค่าความเข้มข้นของ PM_{2.5} ไม่เกินค่ามาตรฐานที่ 50 µg/m³ ดังรูปที่ 2



รูปที่ 3 ค่าความเข้มข้นของ PM_{2.5} วันที่ 2 (วันปกติ : จันทร์-ศุกร์)

จากรูปแสดงค่าความเข้มข้นของ PM_{2.5} ในวันที่ 2 (วันธรรมดา) ที่ได้จากการตรวจวัด 24 ชั่วโมง ด้วยเครื่องมือจากสถานีภาคพื้นดิน (TEOM), Air sampling (PM_{2.5} High Volume Air Sampler),

Satellite model (AOD) และ AirVisual พบว่า มีค่าความเข้มข้นของ PM_{2.5} ไม่เกินค่ามาตรฐานที่ 50 µg/m³ ดังรูปที่ 3



รูปที่ 4 ค่าความเข้มข้นของ PM_{2.5} วันที่ 3 (วันหยุด : เสาร์-อาทิตย์)

จากรูปแสดงค่าความเข้มข้นของ PM_{2.5} ในวันที่ 3 (วันหยุด) ที่ได้จากการตรวจวัด 24 ชั่วโมง ด้วยเครื่องมือจากสถานีภาคพื้นดิน (TEOM), Air sampling (PM_{2.5} High Volume Air Sampler), Satellite model (AOD) และ AirVisual พบว่า มีค่าความเข้มข้นของ PM_{2.5} ไม่เกินค่ามาตรฐานที่ 50 µg/m³ ดังรูปที่ 4

ข้อเสนอแนะ

การเก็บตัวอย่างโดยตั้งเครื่องเก็บตัวอย่าง PM_{2.5} High Volume Air Sampler ไว้บริเวณเครื่อง TEOM ที่สถานีภาคพื้นดิน เป็นเวลา 24 ชั่วโมง ในครั้งต่อไปควรเก็บตัวอย่างให้ช่วงเวลามากขึ้นโดยครอบคลุมฤดูกาล

เพื่อที่จะได้หาความสัมพันธ์ของแต่ละเครื่องมือและทราบถึงผลกระทบที่เกิดจาก PM_{2.5} และหาแนวทางแก้ไขต่อไป เพื่อป้องกันฝุ่น PM_{2.5}

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาค 10 จังหวัดขอนแก่น และหน่วยงานส่วนอุทกวิทยา สำนักงานทรัพยากรน้ำภาคที่ 4 ขอนแก่น ที่อำนวยความสะดวกในการลงพื้นที่ตรวจวัดและเก็บข้อมูลการศึกษาวิจัยนี้และขอขอบคุณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือและห้องปฏิบัติการในการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมมลพิษ. (ม.ป.ป.). โครงการศึกษาแหล่งกำเนิดและแนวทางการจัดการฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอนในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล. คืบ มี 5 กุมภาพันธ์ 2563, จาก <http://infofile.pcd.go.th/air/PM2.5.pdf?CFID=2121900&CFTOKEN=26428157>

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของประชาชนตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

The Stage of Behavioral Change in Smoking Cessation of People in Koksri Sub district

Muang District Khon Kaen Province

ประไพจิตร ชุมแวงวาปี¹

Prapaijit Shumwaengwapee¹

(Received: January 2, 2021 ; Accepted: February 20, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจำแนกผู้สูบบุหรี่ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ และศึกษากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละขั้นตอนพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ ของผู้สูบบุหรี่ในตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 246 คน โดยใช้แบบสอบถาม สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการอธิบายข้อค้นพบ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด และใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่กับกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ ด้วยสถิติ Discriminant analysis ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระยะก่อนตั้งใจ ร้อยละ 32.5 มีค่าคะแนนเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่ำสุดอยู่ในระยะก่อนตั้งใจ คือการเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม ($\bar{X} = 11.13$, $SD=3.44$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูงสุดอยู่ในระยะปฏิบัติ คือการประเมินสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 17.83$, $SD=1.48$) ผลการวิเคราะห์จำแนกกลุ่มพบว่า กลุ่มระยะก่อนตั้งใจและกลุ่มระยะตั้งใจ มีค่าเฉลี่ยกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) เกือบทุกด้าน และพบว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละระยะมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นตั้งแต่ระยะตั้งใจ ($\bar{X} = 14.05$, $SD=2.81$) ระยะพร้อมปฏิบัติ ($\bar{X} = 14.31$, $SD=2.75$) ระยะปฏิบัติ ($\bar{X} = 15.44$, $SD=1.87$) ส่วนระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยลดลง ($\bar{X} = 15.38$, $SD=2.15$)

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานบริการสาธารณสุขจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้เหมาะสมกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงและกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของแต่ละกลุ่ม เพื่อลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ในชุมชน

คำสำคัญ: ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม , การเลิกสูบบุหรี่

Abstract

This cross-sectional descriptive study aims to study classifications of cigarette smokers based on stage of change of smoking cessation behavior and to study process of change in each change stage of smoking cessation among cigarette smokers in Koksri subdistrict, Mueang district, Khon Kaen, 246 smokers were recruited according to questionnaires and using systematic randomization. The data collected from the smokers were analyzed using statistical software package. The descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation and minimum and maximum were reported as well as the inferential statistic was used to determine the relationship between the stage of change of smoking behavior and the change process of smoking behavior using discriminant analysis. The results revealed that most of the studied population (32.5%) were in the precontemplation stage of smoking behavior. This group of smokers that had the lowest average score of change process were in counter conditioning ($\bar{X} = 11.13$, $SD=3.44$). The smokers with the highest average score of change process were in action stage with environmental reevaluation ($\bar{X} = 17.83$, $SD=1.48$). When analyzing separately, the population in precontemplation and contemplation stage were statistically different in almost of all aspects ($p\text{-value} = 0.05$). It was also found that the average score of change process progressively increased from contemplation ($\bar{X} = 14.05$, $SD=2.81$), preparation ($\bar{X} = 14.31$, $SD=2.75$), and action ($\bar{X} = 15.44$, $SD=1.87$), but decreased in maintenance process ($\bar{X} = 15.38$, $SD=2.15$).

¹ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

This study suggests that involved health professionals should consider stage and process of change of smoking behavior among the smokers in order to perform health education activities that are suitable for each group of smokers based on those considerations, with the ultimate goal to reduce a number of smokers in communities.

Keywords: Stage of Change Behavior, Smoking Cessation

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 1,100 ล้านคน ภายในปี 2568 จะเพิ่มขึ้นมากกว่า 1,600 ล้านคน¹ จากการประเมินขององค์การอนามัยโลก พบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยประมาณการว่าภายใน 25 ปีข้างหน้า ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่สูงขึ้นปีละ 10 ล้านคน หรือนาทีละ 20 คน ซึ่งมากกว่าการเสียชีวิตจากโรคเอดส์ วันโรค อุบัติเหตุ การฆ่าตัวตาย และเสียชีวิตระหว่างคลอดรวมกันทั้งหมด² สำหรับประเทศไทย แม้ว่าการบริโภคบุหรี่ของประชากรไทยในช่วงหลายปีที่ผ่านมา มีการแนวโน้มลดลงในทุกกลุ่มอายุ แต่จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ร้อยละ 19.9 หรือประมาณ 10.9 ล้านคน กลุ่มอายุ 19 – 24 ปี มีแนวโน้มการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.2 ในปี พ.ศ.2558 เป็นร้อยละ 20.4 ในปี พ.ศ.2560 โดยเพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง³ ผู้สูบบุหรี่กลุ่มวัยทำงานมีปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวันมากกว่ากลุ่มเยาวชน และผู้สูงอายุ คือประมาณ 11.9 มวนต่อวัน⁴ ผลการศึกษาติดตามจำนวนประชากรไทยที่เสียชีวิตจากโรคที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ เมื่อปี พ.ศ.2557 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ 54,512 คน หรือวันละ 149 คน หรือชั่วโมงละ 6 คน โดยเสียชีวิตก่อนวัยอันควรคนละ 7.8 ปี และมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้รับความทุกข์ทรมาน สูญเสียคุณภาพชีวิตที่ดีก่อนเสียชีวิตเฉลี่ยคนละ 3 ปี และพบว่าประชากรเพศชายเสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ร้อยละ 17 หรือ 1 ใน 6 ของประชากรเพศชายที่เสียชีวิตจากทุกสาเหตุ ในปี พ.ศ.2560⁵ การบริโภคยาสูบเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับ 2 รองจากปัจจัยเสี่ยงด้านการดื่มแอลกอฮอล์ มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ในปี พ.ศ.2552 พบว่า มีคนเสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่

ในกลุ่มอายุ 30 ปีขึ้นไป เท่ากับ 50,737 คน สาเหตุเนื่องจากการป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มะเร็งปอด หลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็งในอวัยวะอื่นๆ⁶ การรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ ถุงลมปอดโป่งพอง และโรคอื่นๆ ที่เกิดจากการสูบบุหรี่หรือมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ จะมีผลอย่างมากในด้านเศรษฐกิจ รวมถึงการสูญเสียแรงงานจากการเจ็บป่วยและการด้อยคุณภาพของทรัพยากรมนุษย์ที่สุขภาพเสื่อมโทรม⁶

บุหรี่และผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิดประกอบด้วยสารพิษต่างๆ ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพอย่างรุนแรง ทั้งต่อตัวผู้สูบโดยตรงและผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง หรือควันบุหรี่มือสามจากสิ่งแวดล้อม ในบุหรี่ 1 มวน ประกอบด้วยนิโคติน กระดาษที่ไหม้ไหม และสารเคมีหลายร้อยชนิด ที่ใช้ในการปรุงแต่งกลิ่นและรส เพื่อลดการระคายเคือง และเพื่อให้บุหรี่น่าสูบ เมื่อเกิดการเผาไหม้จะทำให้เกิดสารเคมีมากกว่า 4,000 ชนิด ซึ่งสารหลายร้อยชนิด มีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย และมีสาร 43 ชนิด เป็นสารก่อมะเร็ง ส่งผลให้เกิดโรคมะเร็งในอวัยวะที่มีหลักฐานชัดเจนเพียงพอ 25 โรค เป็นโรคมะเร็งในอวัยวะต่างๆ 10 ชนิด อีกทั้งยังมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ จึงจัดว่าการสูบบุหรี่เป็นโรคชนิดหนึ่งเรียกว่า “โรคเสพติดยาสูบ” การป้องกันมิให้มีการเริ่มสูบบุหรี่ และการช่วยให้ผู้สูบลเลิกสูบบุหรี่ จึงเป็นแนวทางที่สำคัญที่สุดในการลดผลกระทบดังกล่าวเกี่ยวกับปัญหาการสูบบุหรี่ได้มีการศึกษาและจัดโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ขึ้นในหลายลักษณะ โดยการนำทฤษฎีต่างๆ มาประยุกต์ใช้ เช่น ทฤษฎีความสามารถตนเอง ทฤษฎีแรงจูงใจด้านสุขภาพ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ฯลฯ และใช้กลวิธีทางสุขศึกษา เช่น การบรรยาย การอภิปราย การสาธิต กระบวนการกลุ่ม ฯลฯ แต่การจัดกลุ่มเข้ารับโปรแกรมสุขศึกษาดังกล่าว เป็นการมอง

ในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ได้แยกกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ความพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ไม่ประสบผลสำเร็จหรือกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำเมื่อจบโปรแกรมแล้ว ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โปรชาสการ์และโคคลิเมนเต^๕ ได้ให้ข้อสรุปว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล (Stage of Change) มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะก่อนซังใจ ระยะซังใจ ระยะพร้อมปฏิบัติ ระยะปฏิบัติ และระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ โดยที่ในแต่ละขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงยังมีปัจจัยสำคัญ ได้แก่ กระบวนการเปลี่ยนแปลง (Process of Change) เป็นตัวผลักดันให้มีการพัฒนาไปสู่การเปลี่ยนแปลงในแต่ละขั้นตอน ซึ่งญาณิท์ศรีทรงเมือง^๖ ได้นำขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาเป็นแนวทางการศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของพลทหาร ทำให้ทราบถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงในแต่ละขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนจัดกิจกรรมเลิกสูบบุหรี่สำหรับกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของประชาชน ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานการวางแผนจัดโปรแกรมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูบบุหรี่ในแต่ละระยะ ส่งผลให้เลิกสูบบุหรี่สำเร็จ มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{e^2 (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

เมื่อกำหนดให้ n = ขนาดตัวอย่าง

N = ขนาดประชากร มีค่าเท่ากับ 490

α = ความผิดพลาดของการสรุปลักษณะประชากรจากค่าสถิติของ

ตัวอย่างมีค่าเท่ากับ 0.05

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน มีค่าเท่ากับ 1.96

P = ค่าสัดส่วนตัวแปรพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ได้จากการศึกษานำร่อง (pilot study) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระยะซังใจมากที่สุด (9 คนจากทั้งหมด 30 คน) คิดเป็นร้อยละ 30.00 ($p=0.30$)

e = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยินยอมให้ เกิดขึ้นมีค่าเท่ากับ 0.04

แทนค่าในสูตร ดังนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการจำแนกผู้สูบบุหรี่ในชุมชนตำบลโคกลี อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

