การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุหลังกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

Geriatric assessment after Health promotion program in Elderly School at Buntharik District, Ubon Rachathani Province

ทนง คำศรี[1]

Tanong Kamsri

(Received: January 21,2020; Accepted: March 3,2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและผลของกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี วิธีการศึกษา : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบวัดผลครั้งเดียว(After only action design) โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มอย่างมีระบบ (systematic random sampling) ออกคัดกรองปัญหาสุขภาพด้วยทีมตรวจสุขภาพที่ผ่านการอบรม เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบประเมินผู้สูงอายุของกรมการแพทย์

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ราย เพศหญิงร้อยละ 73.50 เพศชายร้อยละ 26.50 อายุเฉลี่ย 68.23 ปี (S.D=6.54) แบ่งเป็นกลุ่มไม่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุร้อยละ 71.75 (287ราย) และกลุ่มเป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุร้อยละ 28.25 (113ราย) ปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุดของกลุ่มเป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุและกลุ่มไม่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ ได้แก่ สายตาผิดปกติ ร้อยละ 89.38,ร้อยละ 93.38 มีโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 34.51 ,ร้อยละ 32.75 ระดับความดันซิสโตลิกมากกว่า 140 มม. ปรอท ร้อยละ 28.32 , ร้อยละ 32.75 มีความเสี่ยงโรคหัวใจหลอดเลือด ร้อยละ 27.43 , ร้อยละ 24.39 และมีความผิดปกติของสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 11.50 , ร้อยละ 25.09 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบ ปัญหาทางสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า ความดันโลหิต(ค่าบน) ระดับน้ำตาลในเลือด ความผิดปกติของสุขภาพช่องปากและระดับความซึมเศร้า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ มีสุขภาพที่ดีกว่า

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกโรงเรียงผู้สูงอายุ, หลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ

Abstract

Objective : To studied geriatric symptoms in the elderly and effect of the health promotion program in Elderly School at Buntharik District, Ubon Rachathani Province. to contrast the symptoms of the elderly who are and are not members of the elderly school. Methods : The study was a retrospective cohort study which used a sample collected from systematic random sampling. A trained team conducted geriatric assessments.

Results : The research determined that in the total sample size of 400 subjects, the following statistics were relevant: 73.50 % of the subjects were female and 26.50 % were male. The average age was 68.23 years (S.D=6.54). The total subject group could be further divided into two subgroups; consisting of 71.75 % (287 individuals) who were not members of an Elderly School and 28.25 % (113 individuals) who were members of an Elderly School. Several common symptoms were found to be shared by both subgroups. First, the research found that both subgroups suffered with visual impairment, which occurred in 89.38 % and 93.38 % respectively. Further symptoms of osteoarthritis was discovered to be present in 34.51 % and 32.75%, systolic blood pressure that is more than 140 mmHg was found in 28.32 % and 32.75 %, a risk of coronary heart disease in 27.43 % and 24.39 %, and finally the evidence of poor of oral health was present in 11.50 % and 25.09 % respectively. When compare of geriatric symptoms elderly between membe r

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

and no member of Elderly School found BP(systolic) , FBS , the evidence of poor of oral health and depressive disorder (9Q) there are statistically significant differences at the .05 level with member of Elderly School had healthy better.

Key words: Ageing, Elderly school, Health promotion program, Geriatric assessment.

บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่“สังคมผู้สูงอายุ”มาตั้งแต่ ปี 2548 เนื่องจากข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ด้านโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุพบว่าปัจจุบันประเทศไทย มีประชากร 63.74 ล้านคน มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้น 11.75 ล้านคน คิดเป็น 17.70 % ของประชากรรวม [(1)] โดยอัตราของประชากรผู้สูงอายุไทยมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด และคาดการณ์ว่าในปี 2568 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 20 (14.4 ล้านคน) นั่นหมายถึงว่าประเทศไทยได้เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ข้อมูลด้านสุขภาพผู้สูงอายุจากผลการตรวจราชการ ปี 2559 พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองและประเมินสุขภาพ ร้อยละ 80.12 ได้รับการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ร้อยละ 40.22 ได้รับการคัดกรองกลุ่มโรคผู้สูงอายุ(Geriatric Syndromes) ได้แก่ เบาหวาน ความดัน ฟัน สายตา ร้อยละ 26.87 และผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ปี 2557 พบอัตราความชุกของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม (ด้วยการประเมิน MMSE) ร้อยละ 8.1 อัตราความชุกของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะหกล้มร้อยละ 25.7 (ประเมินด้วย Time get and go test) และร้อยละ 88.6 ของผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน [(2)]

การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ ของกระทรวงสาธารณสุข ต้องมีระบบที่ดีรองรับตั้งแต่ปัจจุบันไปถึงอนาคต เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง มองเห็นคุณค่าและความสำคัญของตนเองและชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีความสุข “โรงเรียนผู้สูงอายุ” เป็นรูปแบบหนึ่งในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยวิทยากรจิตอาสาหรือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขณะเดียวกันก็เป็นพื้นที่ให้ผู้สูงอายุได้แสดงศักยภาพ โดยการถ่ายทอดภูมิความรู้ประสบการณ์ ที่สั่งสมแก่บุคคลอื่น เพื่อสืบสานภูมิปัญญาให้คงคุณค่าคู่กับชุมชน ระยะเวลาเปิดเรียนอาจเปิดตลอดปี หรือเปิดเป็นช่วงเวลาตามหลักสูตรที่จัดอบรม ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยอยู่บนพื้นฐานแนวคิดที่ว่า “ผู้สูงอายุมีคุณค่าและมีศักยภาพ ควรได้รับการส่งเสริม สนับสนุนให้มีส่วนร่วมทำประโยชน์ให้สังคมและส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุ โดยเชื่อมโยงกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุ สาระการเรียนรู้จะต้องทำให้ผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตปัจจุบัน เพิ่มโอกาสในการรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน[(3-5)]

โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2560-2562 มีเป้าหมายการดำเนินงานผู้สูงอายุ ดังนี้ ผู้สูงอายุตอนต้น (60-69ปี) ดูแลตนเองได้เป็น ผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79ปี) สมองดีไม่ล้มไม่ลืม ผู้สูงอายุตอนปลาย(80ปีขึ้นไป) อาหารดี สุขภาพดี ตัวชี้วัดคือผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยโรงพยาบาลได้ร่วมเป็นคณะกรรมการและแกนนำขับเคลื่อนการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุและร่วมจัดทำหลักสูตรส่งเสริมสุขภาพ(Health promotion program) ในโรงเรียนผู้สูงอายุ ระยะเวลาการเรียน 6 เดือน หรือ 24 สัปดาห์ เรียนสัปดาห์ละ 2 ชั่วโมง ประกอบด้วย 5 หน่วยการเรียน ได้แก่ สถานการณ์ของผู้สูงอายุไทย การดูแลสุขภาพที่จำเป็นของผู้สูงอายุ การใช้ชีวิตอย่างมีความสุขของผู้สูงอายุ นันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ การพัฒนาจิตสำหรับผู้สูงอายุ เปิดเป็นช่วงเวลาตามหลักสูตรที่จัดอบรม จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 วัน ขณะเดียวกันก็เพิ่มเติมหลักสูตรส่งเสริมสุขภาพที่มีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบุณฑริกเป็นหนึ่งในทีมวิทยากรจิตอาสา เน้นการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ (primary prevention) ได้แก่ การป้องกันโรคโดยการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีตามควรแก่อัตภาพโดยคงระยะเวลาที่มีสุขภาวะทางกาย (physical well-being) สุขภาวะทางจิต(mental well-being) สุขภาวะ

ทางสังคม(social well-being) และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) ให้ยาวนานที่สุด และการป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิ(secondary prevention) ได้แก่ การตรวจคัดกรองสุขภาพ

ปีงบประมาณ 2562 อำเภอบุณฑริกมีผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 10,311 คน มีโรงเรียนผู้สูงอายุ 4 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลบ้านแมด โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลบัวงาม โรงเรียนผู้สูงอายุหนองสะโน และโรงเรียนผู้สูงอายุโพนงาม มีสมาชิกที่จบหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุอำเภอบุณฑริก จำนวน 120 ราย ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุหลังกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ในครั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลแสดงให้เห็นถึงข้อดีของการเป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ และประกอบการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุอำเภอบุณฑริก

2. เพื่อศึกษาผลของกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในรงเรียนผู้สูงอายุ อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการศึกษา

กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบวัดผลครั้งเดียว(After only action design) โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ60ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในเขตอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562 จำนวน 10,311 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณขนาดตัวอย่างและสุ่มอย่างมีระบบ (systematic random sampling) ได้ 400 ราย ประกอบด้วยกลุ่มผู้สูงอายุที่จบหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ 113 ราย และ กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ 287 ราย ในอัตราส่วนประมาณ 2 ต่อ 5 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณจากสูตรของยามาแน่ (Yamane) [21] ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 385 ราย เก็บข้อมูลข้อมูลเพิ่มเติมร้อยละ 4 ได้กลุ่มตัวอย่างที่จะเก็บข้อมูลจริง 400 ราย โดยมีการสุ่มแบบมีระบบ (systematic random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (Geriatric Screening ,GA) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข [2] ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุและความถี่เข้าร่วมกิจกรรม

ส่วนที่ 2 คัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง การประเมินการมองเห็น ประเมินสุขภาพช่องปาก

ส่วนที่ 3 คัดกรองกลุ่มโรคผู้สูงอายุ(Geriatric Syndromes) ได้แก่ การคัดกรองโรคซึมเศร้า(Depression) การคัดกรองภาวะหกล้ม(Time up and Go Test, Fall) การคัดกรองภาวะกลั้นปัสสาวะ (Incontinence) การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม(Osteoarthritis) การทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น(Cognitive Impairment)

ขั้นตอนการวิจัย

1. สำรวจฐานข้อมูลและปัญหาสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอบุณฑริก

2. ติดต่อโรงเรียนผู้สูงอายุในเขตอำเภอบุณฑริกเพื่อชี้แจงนโยบายและวัตถุประสงค์การศึกษาและหาแนวทางพัฒนาหลักสูตรการเรียนเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

3. ศึกษาคู่มือ/ชุดความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ การขับเคลื่อน Health Literacy และพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์(ผู้สูงอายุ) ของกระทรวงสาธารณสุข

4. จัดประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลบุณฑริก ร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และคณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุอำเภอบุณฑริก ประชุมเชิงปฏิบัติการ การสร้างและพัฒนานวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ

5.จัดทำหลักสูตรส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion program) ปี 2560-2562 จำนวน 48 ชั่วโมง ระยะเวลาในการเรียน 6 เดือน (1 เมษายน - 30 กันยายน หรือ 1 ตุลาคม - 31 มีนาคม) รวม 24 สัปดาห์ โครงสร้างหลักสูตรประกอบด้วย 5 หน่วยการเรียน ได้แก่ สถานการณ์ของผู้สูงอายุไทย การดูแลสุขภาพที่จำเป็นของผู้สูงอายุ การใช้ชีวิตอย่างมีความสุขของผู้สูงอายุ นันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ การพัฒนาจิตสำหรับผู้สูงอายุ

6. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงานโดยวิทยากรคือ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักโภชนากร และนักจิตวิทยา จากโรงพยาบาลบุณฑริก

7. ดำเนินการตามหลักสูตรส่งเสริมสุขภาพ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2560 -31 มีนาคม 2562

8. อบรมทีมประเมินสุขภาพผู้สูงอายุตามแบบประเมินผู้สูงอายุ (Geriatric Screening ,GA) ของกรมการแพทย์(ภาคผนวก)

9. ออกประเมินสุขภาพผู้สูงอายุระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2562 -30 กันยายน 2562

10 ดำเนินการรวมข้อมูลวิจัย

11. สรุปผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ(Percentage)ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด (Min, Max) วิเคราะห์ผลการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุอำเภอบุณฑริกโดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ(Percentage) เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพผู้สูงอายุเป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุโดยใช้สถิติ Independent t-test ในสภาวะสุขภาพกลุ่ม Parametric และMann-Whitney U test ในกลุ่ม Non Parametric กำหนดระดับสำคัญทางสถิติไว้ที่ α=0.0 ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดย Content Analysis

จริยธรรมในการศึกษา

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2562 – 042 รับรองเมื่อวันที่ 26 พฤศจิกายน 2562 และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับและจะแสดงผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการรักษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกจำนวน 400 ราย เพศหญิงร้อยละ 73.50 เพศชายร้อยละ 26.50 มีอายุเฉลี่ย 68.23 ปี (S.D=6.54) ส่วนใหญ่อายุ 60-70 ร้อยละ 70.50 แบ่งเป็นกลุ่มไม่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุร้อยละ 71.75 (287ราย) และกลุ่มเป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุร้อยละ 28.25 (113ราย) กลุ่มที่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร่วมกิจกรรมเสมอ (61ราย) และระยะเวลาการเป็นสมาชิก 6-12 เดือน(69ราย)

2. ผลการคัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ผลการคัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้รักษาในกลุ่มเป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุร้อยละ 35.40 ใกล้เคียงกับกลุ่มไม่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุที่พบร้อยละ 40.42 และพบเป็นโรคเบาหวานไม่ได้รักษา ในกลุ่มเป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุร้อยละ 22.12 ใกล้เคียงกับกลุ่มไม่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุที่พบร้อยละ 22.30 รวมทั้งพบความผิดปกติของสุขภาพช่องปากในกลุ่มเป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุร้อยละ 20.35 ต่ำกว่ากลุ่มไม่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุที่พบร้อยละ 51.22 ระดับสายตาปกติในกลุ่มเป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุพบร้อยละ 10.62 กลุ่มไม่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุพบร้อยละ 6.62 และส่วนมากทั้งสองกลุ่มไม่มีอาการโรคซึมเศร้าโดยกลุ่มเป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุพบร้อยละ 92.04 ใกล้เคียงกับกลุ่มไม่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุที่พบร้อยละ 82.93 และพบไม่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุร้อยละ 72.57 กลุ่มไม่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุร้อยละ 75.65

3. ปัญหาทางสุขภาพผู้สูงอายุเป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ จากการประเมินสุขภาพ