2. เพื่อศึกษากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ในชุมชน

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Crosssectional Study) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง กับกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ตามแนวคิดของโปรชาสการ์^๘

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากรในการศึกษา คือ ประชาชนเพศชาย อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาอยู่ใน 14 หมู่บ้าน ตำบลโคกลี อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น ปัจจุบันสูบบุหรี่ หรือ เคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบแล้ว รวมจำนวน 490 คน

2) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ประชาชนเพศชาย อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาอยู่ใน 14 หมู่บ้าน ตำบลโคกลี อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่ หรือ เคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบแล้ว จำนวน 249 คน กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกรณีประชากรมีขนาดเล็ก^๙

$$n = \frac{490(1.96)^2(0.30)(1-0.30)}{(0.04)^2(490-1) + (1.96)^2(0.30)(1-0.30)}$$

$$n = 248.75$$

$$n = 249 \text{ คน}$$

3) การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ คือแบบสอบถามเรื่อง ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ในชุมชน ตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย (2.1) ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบวัดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของไดคลิเมนต์ และคณะ⁶ ลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบ จำนวน 1 ข้อ จำแนกประชากรตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ ออกเป็น 5 กลุ่ม หรือ 5 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนขังใจ (Precontemplation) คือไม่เคยคิดเลิกสูบบุหรี่ในเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ระยะขังใจ (Contemplation) คือ คิดเลิกสูบบุหรี่ในเวลา 6 เดือนข้างหน้า ระยะพร้อมปฏิบัติ (Preparation หรือ Ready for Action) คือ คิดเลิกสูบบุหรี่ภายใน 30 วันข้างหน้าและกำลังวางแผนที่จะเลิกบุหรี่ ขึ้นปฏิบัติ (Action) คือ เริ่มเลิกสูบบุหรี่แล้วเป็นเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา และระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ (Maintenance) คือ เลิกสูบบุหรี่แล้วเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน (2.2) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เกี่ยวกับอายุที่สูบบุหรี่ครั้งแรก จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ช่วงเวลาที่สูบบุหรี่มวนแรก ความพยายามเลิกบุหรี่ และอาการผิดปกติที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของโปรชาสการ์และคณะ⁸ ซึ่งเป็นองค์ประกอบนำมาใช้ในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การไม่สูบบุหรี่ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือเป็นประจำ บ่อยครั้ง เป็นครั้งคราว นานๆ ครั้ง ไม่เคย มีจำนวน 40 ข้อ ครอบคลุมกระบวนการเปลี่ยนแปลงทั้ง 10 กระบวนการๆ ละ 4 ข้อ (ค่าคะแนนระหว่าง 4 – 20 คะแนน) ดังนี้

1. การกระตุ้นให้ตื่นตัว (Consciousness raising) ประกอบด้วยข้อ.6, 8, 10, 17
2. การระบายอารมณ์ (Dramatic relief) ประกอบด้วยข้อ.11, 30, 31, 32
3. การประเมินตนเอง (Self reevaluation) ประกอบด้วยข้อ.25, 35, 36, 38
4. การประเมินสิ่งแวดล้อม (Environmental reevaluation) ประกอบด้วยข้อ.9, 21, 34, 39
5. การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง (Self liberation) ประกอบด้วยข้อ.4, 13, 16, 18
6. ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ (Helping relationship) ประกอบด้วยข้อ.1, 3, 14, 40
7. การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม (Counter conditioning) ประกอบด้วยข้อ.5, 26, 27, 28
8. การเสริมแรงในการจัดการ (Reinforcement management) ประกอบด้วยข้อ.12, 19, 22, 23
9. การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus control) ประกอบด้วยข้อ.15, 23, 29, 37
10. การประกาศอิสรภาพทางสังคม (Social liberation) ประกอบด้วยข้อ.2, 7, 20, 24

เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย

ข้อความเชิงบวก			ข้อความเชิงลบ	
เป็นประจำ 5	คะแนน		1	คะแนน
บ่อยครั้ง---	4	คะแนน	2	คะแนน
เป็นบางครั้ง	3	คะแนน	3	คะแนน
นานๆครั้ง-2	คะแนน		4	คะแนน
ไม่เคย ----1	คะแนน		5	คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการอภิปรายข้อค้นพบ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด
- 2) ใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่กับกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ด้วยสถิติ Discriminant analysis

สรุปและอภิปรายผล

1) ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ (n=249)

	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	15 – 18 ปี	4	1.6
	19 – 24 ปี	10	4.0
	25 – 40 ปี	26	10.4
	41 – 59 ปี	116	46.6
	60 ปีขึ้นไป	93	37.3
อายุเฉลี่ย 53.5 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.5) อายุน้อยที่สุด 15 ปี อายุมากที่สุด 96 ปี			
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	2.0
	ประถมศึกษา	167	67.6
	มัธยมศึกษา	54	21.9
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	12	4.9
	ปริญญาตรี	9	3.6
สถานภาพสมรส	โสด	40	16.1
	คู่	193	77.5
	หม้าย , หย่า	11	4.4
	แยกกันอยู่	5	2.0
อาชีพ	รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	8	3.3
	เกษตรกร	152	61.8
	ค้าขายหรือประกอบธุรกิจ	11	4.5

รับจ้าง	49	19.9
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	26	10.5

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 41 – 59 ปี ร้อยละ 46.6 อายุเฉลี่ย 53.5 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.5) อายุน้อยที่สุด 15 ปี อายุมากที่สุด 96 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.6 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.5 ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม ร้อยละ 61.8

2) ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของนักศึกษาที่เข้าร่วมโครงการ จำแนกตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ (n=249)

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
1. ระยะก่อนตั้งใจ (Precontemplation)	81	32.5
2. ระยะตั้งใจ (Contemplation)	39	15.7
3. ระยะพร้อมปฏิบัติ (Preparation หรือ Ready for Action)	36	14.5
4. ระยะปฏิบัติ (Action)	31	12.4
5. ระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ (Maintenance)	62	24.9
รวม	249	100.0

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจำแนกตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระยะก่อนตั้งใจ ร้อยละ 32.5 ระยะตั้งใจ 15.7 ระยะพร้อมปฏิบัติ ร้อยละ 14.5 ระยะปฏิบัติ ร้อยละ 12.4 และระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ร้อยละ 24.9 สาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะก่อนตั้งใจมากที่สุด ซึ่งเป็นระยะที่บุคคลไม่เคยคิดและไม่สนใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ รวมถึงยังไม่ตระหนักถึงผลเสียของการสูบบุหรี่ของตนเองในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา แม้ว่าประเทศไทยมีการบังคับใช้มาตรการต่างๆ ภายใต้พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 ซึ่งจะมีผลช่วยในการควบคุมการโฆษณาและการขายบุหรี่¹⁰ เนื่องจากผู้สูบบุหรี่กลุ่มนี้เห็นว่าการสูบบุหรี่ของตนไม่ทำให้เกิดปัญหา

รุนแรงด้านสุขภาพ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้สูบบุหรี่ในระยะก่อนตั้งใจร้อยละ 51.9 ไม่มีอาการผิดปกติทางกายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และร้อยละ 48.1 พบอาการทางกายเพียงเล็กน้อย เช่น ไอ แสบคอ จึงทำให้ไม่คิดเลิกสูบบุหรี่ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา การที่บุคคลจะตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ จะต้องรู้เหตุผลที่แน่ชัดในการเลิกสูบบุหรี่ของตนเอง เช่น การสูบบุหรี่ฆ่าตัวเองได้ การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรค การเลิกสูบบุหรี่ทำให้แข็งแรง¹¹ สอดคล้องกับคำกล่าวของปราชสาร์และคณะที่ว่า การที่บุคคลอยู่ในกลุ่มระยะก่อนตั้งใจ อาจเกิดจากการไม่เข้าใจหรือไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นอยู่ หรือไม่อ่าน ไม่พูด ไม่คิดเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ทำอยู่⁸

3. กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง (n=249)

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม									
	ระยะก่อนตั้งใจ		ระยะตั้งใจ		ระยะพร้อมปฏิบัติ		ระยะปฏิบัติ		ระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
1. การกระตุ้นให้ตื่นตัว	13.29	2.48	14.30	2.56	14.19	3.23	17.12	1.40	16.08	1.84

2. การระบายอารมณ์	13.24	3.01	15.12	3.31	14.86	2.97	16.29	1.32	16.16	2.14
3. การประเมินตนเอง	12.38	3.56	14.90	2.85	15.02	2.40	15.96	1.25	15.87	2.49
4. การประเมินสิ่งแวดล้อม	12.91	3.35	15.87	3.27	15.63	2.69	17.83	1.48	16.66	2.03
5. การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง	11.56	2.01	12.97	1.40	12.80	1.70	12.22	1.64	12.58	1.60
6. ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ	11.94	2.22	12.23	2.05	13.72	1.84	13.64	2.27	13.58	2.35
7. การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม	11.13	3.44	12.84	3.71	12.86	3.49	15.41	2.43	15.46	2.62
8. การเสริมแรงในการจัดการ	13.08	3.15	14.71	2.78	15.58	3.05	16.29	1.65	16.24	1.83
9. การควบคุมสิ่งเร้า	11.28	3.30	13.41	3.38	13.94	2.87	13.25	4.08	15.48	2.85
10. การประกาศอิสรภาพของสังคม	13.90	2.28	14.43	2.82	14.52	3.29	16.48	1.20	15.69	1.75
เฉลี่ยรวม	12.5	2.88	14.05	2.81	14.31	2.75	15.44	1.87	15.38	2.15

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระยะก่อนซังใจ (Precontemplation) โดยกระบวนการที่นำมาใช้น้อยที่สุดคือ การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม ($\bar{X} = 11.13$, $SD=3.44$) และการควบคุมสิ่งเร้า ($\bar{X} = 11.28$, $SD=3.30$) และเกือบทุกกระบวนการมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในระยะซังใจ (Contemplation) ยกเว้นกระบวนการความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือที่มีค่าเฉลี่ยลดลง ส่วนในระยะพร้อมปฏิบัติ (Preparation or Ready for action) ค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีทิศทางทั้งเพิ่มขึ้นและลดลงจากระยะซังใจ ในระยะปฏิบัติ (Action) ค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีส่วนใหญ่มีทิศทางเพิ่มขึ้น แต่ในระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ (Maintenance) ค่าเฉลี่ยส่วนใหญ่กลับลดลงเกือบทุกด้านอย่างเห็นได้ชัด ยกเว้นด้านการประกาศอิสรภาพต่อตนเอง การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม และการควบคุมสิ่งเร้า ที่มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าระยะปฏิบัติ แตกต่างกัน ดังนี้

ระยะก่อนซังใจ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้ 3 อันดับแรก ได้แก่ การประกาศอิสรภาพของสังคม ($\bar{X} = 13.90$, $SD=2.28$) การกระตุ้นให้ตื่นตัว ($\bar{X} = 13.29$, $SD=2.48$) และการระบายอารมณ์ ($\bar{X} = 13.24$, $SD=3.01$) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้น้อยที่สุดคือการเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม ($\bar{X} = 11.13$, $SD=3.44$)

ระยะซังใจ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้ 3 อันดับแรก ได้แก่ การประเมิน

สิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 15.87$, $SD=3.27$) การระบายอารมณ์ ($\bar{X} = 15.12$, $SD=3.31$) และการประเมินตนเอง ($\bar{X} = 14.90$, $SD=2.85$) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้น้อยที่สุดคือความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ ($\bar{X} = 11.94$, $SD=2.05$)

ระยะพร้อมปฏิบัติ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้ 3 อันดับแรก ได้แก่ การประเมินสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 15.63$, $SD=2.69$) การเสริมแรงในการจัดการ ($\bar{X} = 15.58$, $SD=3.05$) และการประเมินตนเอง ($\bar{X} = 15.02$, $SD=2.40$) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้น้อยที่สุดคือ การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง ($\bar{X} = 12.80$, $SD=1.70$)

ระยะปฏิบัติ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้ 3 อันดับแรก ได้แก่ การประเมินสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 17.83$, $SD=1.48$) การกระตุ้นให้ตื่นตัว ($\bar{X} = 17.12$, $SD=1.40$) และการประกาศอิสรภาพของสังคม ($\bar{X} = 16.48$, $SD=1.20$) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้น้อยที่สุดคือ การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง ($\bar{X} = 12.22$, $SD=1.64$)

ระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้ 3 อันดับแรก ได้แก่ การประเมินสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 16.66$, $SD=2.03$) การเสริมแรงในการจัดการ ($\bar{X} = 16.24$, $SD=1.83$) และการระบายอารมณ์ ($\bar{X} = 16.16$, $SD=2.14$) กระบวนการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้น้อยที่สุดคือ การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง ($\bar{X} = 12.58, SD=1.60$)

4. รูปแบบกระบวนการเปลี่ยนแปลงจำแนกตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การวิเคราะห์การจำแนกกลุ่ม (Discriminant analysis) เพื่อศึกษาตัวแปรที่ใช้จำแนกขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเล็กสู่น้อยหรือของประชาชนตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เริ่มจากการแสดงค่าสถิติพื้นฐานคือ $\bar{X}$ และ SD และแสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการเปลี่ยนแปลงทั้ง 10 กระบวนการในการวิเคราะห์จำแนก โดยเลือกตัวแปรต้นคือกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ละตัว เข้าสมการฟังก์ชันการจำแนก และทดสอบนัยสำคัญของฟังก์ชันการ