(Geriatric assessment) พบปัญหาสุขภาพ 5 อันดับแรกในกลุ่มเป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ ได้แก่ สายตาผิดปกติ ร้อยละ 89.38 มีโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 34.51 ระดับความดันซิสโตลิกมากกว่า 140 มม.ปรอท ร้อยละ 28.32 มีความเสี่ยงโรคหัวใจหลอดเลือด ร้อยละ 27.43 และมีความผิดปกติของสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 11.50 ส่วนปัญหาสุขภาพ 5 อันดับแรกในกลุ่มไม่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ ได้แก่ สายตาผิดปกติร้อยละ 93.38 มีโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 32.75 ระดับความดันซิสโตลิกมากกว่า 140 มม.ปรอท ร้อยละ 32.75 มีความเสี่ยงโรคหัวใจหลอดเลือด ร้อยละ 24.39 และมีความผิดปกติของสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 25.09

4. **การเปรียบเทียบปัญหาทางสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ** จากการเปรียบเทียบปัญหาทางสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า ความดันโลหิต(ค่าบน) ระดับน้ำตาลในเลือด ความผิดปกติของสุขภาพช่องปากและระดับความซึมเศร้า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ มีสุขภาพที่ดีกว่า ดังตาราง 1 และ 2

ตาราง 1 การเปรียบเทียบปัญหาทางสุขภาพผู้สูงอายุเป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ ในกลุ่ม Parametric

ตัวแปร	เป็นสมาชิก		ไม่เป็นสมาชิก		df	t	p-value	95% CI	
	mean	S.D.	mean	S.D.				lower	upper
BPบน	128.32	18.59	134.29	18.36	398	-2.914	.004	-9.98919	-1.94131
BPล่าง	72.53	9.88	75.07	12.44	398	-1.936	.054	-5.10522	.03852
FBS	103.31	22.30	121.54	32.78	398	-5.432	.000	-24.82065	-11.62901
TUGT	28.02	7.89	27.71	8.42	398	.340	.734	-1.49585	2.12037

ตาราง 2 การเปรียบเทียบปัญหาทางสุขภาพผู้สูงอายุเป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ ในกลุ่ม Non - Parametric

ตัวแปร	Z	p - value
มีความเสี่ยงโรคหัวใจหลอดเลือด	-1.334	.182
สายตาผิดปกติ(เห็นระดับต่ำกว่า 6/6)		
ขวา	-1.345	.179
ซ้าย	-1.345	.179
ความผิดปกติของสุขภาพช่องปาก	-2.346	.003
โรคซึมเศร้า:9คำถาม(9Q)	-2.346	.019
ระดับภาวะหกล้ม	-8.76	.381
ภาวะกลั้นปัสสาวะ:	-.441	.659
โรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก	-.784	.433
ภาวะสมองเสื่อม	-.336	.737

สรุปและอภิปรายผล

การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุหลังกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี พบปัญหาสุขภาพ 5 อันดับแรกในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ ได้แก่ สายตาผิดปกติ มีโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ระดับความดันซิสโตลิกมากกว่า 140 มม.ปรอท มีความเสี่ยงโรคหัวใจหลอดเลือด และมีความผิดปกติของสุขภาพช่องปาก ต่างจากการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลหญ้าปล้อง อำเภอเมือง จังหวัด ศรีสะเกษ [13] ปัญหาสุขภาพพบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม การมองเห็น ปัญหาการเคลื่อนไหว ถึงแม้ว่ากลุ่มอาการเหล่านี้บางอาการไม่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ แต่ถ้ามีการวางแผนดูแลและการเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบแล้วสามารถป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากกลุ่มอาการดังกล่าวได้ การศึกษานี้ยังทำให้ทราบว่าผู้สูงอายุที่เป็น

สมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุอำเภอบุณฑริกและจบหลักสูตรส่งเสริมสุขภาพ มีค่า ความดันโลหิต(ค่าบน) ระดับน้ำตาลในเลือด ความผิดปกติของสุขภาพช่องปากและระดับความซึมเศร้า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ มีสุขภาพที่ดีกว่าผลที่ได้มีทิศทางเดียวกันในหลายการศึกษา ได้แก่ การศึกษาผลการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย สุข 5 มิติ โรงเรียนผู้สูงอายุนาผาง ตำบลห้วย อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ [19] พบว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพช่องปากและฟันมีฟันใช้งานได้ อย่างน้อย 20 ซี่ โดยมีฟันหลัก 4 คู่พบมากที่สุด (ร้อยละ 61.05) มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 12.63) มีปัญหาสมองเสื่อม (ร้อยละ 3.16) มีความเสี่ยงในการหกล้ม (ร้อยละ 68.42) หลังการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ สุขภาพช่องปากและฟันภายหลังได้เข้าร่วมกิจกรรมและแก้ไขพบว่าดีขึ้นมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีฟันใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ โดยมีฟันหลัก 4 คู่ฟันสบกันมากขึ้น(ร้อยละ 71.58) ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 100) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อม มีจำนวนลดลง (ร้อยละ 1.05) ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มไม่มีความเสี่ยงมีจำนวน เพิ่มมากขึ้น(ร้อยละ 78.97) และผลการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองหัวแรต อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา [20] พบหลังเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทุกด้านอยู่ในระดับดีมาก มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณมากที่สุด ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหลังเข้าโรงเรียนสูงกว่าก่อนเข้าโรงเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ศึกษาการพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลศรีวิไล อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ [15] ตามโปรแกรม 16 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมให้อยู่ ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ70.58 โรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 84.6 ผู้ที่มีอาการปวดข้อเข่ามีอาการดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 83.3 ผู้ที่มีอารมณ์ซึมเศร้า ประเมินคะแนน 2Q ปกติคิดเป็นร้อยละ100 แม้บางการศึกษาจะประเมินประเด็นแตกต่างกันแต่ก็มีทิศทางที่ดีขึ้นเช่นกัน ทำให้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุอำเภอบุณฑริก เป็นอีกทางเลือกที่จะช่วยชะลอความรุนแรงของโรคในผู้สูงอายุ

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายข้อ ประการแรกขาดการประเมินสุขภาพก่อนการเรียนหลักสูตรส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion program) หรือการประเมินซ้ำในรอบปีมีเพียงการประเมินผลหลังสิ้นสุดการเรียนตามหลักสูตร ประการที่สองเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินมีความเฉพาะจึงต้องมีการอบรมทีมตรวจสุขภาพและเก็บข้อมูล รวมทั้งการประเมินต้องใช้เวลานานและมีความละเอียดรอบครอบ ผู้วิจัยแก้ไขข้อจำกัดนี้โดยมีทีมตรวจสุขภาพทีมเดียวมีมาตรฐานการตรวจเดียวกันทุกกลุ่ม ซึ่งผลที่ได้เป็นเพียงการประเมินเบื้องต้น ให้แพทย์ประกอบการวินิจฉัยที่เฉพาะอย่างละเอียดต่อไป ประการที่สามอาจมีข้อมูลผิดพลาดจากการรายงานความผิดปกติของผู้ป่วยที่เป็นการถามอาการของผู้ป่วย เช่น ประวัติการมีปัสสาวะเล็ด ปัสสาวะราด อาการเบื่อ ไม่สบายใจ พูดช้า คิดทำร้ายตนเอง บางอาการอาจต้องมีการตรวจประเมินเพิ่มเติมเพื่อยืนยัน เช่น อาการหลงลืม ประการที่สี่การศึกษานี้เป็นเพียงการประเมินเฉพาะมิติในด้านสุขภาพเท่านั้น ควรมีการประเมินปัญหาผู้สูงอายุในมิติของการช่วยเหลือตนเอง มิติทางสังคมร่วมด้วย ประการที่ห้าขาดการเปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพพื้นฐานของทั้งสองกลุ่มก่อนและหลังเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าความแตกต่างของผลการประเมินมาจากการกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุได้ผ่านการเรียนตามหลักสูตรอย่างต่อเนื่องหรือเกิดมาจากลักษณะเฉพาะของกลุ่มตัวอย่างเอง แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ก็มีประโยชน์ทำให้ ผู้สูงอายุได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษา และฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมและตรงกับสภาพปัญหา ผู้วิจัยได้ทราบข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อประกอบการวางแผนดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอบุณฑริกต่อไป

การศึกษานี้สรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุและจบหลักสูตรส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion program) มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพตามผลการประเมินสุขภาพ(Geriatric assessment) ในเรื่องระดับความ

ดันไดแอสโทลิก ระดับน้ำตาลในเลือด สุขภาพช่องปาก และอาการโรคซึมเศร้า ต่ำกว่ากลุ่มไม่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ ดังนั้นการมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุอำเภอบุณฑริกเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยชะลอความรุนแรงของโรคในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษานี้ทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทอำเภอบุณฑริก สามารถใช้ข้อมูลเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและการพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น

2. องค์กรปกครองท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุขและเครือข่ายผู้สูงอายุ สามารถนำข้อมูลนี้ประกอบการทำแผนพัฒนาระบบการจัดการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทของคนในชุมชนต่อไป

3. การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุร่วมด้วย

4. ควรศึกษาภาวะสุขภาพในแต่ละประเด็นสุขภาพในเชิงลึกที่เฉพาะ เพื่อการพัฒนาการดูแลที่เฉพาะเจาะจงกับประเด็นปัญหาต่างๆ ได้มากขึ้น

5. ควรมีการส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรมให้เกิดความยั่งยืน ต่อเนื่องและมีการนำรูปแบบนี้ไปจัดกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุทุกพื้นที่ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณทีมตรวจสุขภาพโรงพยาบาลบุณฑริก ที่ให้ความช่วยเหลือในการออกประเมินภาวะสุขภาพ และ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย รวมถึงท่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์และพิจารณาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย รวมถึงขอขอบพระคุณผู้สูงอายุอำเภอบุณฑริกที่ร่วมมือเป็นอย่างดีในการเข้าร่วมกิจกรรมและเอื้ออำนวยให้การวิจัยเสร็จสิ้นได้อย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. มิเตอร์ประเทศไทย[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562 [cited 1 พ.ย. 2562]. Available from: http://www.Thailandometers.mahidol.ac.th/.

2.กรมการแพทย์. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก; 2558.

3.กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ, กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ, กองส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ, กองบริหารกองทุนผู้สูงอายุ. คู่มือโรงเรียนผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ; 2559.

4.งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทย. ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทย[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย ; 2561 [cited 1 ธ.ค. 2561]. Available from:http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/about/soongwai/topic002.php.

5.ประเสริฐ อัสสันตชัย. หลักพื้นฐานทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ใน: ประเสริฐ อัสสันตชัย, บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยนครีเอชั่น; 2552. หน้า 1-14.

6.ประเสริฐ อัสสันตชัย. การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา. ใน: วันชัย วนะชิวนาวิน, สุทิน ศรีอัษฎาพร,วันชัย เดชสมฤทธิ์ฤทัย, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์: โรคตามระบบ. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน; 2552. หน้า 753-73.

7.ประเสริฐ อัสสันตชัย. การบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทยในระดับปฐมภูมิ. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2552;6:37-4.

8.งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทย. มาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย ;2561 [cited 1 ธ.ค. 2561]. Available from:http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/about/soongwai/topic003.php.

9. งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทย. การช่วยเหลือดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย ; 2561 [cited 1 ธ.ค. 2561]. Available from:http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/about/soongwai/topic006.php.

10.เบญจพร สุธรรมชัย, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, นภัส แก้ววิเชียร. การสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2558;24:1018-29.

11.เชียง เภาชิต, พรรณราย เทียมทัน. การพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์. สุทธิทัศน์ 2559;30:112-27.

12.พัฒธมณฑ์ แก้วแสง. การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก [พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชกาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2560.

13.พุทธิพร พิธานธนานุกูล. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลหญ้าปล้อง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ. Nursing Journal 2018;45(1):12-25.

14.จามรี พระสุนิล. การส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ชุมชน ดงมะดะ จังหวัดเชียงราย. Area Based Development Research Journal 2018;10(4):270-279.

15.อุบล นววงศ์เสถียร. การพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลศรีวิไล อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ. Journal of Health Science and Community Public Health. 2018;1(1):70-81.

16.สวรรยา ธรรมอภิพล, นันทิชา อ่อนละมัย, จรรยาพร ตันเจริญ. ปัจจัยความสำเร็จของชมรมผู้สูงอายุบ้านไร่แค จังหวัดเพชรบุรี. Veridian E-Journal, Silpakorn University 2018;11:352-65.

17.ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, อมรรัตน์ รัตนสิริ, บังอรศรี จินดาวงค์, ไพรินทร์ เนธิบุตร, ลำดวน วัชนะปาน, ชนกานต์ จันทะคุณ และคณะ. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอาศัยในชุมชนชานเมือง จังหวัดขอนแกน. ศรีนครินทร์เวชสาร 2561;33:153-60.

18.ปิติพร สิริทิพากร, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, ดุจปรารถนา พิศาลสารกิจ , เพ็ญศรี เชาว์พานิชย์เวช , ไพฑูรย์ เหล่าจันทร์ , สุทิศา ปิติญาณ และคณะ. ความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุและลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช. Journal of Nursing and Health Care. 2019;37(3):20-9.

19.ทะนงศักดิ์ มุลจันดา. ผลการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยสุข 5 มิติ โรงเรียนผู้สูงอายุนาผาง ตำบลห้วย อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ. Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong. 2018;2(2):14-29.

20.ทิพวรรณ พุฒดอน. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองหัวแรต อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2562;3(2):73-89.

21.Yamane T. Statistics: An introductory analysis. New York: Harper and Row; 1967.

การบำบัดผู้ติดยาเสพติดด้วยสมาธิบำบัดร่วมกับแมทริกซ์โปรแกรม จังหวัดอุบลราชธานี

The Rehabilitation Therapy for Drug Dependency Patients by the Meditation Teaching in combination with the Matrix Intensive Outpatient Program at the Province of Ubonratchathani

พิทักษ์พงษ์ จันทร์แดง[1]

Pitukpong Jandang[1]

(Received: February 15,2020 ; Accepted: March 10 ,2020)

บทคัดย่อ

การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการบำบัดผู้ติดยาเสพติดด้วยสมาธิบำบัดร่วมกับแมทริกซ์โปรแกรม และติดตามผลการดูแลต่อเนื่องผู้ติดยาเสพติดที่เคยผ่านการบำบัดครบเกณฑ์ของการใช้สมาธิบำบัดร่วมกับแมทริกซ์โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยสมาธิบำบัดร่วมกับแมทริกซ์โปรแกรม โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2558-2561 โดยสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 174 ราย เพศชายร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 23.45±3.22 ปี สถานภาพโสดร้อยละ 83.33 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 38.51 ยาเสพติดที่ใช้หลัก ได้แก่ ยาบ้าร้อยละ 97.70 และ กัญชาร้อยละ 2.30 เป็นผู้เข้ารับการบำบัดรายใหม่ร้อยละ 92.53 ผ่านการบำบัดครบร้อยละ 58.62 และ หยุดการบำบัดรักษาก่อนกำหนด ร้อยละ 41.38 สาเหตุของการหยุดการบำบัดรักษาก่อนกำหนดที่พบมากที่สุด ได้แก่ ไม่มาร่วมกิจกรรมการบำบัดรักษานานกว่า 3 สัปดาห์ ร้อยละ 13.79 มีการย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยร้อยละ 8.62 ผู้รับการบำบัดครบผ่านเกณฑ์กำหนดและหยุดสารเสพติดขณะจำหน่ายร้อยละ 100 ผู้เสพยาเสพติดหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจากการบำบัดรักษาครบตามกำหนด (3 month Remission rate) ร้อยละ 95.10 ผู้ติดยาเสพติดคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนดและการติดตามดูแลต่อเนื่องภายใน 1 ปี (1 year Retention Rate) ร้อยละ 100 ผู้รับการบำบัดครบผ่านเกณฑ์กำหนดหยุดสารเสพติดหลังติดตามต่อเนื่อง 1 ปี (12 month Remission rate) ร้อยละ 91.18

คำสำคัญ : ยาเสพติด, การบำบัดผู้ติดยาเสพติด, ผู้ติดยาเสพติด, สมาธิบำบัด, แมทริกซ์โปรแกรม

Abstract

This retrospective descriptive study aim to evaluate the outcome of the program and to follow up with subjects who have completed the treatment according to the criteria. A sample collected from dependent patients who had been rehabilitated at the Sirindhorn Hospital in the Province of Ubonratchathani, between the years of 2015-2018. Purposive random sampling according to the specified qualifications was utilized in this study.

Results : The research determined that in the total sample size of 174 subjects, the following statistics were relevant. 100% of the subjects were male, the average age was 23.45 years (SD=3.22), 83.33% of the subjects had a single status, and 38.51% had graduated with a secondary education. Also determined was that the main drug abused by the subjects was amphetamine at a rate of 97.70% and marijuana at a rate of 2.30%. 92.53% of the subjects were new patients, with a program completion rate of 58.62%, while a rate of 41.38% had stopped attending a program. The most common reasons given for failing to complete a program are as follows: 13.79% didn't participate in the treatment activities for more than three weeks; 8.62% changed their residences and 100% of the subjects had been completely rehabilitated and had stopped using a drug. If the subject stopped taking drugs continuou sly for three months after the treatment was completed, (this factor is referred to the three month remission rate) this rate wa s calculated at 95.10%; subjects who had completed a program and undergone continuous monitoring for a period of one year (this factor is ref erred

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

to as the one year retention rate) was calculated at 100% and patients had completed programs and stopped their drug use after a continuous follow up of one year (this factor is referred to as the twelve month remission rate) was calculated at 91.18 %.

Key words: Drug abuse, Rehabilitation,Drug dependences patients, Meditation, The Matrix Intensive Outpatient Program.

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญในระดับชาติที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิตและทรัพย์สิน ทั้งต่อตัวผู้เสพ ครอบครัว และสังคมรอบข้าง บางรายมีอาการทางจิตประสาทและเสียชีวิต การติดยาเสพติด ถือเป็นโรคที่เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสารสื่อประสาทในสมองที่เรียกว่าโดปามีน ทำให้ระบบและกลไกการทำงานของสมองผิดปกติ ต้องใช้ยาเสพติดเป็นตัวกระตุ้นการทำงาน เกิดความต้องการยาเสพติด แบบควบคุมไม่ได้ มีอาการถอนยาเมื่อหยุดใช้ และต้องการยาเสพติดในปริมาณที่มากขึ้นหรือที่เรียกว่าดื้อยา จึงเรียกการติดยาเสพติดว่า “โรคสมองติดยา” ซึ่งหมายรวมถึงยาเสพติด และสารเสพติดทุกชนิดทั้งที่ผิดกฎหมายและถูกกฎหมาย เมื่อผู้เสพติดยาเสพติดถือเป็นผู้ป่วย จึงเป็นบทบาทภารกิจโดยตรงของกระทรวงสาธารณสุขที่จะต้องแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน (แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขายาเสพติด,2561)[1] ยาเสพติดที่เป็นปัญหาแพร่ระบาดหลัก คือ ยาบ้า รองลงมาคือกัญชา พืชกระท่อม ไอซ์และเฮโรอีน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากในอดีต โดยประชากรที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ทั้งในมิติของการเสพและกระทำความผิดที่มีอายุไม่เกิน 24 ปี มีสัดส่วนสูง โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 40 ยังอยู่ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 70 ของผู้เข้าไปเกี่ยวข้องมีอาชีพรับจ้าง แรงงานและเกษตรกร(ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ,2561)[2] การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเป็นอีกหนึ่งบริการที่สำคัญของสถานพยาบาลที่จะตอบสนองปัญหาของประเทศชาติและประชาชน

สถานการณ์ยาเสพติดในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ปี 2557 ถึง ปี 2558 พบว่ามีแหล่งพักยาเสพติดโดยเฉพาะยาบ้า และ ไอซ์ ที่สำคัญอยู่ในพื้นที่ฝั่งประเทศเพื่อนบ้านตรงข้ามอำเภอชายแดน จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งผู้ค้ายาเสพติดฝั่งประเทศเพื่อนบ้านจะลักลอบลำเลียงมาพักไว้ตามหมู่บ้านชายแดนริมฝั่งแม่น้ำโขงและชายแดนส่วนที่เป็นพื้นดินในพื้นที่ชุมชนตลาดวังเต่าฝั่งตรงข้ามจุดผ่านแดนถาวรช่องเม็ก อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี (สถานการณ์ยาเสพติดในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ปี 2557 - 2558) ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาการบำบัดผู้ติดยาเสพติดด้วยสมาธิบำบัดร่วมกับแมทริกซ์โปรแกรม จังหวัดอุบลราชธานี โดยทำการศึกษาในเขตอำเภอสิริธร จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการผสมผสานระหว่างรูปแบบการบำบัดผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกตามรูปแบบจิตสังคมบำบัด (The Matrix intensive Outpatient Program) ที่พบว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาโดยวิธีนี้และอยู่ในโปรแกรมจนครบสามารถเลิกเสพยาร้อยประมาณร้อยละ 70 ซึ่งถือว่ามีประสิทธิภาพสูง ประเทศไทยนำมาใช้ตั้งแต่ ปี 2543[3] กับ สมาธิบำบัด (Meditation) ตามแนวคิด ดร.มาซารุ อีโมโตะ (Dr.Masaru Emoto) ที่โด่งดังไปทั่วโลกในหนังสือสาส์นจากวารี (Messages from Water) พบว่ารูปผลึกน้ำมีความสวยงามและหลากหลายตามสภาวะสิ่งแวดล้อม ความมหัศจรรย์แห่งน้ำกับการสวดมนต์นี้ ยังมีอะไรบางสิ่งบางอย่างที่ซ่อนไว้อีกมาก เกินที่เราคาดคิดไว้ ดร.มาซารุ อีโมโตะ รองทดลองกับเสียงดนตรีที่มีความรุนแรง จนไปถึงทำนองคลาสสิค รูปร่างของผลึกก็มีผลกระทบเปลี่ยนแปลงไปตามทำนองของเพลง จนมาถึงการทดลองกับเสียงบทสวดมนต์ความมหัศจรรย์ก็ได้เกิดขึ้นอีกครั้ง โดย เกิดผลึกน้ำที่มีความสวยงาม งดงาม กว่าการทดลองที่ผ่านมา ร่างกายคนเราประกอบด้วยน้ำถึง 70 % เพราะน้ำเป็นองค์ประกอบของเซลล์ทุกเซลล์ ดังนั้น ถึงเรา คิดดี พูดดี ทำดี “รับ” และ “ให้” ในสิ่งดี ๆ สิ่งเหล่านี้จะเป็นผลดีกับตัวเราแน่นอน เป็นการแชร์ประสบการณ์ว่า สุขภาพกาย (Physical Health) สุขภาพใจ (Mental Health) และสุขภาพจิตวิญญาณ (Spiritual Health) เป็นสามส่วนที่เกี่ยวพันกันอย่างแนบแน่น ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การสวดมนต์ นั่งสมาธิ เล่นโยคะ ฟังเพลงคลาสสิก อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยดังนั้นการทำจิตใจให้สงบเหล่านี้ย่อมช่วยให้สุขภาพร่างกายดีขึ้นไปด้วยอย่างแน่นอน[4] เป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขายาเสพติดโดยการบำบัดให้ความรู้ตามแมทริกซ์โปรแกรมและแทรกธรรมะของพุทธศาสนาทุกครั้ง จนครบ 16 ครั้ง ในระยะ 4 เดือน เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูจากสถานพยาบาลในรูปแบบที่มีคุณภาพมาตรฐาน ได้รับการดูแลติดตามผู้ป่วยยา

เสพติดเริ่มตั้งแต่ก่อนการบำบัดฟื้นฟู และระหว่างการบำบัดและติดตามหลังการบำบัดรักษาต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลที่ดีจากการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ป้องกันการเสพติดซ้ำ สามารถอยู่ในสังคมปกติสุขโดยไม่พึ่งพายาเสพติด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลการบำบัดผู้ติดยาเสพติดด้วยสมาธิบำบัดร่วมกับแมทริกซ์โปรแกรม

2. เพื่อติดตามผลการดูแลต่อเนื่องผู้ติดยาเสพติดที่เคยผ่านการบำบัดครบเกณฑ์ของการใช้สมาธิบำบัดร่วมกับแมทริกซ์โปรแกรม

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยสมาธิบำบัดร่วมกับแมทริกซ์โปรแกรม ที่กลุ่มสิรินธรบ่ออนซอนยาเสพติด โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยสมาธิบำบัดร่วมกับแมทริกซ์โปรแกรม ที่กลุ่มสิรินธรบ่ออนซอนยาเสพติด โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2558-2561 จำนวน 174 ราย โดยสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive random sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้ **เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)** 1) ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับบริการด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด 2) คะแนนประเมินตามแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ. V2) คะแนนเท่ากับ 27 ขึ้นไป(กลุ่มผู้ติด) 3) ผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา 4) ผู้ป่วยที่สามารถติดตามผลการรักษาได้อย่างน้อย 1 ปีหลังสิ้นสุดการบำบัด 5) ผู้ป่วยที่มีผลติดตามการบำบัดครบอย่างน้อย 1 ปี **เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)** 1) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางจิตรุนแรง 2) ผู้ป่วยมีโรคทางกายภาพที่รุนแรง 3) ผู้ป่วยมีโรคติดต่อในระยะติดต่อ 4) ผู้เสพสารกลุ่มฝิ่น (ฝิ่น มอร์ฟีน เฮโรอีน) 5) ผู้ป่วยติดสุราเรื้อรังและรุนแรง 6) เยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี 7) บุคคลที่ไม่สมัครใจในการบำบัด

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบประเมินการบำบัดผู้ติดยาเสพติดด้วยสมาธิบำบัดร่วมกับแมทริกซ์โปรแกรม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถาม เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ปัญหาทางกฎหมาย ปัญหายาเสพติดหลักที่ใช้เป็นประจำ วิธีในการใช้ยาเสพติดหลัก ระยะเวลาใช้ยาเสพติดหลัก ประเภทการบำบัดรักษาและประเภทผู้ขอรับการบำบัดรักษา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสถานภาพการจำหน่าย เป็นข้อมูลที่ผู้บำบัดเป็นผู้กรอกแบบสรุปภายใน 1 สัปดาห์หลังจากการจำหน่ายผู้ป่วยหรือสิ้นสุดการรักษา ประกอบด้วยคำถาม สถานภาพการจำหน่าย สาเหตุของการหยุดการบำบัดรักษาก่อนกำหนด ผลการตรวจปัสสาวะ และการเสพยาเสพติดซ้ำ

1.2 แบบติดตามผลการบำบัดผู้ติดยาเสพติดด้วยสมาธิบำบัดร่วมกับแมทริกซ์โปรแกรม แบบติดตามนี้พัฒนาจากคู่มือผู้ปฏิบัติงาน (Therapist manual) การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ปี 2555 [3] และแบบรายงานการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง (บสต.5) [18] จะติดตามผลผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการบริการ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี โดยติดตามผลตรวจปัสสาวะและการเสพยาเสพติดซ้ำ รวมทั้งประเมิน 9 หัวข้อ ดังนี้ การเสพยาบ้า การใช้สุราสารเสพติดผิดกฎหมายอื่นนอกจากยาบ้า สุภาพทางกาย ปัญหาทางจิตเวช สัมพันธภาพของครอบครัว การงาน/การเรียน ปัญหาทางกฎหมาย การวางแผนในชีวิตประจำวัน และภาพรวมขององค์ประกอบทั้งหมดข้างต้น การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ 1.00-9.99 คะแนน หมายถึงต้องปรับปรุง 10.00-18.99 คะแนน หมายถึงอยู่ในเกณฑ์พอใช้ 19.00-27.99 คะแนน หมายถึงอยู่ในเกณฑ์ดี 28.00-36.99 คะแนน หมายถึงอยู่ในเกณฑ์ดีมาก 37.00-45.00 คะแนน หมายถึง อยู่ในเกณฑ์ดีที่สุด

1.3 แบบสำรวจความพึงพอใจการบำบัดผู้ติดยาเสพติดด้วยสมาธิบำบัดร่วมกับแมทริกซ์โปรแกรม พัฒนาจากคู่มือผู้ปฏิบัติงาน (Therapist manual) การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ปี 2555 [14] ประกอบด้วยคำถามที่มีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วน (Rating Scale) โดยกำหนดระดับการวัดข้อมูลแบบอันตรภาคชั้น (Interval Scale) แบ่งระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ เกณฑ์การแปลตามคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ 4.21 - 5.00 คะแนน มีความพึงพอใจมากที่สุด 3.41 - 4.20

คะแนน มีความพึงพอใจมาก 2.61 - 3.40 คะแนน มีความพึงพอใจปานกลาง 1.81 - 2.60 คะแนน มีความพึงพอใจน้อย 1.00 - 1.80 คะแนน มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

2. การบำบัดผู้ติดยาเสพติดด้วยสมาธิบำบัดร่วมกับแมทริกซ์ [13]

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมการ

1.เตรียมทีมที่รับผิดชอบในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ได้แก่ แพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข(อัตรากำลังสำรอง) พยาบาลบำบัดและฟื้นฟูยาเสพติด(อัตรากำลังหลัก) เภสัชกร เจ้าหน้าที่ชันสูตร เครือข่ายบริการสุขภาพ(สสอ.,รพสต.)