จำแนกด้วยค่า Wilk's Lambda ในการศึกษากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนที่ละคู่ดังนี้

คู่ที่ 1 กลุ่มตัวอย่างระยะก่อนซังใจ จำนวน 81 คน กับกลุ่มระยะซังใจ จำนวน 39 คน

คู่ที่ 2 กลุ่มตัวอย่างระยะซังใจ จำนวน 39 คน กับกลุ่มระยะพร้อมปฏิบัติ จำนวน 36 คน

คู่ที่ 3 กลุ่มตัวอย่างระยะพร้อมปฏิบัติ จำนวน 36 คน กับกลุ่มระยะปฏิบัติ จำนวน 31 คน

คู่ที่ 4 กลุ่มตัวอย่างระยะปฏิบัติ จำนวน 31 คน กับกลุ่มระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ จำนวน 31 คน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังรายละเอียดในตารางที่ 4,5,6 และ 7

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ค่าสถิติ F และ Wilk's Lambda ระหว่างกลุ่มระยะก่อนซังใจ และกลุ่มระยะซังใจ

กระบวนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม	ระยะก่อนซังใจ		ระยะซังใจ		Univariate	Wilks'
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	F-ratio	Lambda
1. การกระตุ้นให้ตื่นตัว	13.29	2.48	14.30	2.56	4.27*	.965
2. การระบายอารมณ์	13.24	3.01	15.12	3.31	9.58*	.925
3. การประเมินตนเอง	12.38	3.56	14.43	2.85	9.85*	.923
4. การประเมินสิ่งแวดล้อม	12.91	3.35	15.87	3.27	15.40*	.885
5. การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง	11.56	2.01	12.97	1.40	.458	.996
6. ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ	11.94	2.22	12.23	2.05	6.16*	.950
7. การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม	11.13	3.44	12.84	3.71	7.57*	.940
8. การเสริมแรงในการจัดการ	13.08	3.15	14.71	2.78	10.7*3	.917
9. การควบคุมสิ่งเร้า	11.28	3.30	13.41	3.38	4.49*	.963
10. การประกาศอิสรภาพของสังคม	13.90	2.28	14.92	2.82	20.77*	.850

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระหว่างกลุ่มระยะก่อนซังใจและกลุ่มระยะซังใจ 8 กระบวนการ ได้แก่ การกระตุ้นให้ตื่นตัว การระบายอารมณ์การประเมินตนเอง การประเมินสิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม การเสริมแรงในการจัดการ การ

ควบคุมสิ่งเร้า และการประกาศอิสรภาพของสังคม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า การประกาศอิสรภาพของสังคมมีค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มระยะก่อนซังใจ และกลุ่มระยะซังใจใกล้เคียงกันน้อยที่สุด (Wilk's Lambda = .850) และการประกาศอิสรภาพต่อตนเอง มี

ค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทั้ง 2 ใกล้เคียงกันมากที่สุด (Wilk's

Lambda = .996)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ค่าสถิติ F และ Wilk's Lambda ระหว่างกลุ่มระยะซังใจ และกลุ่มพร้อมปฏิบัติ

กระบวนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม	ระยะซังใจ		ระยะพร้อม ปฏิบัติ		Univariate F-ratio	Wilks' Lambda
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. การกระตุ้นให้ตื่นตัว	14.30	2.56	14.19	3.23	.028	1.000
2. การระบายอารมณ์	15.12	3.31	14.86	2.97	.134	.998
3. การประเมินตนเอง	14.43	2.85	15.02	2.40	.934	.987
4. การประเมินสิ่งแวดล้อม	15.87	3.27	15.63	2.69	.220	.997
5. การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง	12.97	1.40	12.80	1.70	15.39*	.826
6. ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ	12.23	2.05	13.72	1.84	.000	1.000
7. การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม	12.84	3.71	12.86	3.49	1.64	.978
8. การเสริมแรงในการจัดการ	14.71	2.78	15.58	3.05	.538	.993
9. การควบคุมสิ่งเร้า	13.41	3.38	13.94	2.87	.312	.996
10. การประกาศอิสรภาพของสังคม	14.92	2.82	14.52	3.29	.112	.998

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 10 กระบวนการของกลุ่มระยะซังใจ มีค่าเฉลี่ยของตัวแปรต่ำกว่ากลุ่มพร้อมปฏิบัติ ยกเว้น การกระตุ้นให้ตื่นตัว การประเมินสิ่งแวดล้อม การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง และการประกาศอิสรภาพของสังคม พบว่า กลุ่มระยะซังใจมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มพร้อมปฏิบัติ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพบว่า ค่าเฉลี่ยการประกาศอิสรภาพต่อตนเอง ระหว่างกลุ่มระยะ

ซังใจและกลุ่มพร้อมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง มีค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มระยะซังใจและกลุ่มพร้อมปฏิบัติใกล้เคียงกันน้อยที่สุด (Wilk's Lambda = .826) ส่วนการกระตุ้นให้ตื่นตัวและความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ มีค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทั้ง 2 ใกล้เคียงกันมากที่สุด (Wilk's Lambda = 1.000)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ค่าสถิติ F และ Wilk's Lambda ระหว่างกลุ่มพร้อมปฏิบัติ และกลุ่มระยะปฏิบัติ

กระบวนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม	ระยะพร้อมปฏิบัติ		ระยะปฏิบัติ		Univariate F-ratio	Wilks' Lambda
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. การกระตุ้นให้ตื่นตัว	14.19	3.23	17.12	1.40	21.93*	.748
2. การระบายอารมณ์	14.86	2.97	16.29	1.32	6.09*	.914
3. การประเมินตนเอง	15.02	2.40	15.96	1.25	3.82	.944
4. การประเมินสิ่งแวดล้อม	15.63	2.69	17.83	1.48	1.98	.970

5. การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง	12.80	1.70	12.22	1.64	.023	1.000
6. ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ	13.72	1.84	13.64	2.27	11.69*	.848
7. การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม	12.86	3.49	15.41	2.43	1.323	.980
8. การเสริมแรงในการจัดการ	15.58	3.05	16.29	1.65	.646	.990
9. การควบคุมสิ่งเร้า	13.94	2.87	13.25	4.08	9.75*	.870
10. การประกาศอิสรภาพของสังคม	14.52	3.29	16.48	1.20	16.34*	.799

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 10 กระบวนการของกลุ่มระยะพร้อมปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยของตัวแปรต่ำกว่ากลุ่มระยะปฏิบัติ ยกเว้น การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ และการควบคุมสิ่งเร้า พบว่า กลุ่มระยะพร้อมปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มพร้อมระยะปฏิบัติ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพบว่า ค่าเฉลี่ยการกระตุ้นให้ตื่นตัว การระบายอารมณ์

ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ การควบคุมสิ่งเร้า และการประกาศอิสรภาพของสังคม ระหว่างกลุ่มระยะพร้อมปฏิบัติ และกลุ่มระยะปฏิบัติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ มีค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มระยะพร้อมปฏิบัติและกลุ่มระยะปฏิบัติใกล้เคียงกันน้อยที่สุด (Wilk's Lambda = .848) และการประกาศอิสรภาพต่อตนเอง มีค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทั้ง 2 ใกล้เคียงกันมากที่สุด (Wilk's Lambda = 1.00)

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ค่าสถิติ F และ Wilk's Lambda ระหว่างกลุ่มระยะปฏิบัติ และกลุ่มระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ

กระบวนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม	ระยะปฏิบัติ		ระยะคงไว้ซึ่ง การปฏิบัติ		Univariate F-ratio	Wilk's Lambda
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. การกระตุ้นให้ตื่นตัว	17.12	1.40	16.08	1.84	7.76*	.921
2. การระบายอารมณ์	16.29	1.32	16.24	2.14	.013	1.000
3. การประเมินตนเอง	15.96	1.25	15.87	2.49	.041	1.000
4. การประเมินสิ่งแวดล้อม	17.83	1.48	16.66	2.03	.993	.989
5. การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง	12.22	1.64	12.58	1.60	.016	1.000
6. ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ	13.64	2.27	13.58	2.35	.007	1.000
7. การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม	15.41	2.43	15.46	2.62	.109	.999
8. การเสริมแรงในการจัดการ	16.29	1.65	16.16	1.83	9.36*	.907
9. การควบคุมสิ่งเร้า	13.25	4.08	15.48	2.85	5.08*	.947
10. การประกาศอิสรภาพของสังคม	16.48	1.20	15.69	1.75	8.19*	.917

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 10 กระบวนการของกลุ่มระยะปฏิบัติ

มีค่าเฉลี่ยของตัวแปรต่ำกว่ากลุ่มระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ เพียง 3 กระบวนการ ได้แก่ การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง

การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม และการควบคุมสิ่งเร้า ส่วนตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยตัวแปรสูงกว่ากลุ่มระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ได้แก่ การกระตุ้นให้ตื่นตัว การระบายอารมณ์ การประเมินตนเอง การประเมินสิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ การเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม การเสริมแรงในการจัดการ และการประกาศอิสรภาพของสังคม เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มกลุ่มระยะปฏิบัติกับกลุ่มระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ พบว่า การกระตุ้นให้ตื่นตัว การเสริมแรงในการจัดการ การควบคุมสิ่งเร้า และการประกาศอิสรภาพของสังคม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า การเสริมแรงในการจัดการ มีค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มระยะพร้อมปฏิบัติและกลุ่มระยะปฏิบัติใกล้เคียงกันน้อยที่สุด (Wilk's Lambda =.907) ส่วนการระบายอารมณ์ การประเมินตนเอง การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ และการเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทั้ง 2 ใกล้เคียงกันมากที่สุด (Wilk's Lambda มีค่า 999-1.000)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระยะก่อนชั่งใจ (Precontemplation) ซึ่งเป็นระยะที่บุคคลไม่เคยคิดที่จะทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน จึงทำให้บุคคลในกลุ่มนี้ไม่สนใจกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดขึ้น เพราะไม่ตรงกับความต้องการของเขา ดังนั้น ผลการศึกษาจึงพบว่ากระบวนการที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้น้อยที่สุดคือการเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม ($\bar{x} = 11.13$, $SD=3.44$) และการควบคุมสิ่งเร้า ($\bar{x} = 11.28$, $SD=3.30$) ซึ่งหมายถึงบุคคลกลุ่มนี้ไม่เลือกพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์คือการเลิกสูบบุหรี่ มาแทนที่การสูบบุหรี่ และการไม่เปลี่ยนแปลงหรือจัดการกับสิ่งแวดล้อมและสาเหตุอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสูบบุหรี่

เมื่อพิจารณาด้านกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้ง 10 กระบวนการ พบว่า มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น

ตามลำดับตั้งแต่ระยะชั่งใจ ($\bar{x} = 14.05$, $SD=2.81$) ระยะพร้อมปฏิบัติ ($\bar{x} = 14.31$, $SD=2.75$) ระยะปฏิบัติ ($\bar{x} = 15.44$, $SD=1.87$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในระยะชั่งใจ เริ่มคิดที่จะมีการเปลี่ยนแปลงในอนาคต จึงมีการตอบสนองและรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดจากการสูบบุหรี่ สนใจถึงประโยชน์ที่จะได้รับการเลิกสูบบุหรี่ ในขณะที่เดียวกันยังคิดถึงผลเสียหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้นจากการเลิกสูบบุหรี่ จึงทำให้การเข้าสู่ระยะพร้อมปฏิบัติล่าช้า ซึ่งเมื่อเข้าสู่ระยะต่อไปคือระยะพร้อมปฏิบัติ บุคคลจะมีความพร้อมที่จะทำกิจกรรมและมีการแสดงออกบางอย่าง เช่น มีการวางแผนที่จะเลิกสูบบุหรี่ มีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีการศึกษาหรือรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการเลิกบุหรี่จากสื่อหรือช่องทางต่างๆ มากขึ้น เป็นต้น จึงทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มระยะพร้อมปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มระยะชั่งใจ ซึ่งเมื่อเข้าสู่ระยะปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างจะมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา คือลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบลง ละ หรือ เลิกสูบบุหรี่ จึงทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มระยะปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มระยะพร้อมปฏิบัติ

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษารั้งนี้พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทั้ง 10 กระบวนการ ในระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ($\bar{x} = 15.38$, $SD=2.15$) ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับระยะปฏิบัติ ($\bar{x} = 15.44$, $SD=1.87$) เนื่องจากขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแม้มีความต่อเนื่องกันเป็นลำดับ ตั้งแต่ระยะก่อนชั่งใจ ระยะชั่งใจ ระยะพร้อมปฏิบัติ ระยะปฏิบัติ และระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ แต่การเปลี่ยนผ่านในแต่ละระยะอาจมีการวนกลับของระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือเมื่อถึงระยะปฏิบัติจะมีการย้อนกลับสู่ระยะก่อนชั่งใจ ระยะชั่งใจ ระยะพร้อมปฏิบัติ ก่อนที่จะเข้าสู่ระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ¹² ดังนั้น จึงมีความเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ อาจมีการวนกลับของระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งเป็นปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพที่พบได้มากเช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ สำหรับกลุ่มประชาชนในตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่สูบบุหรี่ในระยะต่างๆ ดังนี้

1. กลุ่มระยะก่อนตั้งใจ ควรจัดกิจกรรมมุ่งเน้นให้เกิดการเรียนรู้ด้านการเผชิญเงื่อนไขทางพฤติกรรม (Counter conditioning) เพื่อให้บุคคลสามารถเลือกพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์มาทดแทนการสูบบุหรี่ เช่น การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ และการรับรู้ประโยชน์และโทษของการสูบบุหรี่ ผลกระทบต่อสุขภาพ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม เป็นต้น

2. กลุ่มระยะตั้งใจ ควรจัดกิจกรรมที่เสริมสร้างความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ (Helping relation) เพื่อให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เช่น ทำกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้สูบบุหรี่และผู้เลิกสูบบุหรี่สำเร็จ กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เป็นต้น

3. กลุ่มระยะพร้อมปฏิบัติ และกลุ่มระยะปฏิบัติ ควรจัดกิจกรรมมุ่งเน้นการประกาศอิสรภาพต่อตนเอง (Self liberation) เพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นว่าบุคคลสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ และสัญญาว่าจะลด ละ เลิกสูบบุหรี่ตามที่ตนเองเชื่อมั่น เช่น กิจกรรมกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ตนเอง กำหนดเป้าหมายตนเอง วางแผนการลด ละ เลิกบุหรี่ของตนเอง รวมทั้งทำสัญญากับตนเองและบุคคลสำคัญในชีวิต โดยประยุกต์ใช้แนวคิด หลักการควบคุมตนเอง มาใช้ในการออกแบบกิจกรรม เป็นต้น

4. กลุ่มระยะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ เนื่องจากกลุ่มนี้มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดการวนกลับของระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงควรจัดกิจกรรมเสริมสร้างกระบวนการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านกระตุ้นให้ตื่นตัว

(Consciousness raising) การระบายอารมณ์ (Dramatic relief) การประเมินตนเอง (Selfreevaluation) ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ (Helping relation) การเสริมแรงในการจัดการ (Reinforcement management) และการประกาศอิสรภาพทางสังคม (Social liberation) เช่น กิจกรรมให้คำปรึกษารายบุคคล กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์ การศึกษาดูงาน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลในแต่ขั้นร่วมด้วย ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) และความสมดุลในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Decisional balance) เพื่อให้สามารถอธิบายข้อค้นพบได้กว้างและลึกซึ้งขึ้น

2. ศึกษารูปแบบกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในพฤติกรรมอื่นๆ เช่น การดื่มสุรา การออกกำลังกาย เป็นต้น

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสุรินทร์ จังหวัดขอนแก่น เลขที่ : HE632017 เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2563

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยใคร่ขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ ดร. เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสุรินทร์ จังหวัดขอนแก่น ที่กรุณาให้การสนับสนุนและกระตุ้นให้กำลังใจเสมอมา และขอขอบพระคุณท่านอาจารย์ ดร.กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำทางวิชาการและตรวจทานต้นฉบับจนสำเร็จลุล่วงทุกประการ

เอกสารอ้างอิง

1. กรองจิต วาทีสาทกกิจ. การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ. พิมพ์ครั้งที่ 1. มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ กรุงเทพฯ, 2551.
2. อารัมภพร เอี่ยมวุฒิ และคณะ. บุหรี่ภัยร้ายทำลายคุณ. พิมพ์ครั้งที่ 8. ห้างหุ้นส่วนจำกัด สันทวีกิจพรินต์ นครปฐม, 2561.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัทพิมพ์ดีการพิมพ์ จำกัด กรุงเทพฯ, 2561.
4. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และคณะ. รายงานสถานการณ์เฝ้าระวังเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ 5 มิติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. เจริญดีมั่นคงการพิมพ์ กรุงเทพฯ, 2558.

5. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. **สธ.เผยสถิติผู้เสียชีวิตจากบุหรี่**. <https://www.thaihealth.or.th/Content/45070> สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2563
6. ญาณินท์ ศรีทรงเมือง. **ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการเลิกสูบบุหรี่ของพลทหาร ค่ายภาณุรังษี จังหวัดราชบุรี**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2549.
7. อารยา ทองผิว และคณะ. **คู่มือเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพติดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2561**. ห้างหุ้นส่วนจำกัด สันทวีกิจ. กรุงเทพฯ, 2561.
8. Prochaska, Jame O.; et al. **Measuring process of change : to the cessation of smoking**. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 56(3). 1988.
9. อรุณ จิรวัดน์กุล, **สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย**. ทิพย์พัฒน์. กรุงเทพฯ, 2558.
10. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และคณะ. **รายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2561**. พิมพ์ครั้งที่ 1. เจริญดีมั่นคงการพิมพ์. กรุงเทพฯ, 2561.
11. วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ. **แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดบุหรี่**. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ, 2546.
12. Prochaska, Jame O.; et al. **The Process of Smoking Cessation An Analysis of Precontemplation, contemplation, and Preparation Stage of Chang**. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 59(2). 1991.

ตัวชี้วัดผลลัพธ์การบริหารจัดการองค์กรพยาบาลของหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

The Outcome Indicators for management of head nurses general hospital under Office of Permanent Secretary Ministry of Public Health

สุวรรณา เจริญสุวรรณ¹, ศรีนวล สติพิทยานันท์², วีรพร สติรอังกูร³

Suwanna Charoensawan¹, Srinuan Sathitwittayanant², Teeraporn Satiraungkun³

(Received: December 27, 2019 ; Accepted: January 18, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้เทคนิคเดลฟาย มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดผลลัพธ์การบริหารจัดการองค์กรพยาบาลของหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 21 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารการพยาบาลระดับหัวหน้าพยาบาล จำนวน 12 คน กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการและ/หรืออาจารย์พยาบาล ในองค์กรด้านการพยาบาลและในสถานศึกษาที่มีความเชี่ยวชาญการบริหารการพยาบาลและการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล จำนวน 9 คน โดยวิธีเฉพาะเจาะจงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รอบที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยใช้แนวคิดเกณฑ์รางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2562 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหาและสร้างเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ คัดเลือกตัวชี้วัดผลลัพธ์การบริหารจัดการองค์กรพยาบาลของหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จากค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.5 ขึ้นไป (Median $\leq$ 3.5) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่มีความเห็นสอดคล้องกันไม่เกิน 1.5 (IR $\geq$ 1.5)

ผลการวิจัยพบว่า ตัวชี้วัดผลลัพธ์การบริหารจัดการองค์กรพยาบาลของหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน 114 ตัวชี้วัด อยู่ในระดับสำคัญมาก ถึง มากที่สุด จำแนกเป็น 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการนำองค์กร พยาบาลและการกำกับดูแลองค์กร จำนวน 28 ตัวชี้วัด 2) ด้านประสิทธิผลและการบรรลุพันธกิจ จำนวน 16 ตัวชี้วัด 3) ด้านการตอบสนองผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 14 ตัวชี้วัด 4) ด้านงบประมาณ การเงิน และการเติบโต จำนวน 8 ตัวชี้วัด 5) ด้านบุคลากรทางการพยาบาล จำนวน 25 ตัวชี้วัด และ 6) ด้านการบริหารจัดการบริการพยาบาลและการจัดการเครือข่ายอุปทาน จำนวน 23 ตัวชี้วัด

คำสำคัญ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ การบริหารการพยาบาล หัวหน้าพยาบาล

Abstract

This descriptive research use Delphi techniques to study the outcome indicators for management of head nurses in general hospital under Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. The data were collected from 21 specialists whom were selected based on specific qualifications in research, including 12 of nursing administrators at the head nurse, 9 of specialist from academic institutions who have specialty in organization, and/or nursing administrations. For research method, the data were collected by using semi-structured interview with the concept of Public Sector Management Quality Award 2019 in the first round. The data were analyzed by content analysis and the results were constructed as 5-point Likert scale questionnaires for the second and the third rounds. The data were analyzed by using median, interquartile range, and selecting the outcome indicators for management of head nurses in general hospital under Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health from any the

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² อาจารย์คณะพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

³ พยาบาลวิชาชีพทรงคุณวุฒิ (ด้านการพยาบาล) สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

outcome indicators that have median value more than or equal to 3.5 (Median ≥ 3.5), and the agreeable interquartile range less than or equal to 1.5 (IR ≤ 1.5).

The results were as follows. 114 indicators of agreement which placed under the fundamental to the outcome indicators for management of head nurses in general hospital under Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. These 114 indicators were classified into 6 categories: 1) Leadership 28 indicators, 2) Strategy planning 16 indicators, 3) Customer focus 14 indicators, 4) Budget management 8 indicators, 5) Human resource management 25 indicators, and 6) Supply chain management 23 indicators.

Keywords: Outcome indicators, nursing administration, Head nurses

บทนำ

รัฐบาลประกาศนโยบายปฏิรูประบบราชการในปี พ.ศ. 2545 เกิดรูปแบบการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) มีการปรับเปลี่ยนระบบราชการไปสู่การบริหารแบบใหม่ที่เน้นผลสำเร็จและความรับผิดชอบ โดยใช้เทคนิคและวิธีการของเอกชนมาปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการที่มุ่งความเป็นเลิศ และได้ตราพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ.2545 มาตรา 3/1 เพื่อปรับปรุงระบบบริหารราชการให้สามารถปฏิบัติงานตอบสนองต่อการพัฒนาประเทศและการให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยกำหนดให้การบริหารราชการแนวใหม่ต้องมีการกำหนดนโยบาย เป้าหมาย และแผนปฏิบัติงานให้สามารถประเมินผลการปฏิบัติงานในแต่ละระดับได้อย่างชัดเจน และสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ การเมือง สังคม ความต้องการของประชาชน เพื่อประโยชน์สุขของประชาชน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2559:10) และเพื่อเป็นไปตามหลักการบริหารภาครัฐแนวใหม่ รัฐบาลได้ตราพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546 ได้กำหนดขอบเขตแบบแผนวิธีปฏิบัติราชการ ดังนี้ 1) เกิดประโยชน์สุขของประชาชน 2) เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ 3) มีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในเชิงภารกิจของรัฐ 4) ไม่มีขั้นตอนการปฏิบัติงานเกินความจำเป็น 5) มีการปรับปรุงภารกิจของส่วนราชการให้ทันต่อสถานการณ์ 6) ประชาชนได้รับการอำนวยความสะดวกและได้รับการตอบสนองความต้องการ และ 7) มีการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ การตรวจสอบและวัดผลการ

ปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดระบบการควบคุมตนเอง (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2559: 10)

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (สำนักงาน ก.พ.ร.) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบดูแลขับเคลื่อนการปฏิรูประบบราชการไทยให้มีความเป็นเลิศรองรับการพัฒนาประเทศในยุคโลกาภิวัตน์ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย พ.ศ. 2546-2550 ได้กำหนดเป้าประสงค์หลักของการพัฒนาระบบราชการไทย 4 ประการ คือ 1) พัฒนาคุณภาพประชาชนให้ดีขึ้น 2) ปรับบทบาท ภารกิจ และขนาดให้มีความเหมาะสม 3) ยกระดับขีดความสามารถและมาตรฐานการทำงานให้อยู่ในระดับสูงเทียบเท่าเกณฑ์สากล และ 4) ตอบสนองต่อการบริหารปกครองในระบอบประชาธิปไตย (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2558: 3) สอดคล้องกับ พสุ เดชะรินทร์ (2549: 2, 4)⁽¹⁰⁾ กล่าวไว้ว่า การปฏิรูประบบราชการมีเป้าหมายสำคัญ คือ การมุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนขนานใหญ่ทั้งวิธีการคิดตามหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี (Good Governance) และวิธีการทำงานที่มุ่งสู่การเป็นองค์กรสมัยใหม่มีการทำงานเชิงรุกแบบบูรณาการ มีความคล่องตัว รวดเร็ว มีขีดสมรรถนะและสร้างผลงานสูง (High performance) มีความโปร่งใสตรวจสอบได้สามารถเรียนรู้และปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และให้ความหมายขององค์กรสมรรถนะสูง หมายถึง องค์กรที่สามารถแข่งขันและส่งมอบบริการให้กับลูกค้าได้อย่างมีคุณภาพพร้อมทั้งยืนอยู่ได้ท่ามกลางกระแสโลกาภิวัตน์อย่างมั่นคง

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ ได้นำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หรือเรียกว่า “PMQA”

มีชื่อย่อมาจาก Public Sector Management Quality Award ซึ่งมีพื้นฐานแนวคิดเช่นเดียวกับรางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศไทยสหรัฐอเมริกา Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) และรางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศไทย Thailand Quality Award (TQA) มาใช้เป็นเครื่องมือให้หน่วยงานภาครัฐปรับปรุงประสิทธิภาพและยกระดับขีดความสามารถการบริหารงานอย่างเป็นรูปธรรมสามารถส่งมอบบริการที่มีคุณภาพ สร้างความพึงพอใจ และเกิดประโยชน์สุขกับประชาชนคนไทย