2.จัดทำคู่มือ/วิธีปฏิบัติด้านการบำบัดรักษาผู้ใช้ยาและสารเสพติด

ขั้นตอนที่ 2 การคัดกรอง

1. สำนักงานตำรวจแห่งชาติดำเนินการค้นหา ชักชวน และติดตามผู้เสพผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่การบำบัด

2.การคัดกรองเพื่อประเมินสภาพการเสพติด โดยหน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ได้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน ดำเนินการประเมินคัดกรองผู้เสพผู้ติดยาเสพติด เพื่อประเมินสภาพการเสพติดและนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูให้เหมาะสม กับประวัติและพฤติการณ์ของผู้เสพติดด้วยแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ. V2) (ภาคผนวก) แบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนน 2–3 แปลความหมาย กลุ่มผู้ใช้ คะแนน 4–26 แปลความหมายกลุ่มผู้เสพ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 27 ขึ้นไปแปลความหมายกลุ่มผู้ติด

3.จัดทำแบบการบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละบุคคล

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดฟื้นฟู

3.1 กิจกรรมการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอกรูปแบบ 16 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งในระยะเวลา 120 วัน (4เดือน)

สัปดาห์ที่ 1-2 กิจกรรมคุณประโยชน์การสวดมนต์สมาธิ สนทนาธรรม และการฝึกปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 1 บทสวดมนต์ (บทสรรเสริญพระพุทธคุณของหลวงพ่อจรัล วัดอัมพวัน)

กิจกรรมที่ 2 การฝึกปฏิบัติสมาธิ

กิจกรรมที่ 3 การเดินจงกรม

กิจกรรมที่ 4 ความรู้การตั้งครรภ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิจกรรมที่ 5 กฎของไตรลักษณ์ คือทุกขัง อนิจจัง และอนัตตา

สัปดาห์ที่ 3-16 ฝึกปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 6 สวดมนต์เกินอายุไป 1 จบ ทุกวัน เช้า–เย็น ที่บ้าน

กิจกรรมที่ 7 ผู้ปกครองหรือญาติ ควบคุมการสวดมนต์ของผู้ป่วยที่บ้าน

กิจกรรมที่ 8 เขียนบันทึกประจำวันทุกวันตอนตื่นนอนและก่อนเข้านอนว่าสวดมนต์สรรเสริญพุทธคุณทำทุกวันจนกว่าจะจบการบำบัด (4 เดือน)

กิจกรรมที่ 9 ตรวจสมุดบันทึกทุกครั้งที่มาบำบัด

3.2 โปรแกรมการบำบัดผู้ติดยาเสพติดด้วยแมทริกซ์โปรแกรม

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมโรคสมองติดยา พิษภัยของยาเสพติด

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมตัวกระตุ้นและการอยากยา (ความรู้สำรวจผู้ป่วยและญาติ)

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมระยะของการเสพติดและเส้นทางสู่การเลิกยา (สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว)

สัปดาห์ที่ 4-5 กิจกรรมปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยๆในการเลิกยาระยะเริ่มต้น ความคิดอารมณ์ พฤติกรรมที่เกี่ยงข้องกับการเสพยาหรือเลิกเสพ

สัปดาห์ที่ 6-7 กิจกรรมการหาเหตุผลในการกลับไปใช้ยาระยะแรก

สัปดาห์ที่ 8-9 กิจกรรมภาวะอารมณ์อันตรายที่ทำให้กลับไปใช้ยาสำหรับผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 10-11 กิจกรรมเวลาหยุดพักและการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ

สัปดาห์ที่ 12-15 กิจกรรมหยุดเสพยาทีละวัน

สัปดาห์ที่ 16 กิจกรรมประเมินผู้ป่วย

หมายเหตุ *การทำกิจกรรมในแต่ละหัวข้อมีความยืดหยุ่นเป็นสัมพันธภาพระหว่างผู้เข้ารับการบำบัดและผู้บำบัด และมีการประเมินผลทุกหัวข้อที่ทำกิจกรรมโดยให้ผู้รับการบำบัดมีส่วนร่วม*

ขั้นตอนที่ 4 การติดตาม ทีมที่รับผิดชอบในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดร่วมกับเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านของผู้ป่วยร่วมกันติดตามผู้ป่วยตามรูปแบบต่าง ๆ ดังนี้ การเยี่ยมบ้าน การเยี่ยมที่ทำงานของผู้เลิกยาเสพติด การนัดให้มาพบที่สถานพยาบาล การติดต่อผ่านบุคคลอื่น การติดต่อทางไปรษณีย์ การติดต่อทางโทรศัพท์ ไม่ว่าจะติดตามด้วยวิธีใดก็ตามจะดำเนินการเป็นระยะ ๆ ตามความเหมาะสม ทุกเดือนที่ 1 , 3 , 6 , และ 12 (อย่างน้อย 4 ครั้งใน1ปี) หากพบว่ามีปัญหาอาจจะเพิ่มความถี่ในการติดตามได้ตามความจำเป็น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยสมาธิบำบัดร่วมกับแมทริกซ์โปรแกรม โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2558-2561 จำนวน 174 ราย ข้อมูลหลักเป็นเพศชายร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 23.45 ± 3.22 ปี สถานภาพโสดร้อยละ 83.33 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 38.51 รองลงมาคือประถมศึกษาร้อยละ 35.63 ประวัติมีปัญหาทางกฎหมายร้อยละ 91.95 ยาเสพติดที่ใช้หลัก ได้แก่ ยาบ้าร้อยละ 97.70 และ กัญชาร้อยละ 2.30 และใช้ยาเสพติดนาน 1-2 ปีร้อยละ 53.45 ระบบบังคับบำบัดรักษาร้อยละ 91.95 เป็นผู้รับการบำบัดรายใหม่ร้อยละ 92.53

2. ข้อมูลสถานภาพการจำหน่าย ข้อมูลสถานภาพการจำหน่ายตามเกณฑ์การใช้สมาธิบำบัดร่วมกับแมทริกซ์โปรแกรมปี 2558-2561 ผ่านการบำบัดครบร้อยละ 58.62 และหยุดการบำบัดรักษาก่อนกำหนด ร้อยละ 41.38 สาเหตุของการหยุดการบำบัดรักษาก่อนกำหนดที่พบมากที่สุด ได้แก่ ไม่มาร่วมกิจกรรมการบำบัดรักษานานกว่า 3 สัปดาห์ ร้อยละ 13.79 มีการย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยร้อยละ 8.62 และถูกให้ออกจากกระบวนการบำบัดร้อยละ 7.47 ตามลำดับ พบว่ามีผู้รับการบำบัดครบผ่านเกณฑ์กำหนดและหยุดสารเสพติดขณะจำหน่ายร้อยละ100

3. การติดตามผลหลังสิ้นสุดการบริการ ข้อมูลการติดตามผู้รับการบำบัดครบตามเกณฑ์ พบว่า หลังติดตามต่อเนื่อง 3 เดือน ผลการตรวจปัสสาวะไม่พบสารเสพติดร้อยละ 95.10 พบสารเสพติดร้อยละ 4.90 ไม่พบการเสพยาเสพติดซ้ำร้อยละ 95.10 มีการเสพยาเสพติดซ้ำร้อยละ 4.90 และหลังติดตามต่อเนื่อง 1 ปี พบผลการตรวจปัสสาวะไม่พบสารเสพติดร้อยละ 91.18 พบสารเสพติดร้อยละ 8.82 ไม่พบการเสพยาเสพติดซ้ำร้อยละ 91.18 มีการเสพยาเสพติดซ้ำร้อยละ 8.82 การติดตามต่อเนื่องครบ 1 ปี ตาม 9 หัวข้อได้ค่าเฉลี่ยคะแนนการติดตามหลังสิ้นสุดการบริการเท่ากับ 42.78 ± 0.37 (อยู่ในเกณฑ์ดีที่สุด) แบ่งตามหัวข้อที่ใช้ประเมินได้ดังนี้

3.1 การเสพยาบ้า พบไม่เสพเลยร้อยละ 91.18 รองลงมาคือเสพมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งใน 1 เดือน ร้อยละ 3.92 และเสพไม่ติดต่อกันน้อยกว่า 3 ครั้ง ใน 4 เดือน ร้อยละ 2.94

3.2 การใช้สุราสารเสพติดผิดกฎหมายอื่น พบไม่เสพเลยร้อยละ 89.22 รองลงมาคือเสพไม่ติดต่อกันน้อยกว่า 3 ครั้งใน 4 เดือน ร้อยละ 10.78

3.3 สุภาพทางกาย พบสุขภาพดีและสนใจดูแลสุขภาพของตนเองร้อยละ 96.08 รองลงมาคือสุขภาพดีร้อยละ 2.94 และเจ็บป่วยบ่อยร้อยละ 0.98

3.4 ปัญหาทางจิตเวช พบไม่มีความเครียดร้อยละ 85.29 รองลงมาคือมีความเครียดและสามารถจัดการกับความเครียดได้ร้อยละ 11.76 และมีความเครียดและไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ร้อยละ 196

3.5 สัมพันธภาพของครอบครัว พบมีปฏิสัมพันธ์กันดีร้อยละ 85.29 ต่างคนต่างอยู่ไม่ใส่ใจกันร้อยละ 8.82 และไม่ปฏิสัมพันธ์กันแต่ให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาร้อยละ 4.90

3.6 การงาน/การเรียน พบมีความรับผิดชอบต่องาน/การเรียนดีร้อยละ 49.02 รองลงมาคือมีปัญหาในการทำงาน/การเรียนบ้างร้อยละ 33.33 และมีความรับผิดชอบต่องาน/การเรียนพอใช้ร้อยละ 11.76

3.7 ปัญหาทางกฎหมาย พบไม่มีคดีความเลยร้อยละ 91.18 รองลงมาคือรอลงอาญาหรือถูกภาคทัณฑ์ร้อยละ 6.86 และมีความผิดปกติเกี่ยวกับการเสพยาแต่ไม่เป็นผู้ค้ายาร้อยละ 1.96

3.8 การวางแผนในชีวิตประจำวัน พบมีการวางแผนและสามารถปฏิบัติตามแผนได้ดีร้อยละ 94.12 รองลงมาคือมีการวางแผนและสามารถปฏิบัติตามแผนได้บ้างร้อยละ 3.92 และมีการวางแผนแต่ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนได้เลยร้อยละ 1.96

3.9 ภาพรวมขององค์ประกอบทั้งหมด พบสามารถรับผิดชอบตนเองได้ร้อยละ 90.20 รองลงมาคือมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นแต่ยังต้องการความช่วยเหลือร้อยละ 4.90 และมีการเปลี่ยนแปลงบ้าง ร้อยละ 2.94

4. ความความพึงพอใจของผู้รับการบำบัด ค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจของผู้รับการบำบัดด้วยสมาธิบำบัดร่วมกับแมทริกซ์โปรแกรมระยะแรกเท่ากับ 2.98 ± 0.28 หมายถึงอยู่ในระดับพึงพอใจปานกลาง ระหว่างการบำบัดเท่ากับ 3.96 ± 0.26 หมายถึงพึงพอใจมาก เมื่อสิ้นสุดการบำบัดเท่ากับ 4.33 ± 0.21 หมายถึงพึงพอใจมากที่สุด และค่าเฉลี่ยของการประมาณค่าความพึงพอใจผู้รับการบำบัดโดยรวมเท่ากับ 3.76 ± 0.25 หมายถึงพึงพอใจมาก

5. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข การบำบัดผู้ติดยาเสพติดด้วยสมาธิบำบัดร่วมกับแมทริกซ์โปรแกรม จังหวัดอุบลราชธานี ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดทุกข้อ ดังนี้ผู้รับการบำบัด drop out ในระหว่างบำบัดร้อยละ 41.38 (เป้าหมาย $\leq$ 50%) ผู้รับการบำบัดครบผ่านเกณฑ์กำหนดและหยุดสารเสพติดขณะจำหน่ายร้อยละ 100 (เป้าหมาย $\geq$90%) ผู้เสพยาเสพติดหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจากการบำบัดรักษาครบตามกำหนด (3 month Remission rate) ร้อยละ 95.10 (เป้าหมาย $\geq$90%)ผู้ติดยาเสพติดคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนดและการติดตามดูแลต่อเนื่องภายใน 1ปี (1 year Retention Rate) ร้อยละ 100 (เป้าหมาย $\geq$80%) ผู้รับการบำบัดครบผ่านเกณฑ์กำหนดหยุดสารเสพติดหลังติดตามต่อเนื่อง 1 ปี (12 month Remission rate) ร้อยละ 91.18 (เป้าหมาย $\geq$90%)