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีภารกิจในการพัฒนาโยบายและแผนด้านสุขภาพ บริหารจัดการแผนงาน คน งบประมาณของกระทรวง กำกับดูแลและประสานงานสาธารณสุขในพื้นที่ และให้บริการสุขภาพด้านส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค มีสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิตั้งอยู่ทั่วประเทศ ให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน Hospital accreditation (HA, 2549) ซึ่งนำแนวคิดของ Malcolm Baldrige National Quality Award มาเป็นฐานมีองค์ประกอบและเกณฑ์การบริหารองค์กรสู่ความเป็นเลิศ⁽¹⁹⁾ และกำหนดเป็นตัวชี้วัดร้อยละของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรองมาตรฐาน HA ขั้น 3 มีการตรวจประเมินการรับรองการผ่านเกณฑ์โดยสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (องค์การมหาชน) พบว่า มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินในปี 2560-2561 อยู่ที่ร้อยละ 97.0 ,98.2 และ 99.4 ตามลำดับ⁽³⁾

นอกจากนี้ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้นำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA, 2550) ให้ส่วนราชการในสังกัดได้แก่สำนักงานสาธารณสุข 76 แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 878 แห่ง กองส่วนกลาง 12 กอง ดำเนินการพัฒนาระดับการบริหารจัดการองค์กรสู่มาตรฐานสากล และกำหนดเป็นตัวชี้วัดร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนดบรรจุในแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2579 ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหาร

เป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) แผนงานที่ 11 การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ โครงการที่ 2 การพัฒนาองค์กรคุณภาพ⁽³⁾ ประกอบกับกองการพยาบาล (2550: 15) หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีภารกิจกำหนดนโยบายและมาตรฐานด้านการพยาบาล กำกับดูแล และสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของสถานพยาบาลทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชนได้จัดทำมาตรฐานการบริหารการพยาบาลจากแนวคิดเกณฑ์รางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA, 2550) มาใช้เป็นเครื่องมือสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับในการจัดโครงสร้างองค์กร และการบริหารจัดการบริการพยาบาลให้เกิดผลสัมฤทธิ์สูงสุดตามความคาดหวังและตามบริบทของแต่ละองค์กร

สภาการพยาบาล (2562)⁽¹⁸⁾ ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลให้หน่วยงานทางการพยาบาลนำไปใช้ในการสร้างมาตรฐานที่เฉพาะเจาะจงสำหรับแต่ละหน่วยงาน ประกอบด้วย 3 หมวด และวัดผลลัพธ์การพยาบาล (Nursing Outcome) และการบริหารจัดการผลลัพธ์การพยาบาล โดยองค์กรพยาบาลต้องพิจารณากำหนด ตัวชี้วัดสำคัญ (Key performance indicators) ที่สะท้อนผลลัพธ์การบริหารองค์กรพยาบาล บริหารทรัพยากร การวางระบบงาน กระบวนการให้บริการ ระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล มีการวัด/ประเมินและการบริหารจัดการผลลัพธ์ให้บรรลุเป้าหมาย เพื่อยกระดับคุณภาพบริการการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ มีความสอดคล้องกับมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA, 2561)⁽¹⁹⁾

องค์กรพยาบาลเป็นหน่วยงานภายใต้สังกัดโรงพยาบาล ซึ่งมีในทุกโรงพยาบาล ประกอบด้วยกลุ่มงานการพยาบาล 16 กลุ่มงาน (กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ที่มีบทบาทภารกิจที่แตกต่างกันและมีบุคลากรทางการพยาบาลจำนวนมากที่สุดในโรงพยาบาล ได้รับผลกระทบจากวิกฤตการณ์การขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพที่ดูแลสุขภาพประชาชนในสถานบริการสุขภาพทุกระดับทั่วประเทศ สถานบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีความต้องการพยาบาลวิชาชีพประมาณ 136,520

อัตราเต็มกำลัง แต่ปัจจุบันมีพยาบาลวิชาชีพเพียงร้อยละ 71.8 การเร่งรัดการผลิตพยาบาลไม่สามารถแก้ไขปัญหาคาขาดแคลนพยาบาลได้⁽¹⁾ พยาบาลส่วนใหญ่รับรู้สาเหตุการเกิดผลผลิตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เกิดจากการปฏิบัติงานเกินเวลานั้นได้แก่ การเกิดแผลกดทับขณะอยู่ในโรงพยาบาล ร้อยละ 30.2 ความผิดพลาดในการติดต่อสื่อสารตามแผนการรักษา ร้อยละ 25.7 การมีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการให้การพยาบาล ร้อยละ 17.8 และความผิดพลาดในการให้ยาเป็นบางครั้งร้อยละ 17.0⁽¹⁾ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย สภาการพยาบาล (2560)⁽¹⁸⁾ กำหนดชั่วโมงการทำงานปกติของพยาบาล คือ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ การทำงานนอกเหนือจากที่กำหนดเป็นการทำด้วยความสมัครใจ ชั่วโมงการทำงานไม่ควรเกิน 12 ชั่วโมงต่อวัน หรือไม่ควรเกิน 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรือ ถ้าจำเป็นให้ทำได้ไม่เกิน 3 วันติดกันในหนึ่งสัปดาห์ สถานบริการสุขภาพต้องจัดระบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพ สิ่งแวดล้อม ทรัพยากรที่เอื้อต่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาตัวชี้วัดการบริหารจัดการองค์กรพยาบาลของหัวหน้าพยาบาลทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย พบว่า มีเพียงการศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการสู่องค์กรพยาบาลสมรรถนะสูง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลศิริราช เท่านั้น แต่ยังไม่พบการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาตัวชี้วัดผลลัพธ์การบริหารจัดการองค์กรพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงในหัวหน้าพยาบาล ดังนั้น การพัฒนาตัวชี้วัดการบริหารจัดการองค์กรพยาบาลของหัวหน้าพยาบาล จึงเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นต้องพัฒนาเพื่อให้ผู้บริหารทางการพยาบาลมีตัวชี้วัดที่มีประสิทธิภาพสูงในการวัดตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และมีมาตรฐานเทียบเท่าระดับสากล

โดยสรุป การบริหารจัดการองค์กรพยาบาลจะบรรลุความสำเร็จได้นั้น หัวหน้าพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลจำเป็นต้องมีการกำหนดตัวชี้วัดสำคัญเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผลสำเร็จการปฏิบัติการพยาบาลและการบริหารองค์กรพยาบาลใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ สั่งการ ปรับเปลี่ยนแผนงาน โครงการ

และปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพมาตรฐาน มีความทันสมัยเป็นที่ยอมรับในระดับสากล และจากการทบทวนวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การบริหารจัดการองค์กรพยาบาลของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ยังไม่มีผู้ศึกษาวิจัยมาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาตัวชี้วัดผลลัพธ์การบริหารจัดการองค์กรพยาบาลของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยประยุกต์ใช้แนวคิดเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA, 2562) เพื่อพัฒนาระดับการบริหารจัดการองค์กรพยาบาลสู่ความเป็นเลิศต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดผลลัพธ์การบริหารจัดการองค์กรพยาบาลของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดผลลัพธ์การบริหารจัดการองค์กรพยาบาลของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi technique) มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. กำหนดประเด็นของปัญหาการวิจัย การวิเคราะห์เอกสาร และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และกรอบแนวคิดเกณฑ์รางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA, 2562) 7 หมวด และศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อการบริหารจัดการองค์กรพยาบาลของหัวหน้าพยาบาล จากตำรา เอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ นำสาระที่ได้มาเป็นกรอบแนวคิดเบื้องต้นสำหรับใช้ประกอบการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ

2. การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ คัดเลือกโดยใช้วิธีแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 21 คน เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินระดับแนวโน้มความน่าจะเป็นของตัวชี้วัดผลลัพธ์การบริหารจัดการองค์กรพยาบาล

ของหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3. การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้

แบบสอบถาม จำนวน 3 รอบ

3.1 แบบสอบถามรอบที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่ง
โครงสร้าง (Semi-structured interview form) จำนวน 8 ข้อ เพื่อ
รวบรวมความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด เกี่ยวกับ
ตัวชี้วัดผลลัพธ์การบริหารจัดการองค์กรพยาบาลของหัวหน้า
พยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปตามแนวคิดเกณฑ์รางวัลคุณภาพ
การบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)

3.2 แบบสอบถามรอบที่ 2 เป็นแบบสอบถามชนิด
มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ที่พัฒนามาจาก
คำตอบในการสอบถามครั้งแรก โดยการนำความคิดเห็น
ทั้งหมดที่ได้รับจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการตอบรอบแรกมา
สร้างให้อยู่ในรูปประโยคหรือข้อความที่เกี่ยวกับตัวชี้วัด
ผลลัพธ์การบริหารจัดการองค์กรพยาบาลของหัวหน้าพยาบาล
โรงพยาบาลทั่วไป ในการสอบถามรอบที่ 2 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญลง
มติ จัดอันดับความสำคัญ หรือให้อัตราร้อยละ ตามความสำคัญ
ในแต่ละประโยคหรือข้อความ

3.3 แบบสอบถามรอบที่ 3 ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถาม
รอบนี้จากการวิเคราะห์คำตอบในแบบสอบถามรอบที่ 2 และ
แบบสอบถามในรอบนี้เหมือนกันกับแบบสอบถามในรอบที่ 2
แต่มีการแสดงตำแหน่งค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และค่าพิสัย
ระหว่างควอไทล์ของแต่ละคำถาม รวมทั้งตำแหน่งที่
ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนตอบในแบบสอบถามในรอบที่ 2 และ
ส่งกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนได้ทบทวนคำตอบว่าจะ
คงไว้ซึ่งคำตอบเดิม หรือเปลี่ยนแปลงให้สอดคล้องกับคำตอบ
ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

4. การสรุปและอภิปรายผล โดยทำการคัดเลือก
ตัวชี้วัดผลลัพธ์การบริหารจัดการองค์กรพยาบาลของหัวหน้า
พยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป ที่ตรงตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) ค่ามัธย
ฐานมีค่า 3.50 ขึ้นไป แสดงว่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญอยู่ใน
ระดับมากขึ้นไป 2) ค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์ไม่เกิน 1.50 แสดง
ว่า ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องกัน ตัวชี้วัดที่

ผ่านเกณฑ์ถือว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันมาเป็น
ตัวชี้วัดผลลัพธ์การบริหารจัดการองค์กรพยาบาลของหัวหน้า
พยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความรู้ความสามารถ
มีประสบการณ์การบริหารการพยาบาล และการพัฒนา
ตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาล คัดเลือกผู้เชี่ยวชาญโดยใช้
วิธีแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติ
ที่กำหนด จำนวน 21 คน ดังนี้

1. กลุ่มผู้บริหารการพยาบาล ระดับหัวหน้าพยาบาล
โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข จำนวน 12 คน

2. กลุ่มนักวิชาการและ/หรืออาจารย์พยาบาลใน
องค์กรด้านพยาบาลและในสถาบันการศึกษาที่มีความ
เชี่ยวชาญการบริหารการพยาบาลและการพัฒนาตัวชี้วัด
คุณภาพทางการพยาบาล จำนวน 9 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.1 แบบสอบถามรอบที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่ง
โครงสร้าง (Semi-structured interview form) จำนวน 8 ข้อ ที่
ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยสังเคราะห์จากเกณฑ์รางวัลคุณภาพการ
บริหารจัดการภาครัฐ (PMQA, 2562) เพื่อรวบรวมความคิดเห็น
ของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การบริหารจัดการ
องค์กรพยาบาลของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรณีผู้เชี่ยวชาญตอบ
แบบสอบถามไม่ชัดเจนได้มีการสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์
เพิ่มเติม

1.2 แบบสอบถามรอบที่ 2 เป็นแบบสอบถามปลาย
ปิด ที่ได้วิเคราะห์ผลจากความเห็นผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 1 มาสร้าง
เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ให้อยู่ในรูป
ประโยคหรือข้อความที่เกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การบริหาร
จัดการองค์กรพยาบาลของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในการสอบถามรอบที่ 2 ได้ดำเนินการจัดส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญทางไปรษณีย์

1.3 แบบสอบถามรอบที่ 3 ผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถามจากแบบสอบถามรอบที่ 2 ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแต่ความหมายไม่เปลี่ยนไปจากเดิม และได้เพิ่มตำแหน่งมัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) และตำแหน่งคำตอบที่ผู้เชี่ยวชาญตอบในแบบสอบถามรอบที่ 3 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบ ซึ่งได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาจากผู้เชี่ยวชาญครบทั้ง 21 คน คิดเป็นร้อยละ 100

2. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนที่กำหนดไว้จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 21 คน ในรอบที่ 1 รอบที่ 2 และรอบที่ 3 รวมระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 4 เดือน (พฤษภาคม ถึง สิงหาคม 2563)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 เพื่อคัดเลือกเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การบริหารจัดการองค์กรพยาบาลของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข ด้วยค่าสถิติ ดังนี้

1. ค่ามัธยฐาน (Median) พิจารณาตัวชี้วัดที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นสอดคล้องกันที่ค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50 - 5.00

2. ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) พิจารณาจากค่าช่วงของความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อตัวชี้วัด ที่มีความสอดคล้องกันที่ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50

3. การวิจัยนี้ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากผู้บริหารโรงพยาบาล องค์กรด้านพยาบาล และสถาบันการศึกษา และได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัย ก่อนดำเนินการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความยินยอมในการใช้ โทรศัพท์มือถือ และ Personal Line ผลการวิจัยนำเสนอในลักษณะภาพรวม ไม่ระบุชื่อ/ข้อมูลส่วนตัว

สรุปอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ตัวชี้วัดผลลัพธ์การบริหารจัดการองค์กรพยาบาลของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน จำนวน 114 ตัวชี้วัด จำแนกเป็น 6 ด้าน มีรายละเอียด ดังนี้

1. ด้านการนำองค์กรพยาบาลและการกำกับดูแลองค์กร 28 ตัวชี้วัด
 2. ด้านประสิทธิผลและการบรรลุพันธกิจ 16 ตัวชี้วัด
 3. ด้านการตอบสนองผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 14 ตัวชี้วัด
 4. ด้านงบประมาณ การเงินและการเติบโต 12 ตัวชี้วัด
 5. ด้านพยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาล 25 ตัวชี้วัด
 6. ด้านการบริหารจัดการบริการพยาบาลและการจัดการเครือข่ายอุปทาน 23 ตัวชี้วัด
- ตัวชี้วัดที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน ที่มีค่ามัธยฐาน (Md) ตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ไม่เกิน 1.50 จำนวน 114 ตัวชี้วัด จากทั้งหมด 118 ตัวชี้วัด แบ่งเป็นระดับมากที่สุด 88 ตัวชี้วัด และระดับมาก 26 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นไม่สอดคล้องกัน ที่มีค่ามัธยฐาน (Md) น้อยกว่า 3.50 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) มากกว่า 1.50 จำนวน 4 ตัวชี้วัด จากทั้งหมด 118 ตัวชี้วัด

อภิปรายผล

1. ด้านการนำองค์กรพยาบาลและการกำกับดูแลองค์กร พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่า การนำองค์กรพยาบาลโดยหัวหน้าพยาบาลเป็นผู้นำสูงสุดในการนำพาองค์กรพยาบาลไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย มีบทบาทสำคัญในการกำหนดทิศทาง วิสัยทัศน์ ค่านิยม พันธ

กิจ เป้าหมายทางการบริการพยาบาลให้สอดคล้องกับโรงพยาบาล สอดคล้องกับ Stiehler (2006)⁽²⁷⁾ ที่กล่าวว่า หัวหน้าพยาบาลจะต้องมีวิสัยทัศน์ซึ่งสามารถทำนายหรือพยากรณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ โดยการคิดเชิงกลยุทธ์และต้องมีการสื่อสารเชิงกลยุทธ์สามารถถ่ายทอดวิสัยทัศน์ให้ผู้ตามรับรู้และปฏิบัติได้จริงและเป็นผู้ให้ทิศทาง ซึ่งแนวทางวิสัยทัศน์ เป้าหมายขององค์การ รวมทั้งมีกลยุทธ์ให้ผู้ตามให้ปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์การ ซึ่งการมีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนก่อให้เกิดผลดีต่อองค์การ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในการทำงานสูง เกิดความภูมิใจ มีความยึดมั่นผูกพันกับองค์การ จงรักภักดี และทำให้ผลลัพธ์ของการทำงานสูงขึ้น ผู้เชี่ยวชาญยังให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า การนำองค์กรพยาบาลที่ดีช่วยให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพนั้น หัวหน้าพยาบาลควรนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในการสื่อสารกับบุคลากรทางการพยาบาลให้รับรู้เข้าใจถึงทิศทางและนโยบายสามารถนำไปปฏิบัติได้ และสอดคล้องกับการวิจัยของ เกศรา อัญชันบุตร และอารีวรรณ อ่วมธานี (2552)⁽²⁾ พบว่า การสื่อสารภายในที่มีประสิทธิภาพนั้นต้องมีการให้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ อย่างทั่วถึงและมีหลากหลายช่องทางในการให้ข้อมูลข่าวสารอย่างเปิดเผย

การกำกับดูแลองค์กรพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่า หัวหน้าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการควบคุม กำกับ ติดตามประเมินผลการดำเนินการบริการพยาบาลของทุกหน่วยงานให้เป็นไปตามหลักนิติธรรม ความโปร่งใส มีจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ สอดคล้องกับ สภาการพยาบาล (2558)⁽¹⁸⁾ ได้กำหนดให้ระบบบริการพยาบาลทุกระดับมีระบบและกลไกที่เหมาะสมในการส่งเสริมจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ การพัฒนาสมรรถนะด้านจริยธรรม และการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพให้ปฏิบัติงานตามหลักจริยธรรมและกฎหมายมีความตระหนักในสิทธิและพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและผู้รับบริการ เพื่อความปลอดภัยและประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของประชาชน และหัวหน้าพยาบาลต้องประพฤติ

ปฏิบัติตนแสดงพฤติกรรมเป็นแบบอย่างที่ดีเป็นที่ไว้วางใจเคารพพำนับถือน และส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลตามกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับและมาตรฐานที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัด ป้องกันการถูกร้องเรียนหรือถูกฟ้องร้องตามมาในภายหลัง และช่วยให้การดำเนินการขององค์กรพยาบาลบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับผลวิจัยของ อารีย์ คำวนศักดิ์ (2545)⁽²³⁾ พบว่า ผู้บริหารการพยาบาลมีพฤติกรรมน่าไว้วางใจและได้รับความไว้วางใจจากพยาบาลเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้องค์กรพยาบาลประสบความสำเร็จในการดำเนินงานและผลการดำเนินงานมีความเป็นเลิศ

นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่า การดำเนินการกิจขององค์กรพยาบาลต้องตระหนักและให้ความสำคัญแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบพื้นที่โรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาลต้องจัดให้มีกิจกรรมการส่งเสริมการพัฒนาชุมชนและสังคม โดยสร้างสัมพันธภาพที่ดีเป็นที่ยอมรับของพันธมิตรภาคีเครือข่ายภายในและภายนอกโรงพยาบาลรวมถึงองค์กรที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับ พาณิ สัตตะกลิน (2558)⁽¹¹⁾ ที่กล่าวว่า หัวหน้าพยาบาลจะต้องมีศักยภาพในการสร้างเครือข่าย การสร้างพันธมิตรอย่างต่อเนื่อง รักษาพันธมิตรเก่าให้ความร่วมมือระหว่างพันธมิตร การมีกิจกรรมร่วมกับพันธมิตรและสังคม รวมทั้ง องค์กรพยาบาลต้องมีการประเมินผลการดำเนินการของผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับ เพื่อทบทวนผลการดำเนินการที่ผ่านมาและนำผลการประเมินไปพัฒนาต่อและปรับปรุงประสิทธิผลของกระบวนการนำองค์กรต่อไป สอดคล้องกับเกณฑ์ PMQA (2562) ด้านการนำองค์กร กล่าวว่า องค์กรต้องมีการประเมินผลการดำเนินงานของผู้บริหารรวมทั้งระบบการกำกับดูแลการอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

2. ด้านประสิทธิผลและการบรรลุพันธกิจ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่า หัวหน้าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการนำบุคลากรทางการพยาบาลร่วมจัดทำแผนยุทธศาสตร์ขององค์กรพยาบาล โดยมีกระบวนการ

ดำเนินการที่ชัดเจน และกำหนดวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ให้มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล สอดคล้องกับผลการวิจัยของ วิจารณ์ บัวสรวง (2550) พบว่า ผู้นำองค์กรพยาบาลต้องมีวิธีการคิดเชิงกลยุทธ์และต้องมีการสื่อสารเชิงกลยุทธ์สามารถถ่ายทอดวิสัยทัศน์ให้ผู้ตามรับรู้และปฏิบัติได้จริงตลอดจนเป็นผู้ชี้แนวทาง วิสัยทัศน์ เป้าหมายขององค์กร และจงใจให้ผู้ตามปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญกับการนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติว่า หัวหน้าพยาบาลต้องมีภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ในการแปลงยุทธศาสตร์เป็นแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดไปสู่บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับนำไปปฏิบัติและสนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอให้สามารถดำเนินงานได้บรรลุเป้าหมาย มีการติดตามประเมินผลยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ สอดคล้องกับการวิจัยของ อนุญา ภาเจริญศิริ (2562)⁽²²⁾ พบว่า หัวหน้าพยาบาลมีความเข้าใจบริบทและแนวโน้มขององค์กร มีความคิดเชิงกลยุทธ์ คิดวิเคราะห์ประเมินสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องถึงปัญหาสาเหตุ ผลกระทบและวางแผนการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมในการวางแผนนโยบายขององค์กร วางเป้าหมายเชิงกลยุทธ์และกำหนดการประเมินผลการทำงานเพื่อรองรับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในระยะสั้นและระยะยาว โดยกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยงและสื่อสารให้บุคลากรทางการพยาบาลรับรู้เข้าใจเพื่อสามารถปรับแผนปฏิบัติการได้ทันทีเมื่อมีสถานการณ์ฉุกเฉิน สอดคล้องกับงานวิจัยของ นิศา คีอินทร์ (2560) พบว่า หลังการทดลองใช้ระบบการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในเรื่องประเภทของความเสี่ยง ความหมายและเป้าหมายของความเสี่ยงทางการพยาบาลสูงขึ้น มีการลดลงของระดับความรุนแรงของความเสี่ยงทางการพยาบาล นอกจากนี้พบว่า ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลโดยเฉพาะในเรื่องทิศทาง

นโยบายการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลสู่การปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น

ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่า การส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการพยาบาลผู้บริหารทางการพยาบาลต้องให้ความสำคัญกับการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ของพยาบาลจะส่งผลดีต่อประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความสำเร็จขององค์กร สอดคล้องกับการวิจัยของ จุฑารัตน์ บันดาลสิน (2557)⁽⁴⁾ พบว่า ผู้บริหารองค์กรพยาบาลควรเตรียมความพร้อมในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ทั้งของตนเอง และทีมการพยาบาลควบคู่ไปกับการส่งเสริมหรือพัฒนาความสามารถด้านอื่น ๆ เพื่อปรับปรุงและพัฒนางานบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลซึ่งจะสะท้อนถึงคุณภาพการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการด้วยความคิดสร้างสรรค์จึงไม่ได้เป็นเรื่องเฉพาะบุคคลเท่านั้น แต่สภาพแวดล้อมขององค์กรและบริบททางสังคมก็ล้วนแต่เป็นแหล่งที่มาและเป็นตัวเร่งให้พยาบาลเกิดความคิดสร้างสรรค์ได้ ความคิดสร้างสรรค์ของบุคคล ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ 1) ความเชี่ยวชาญ 2) ทักษะการคิดเชิงสร้างสรรค์ และ 3) แรงจูงใจ ส่วนขั้นตอนของความคิดสร้างสรรค์ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) หาโอกาสและตระหนักถึงปัญหา 2) หาสาเหตุของปัญหา 3) บ่มเพาะความคิดจนตกผลึกนำไปเป็นแนวทางแก้ปัญหา 4) ทดสอบความคิดหรือแนวปฏิบัติใหม่

3. ด้านการตอบสนองผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันในระดับมากที่สุดว่า การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนั้นมีความสำคัญมากนำมาสู่ปรับปรุงผลผลิต บริการพยาบาลและกระบวนการพยาบาล สอดคล้องกับ สรณันท์ อนุชน (2556)⁽¹⁷⁾ กล่าวว่า iva ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นหนึ่งในตัวชี้วัด ผลลัพธ์ทางการพยาบาลให้เกิดการประเมิน เพื่อแก้ไขปัญหาและตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการและเป็นการให้ผู้รับ บริการได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงระบบการบริการสุขภาพของสถานบริการและระบบการบริการสุขภาพโดยรวม และ

สอดคล้องกับการวิจัยของ ชื่นชีพ งามจบ (2545) พบว่า ผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับตระหนักถึงความสำคัญของการบริหารงานโดยใช้แนวคิดเชิงตลาดในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้อย่างสูงสุด สอดคล้องกับการวิจัยของ ณัฐฐา เสวทวิหรี (2560)⁽⁶⁾ ที่พบว่า ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่มีความปลอดภัย มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วย เช่น ห้องน้ำ รอดื่น ลิฟต์โดยสาร มีห้องตรวจและสถานที่นั่งคอยอย่างเพียงพอ ส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการในโรงพยาบาลมากขึ้น นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญกับประเด็นที่ไม่พึงพอใจได้รับการปรับปรุงแก้ไข สอดคล้องกับ สภาการพยาบาล (2562) ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลให้องค์กรพยาบาลต้องจัดให้มีระบบบริการการพยาบาลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และสอดคล้องกับการวิจัยของ มัลลิกา สุนงกฏ และคณะ (2559)⁽¹⁵⁾ พบว่า 1) การบริหารลูกค้าสัมพันธ์ของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ การสร้างมูลค่าเพิ่มให้ลูกค้ารับรู้ การอำนวยความสะดวกให้แก่ลูกค้า การสร้างความเฉพาะเจาะจงลูกค้า และการสนับสนุนช่องทางการสื่อสารให้แก่ลูกค้า 2) ผลการดำเนินงานของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่เกิดจาก 2 ปัจจัยหลักได้แก่ ปัจจัยภายนอก คือ ผลกำไรของธุรกิจและส่วนแบ่งทางการตลาด และปัจจัยภายใน คือ การส่งเสริมการผลิตนวัตกรรม การวางแผนงบประมาณ และความพึงพอใจของลูกค้าที่มารับบริการ 3) ปัจจัยสู่ความสำเร็จของการบริหารลูกค้าสัมพันธ์ของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนไทยนั้นประกอบด้วย การพัฒนาระบบทรัพยากรในองค์กรให้เกิดความคุ้มค่าสูงสุด การมุ่งเน้นความแตกต่างทางการแข่งขันในธุรกิจ และศักยภาพและความสามารถของผู้ประกอบการ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการผลักดันให้การบริหารลูกค้าสัมพันธ์ในธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับการวิจัยของ เพ็ญศรี ลีสุวรรณกุล (2559)⁽¹⁴⁾ พบว่า การให้ความสำคัญสัมพันธ์กับผู้รับบริการเป็นอีกหนึ่ง