สรุปและอภิปรายผล

การบำบัดผู้ติดยาเสพติดด้วยสมาธิบำบัดร่วมกับแมทริกซ์โปรแกรม จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการบำบัดที่ใช้แมทริกซ์โปรแกรมเป็นหลักในการหลบหลีกตัวกระตุ้นและให้ผู้ป่วยสวดมนต์ บทสรรเสริญพุทธคุณของหลวงพ่อจรัล วัดอัมพวัน จังหวัดสิงห์บุรี คือให้สวดเกินอายุไป 1 จบและ เมื่อถึงขั้นกระบวนการบำบัดก็ต้องสวดมนต์เกินอายุตนเอง 1 บท และต่อด้วยการนั่งสมาธิอีก 10 นาที ทุกครั้งก่อนที่จะแจกใบงานและกำชับให้สวดทุกวันตอนเช้าและก่อนนอน ตลอดการบำบัด 4 เดือน ตามแนวคิดเรื่องผลึกน้ำของ ดร.มาซารุ อิโมโต [4] ให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องอานิสงส์ของการสวดมนต์และนำหลักธรรมของพระพุทธศาสนาเข้ามาใช้ในการบำบัด สอดคล้องกับศึกษาของประยงค์ แสนบุราณ (2559)[17]เรื่องการใช้พุทธธรรมกับการแก้ไขปัญหายาเสพติด พบว่าธรรม 2 อย่าง ที่จะสร้างจิตให้เข้มแข็ง คือ สมถภาวนาและวิปัสสนาภาวนา การฝึกจิตอบรมจิตให้เกิดปัญญา กล่าวคือ การฝึกจิตให้เกิดความรู้แจ้งในไตรลักษณ์ (อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา) ตามความจริงของสังขาร เมื่อจิตรู้แจ้งชัดตามความเป็นจริงแล้ว จะวางตก ปลงตก ไม่ยึดมั่นถือมั่นจะเกิดพลังจากปัญญาญาณหรืออภิญญาอย่างมหาศาล เรียกว่า “ธรรมโอสถ” สามารถเยียวยารักษาโรคทางกายและทางจิตได้ โรคสมองติดยาที่เกิดจากการเสพยาเสพติดเป็นเรื่องเล็กน้อย ขอเพียงผู้เสพนั้นฝึกจิตอบรมจิตอย่างจริงจัง ให้จิตบรรลุอภิญญา เขาก็สามารถใช้พลังนี้รักษาโรคของเขาได้อย่างสบาย

การบำบัดผู้ติดยาเสพติดด้วยสมาธิบำบัดร่วมกับแมทริกซ์โปรแกรม จังหวัดอุบลราชธานีพบว่า ผู้รับการบำบัดครบผ่านเกณฑ์กำหนดหยุดสารเสพติดหลังติดตามต่อเนื่อง 1 ปี (12 month Remission rate) ร้อยละ 91.18 ใกล้เคียงการศึกษาของ สวัสดิ์ อุ่นใจและคณะ (2560) [13] ทำการประเมินการใช้แมทริกซ์โปรแกรมในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 7 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน พบผู้เข้ารับการบำบัดได้รับการติดตามตามเกณฑ์ที่กำหนดและเลิกยาเสพติดได้ร้อยละ 91.21 และการศึกษาของอัมพร สีลากุลและคณะ (2556) [16] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนด้วยคุณธรรม“รักเหนือรัก”(สาราณียธรรม6) ระดับศีล 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากหยุดได้เลิกได้ คิดเป็นร้อยละ 98.1 จะเห็นว่าผลลัพธ์ทำให้ผู้รับการบำบัดทุกคนมีความตระหนักระวังตัวเองไม่กล้าเสพซ้ำเมื่อผ่านการบำบัดสามารถเลิกเสพยาได้มากกว่าร้อยละ 90 ขึ้น จากการสำรวจความพึงพอใจผู้ป่วยมีความสุขในการที่ได้มาบำบัด ภูมิใจที่ได้มาบำบัดเรียนรู้กิจกรรมต่าง ๆ และรักเคารพผู้บำบัดเหมือนญาติผู้ใหญ่ที่ช่วยชี้ทางสว่างให้แก่เขา เมื่อบำบัดครบตามเกณฑ์เรียบร้อยแล้วก็มักมาเยี่ยมที่คลินิกเสมอและมีของที่ทำเองมาฝาก พ่อแม่ครอบครัวก็มาขอบคุณที่การบำบัดทำให้ลูกเป็นคนดีกว่าเดิมทำให้ครอบครัวมีความสุขกลับมาอีก นอกจากนี้ยังพบว่าสมาชิกผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดที่สามารถสอนคนอื่นจะจัดตั้งกลุ่ม”สิ

รินธร บ่ออนซอนยาเสติด"เป็นเครือข่ายในการป้องกันแก่กลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ทุกตำบลในอำเภอสิรินธร โดยทำตัวเป็นแบบอย่างผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดและขยันทำงานเป็นหลักในการหาเลี้ยงครอบครัวเป็นตัวอย่างที่ดี และสามารถให้คำแนะนำผู้ที่ต้องการเลิกเสพที่อยู่ในชุมชนและผู้ที่เสพซ้ำในระหว่างการบำบัด ผู้ป่วยบางส่วนจะสารภาพตัวเองและปรับปรุงตัวเองตลอดการบำบัด ส่วนผู้ที่ไม่ปรับตัวเองก็จะ Drop Out ไปทำให้การทำงานมีความสุขเพราะเป็นการทำงานกับผู้ที่ต้องการปรับปรุงตัวจริง ๆ ส่วนปัญหาที่มีผู้บำบัดบางส่วนที่คงอยู่ในระยะบำบัดรักษาไม่ครบตามเกณฑ์นั้นเนื่องจากคำสั่งของคณะรักษาความสงบแห่งชาติ(คสช.)ที่ให้คืนความสุขสู่ประชาชนโดยการให้ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลสามารถเบิกเงินค่าประกันได้ทันทีเมื่อรับการบำบัดในโรงพยาบาลโดยที่ไม่ต้องรอให้บำบัดครบ 120 วัน (เดิมต้องครบ 120 วันจึงจะเบิกเงินส่วนนี้ได้) จึงส่งผลให้ผู้เข้ารับบำบัดบางคนที่ขาดความรับผิดชอบได้รับเงินประกันแล้วไม่มารับการบำบัดให้ครบทำให้อัตราคงอยู่บำบัดครบลดลง ทางผู้ปฏิบัติงานได้แก้ไขสถานการณ์ดังนี้ (1) ประสานสำนักงานคุมประพฤติว่าไม่ควรให้ผู้เข้ารับการบำบัดเบิกเงินค่าประกันตัวถ้ายังบำบัดไม่ครบ 120วัน(แต่ยังไม่ได้รับความร่วมมือ) (2) โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยโดยตรงและญาติ (3) ส่งรายชื่อแจ้งสถานีตำรวจในพื้นที่ให้ติดตามเมื่อผู้ป่วยขาดนัด (4) ส่งรายชื่อให้ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอสิรินธร (5) แจ้งผลการบำบัดให้สำนักงานคุมประพฤติทราบโดยด่วนเมื่อไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ จะเห็นว่าปัญหาดังกล่าวยังเป็นสิ่งที่ท้าทายรอการแก้ไขหากยังไม่ย่อท้อและตั้งใจบำบัดให้ดีที่สุด

การบำบัดผู้ติดสารเสพติดเป็นการรักษาสภาพจิตใจผู้ป่วยให้แข็งแรง เมื่อจิตใจแข็งแรงก็จะสามารถควบคุมกายให้เลิกเสพยาไปได้ตลอด(ดังคำที่ว่าใจเป็นนายกายเป็นบ่าว) หน้าที่ของผู้ให้การบำบัดคือต้องทำให้จิตใจของผู้ป่วยเห็นว่ายาเสพติดเป็นสิ่งไม่ดี ถ้าคิดได้เช่นนี้แล้วจะเลิกเสพเอง

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษานี้มีจำนวนผู้ป่วยแบบสมัครใจบำบัดไม่มาก ควรประสานงานกับหน่วยงานทุกหน่วยในอำเภอเพื่อค้นหาผู้ต้องการเลิกยาเสพติดเข้ารับบำบัด

2. ควรมีเจ้าหน้าที่เพียงพอและเหมาะสมกับการปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติดของหน่วยงานทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ และเจ้าหน้าที่ซึ่งมีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งหรือนักเรียนฝึกงาน จะต้องปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาผู้ใช้ยาและสารเสพติดภายใต้การกำกับดูแล

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. ได้ทางเลือกใหม่ในการบำบัดผู้เสพยาเสพติด ที่ใช้ภูมิปัญญาตะวันออกคือพุทธศาสนาบวกกับภูมิปัญญาตะวันตกคือแมทริกซ์โปรแกรมโดยเลือกจุดเด่นของสองอย่างมารวมกันโดยพุทธศาสนาเป็นสิ่งบำบัดจิตใจที่ดีที่สุดแมทริกซ์โปรแกรมเป็นหลักในการหลบหลีกตัวกระตุ้น เมื่อจิตใจดีมีสติย่อมมีปัญญาในการต้องการเลิกเสพยาเสพติดตลอดไป

2. เป็นต้นแบบในการจัดตั้งคลินิกบำบัดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) โดยมีเจ้าหน้าที่บำบัดจากโรงพยาบาลที่ผ่านการอบรมออกให้บริการร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีผู้รับบริการคือผู้ติดยาเสพติดในเขตรับผิดชอบ

3. คนที่ผ่านการบำบัดสามารถมีชีวิตที่สงบสุขตามอัตภาพทำให้ครอบครัวของพวกเขาก็มีความสุขและส่งผลให้ชุมชนสงบสุขไปด้วย

4. เป็นเครือข่ายในการให้คำแนะนำแก่ผู้ที่ต้องเลิกสิ่งเสพติดทุกชนิดอีกทั้งยังเป็นวิทยากรพิเศษในการทำกิจกรรมเรื่องการต่อสู้กับยาเสพติดของหน่วยงานด้านความมั่นคงต่างๆที่ลงทำงานในพื้นที่ ทั้งฝ่ายปกครอง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน พัฒนาชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล หน่วยทหารสัมพันธ์มวลชนโดย หน่วยงานที่กล่าวมาข้างต้นจัดทำโครงการอบรมกลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้ปกครอง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความเมตตาและความช่วยเหลือของนายแพทย์ยลชัย จงจิระศิริ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำและช่วยเหลืออย่างดียิ่ง ทั้งในด้านวิชาการและด้านการดำเนินงานวิจัยและนางบุญฑริกา เหลากลม พยาบาลบำบัดและฟื้นฟูยาเสพติดโรงพยาบาลสิรินธร ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวม

ข้อมูลและติดต่อประสานผู้เคยรับการบำบัดมาให้ข้อมูลเพิ่มเติม
ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตาและขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1.สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขายาเสพติด[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข;2561 [cited 8 ต.ค.2562]. Available from: http://www.pmnidat.
go.th/thai/index.php?option=com_ content&task=view&id=1895&Itemid=126.

2.กลุ่มงานพัฒนาระบบงานยาและสารเสพติด. ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข;2561 [cited 8 ต.ค.2562]. Available from: https://antidrugnew.moph.go.th/Identity/STS/Forms/Account/Login.

3.สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. คู่มือผู้ปฏิบัติงาน (Therapist manual) การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกตามรูปแบบการรู้คิด-พฤติกรรมบำบัด. นนทบุรี: กระทรวงสาธารสุข; 2555.

4.สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ 3ส. 3อ. 1น. นนทบุรี: กระทรวงสาธารสุข; 2556.

5.สำนักบริหารการสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงาน(Standard Operating Procedure) การดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด. นนทบุรี: กระทรวงสาธารสุข; 2560.

6.ศูนย์วิทยบริการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2561 [cited 8 ต.ค.2562]. Available from: http://elib.fda.moph.go.th/library/.

7.สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข. พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2545 [cited 8 ต.ค.2562]. Available from: http://nih.dmsc.moph.go.th/law/pdf/007.pdf.

8.กองควบคุมวัตถุเสพติด. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 135 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา;2539 [cited 8 ต.ค. 2562. Available from: http://narcotic.fda.moph.go.th/welcome/.

9.สำนักบริหารการสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานยาเสพติด. นนทบุรี: กระทรวงสาธารสุข; 2559.

10.งานยาเสพติด. มาตรการด้านบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด[อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2561 [cited 8 ต.ค.2562]. Available from: https://www.udo.moph.go.th/Net_Narcotic/.

11.สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. คู่มือให้การปรึกษารายบุคคลและครอบครัว(Individual counseling and conjoint session) การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกตามรูปแบบการรู้คิด-พฤติกรรมบำบัด. นนทบุรี: กระทรวงสาธารสุข; 2555.

12.หลวงพ่อจรัญ ฐิตธัมโม. บทสรรเสริญพระพุทธคุณ[อินเทอร์เน็ต]. สิงห์บุรี: วัดอัมพวัน; 2553 [cited 1 พ.ย. 2562]. Available from: http://www.jarun.org/chant.php.

13.สวัสดิ์ อุ่นใจ , กิจวัฒ นาถวิล , ญาธยา พันวิไล , สุกัญญา กาญจนบัตร , มานพ คณะโต. การประเมินการใช้แมทริกซ์โปรแกรมในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 7 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560;5(4):661-8.

14.จิรฉัตร ถิ่นไพโรจน์, นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล. ผลของการเข้ารับการบำบัดด้วยโปรแกรมเมทริกซ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารแพทย์ทหารบก 2561;71:3-10.

15.นรากร สารีแหล้. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการเลิกสารเสพติดของผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี. วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา 2561;1(3):35-42.

16.อัมพร สีลากุล, วิมาลา เจริญชัย, วิไลรัตน์ สะสมผลสวัสดิ์, ฉวีรักษ์ ลีลา, กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง, ดารารัตน์ อุ่นศรี. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนด้วยคุณธรรม“รักเหนือรัก”(สาราณียธรรม 6) ระดับศีล5. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2556;27(3):30-43.

17.ประยงค์ แสนบุราณ. การใช้พุทธธรรมกับการแก้ไขปัญหายาเสพติด. มนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ 2559;33(3):264-81.

18.กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. แนวทางการปฏิบัติงานด้านยาเสพติดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.). นนทบุรี: กระทรวงสาธารสุข; 2557.

เจตคติและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองบัว อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร

Attitude and Participation of Village Health Volunteers on Elders Health Promotion in Nong Bua Subdistrict, Dong Luang District, Mukdahan Province

ไชยณรงค์ วาปี[1] ชัยธัช จันทร์สมุด

Chainarong Wapee Chaitach Jansamood

(Received: February 2 ,2020 ; Accepted: March 14 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบเจตคติและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองบัวอำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 100 คน เก็บตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยใช้ t-test (Independent Sample) และ F-test (One-way ANOVA)

ผลการวิจัยปรากฏดังนี้ 1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองบัว อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร มีเจตคติคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก 2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองบัว อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร มีการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมและเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และจิตใจ และด้านสังคม อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง 3 . อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองบัว อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหารที่มีอายุ และระดับการศึกษาต่างกัน มีเจตคติคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ไม่แตกต่างกัน แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีเพศต่างกัน มีเจตคติคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองบัว อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ที่มีเพศ อายุ และระดับการศึกษาต่างกัน มีการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้านไม่แตกต่างกัน แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุต่างกัน มีการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านเศรษฐกิจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Abstract

This research aimed to study and compare attitude and participation of village health volunteers on elders health promotion in Nong Bua subdistrict, Dong Luang district, Mukdahan province. The population consisted of 100 personnels. 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. Village health volunteers in Nong Bua subdistrict, Dong Luang district, Mukdahan province, had attitude on elders health promotion total showed their at a high level. 2. Village health volunteers in Nong Bua subdistrict, Dong Luang district, Mukdahan province, had participation on elders health promotion total and each aspect included, body side, emotional and mental and social showed their at a high level, but economy showed their at a medium level. 3. Village health volunteers in Nong Bua subdistrict, Dong Luang district, Mukdahan province with different age and education level did not showed attitude on elders health promotion differently, but gender different showed

---

[1] วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วท.ม.) การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

[2] ผศ.ดร. สาขาการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

attitude on elders health promotion differently at 0.05 level significance. 4. Village health volunteers in Nong Bua subdistrict, Dong Luang district, Mukdahan province with different gender age and education level did not showed participation on elders health promotion overall and each aspect differently, but ager different showed participation on elders health promotion economy aspect differently at 0.05 level significance.

บทนำ

จากความเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปอย่างรวดเร็วของสังคมไทย ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรม การเมือง และสิ่งแวดล้อม ทำให้ปัญหาต่างๆเพิ่มมากขึ้น และยังส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงวัย ทั้งด้านสุขภาพ ด้านสังคม และแนวโน้มสถานการณ์ประชากรวัยสูงอายุในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ซึ่งมีทิศทางเดียวกับประชากรโลก เป็นผลอันเกิดจากปัจจัยหลัก 2 ประการ คือการพัฒนาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข นโยบายการวางแผนครอบครัวที่ทำให้อัตราการเกิดลดน้อยลงอย่างมาก

รัฐบาลได้กำหนดนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อเป็นหลักประกันในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานแก่ประชาชนด้วยความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน ดังนั้นภายใต้นโยบายดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์เพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ให้มีความตื่นตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน รวมถึงการดูแลสิ่งแวดล้อม โดย ในปี พ.ศ. 2545 ได้ประกาศให้เป็นปีแห่งการเริ่มต้นรณรงค์สร้างสุขภาพทั่วไทย ภายใต้ยุทธศาสตร์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ” เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มอายุ ทุกหมู่เหล่ามีการเรียนรู้ มีทักษะที่จำเป็นด้านสุขภาพจนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองครอบครัว และชุมชนได้ โดยการมีส่วนร่วมจากหน่วยงาน องค์กร ภาคี เครือข่ายทุกภาคส่วนในการส่งเสริมให้ภาคประชาชน มีบทบาทในการสร้างสุขภาพมากขึ้นภายใต้แนวคิด “ใช้พื้นที่เป็นฐานบูรณาการทุกภาคส่วน สร้างกระบวนการเรียนรู้ สู่วิถีชุมชน” มีการรวมกลุ่มจัดกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพในรูปของเครือข่ายชมรมสร้างสุขภาพ โดยเน้นให้กลุ่มผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองในรูปแบบการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง พฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารที่สุก สะอาดและปลอดภัย ลด ละ เลิก อบายมุขและ ยาเสพติด เป็นต้น โดยคาดหวังให้กลุ่มผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ กลุ่มเล็ก ๆ 2-3 คน ในละแวกบ้านใกล้กันขยายเป็นการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้และมีเครือข่ายแห่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพในชุมชน อันจะนำไปสู่การสร้างสุขภาพที่ยั่งยืน จากการคาดหวังให้กลุ่มผู้สูงอายุรายบุคคล มีการเสริมสร้างพลัง การสร้างสุขภาพ ขยายพลังเป็นกลุ่มใหญ่เพื่อการส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดชมรมสร้างสุขภาพในผู้สูงอายุตามนโยบายและผลักดันให้เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญและจำเป็นระดับประเทศ มีการกำหนดรูปแบบและกลวิธีรายละเอียดในการดำเนินงานให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเป็นระบบและรูปธรรม [5]

การดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุเป็นลักษณะของการดำเนินงาน หรือกิจกรรมให้บริหารดูแลในครอบครัวอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี พึ่งพาตนเองได้ดี และช่วยให้ครอบครัวดำเนินชีวิตไปได้อย่างปกติ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจึงหมายถึง การดูแลสมาชิกครอบครัวทั้งหมด ให้สามารถใช้ชีวิตร่วมกันกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกัน บำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจของผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้วิธีการดูแลในครอบครัวจึงเป็นการดูแลทั้งการเจ็บป่วย (Diseased Approach) การดูแลเฉพาะราย (Case Approach) และการดูแลสมาชิกทั้งครอบครัว (The Whole Approach) จะเห็นว่าจุดสำคัญของการดูแลระยะยาวในครอบครัว คือการจัดบริการสำหรับบุคคลที่มีปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ให้สามารถดูแลตนเองให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ [7]

ในปี 2557 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 10,014,705 คน เป็นชาย 4,514,815 คน และหญิง 5,499,890 คน หรือคิดเป็นชาย ร้อยละ 45.1 และหญิงร้อยละ 54.9 ของผู้สูงอายุทั้งหมด เมื่อพิจารณาการกระจายตัวของผู้สูงอายุตามเขตการปกครองหรือเขตที่อยู่อาศัยและภาค พบว่าในปี 2557 ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 40.9 และนอกเขตเทศบาลร้อยละ 59.1 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดประมาณร้อยละ 31.9 รองลงมาคือภาคกลางภาคเหนือ และภาคใต้ (ร้อยละ 25.6 ร้อยละ 21.1 และร้อยละ 12.0 ตามลำดับ) สำหรับกรุงเทพมหานคร มีผู้สูงอายุน้อยสุดคิดเป็นร้อยละ 9.4 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ , 2557) สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดมุกดาหาร ปี 2556 – 2559 มีจำนวนผู้สูงอายุ ดังนี้ 34,277 , 35,408 , 37,243 , 40,212 คน ตามลำดับ ซึ่งจะพบว่ามีแนวโน้มสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น สถานการณ์ผู้สูงอายุ อำเภอดงหลวง ปี 2557 – 2561 มีจำนวนผู้สูงอายุดังนี้ 3568, 3699, 3934, 4157 และ 4362 คนตามลำดับ (ประชากรตาม 43 แฟ้ม/นำ DBPOP มาปรับปรุง Typearea = 1,3 และ Nation = 099 ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข) ซึ่งจะพบว่าประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี ซึ่งส่งผลให้อำเภอดงหลวงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ในปัจจุบัน อำเภอดงหลวง มีกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 1 ติดสังคม จำนวน 4,230 คน กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน จำนวน 101 คน และกลุ่มที่ 3 ติดเตียง จำนวน 31 คน และข้อมูลผู้สูงอายุในระดับตำบลหนองบัว อำเภอดงหลวง มีกลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมด 651 คน มีกลุ่มไม่ป่วยเป็นโรค จำนวน 560 คน คิดเป็นร้อยละ 86.03 กลุ่มที่มีโรคแทรกซ้อน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 13.97 และจากการประเมินด้วยการใช้เกณฑ์ ADL กลุ่มที่ 1 ติดสังคม จำนวน 612 คน กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน จำนวน 37 คน และกลุ่มที่ 3 ติดเตียง จำนวน 2 คน [11] ซึ่งในกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ต้องมีการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม รวมถึงจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาบทบาทหน้าที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในการดูแลและสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุด้วยกลวิธีต่าง ๆ ทั้งนี้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำเป็นต้องดำเนินการต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุจวบจนกระทั่งเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต โดยมุ่งพัฒนาและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายจิต และสังคมที่ดี ให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน ลดการเป็นผู้สูงอายุทุพพลภาพ หรือเจ็บป่วยติดเตียง โดยกระบวนการที่สำคัญคือเพิ่มศักยภาพผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต [8]

อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร มีแนวทางการดำเนินขับเคลื่อนการดำเนินการงานสาธารณสุข ภายใต้แนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) District Health System (DHS) ภายใต้แนวคิด DHS คือ ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ ผ่านกระบวนการชื่นชม และการจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อสุขภาวะของประชาชน ดังนั้นการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมและการให้การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านการส่งเสริมสุขภาพและให้การดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้สูงอายุต้องการการดูแลสุขภาพทั้งทางร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอกระบวนการเสื่อมถอยของร่างกายตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อดำรงไว้ซึ่งความเป็นปกติสุข นับเป็นวิธีการเชิงรุกอันหนึ่งเพื่อการรองรับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุวิธีการใช้กระบวนการมีส่วนร่วม (The Participatory Process) โดยเฉพาะกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม เป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นการพัฒนาชุมชนที่เหมาะสมและจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน คือ การพัฒนาที่เปิดโอกาสให้บุคคลและผู้แทนของกลุ่มที่อยู่ในชุมชนได้เข้าไปมีส่วนร่วมกำหนดทิศทางในการพัฒนาชุมชน ร่วมตัดสินอนาคตของชุมชน ร่วมดำเนินกิจกรรมพัฒนา และร่วมรักษาสมบัติของชุมชน มีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ กำหนดเทคนิคแก้ไขให้สอดคล้องเหมาะสมกับปัญหา การดำเนินงานตามแผน การประเมินผลและร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น สร้างความรู้สึกของการเป็นเจ้าของโครงการ และมีความภูมิใจในผลงานจากกิจกรรมที่ตนได้มีส่วนร่วม สิ่งเหล่านี้จะเป็นพลังผลักดันให้โครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาดำเนินไป

อย่างราบรื่นต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และประสบความสำเร็จ

ปัจจุบันรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตพื้นที่ตำบลหนองบัว อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร มีแนวทางการดำเนินการดังนี้ 1. หลังจากที่พบผู้ป่วยในพื้นที่ญาติหรือผู้ดูแลจะประสานมาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เพื่อให้รักษา 2. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะออกเยี่ยมให้คำแนะนำ ติดตามเยี่ยมบ้าน จากการสำรวจการดำเนินงานในพื้นที่พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังไม่เป็นเพียงบทบาทและหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น และจากการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่าในเรื่องของการมีส่วนร่วมของชุมชน ยังมีส่วนร่วมในระดับน้อย ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 39 คน (ร้อยละ 89.74) มีความต้องการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งในเรื่องของการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น ในการดำเนินชีวิต ทั้งนี้เพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ผู้ป่วยด้วย

ในตำบลหนองบัว อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวนทั้งสิ้น 100 คน ครอบคลุม 8 หมู่บ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่ถือว่ามีบทบาทในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยในชุมชน การทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็ง ให้ชุมชนพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง และเกิดการปฏิบัติด้านพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม [6] การเปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชน เยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ และเกิด โครงการเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุ ได้รับการดูแลสุขภาพและได้รับกำลังใจจากชุมชนอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ของระบบที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ ส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาและผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น [1] ปัจจัยความสำเร็จเกิดจาก มีการจัดตั้งเครือข่ายคณะทำงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน, การติดต่อประสานงานของเครือข่าย, ชุมชน มีการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง [2]

จากสภาพและปัญหาผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเจตคติและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองบัว อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร
ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานและระบบบริการการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ร่วมกับภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเจตคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองบัว อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร

2. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองบัว อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร

3. เพื่อเปรียบเทียบเจตคติและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองบัว อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร

วิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่อง เจตคติและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองบัว อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองบัว อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมี 4 ตอนโดยมีลักษณะดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 2 เจตคติในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็น จำนวน 20 ข้อ โดยมีระดับการวัดเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งสามารถแบ่งเป็นระดับได้ดังนี้ [3]

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

ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง เห็นด้วยน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

ตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยแบ่งเป็น จำนวน 30 ข้อ โดยมีระดับการวัดเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งสามารถแบ่งเป็นระดับได้ดังนี้ [3]

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 มีส่วนร่วมมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง มีส่วนร่วมมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง มีส่วนร่วมปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง มีส่วนร่วมน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง มีส่วนร่วมน้อยที่สุด

โดยเกณฑ์ที่ใช้ในการแปลผลความหมายค่าเฉลี่ยช่วงละ 0.75 ซึ่งคำนวณจากสูตรหาความกว้างของอันตรภาคชั้น ดังนี้ [10]

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Arithmetic Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ t-test (Independent Samples) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 F-test (One-way ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีของ Sheffe

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองบัว อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหารส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.00) อายุ 41 – 50 ปี (ร้อยละ 57.00) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 84.00) มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. (ร้อยละ 49.00) มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 45.00) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 81.00) พักที่บ้านพักตัวเอง (ร้อยละ 95.00) ดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 2 คน (ร้อยละ 81.00) ดูแลทั้งเพศชายและเพศหญิง (ร้อยละ 74.00) และผู้สูงอายุที่ดูแลมีอายุ 61-70 ปี (ร้อยละ 36.71)

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองบัว อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร มีเจตคติคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.56) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ การป้องกันและควบคุมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นเรื่องที่น่าสนใจศึกษา ($\overline{X}$ = 4.34) รองลงมาได้แก่ ท่านปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยความเต็มใจ ($\overline{X}$ = 4.29) และมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ การช่วยเหลือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่น่าเบื่อหน่าย ($\overline{X}$ = 2.73)

3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองบัว อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร มีการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.67) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