ปัจจัยที่สามารถอธิบายความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรให้มีขีดสมรรถนะสูง

การจัดการข้อร้องเรียน ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่า หน่วยงาน/หอผู้ป่วยต้องจัดการแก้ไขข้อร้องเรียนทันทีและดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพรวมถึงวางมาตรการป้องกันการร้องเรียนซ้ำ สอดคล้องกับ สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551 : 85) ได้กำหนดผลลัพธ์ด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาลที่เกี่ยวกับตัวชี้วัดการร้องเรียนของผู้ใช้บริการ เช่น จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิของผู้ใช้บริการ จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาล ร้อยละของการแก้ไขและ/หรือตอบกลับข้อร้องเรียนของผู้ใช้บริการ และจำนวนช่องทางการรับข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็นจากผู้ให้บริการเพื่อการจัดบริการพยาบาล เพื่อสร้างความเชื่อมั่นของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งนี้ ผู้เชี่ยวชาญบางท่านให้มีความเห็นว่า อัตราการกลับมาใช้บริการพยาบาลซ้ำของผู้รับบริการไม่สะท้อนความเชื่อมั่นที่มีต่อองค์กรพยาบาล อาจเป็นผลมาจากปัจจัยอื่น ๆ อาทิ ความเชื่อมั่นในแพทย์ อุปกรณ์เครื่องมือที่มีความทันสมัย เป็นต้น ซึ่งนับเป็นโอกาสในการพัฒนาต่อไป

4. ด้านงบประมาณ การเงิน และการเติบโต พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่า การเบิกจ่ายงบประมาณ และการเงินขององค์กรพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายตามแผนการปฏิบัติงานและแผนการใช้จ่ายที่ได้รับการจัดสรรจากโรงพยาบาล ซึ่งหัวหน้าพยาบาลมีหน้าที่ควบคุมกำกับการใช้จ่ายเงินงบประมาณให้เกิดความคุ้มค่าและเกิดประโยชน์ต่อประชาชน สอดคล้องกับ บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร (2550) ได้กล่าวว่า งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินพันธกิจขององค์กรพยาบาลสังกัดภาครัฐได้รับการสนับสนุนจากงบประมาณแผ่นดิน ซึ่งเป็นงบรายได้ที่รัฐบาลเรียกเก็บจากภาษีประชาชน ดังนั้น รัฐบาลจึงจำเป็นต้องมีระบบการบริหารการเงินและควบคุมงบประมาณที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์คุ้มค่ากับ

ภายในที่ช่วยให้รัฐบาล สอดคล้องการวิจัยของ นงลักษณ์ จิรประภาพงษ์ (2557)⁽⁷⁾ พบว่า การบริหารจะประสบความสำเร็จตามเป้าหมายต้องได้รับงบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอ มีวัตถุประสงค์ที่เหมาะสมกับความต้องการของแผนงานหรือโครงการและต้องมีระบบการจัดการที่ดี เพื่อใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุน ในอนาคตทรัพยากรทุกประเภทจะมีความจำกัดขึ้นและการลงทุนด้านสุขภาพจะยิ่งสูงขึ้นมาก

การเติบโต การขยายกิจการบริการพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ปฏิบัติการพยาบาลและให้บริการพยาบาลและมีฐานข้อมูลและสารสนเทศทางการพยาบาลที่ทันสมัยมีความเหมาะสมระดับมากที่สุด และมีความสอดคล้องกันว่า การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ปฏิบัติการพยาบาลในยุคประเทศไทย 4.0 ซึ่งมีความสอดคล้องกับ Simpson (2003)⁽²⁸⁾ กล่าวว่า ในศตวรรษที่ 21 พยาบาลจะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการบริการพยาบาล องค์การพยาบาลควรปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการพยาบาลตามหน้าที่มาเป็นรูปแบบบริการพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยรายบุคคลได้อย่างทันเวลาและเป็นที่พึงพอใจของผู้ป่วยและญาติและการใช้ข้อมูลและสารสนเทศทางการพยาบาลที่ทันสมัยมีความพร้อมใช้ บุคลากรทางการพยาบาลสามารถนำไปใช้งานได้ตลอดเวลา สอดคล้องกับเพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2549)⁽¹³⁾ กล่าวว่า การบริหารการพยาบาลยุคใหม่ต้องบริหารจัดการโดยใช้ข้อมูลทางวิชาการนำแนวคิด ทฤษฎีและผลการวิจัยมาพัฒนางานสนับสนุนการปฏิบัติการบริการพยาบาล สอดคล้องการวิจัยของ วันวิสาข์ สุทธิบริบาล และคณะ (2554)⁽¹⁶⁾ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีวัตถุประสงค์ในการใช้สารสนเทศคือเพื่อเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับวิทยาการใหม่ๆ เพื่อการค้นคว้าวิจัย และเพื่อการปฏิบัติงาน และมาตรฐานการพยาบาล

5. ด้านบุคลากรทางการพยาบาล พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่า หัวหน้าพยาบาล/งาน/แผนกเป็น

ผู้พิจารณาประเมินอัตรากำลังและขีดความสามารถ ประกอบด้วย สมรรถนะหลัก (Core Competency) ตามระดับค่าคาดหวังที่ สำนักงาน ก.พ. กำหนดและสมรรถนะเฉพาะตามลักษณะงาน (Functional Competency) เป็นสมรรถนะสำหรับวิชาชีพเฉพาะ หรือหน่วยงานเฉพาะ เป็นรายบุคคลประจำปีละ 1 ครั้ง สอดคล้องกับความคิดเห็นของประเวศน์ มหารัตน์สกุล (2551)⁽⁸⁾ กล่าวว่าองค์กรต้องมีแนวทางที่ดีที่สุดในการพัฒนาทักษะและการปฏิบัติงานของบุคลากรเพื่อให้องค์กรองค์การบรรลุเป้าหมายโดยการผสมผสานการฝึกอบรม การพัฒนาความก้าวหน้าเพื่อปรับปรุงการทำงานงานของบุคลากร รวมทั้งต้องเพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงานวิชีพการพยาบาลของบุคลากรทุกคนอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ Blegen, Goode, and Reed (1988)⁽²⁴⁾ กล่าวว่า เมื่อบุคลากรทางการพยาบาลสมดุลกับภาระงานแล้ว ผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาลได้แก่ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ต้นทุนและประสิทธิผลย่อมเกิดขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการพิจารณา การจัดอัตรากำลังเพิ่มให้ได้สัดส่วนที่เหมาะสมกับปริมาณ ภาระงานตามการปฏิบัติงานจริงที่สามารถตอบสนองต่อ ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่า หัวหน้าพยาบาลต้องสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ให้แก่บุคลากรทั้งระดับผู้บริหารและปฏิบัติเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างกันโดยเริ่มจากการสร้างความรู้สึกร่วมกันของบุคลากรในวิชาชีพทุกระดับให้รับรู้ว่างานด้านการพยาบาลมีความหมาย (Meaning) จะทำให้เกิดความพึงพอใจในงานเป็นการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน และการส่งเสริมความก้าวหน้าในวิชาชีพในงานแก่พยาบาลสามารถพยากรณ์การคงอยู่ในงานพยาบาล สอดคล้องผลการวิจัยของ Rambur (2003)⁽²⁵⁾ ที่พบว่า โอกาส ก้าวหน้าในงานเป็นองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์ กับความพึงพอใจงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลของมลรัฐเวอร์มอนท์

ประเทศสหรัฐอเมริกา และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Cooke & Rousseau (1998) พบว่า บุคลากรในองค์กร มีสัมพันธที่ดีต่อกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไว้วางใจ ซึ่งกันและกัน และทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข ซึ่งมีผลทำให้บุคลากรในองค์กรมีความพึงพอใจในงาน และผลงานบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งทำให้ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในคุณภาพ บริการพยาบาล

การสร้างบรรยากาศการทำงาน สอดคล้องกับมาตรฐานการบริหารการพยาบาล สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551: 91) กำหนดตัวชี้วัดในมิติด้านการพัฒนาองค์กร ประกอบด้วย ตัวชี้วัดร้อยละความพึงพอใจในงาน/บรรยากาศการทำงานของบุคลากรทางการพยาบาลในความรับผิดชอบขององค์กรพยาบาล การสร้างบรรยากาศการทำงาน สอดคล้องกับ สภาการพยาบาล (2562) ⁽¹⁸⁾ ได้กำหนดให้องค์กรดำเนินการให้มีบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่เหมาะสมปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจของพยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาล และมีสิ่งสนับสนุนการปฏิบัติงานของพยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ และมีที่พำนักอาศัยสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาลที่เหมาะสมและปลอดภัย

การส่งเสริมการจัดการความรู้และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการจัดการความรู้และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การนำผลงานวิจัยทางการพยาบาลไปใช้พัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล มีความเหมาะสมระดับมากที่สุด และมีความเห็นสอดคล้องกันว่าหัวหน้าพยาบาลต้องทำให้นักบุคลากรเห็นความสำคัญในการนำผลงานวิจัยมาใช้ทั้งด้านการบริการพยาบาล การบริหารการพยาบาล เพื่อพัฒนาวิชาชีพพยาบาลให้ประสบผลสำเร็จ สอดคล้องกับ นิรดา เวชญาลักษณ์ (2560) ที่กล่าวว่า กระแสการเปลี่ยนแปลงในอนาคต ทำให้นักบุคลากรที่ทำงานเป็นผู้มีความรู้สูงขึ้น องค์กรเปลี่ยนเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ผู้นำจึงต้องพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองในการนำผู้ร่วมงานที่ทรงความรู้ ผู้นำจึงต้องมีความรู้ในงาน

และวิชาชีพของตนทั้งความรู้เชิงวิชาชีพ งานคุณภาพ ตามมาตรฐานทางการพยาบาลทั้งในระดับชาติและระดับสากล และต้องสามารถจัดการข้อมูลสำคัญในเชิงการวิเคราะห์ ใช้ข้อมูลในการบริหารจัดการและนำเสนอ ข้อมูลให้ผู้ร่วมงานและบุคคลอื่นเข้าใจ และนำไปใช้ประโยชน์ร่วมกันได้

การพัฒนานักวิชาการทางการพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญการฝึกอบรมของบุคลากรทางการพยาบาลและการพัฒนาทักษะด้านดิจิทัล มีความเหมาะสมระดับมากที่สุด และมีความเห็นสอดคล้องกันว่า พยาบาลวิชาชีพมีความสนใจเทคโนโลยีสารสนเทศแต่ยังขาดความรู้การใช้เทคโนโลยี และการขาดการสนับสนุนปัจจัยด้านเทคโนโลยี เนื่องจากไม่มีเวลาภาระงานที่รับผิดชอบมีจำนวนมาก สอดคล้องกับการวิจัยของ ชมพูนุ⁽⁵⁾

วิษฐานุพงษ์ และคณะ (2016) พบว่า 1) พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับมาก และ 2) พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการรู้เท่าทันสารสนเทศ และการยอมรับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้นหัวหน้าพยาบาลต้องส่งเสริมสนับสนุนให้นักบุคลากรทางการพยาบาลได้รับการพัฒนาสมรรถนะดิจิทัลให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและสามารถประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานได้อย่างชาญฉลาดและรู้เท่าทัน สอดคล้องกับการวิจัยของ ปราโมทย์ ถ่างกระโทก (2561) ⁽⁹⁾ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะดิจิทัลของพลเมืองทั่วไป 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความรู้ มี 7 สมรรถนะ 2) ด้านทักษะ มี 8 สมรรถนะ และ 3) ด้านคุณลักษณะ มี 7 สมรรถนะ และต้องมีสมรรถนะที่เพิ่มเติมและเฉพาะเจาะจงกับพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ 1) การมีสมรรถนะในการพัฒนา ระบบสารสนเทศดิจิทัลที่เกี่ยวกับการพยาบาล 2) การเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีดิจิทัล 3) การส่งเสริมเสริมให้ผู้รับบริการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ และเนื้อหาดิจิทัลด้านสุขภาพ และ 4) การมีทัศนคติที่ดี ต่อการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

การพัฒนาผู้นำทางการพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า ผู้นำทางการพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการบริหารจัดการองค์กรพยาบาลให้บรรลุเป้าหมาย จึงควร การ ประเมิน สมรรถนะ ผู้บริหาร (Managerial Competency) เพื่อพัฒนาให้มีสมรรถนะผู้นำและมีความสามารถทางด้านการบริหารนำไปใช้ในการบริหารจัดการได้อย่างมีคุณภาพ สนับสนุนให้มีการสร้างและพัฒนาแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Scoble and Russell (2003)⁽²⁶⁾ พบว่า สมรรถนะที่จำเป็นของผู้บริหารการพยาบาลใน ค.ศ.2020 ประกอบด้วย 13 สมรรถนะ คือ 1) ภาวะผู้นำ 2) การจัดการเงินและงบประมาณ 3) กลยุทธ์การบริหารธุรกิจ 4) การจัดการ 5) การติดต่อสื่อสาร 6) การจัดการทรัพยากรมนุษย์และแรงงานสัมพันธ์ 7) การประสานความร่วมมือและทักษะการสร้างทีม 8) ความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 9) การบริหารการเปลี่ยนแปลง 10) การสร้างสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 11) การคิดสร้างสรรค์ 12) ความซื่อสัตย์ และ 13) การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

6. ด้านการบริหารจัดการบริการพยาบาลและการจัดการเครือข่ายอุปทาน พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพนั้น หัวหน้าพยาบาลต้องมีความรู้เชิงวิชาชีพพยาบาล มาตรฐานทางการพยาบาลระดับชาติ/ระดับสากล กระตุ้นให้บุคลากรทางการพยาบาลการทำงานให้เกิดคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ทั้งในระดับชาติและระดับสากล สอดคล้องกับสมรรถนะของหัวหน้าพยาบาล กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2560) กล่าวว่า หัวหน้าพยาบาลต้องมีส่วนร่วมและสนับสนุนในกิจกรรมการพัฒนาความรู้เชิงวิชาชีพ ส่งเสริมมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล สร้างและธำรงไว้ซึ่ง สิทธิอันชอบธรรมในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล เผยแพร่ชื่อเสียงและคุณค่าแห่งวิชาชีพให้เป็นที่ยอมรับแก่สังคม มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความรู้ความสามารถทางการพยาบาลที่สามารถปฏิบัติงานได้อย่าง

มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานสากล มีทักษะทางด้านภาษา ในการติดต่อสื่อสารกับภาคีเครือข่ายของหน่วยงานในระดับนานาชาติ

นอกจากนี้ การบริหารจัดการ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์สนับสนุนการบริการพยาบาล และการจัดการเครือข่ายอุปทาน ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า การบริหารเครือข่ายอุปทานตั้งแต่การคัดเลือกผู้ส่งมอบที่มีคุณสมบัติและมีความพร้อมจะช่วยยกระดับผลการดำเนินการขององค์กรพยาบาลให้บรรลุเป้าหมาย และมีการประเมินผู้ส่งมอบและมีการดำเนินการกับผู้ส่งมอบที่มีผลการดำเนินการไม่ดี สอดคล้องกับ บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร (2551) กล่าวว่า ผู้นำองค์กรพยาบาลต้องเปลี่ยนบทบาทจากผู้นำไปเป็นผู้อำนวยความสะดวก หรือผู้สนับสนุนในการจัดการเกี่ยวกับทรัพยากรทั้ง เงิน วัสดุ อุปกรณ์รวมถึงทีมบุคลากรที่สนับสนุนช่วยเหลือและเอื้อต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร สอดคล้องกับความคิดเห็นของ

การเตรียมความพร้อมรับภาวะฉุกเฉิน ภัยพิบัติและโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่า หัวหน้าพยาบาลที่มีภาวะผู้นำเป็นเลิศต้องมีการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการและบุคลากรในองค์กร สร้างระบบบริหารความเสี่ยง ระบบการประเมินและรายงานผลสอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาล สภากาพยาบาล (2562)⁽¹⁸⁾ ที่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรและผู้รับบริการ ต้องมีระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัยของบริการการพยาบาล สอดคล้องกับการวิจัยของ สุนนทา ลัทธิติกุล และคณะ (2551)⁽²¹⁾ พบว่า ประสพการณ์พยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานกรณีพิบัติภัยในโรงพยาบาลของจังหวัดพังงา มี 8 ประเด็น ดังนี้ 1) บริหารจัดการด้านอัตรากำลังและแผนประสานงาน 2) คัดกรองและส่งต่อ 3) ดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน/วิกฤต 4) จัดการและดูแลบาดแผล 5) การพยาบาลในห้องผ่าตัด 6) ดูแลด้านจิตใจ 7) จัดการด้านข้อมูลและบริการติดต่อญาติ และ 8) ให้การพยาบาลพื้นฐานและทำหน้าที่นอกเหนือบทบาทการพยาบาล สอดคล้องกับการวิจัย

ของ สุเมธา เฮงประเสริฐ (2548)⁽²⁰⁾ พบว่า ตัวชี้วัดการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ดังนี้ 1) ความมุ่งมั่นของผู้บริหารในการบริหารความปลอดภัย 2) การปรับปรุงการจัดการด้านความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง 3) การพัฒนาความรู้ด้านความปลอดภัย 4) การใส่ใจด้านความปลอดภัย และ 5) การบริหารความเสี่ยง

การนำนวัตกรรมไปใช้ในด้านบริหารและบริการพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่า หัวหน้าพยาบาลควรส่งเสริมสนับสนุนให้มีกระบวนการจัดการนวัตกรรมขององค์กรพยาบาล เพื่อเกื้อหนุนให้ได้นวัตกรรมทางการพยาบาลใหม่ และนำมาใช้ในการบริหารและบริการพยาบาลที่เป็นเลิศ สอดคล้อง สำนักงานการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551 : 92) ให้้องค์กรพยาบาลกำหนดตัวชี้วัดจำนวนองค์ความรู้และ/หรือนวัตกรรมทางการพยาบาลที่ผลิตโดยหน่วยบริการพยาบาลทั้งหมด สอดคล้องกับพวงทิพย์ ชัยपालสตยงค์ (2551)⁽¹²⁾ ที่กล่าวว่า การสร้างนวัตกรรมหรือนวัตกรรมเชิงกระบวนการผลิตเป็นการสร้างนวัตกรรมจากภาระงานขององค์กร การตัดสินใจและระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ได้ผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่โดยอาศัยเทคโนโลยีและมีการให้รางวัลอย่างเป็นทางการภายในองค์กร

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. องค์กรด้านการพยาบาลควรสนับสนุนให้ผู้บริหารการพยาบาลนำตัวชี้วัดผลลัพธ์การบริหารจัดการองค์กรพยาบาลของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มาไปพัฒนากระบวนการบริหารจัดการ
2. หัวหน้าพยาบาลสนับสนุนให้นำตัวชี้วัดผลลัพธ์การบริหารจัดการองค์กรพยาบาลของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง

สาธารณสุขมาใช้ควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล

3. หัวหน้าพยาบาลสนับสนุนให้นำตัวชี้วัดผลลัพธ์การบริหารจัดการองค์กรพยาบาลของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขไปใช้เทียบเคียงการดำเนินงานภายในองค์กรและภายนอกองค์กรพยาบาลทั้งในและต่างประเทศเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน

4. องค์กรด้านการพยาบาลควรมีการวิจัยแนวทางการดำเนินงานขององค์กรพยาบาลที่ตอบสนองต่อข้อกำหนดของเกณฑ์รางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) เพื่อเป็นองค์กรสมรรถนะสูงที่มีความเป็นเลิศ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขนำข้อกำหนดผลลัพธ์การดำเนินการของเกณฑ์รางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ไปใช้เป็นทางปฏิบัติในการวัดผลลัพธ์การดำเนินการขององค์กรพยาบาล

2. ควรนำตัวชี้วัดที่ได้ไปใช้ในการต่อยอดวิจัย เพื่อประเมินคุณสมบัติที่ดีของตัวชี้วัดแต่ละด้าน และรายตัวชี้วัดเพื่อปรับสร้างตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับองค์กรพยาบาลของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่ละระดับ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องตัวชี้วัดผลลัพธ์การบริหารจัดการองค์กรพยาบาลของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สามารถดำเนินการจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับการอนุเคราะห์จากรองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนวล สถิตวิทยา นันท์ และดร. ชีรพร สถิตอังกูร ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อคิด

ข้อเสนอแนะ และปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จึงใคร่
ขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

- กฤษฎา แสงวดี. (2560). วิฤติขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานบริการสุขภาพของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: ข้อเสนอเชิงนโยบาย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(2), 456-68.
- เกศรา อัญชันบุตร, และอารีวรรณ อ่วมธานี. (2552). *ลักษณะฝ่ายการพยาบาลที่เป็นเลิศในโรงพยาบาลตติยภูมิ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). *KPI key Performance Indicators*. สืบค้นจาก <http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=1474>
- จุฑารัตน์ บันดาลสิน (2557). การพัฒนาความคิดสร้างสรรค์สู่ต้นวัฒนธรรมการบริการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 69-78.
- ชมพู วิฑูรานุพงษ์, นิตยา เพ็ญศิริภา, และพาณี สัตตะกลิน. (2559). พฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*, 9(31), 38
- ณัฐรา เสวกวิหรี. (2560). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการ โรงพยาบาลรามารักษ์*. (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- นงลักษณ์ จิระประภาพร. (2557). คุณลักษณะของโรงพยาบาลรัฐที่น่าอยู่ทำงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 26(1), 91-101.
- ประเวศน์ มหารัตน์สกุล. (2551). *การพัฒนากิจกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลง*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: พิมพ์ตะวัน.
- ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. (2561). การศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพไทย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี.
- พสุ เดชะรินทร์. (2549). รายงานผลการศึกษาพัฒนารูปแบบเบื้องต้นของหน่วยงานภาครัฐ: องค์การที่มีขีดสมรรถนะสูง คณะพาณิชยศาสตร์และการ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- พาณี สัตตะกลิน. (2558). *ผู้นำกับการบริหาร โรงพยาบาล*. จุลสารสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพออนไลน์ สาขาสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, สืบค้นจาก <https://www.stou.ac.th/schools/shs/booklet/book581/Hospital581.pdf>
- พงษ์ทิพย์ ชัยपालสถิตย์. (2551). *คุณภาพการบริหารการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ. บริษัท วี. ปรีนท์
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2549). *เส้นทางสู่การพยาบาลยอดเยี่ยม*. กรุงเทพฯ. สุขุมวิทการพิมพ์
- เพ็ญศรี ลิ้ววรรณกุล. (2559). *การพัฒนากิจกรรมให้มีสมรรถนะสูง: กรณีศึกษาสำนักงาน พระพุทธศาสนาจังหวัดเพชรบุรี*. (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์, นครปฐม.
- มัลลิกา สุนงกุล, และคณะ. (2559). การบริหารลูกค้าสัมพันธ์ของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย. *วารสารวิชาการ Veridian E-Journal Silpakorn University*. 9(2), 1926.
- วันวิสาข์ สุทธิบริบาล, และคณะ. (2554). การใช้สารสนเทศของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารบรรณศาสตร์ มศว.*, 4(2), 45
- รณันท์ อนุชน. (2556). *ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า*. *วารสารพยาบาลทหารบก.*, 14(3), 161.
- สภาการพยาบาล. (2558). *คู่มือส่งเสริมจริยธรรมสำหรับองค์การพยาบาล: กลไกและการปฏิบัติ*. นนทบุรี.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2558). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี*. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด.

- 20.สุเมธา เสงประเสริฐ. (2548). การพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ที่ผ่านการรับรองคุณภาพ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
- 21.สุนันทา ลักขิตติกุล, อุไร หัดกิจ, และจิรพรรณ พิรุณ. (2551). ประสิทธิภาพของพยาบาลในการปฏิบัติงานกรณีพิบัติภัยในโรงพยาบาลของจังหวัดพังงา. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(4), 351-360
- 22.อนัญญา ภาเจริญศิริ. (2562). ภาวะผู้นำของหัวหน้าพยาบาลสู่ความเป็นเลิศระดับสากลขององค์การพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
- 23.อริย์ คำวนศักดิ์. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมสร้างสรรค์ความไว้วางใจในองค์กรกับผลการดำเนินการของกลุ่มการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
- 24.Blegen, A, M., Goode, JC. and Reed, L. (1988). Nursing staffing and patient outcome, *Nursing research* 47 (1): 43-50.
- 25.Rambur, B., Palumbo, M. V., McIntosh, B., & Mongeon, J. (2003). A statewide analysis of RN,s intention leave their position. *Nursing Outlook*, 51, 182-188.
- 26.Russell, G., Scoble, K. B. (2003). Vision 2020, Part II: Education preparation for the future nurse manager. *JONA*, 33(7/8), 404-409.
- 27.Stichler, J. F. (2006). The emerging nurse executive. *AWHONN Lifelines*, 10(1), 71-73.
- 28.Simpson, M. R. (2008). Engagement at Work: A Review of the Literature. *International Journal of Nursing Studies*. 46: 1012-1024.