ด้านร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.84) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ ท่านจัดที่อยู่อาศัยหรือที่หลับนอนให้แก่ผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นสำคัญ ($\bar{X}$ = 4.21) รองลงมาได้แก่ ท่านดูแลผู้สูงอายุในยามที่เจ็บไข้ ได้ป่วย ($\bar{X}$ = 4.11) และมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ ท่านจัดหาหรือจัดเตรียมเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มให้แก่ผู้สูงอายุ ($\bar{X}$ = 3.58)

ด้านอารมณ์และจิตใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.86) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ ท่านสนับสนุนให้ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไปวัดทำบุญ ($\bar{X}$ = 4.49) รองลงมาได้แก่ ท่านยกย่องชมเชยเมื่อผู้สูงอายุประสบความสำเร็จในกิจกรรมต่าง ๆ ($\bar{X}$ = 4.28) และมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ ท่านพาผู้สูงอายุไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจในสถานที่ต่าง ๆ ตามหย่อนใจในสถานที่ต่างๆ ตามความต้องการของผู้สูงอายุ ($\bar{X}$ = 3.14)

ด้านสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.99) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ ท่านให้โอกาสผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆเช่นงานวันเด็ก วันสงกรานต์ งานบุญประเพณีเป็นต้น ($\bar{X}$ = 4.18) รองลงมาได้แก่ ท่านให้โอกาสผู้สูงอายุได้พบปะกับญาติและเพื่อนฝูง ($\bar{X}$ = 4.15) และมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ ท่านให้โอกาสผู้สูงอายุได้รับทราบข้อมูลข่าวสารที่ทันต่อเหตุการณ์จากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุโทรทัศน์ ($\bar{X}$ = 3.83)

ด้านเศรษฐกิจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.01) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ ท่านช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านการซื้ออาหารการกิน ($\bar{X}$ = 3.21) รองลงมาได้แก่ ท่านช่วยดูแลกิจการเดิมหรือผลประโยชน์อื่นๆของผู้สูงอายุ ($\bar{X}$ = 3.21) และมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ ท่านช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านที่พักอาศัยหรือสาธารณูปโภค เช่น ค่าเช่าบ้าน ค่าน้ำ ค่าไฟฟ้า ค่าโทรศัพท์ ($\bar{X}$ = 2.65)

4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองบัว อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ที่มีอายุ และระดับการศึกษาต่างกัน มีเจตคติคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ไม่แตกต่างกัน แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีเพศต่างกัน มีเจตคติคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองบัว อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ที่มีเพศ อายุ และระดับการศึกษาต่างกัน มีการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้านไม่แตกต่างกัน แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุต่างกัน มีการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านเศรษฐกิจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

1. จากการศึกษาเจตคติคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองบัว อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองบัว อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร มีเจตคติคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.56) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ การป้องกันและควบคุมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นเรื่องที่น่าสนใจศึกษา ($\bar{X}$ = 4.34) อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่ชุมชนมีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตระหนักและเอาใจใส่ในประเด็นนี้มากที่สุด และมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ การช่วยเหลือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ที่มีปัญหาด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่น่าเบื่อหน่าย ($\overline{X}$ = 2.73) อาจเป็นเพราะว่าในบางช่วงเวลาอาจจะมีรู้สึกไม่ชอบในงานที่ปฏิบัติอยู่นี้ ซึ่งสอดคล้องกับ Schermerhorn (2000 : 75) [11] กล่าวว่า เจตคติอาจจะหมายถึงความตะหนักต่อความรู้สึกให้ตอบสนองในเชิงบวก หรือเชิงลบต่อคน หรือต่อสิ่งของ ในสภาวะแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองบัว อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร มีการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.67) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสังคม อยู่ในระดับมาก แต่ด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีหน้าที่ต้องรับผิดชอบในด้านการเงินกับผู้สูงอายุที่เขาดูแล ซึ่งผู้สูงอายุนั้นอาจจะไม่ญาติของเขาเอง ซึ่งไม่ปรากฏในบทบาทหน้าที่หลักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรอบกับภาวะเศรษฐกิจของประเทศในปัจจุบันที่อาจจะทำให้ดูแลช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจนี้ไม่เต็มที่เท่าควร

3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองบัว อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ที่มีอายุ และระดับการศึกษาต่างกัน มีเจตคติคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ไม่แตกต่างกัน แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีเพศต่างกัน มีเจตคติคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนมองว่าเป็นหน้าที่ รวมถึงจิตสาธารณและจิตอาสาสมัครตั้งแต่เริ่มเข้าปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งสอดคล้องกับไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย (2557)[6] ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุใน ภาคตะวันออกของประเทศไทย พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ผู้สูงอายุ และประชาชนในชุมชน เข้าใจแนวคิดและกระบวนการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดเกี่ยวการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ และ แนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็ง ให้ชุมชนพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง และเกิดการปฏิบัติด้านพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองบัว อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ที่มีเพศ อายุ และระดับการศึกษาต่างกัน มีการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้านไม่แตกต่างกัน แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุต่างกัน มีการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านเศรษฐกิจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับจีระนันท์ พันธ์ทอง (2560)[1] ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านไทยสามัคคีธรรม ตำบลโนนสำราญ อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า กระบวนการพัฒนาครั้งนี้ มี 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) แต่งตั้งคณะทำงาน 2) ศึกษาบริบทของพื้นที่ 3) การจัดทำแผน 4) ปฏิบัติตามแผน 5) นิเทศ ติดตามผลการดำเนินงาน 6) สรุปผลการดำเนินงาน กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจถึงสถานการณ์และสภาพปัญหา ของการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ และร่วมกันกำหนดแผนงาน/โครงการเพื่อพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุใน พื้นที่ นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชน เยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ และเกิด โครงการเพื่อยกกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน 3 โครงการ กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุ ได้รับการดูแลสุขภาพและได้รับกำลังใจจากชุมชนอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ของระบบที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ ส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาและผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ผู้สูงอายุมีระดับความพึงพอใจในการส่งเสริมสุขภาพโดนการมีส่วน ร่วมของชุมชนในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และประนอม พานิช (2550)[4] ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา ชุมชนเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย พบว่า (1) การมีส่วนร่วมของชุมชนเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณ

สังวร สภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยภาพรวมและแต่ละกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง สภาพที่ควรจะเป็นโดยภาพรวมและแต่ละกลุ่มอยู่ในระดับมาก (2) การวิเคราะห์เปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระหว่างสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและที่ควรจะเป็นโดยภาพรวมและตามขั้นตอนการมีส่วนร่วมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.1 ควรส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้นโดยการเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการมอบรางวัลหรือยกย่องการปฏิบัติงานและการจัดเครื่องมือเครื่องใช้ให้มีเพียงพอเหมาะสมต่อการทำหน้าที่

1.2 ควรมีการจัดสรรเครื่องมือเครื่องใช้ให้มีเพียงพอเหมาะสมต่อการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.3 ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการวิเคราะห์ปัญหาผู้สูงอายุในชุมชนให้มากขึ้น เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ในชุมชน จึงมีโอกาสใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในชุมชนมากกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยนำเอาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมาจัดกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยการวิจัยเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล และการวิจัยเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกในเรื่องการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ เพื่อให้ได้ปัญหาเชิงลึกมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.จีระนันท์ พันธ์ทอง. **การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านไทยสามัคคีธรรม ตำบลโนนสำราญ อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา.** วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2560.

2.บัวพา บัวระภา. **รูปแบบการส่งเสรมิสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ตำบลสร้างก่อ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี**. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2558.

3.บุญชม ศรีสะอาด. **การวิจัยเบื้องต้น**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น, 2543

4.ประนอม พานิช. **การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาชุมชนเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย**.วิทยานิพนธ์สาขาวิชาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2550.

5.ประสิทธิ์ ลีระพันธ์ และเพ็ญประภา ศิวิโรจน์. **สถานการณ์และแนวทางการพัฒนารูปแบบชมรมผู้สูงอายุ**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติเรื่องบทบาทรัฐ เอกชน และองค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย: สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร. 2542.

6.ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย. **การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุใน ภาคตะวันออกของประเทศไทย**. คณะสาธารณสุขศาสตร์. ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา. 2557.

7.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. **การเข้าถึงและความพึงพอใจต่อบริการตามสิทธิผู้สูงอายุ ตามพระราชบัญญัติ ผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553**. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2559.

8.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร. **รายงานประจำปี 2560**. มุกดาหาร. 2561.

9.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร. **รายงานประจำปี 2560**. มุกดาหาร. 2561.

10.อัจฉรีย์ จันทลักขณา. **หลักสถิติเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2541.

11.Schermerhorn, J. R. **Management (7th ed)**. New York: John Wiley & Sons. 2000.

วัฒนธรรมเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของหน่วยงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

Patient Safety Culture for Pharmacy Departments at Community Hospitals in Kalasin Province

อำพล อรดี[1], พรทิพย์ กีระพงษ์[2], นิตยา เพ็ญศิรินภา[3]

Amphol Oradee, Phonthip Geerapong, Nittaya Pensirinapa

(Received: January 7 ,2020 ; Accepted: February 26 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาลักษณะส่วนบุคคล องค์กร และวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย (2) เปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามปัจจัยส่วนบุคคล และ (3) ทำนายอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล องค์กร และวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของบุคลากรฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประชากรที่ศึกษาคือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์จำนวน 202 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 104 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เครื่องมือคือแบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยงด้านองค์กรตามองค์ประกอบ 7 ประการของแมคคินซีย์ และด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยเท่ากับ 0.90 และ 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบที การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า (1) บุคลากรฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์มีอายุเฉลี่ย 33.9 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ปฏิบัติงานในสายงานนี้น้อยกว่า 10 ปี มีตำแหน่งเภสัชกร ร้อยละ 43.30 เกือบทั้งหมดทำหน้าที่เป็นผู้ปฏิบัติงาน เกือบร้อยละ 90 เข้ารับการอบรมในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมาเพื่อรองรับงานเภสัชกรรม และงานพัฒนาคุณภาพ ร้อยละ 50 และ 38.50 ตามลำดับ การประเมินปัจจัยองค์กรตามองค์ประกอบ 7 ประการของแมคคินซีย์ พบว่า ด้านกลยุทธ์ ด้านโครงสร้างองค์กร ด้านระบบ ด้านบุคลากร ด้านทักษะ และด้านค่านิยมร่วมอยู่ในระดับดี มีเพียงด้านสไตล์อยู่ในระดับพอใช้ สำหรับระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยพบว่าอยู่ในระดับสูงทุกองค์ประกอบทั้งในภาพรวมและราย (2) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของบุคลากรเมื่อจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล และ (3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย คือ ปัจจัยด้านองค์กรโดยอธิบายได้ร้อยละ 73.4 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ปัจจัยองค์กรด้านกลยุทธ์ ด้านบุคลากร และด้านระบบ สามารถพยากรณ์วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยได้ร้อยละ 77.2

คำสำคัญ วัฒนธรรมความปลอดภัย ความปลอดภัยผู้ป่วย เภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

The purposes of this survey research were to (1) identify personal, organizational and patient safety culture characteristics, (2) compare patient safety cultures by personal factor, and (3) predict the influence of personal and organizational factors on patient safety culture of health-care staff in pharmacy departments at community hospitals in Kalasin province.

The survey was conducted among 104 staff selected out of 202 health-care staff at the pharmacy departments, using the stratified random sampling. Data were collected using a questionnaire with reliability values of 0.90 and 0.91 for organizational factors according to the McKinsey 7-S framework and for patient safety culture components, respectively. Data were analyzed to determine percentage, means and standard deviations, and to perform independent t-test, one-way ANOVA and stepwise multiple regression analysis.

The results showed that: (1) among the respondents with an average age of 33.9 years, most of them were female, completed a bachelor's degree or equivalent, and had less than 10 years of work experience; 43.3% were pharmacists; however, almost all (nearly 90%) were operating staff; within the past year, 50% and 38.50% attended training programs in pharmacy operations and quality improvement, respectively; regarding organizational aspects as per McKinsey's 7-S framework, the strategy, organizational structure, system, personnel, skills and shared values were

[1] นักศึกษา ปริญญาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต แขนงวิชาสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[2] รองศาสตราจารย์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[3] รองศาสตราจารย์ ดร. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

at a good level; only the management style was at a fair level; while patient safety culture levels (overall and aspect-specific) were high; (2) there was no significant difference in patient safety cultures of staff by personal factor; and (3) the factor influencing patient safety culture was organizational factor (R2 = 73.4%); when considering each aspect of organizational factor, strategy, personnel, and system could predict 77.2% of patient safety culture.

Keywords: Safety culture, Patient safety, Pharmacy, Community hospital

บทนำ

ความปลอดภัยผู้ป่วย (Patient Safety) เป็นประเด็นที่มีความสำคัญและได้รับความสนใจจากประชาชน ผู้รับบริการ บุคลากรทางด้านสุขภาพ ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งในวงการสาธารณสุขและนอกวงการสาธารณสุขมาหลายทศวรรษ เนื่องจากปัญหาความปลอดภัยจากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน ในแต่ละปีมีผู้ป่วยที่เกิดภาวะภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตจากการเข้ารับบริการในสถานพยาบาลจากปัญหาดังกล่าวเป็นจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี [5] มีรายงานในต่างประเทศเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากความผิดพลาดทางการแพทย์ จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาจากผู้ป่วยจำนวนทั้งหมด 250,000 คนพบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์ อันดับ 1 มีสาเหตุมาจากผลข้างเคียงจากการใช้ยา (Adverse Effects of Medications) จำนวน 106,000 คน รองลงมามีสาเหตุมาจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลจำนวน 80,000 คน จากความผิดพลาดอื่น ๆ ในโรงพยาบาล 20,000 คน การผ่าตัดที่ไม่จำเป็นจำนวน 12,000 คน และ ความคลาดเคลื่อนทางยาจำนวน 7,000 คน ตามลำดับ [8] นอกจากนี้การศึกษาในสหราชอาณาจักร พบว่า อัตราการการเกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากการให้บริการทางการแพทย์ ร้อยละ 11.7 ทำให้เกิดความพิการแบบถาวร ร้อยละ 6 และเสียชีวิต ร้อยละ 8 โดยในจำนวนเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ทั้งหมดนั้นมีถึงร้อยละ 48 ที่เป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ [10] ในประเทศไทยจากการศึกษาภาวะที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลของ ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และคณะ (2546) พบว่า เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ร้อยละ 11.4 เกิดความพิการแบบถาวรของร่างกาย ร้อยละ 3 ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวนานขึ้นเฉลี่ย 9.74 วัน และจากการศึกษาผลกระทบของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาต่อผู้ป่วยของ ยุพา วิภาสวัชรโยธิน และมาศรินทร์ ธรรมสิทธิ์บูรณ์ (2551)[4] พบว่า จากใบสั่งยา 443,303 ใบ (100%) จัดอยู่ใน Category B และ C ร้อยละ 64.74 และ 22.89 ตามลำดับ และพบ 1 ราย (ร้อยละ 0.21) ที่จัดอยู่ใน Category F นอกจากนี้ยังพบว่าความรุนแรงของการเกิดความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาและความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาจัดอยู่ใน Category B มากที่สุด คือ ร้อยละ 84.87 และ 62.90 ตามลำดับ ส่วนความรุนแรงในการเกิดความคลาดเคลื่อนในการให้ยาจัดอยู่ใน Category C มากที่สุด เท่ากับร้อยละ 48.89 จะเห็นได้ว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดูแลผู้ป่วยและการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา นอกจากก่อให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์แล้วยังมีผลกระทบมากมายไม่เพียงแต่ผู้ป่วยจะเกิดโรคใหม่ที่ไม่พึงปรารถนา ซึ่งอาจรุนแรงจนถึงแก่ชีวิต หรือหากไม่รุนแรงก็อาจสร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย และทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นรวมทั้งยังก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจซึ่งอาจประเมินค่าไม่ได้ ทั้งกับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขที่ตั้งใจดูแลผู้ป่วยแต่กลับต้องเผชิญกับปัญหาการถูกฟ้องร้อง ดังนั้น การป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาหรือลดความรุนแรงของการเกิดลงได้จึงนับว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง หน่วยงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลชุมชน มีหน้าที่หลักในการบริการทางเภสัชกรรม ซึ่งเป็นงานหลักงานหนึ่งที่สำคัญและจะส่งผลต่อคุณภาพการบริการโดยรวมของโรงพยาบาล เนื่องจากมีหน้าที่ในการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยและหน่วยต่าง ๆ ด้วยความถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็วและมีความเสี่ยงน้อยที่สุด ทำให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และประหยัด สำหรับโรงพยาบาลชุมชน มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจ่ายยาของโรงพยาบาลชุมชนพบว่า เกิดเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจ่ายยาทั้งหมด 1,372 ครั้ง จากจำนวนใบสั่งยา 191,044 ใบ คิดเป็นร้อยละ 0.72 ส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงในขั้นตอนก่อนการจ่ายยา (Pre-dispensing error จำนวน 904 ครั้ง) ได้แก่ ความไม่สมบูรณ์ของรายละเอียดใบสั่งยา ความไม่ชัดเจน

ของคำสั่งใช้ยา ความผิดพลาดในการพิมพ์ฉลากยา/จัดยา เป็นต้น ส่วนที่เหลือพบว่าเป็นความเสี่ยงในการจ่ายยาแล้วคลาดเคลื่อน (Dispensing error) ได้แก่ การจ่ายยาไม่ครบ การพิมพ์ชื่อผู้ป่วยในฉลากไม่ถูกต้อง การจ่ายไม่ถูกขนาด/รูปแบบ เป็นต้น และจากการสอบถามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานทั้งหมดจำนวน 5 คน เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อน ส่วนใหญ่ระบุว่า สาเหตุของความเสี่ยงได้แก่ 1) ด้านบุคลากร/อัตรากำลัง เช่น บุคลากรขาดการพัฒนาความรู้ มีบุคลากรไม่เพียงพอ โดยเฉพาะบุคลากรเฉพาะทาง หรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานขาดความรอบคอบ ไม่มีสมาธิ เป็นต้น 2)ด้านระบบ/กระบวนการ พบว่า ระบบการปฏิบัติงานมีความซ้ำซ้อน เช่น การตรวจสิทธิผู้ป่วยไม่สมบูรณ์ที่จุดเดียว การขาดระบบการประสานงานที่ดี หรือการขาดระบบการทำงานที่รอบคอบและรัดกุม ทำให้ไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงหรือระเบียบอย่างเคร่งครัด เป็นต้น 3) ด้านสภาพแวดล้อม เช่น การถูกรบกวนขณะปฏิบัติงาน/เสียงดังรบกวนขณะทำงานทำให้ขาดสมาธิ การจัดวางยา/พื้นที่ในการจัดยาไม่เหมาะสม เป็นต้น 4) ด้านยา เช่น ชื่อยาคล้ายกัน โดยออกเสียงหรือสะกดคล้ายกัน รูปแบบยา /ฉลากยาคล้ายคลึงกัน เป็นต้น [7] นอกจากนี้ หน่วยงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลชุมชน ยังทำหน้าที่เป็นหน่วยงานของโรงพยาบาลที่ดูแลมาตรการความปลอดภัยด้านยา (Medication safety) ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในนโยบายความปลอดภัยผู้ป่วยในระดับชาติ ส่งผลให้การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในหน่วยงานเภสัชกรรม ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อมูลการศึกษาเกี่ยวกับวัฒนธรรมเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของหน่วยงานเภสัชกรรมใน จังหวัดกาฬสินธุ์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการศึกษาวัฒนธรรมเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของหน่วยงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งศึกษาองค์ประกอบวัฒนธรรมเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย 4 ด้าน ตามแนวคิดของ Hudson (2001) [9] คือ วัฒนธรรมด้านรายงาน ด้านความยืดหยุ่น ด้านการเรียนรู้ และด้านการเฝ้าระวัง ศึกษาปัจจัยองค์กรตามกรอบแนวคิด 7S's Mckinsey และศึกษาอิทธิพลของปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาวัฒนธรรมเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยด้านยา และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพในระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาลักษณะส่วนบุคคล องค์กร และวัฒนธรรมเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของหน่วยงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อเปรียบเทียบวัฒนธรรมเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของหน่วยงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงานในหน่วยงานเภสัชกรรม ตำแหน่งหน้าที่ในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และการได้รับการฝึกอบรม

3. เพื่อทำนายอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล องค์กร และวัฒนธรรมเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของหน่วยงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 17 แห่ง จำนวนทั้งสิ้น 202 คน ซึ่งประกอบด้วย เภสัชกร 87 คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรมจำนวน 69 คน และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานอื่นๆ จำนวน 46 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2560)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 104 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากรตามจำนวนขนาดของตัวอย่างที่คำนวณจากสูตรหาขนาดตัวอย่าง โดยการทดสอบสมมติฐานเพื่อหาค่าสหสัมพันธ์ กำหนดให้อำนาจการทำสอบ (power of test) เท่ากับ 80% และทำการเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบจัดชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ได้ขนาดตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิดังนี้ กลุ่มที่ 1 เภสัชกร จำนวน 45 ราย กลุ่มที่ 2 เจ้าพนักงานเภสัชกรรม จำนวน 35 ราย กลุ่มที่ 3 เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานอื่น ๆ จำนวน 24 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยองค์กรตามองค์ประกอบ 7 ประการของ Mckinsey

3. แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของบุคลากรฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และหาค่าความเที่ยงโดยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้านองค์กรตามองค์ประกอบ 7 ประการของแมคคินซีย์เท่ากับ 0.90 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยเท่ากับ 0.91 เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 -31 สิงหาคม 2561 ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืน 104 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยองค์กร และวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของบุคลากรฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ของบุคลากรฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงานในหน่วยงานเภสัชกรรม ตำแหน่งหน้าที่ในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และการได้รับการฝึกอบรม ใช้สถิติทดสอบ Independent-sample t-test การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA) และทำนายอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยองค์กรต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของบุคลากรฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม บุคลากรฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.3 มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 84.6 โดยมีอายุเฉลี่ย 33.39 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 70.2 เป็นเภสัชกรมากที่สุด ร้อยละ 43.3 ส่วนมากเป็นผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 94.2 มีระยะเวลาปฏิบัติงานในสายงานเภสัชกรรมหรือในหน่วยงานเภสัชกรรมน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 64.5 ส่วนมากได้รับการอบรมในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 88.5 ในเรื่องงานเภสัช ร้อยละ 50 เรื่องงานพัฒนาคุณภาพ ร้อยละ 38.5

2. ปัจจัยองค์กร ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

ตาราง 2 ปัจจัยองค์กรของฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ตามองค์ประกอบ 7 ด้านของ Mckinsey

ปัจจัยองค์กร (Mckinsey)	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านกลยุทธ์ (Strategy)	4.22	0.77	ดี
ด้านโครงสร้างองค์กร (Structure)	4.16	0.75	ดี
ด้านรูปแบบ (Style)	3.20	0.53	พอใช้
ด้านระบบ (System)	4.25	0.66	ดี
ด้านบุคลากร (Staff)	3.76	0.82	ดี
ด้านทักษะ (Skill)	4.13	0.78	ดี
ด้านค่านิยม (Shared Value)	4.28	0.66	ดี
รวม	**4.00**	**0.52**	**ดี**

จากตาราง 2 พบว่า ระดับความคิดเห็นของบุคลากรฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ เกี่ยวกับปัจจัยองค์กรตามองค์ประกอบ 7 ด้านของ Mckinsey ในภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้าน พบว่า ด้านกลยุทธ์ ด้านโครงสร้างองค์กร ด้านระบบ ด้านบุคลากร ด้านทักษะ และด้านค่านิยมร่วม อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.76 ถึง 4.28 ยกเว้น ด้านรูปแบบ อยู่ในระดับ พอใช้

3. วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

ตาราง 3 ความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน ฯ โรงพยาบาล ชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการรายงาน	3.96	0.57	สูง
ด้านความยืดหยุ่น	4.08	0.58	สูง
ด้านการเรียนรู้	4.25	0.66	สูง
ด้านการเฝ้าระวัง	4.26	0.63	สูง
รวม	**4.14**	**0.53**	**สูง**

จากตาราง 3 พบว่า บุคลากรมีการรับรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในภาพรวมเท่ากับ 4.14 ค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยรายด้าน ได้แก่ ด้านการรายงาน ด้านความยืดหยุ่น ด้านการเรียนรู้ และด้านการเฝ้าระวัง เท่ากับ 3.96, 4.08, 4.25 และ 4.26 ตามลำดับ

4. การเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ อายุของบุคลากร ระดับการศึกษาของบุคลากร ตำแหน่งงานของบุคลากรในหน่วยงานเภสัชกรรม ตำแหน่งหน้าที่ในโรงพยาบาลของบุคลากร ระยะเวลาการปฏิบัติงานของบุคลากร การได้รับการฝึกอบรมของบุคลากร พบว่า มีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ไม่แตกต่างกัน

5. ทำนายอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยองค์กรต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ของบุคลากรฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรพยากรณ์วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (β) ของสมการถดถอยพหุคูณที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยองค์กร (ในภาพรวม) ด้วยวิธี Stepwise (n = 104)

ค่าคงที่/ตัวแปรพยากรณ์	b	Std. Error	β	t	p-value	Tolerance	VIF
ค่าคงที่	0.664	0.209		3.181	0.002		
ปัจจัยองค์กร (ภาพรวม)	0.869	0.052	0.857	16.792	< 0.001	1	1
R = 0.857 ; R^2=0.734 ; F = 281.972 ; p-value < 0.001 ; Durbin Watson = 2.029							

ตาราง 5 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรพยากรณ์วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ในรูปคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน (β) ของสมการถดถอยพหุคูณที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยองค์กร 7 ด้าน ด้วยวิธี Stepwise (n = 104)

ค่าคงที่/ตัวแปรพยากรณ์ด้านองค์กร	b	Std. Error	β	t	p-value	Tolerance	VIF
ค่าคงที่	1.088	0.177		6.157	<0.001		
ด้านกลยุทธ์	0.388	0.050	0.564	7.682	<0.001	0.424	2.360
ด้านบุคลากร	0.169	0.033	0.262	5.086	<0.001	0.864	1.158
ด้านระบบ	0.182	0.060	0.228	3.061	<0.05	0.412	2.428
R = 0.878 ; R^2 = 0.772 ; F = 112.671 ; p-value < 0.001 ; Durbin Watson = 1.861							

จากตาราง 5 พบว่า มีตัวแปรที่ร่วมเป็นตัวแปรทำนายวัฒนธรรมเพื่อความปลอดภัย**ผู้ป่วยฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน** 3 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยด้านกลยุทธ์ ด้านบุคลากร และด้านระบบ โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ 0.878 และสามารถพยากรณ์วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ได้ร้อยละ 77.2 โดยมีสมการพยากรณ์ ดังนี้

$$\hat{y} = b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3$$

$\hat{y}$ = วัฒนธรรมเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน

b_0 = ค่าคงที่

x_1 = องค์ประกอบ 7S ด้านกลยุทธ์

x_2 = องค์ประกอบ 7S ด้านบุคลากร

x_3 = องค์ประกอบ 7S ด้านระบบ

สมการในรูปของคะแนนดิบ คือ $\hat{y}$ = 1.088 + 0.388 (องค์ประกอบ 7S ด้านกลยุทธ์) + 0.169 (องค์ประกอบ 7S ด้านบุคลากร) + 0.182 (องค์ประกอบ 7S ด้านระบบ)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของบุคลากรฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ปัจจัยด้านองค์กร ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระดับความคิดเห็นของบุคลากรในฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ เกี่ยวกับลักษณะองค์กรตามองค์ประกอบ 7-S ในภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้าน พบว่า ด้านกลยุทธ์ ด้านโครงสร้างองค์กร ด้านระบบ ด้านบุคลากร ด้านทักษะ และด้านค่านิยม อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.76 ถึง 4.28 ยกเว้น ด้านรูปแบบ อยู่ในระดับ พอใช้ เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งได้ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA) จึงมีการบริหารจัดการการบริการที่มีคุณภาพในโรงพยาบาล และการประเมินประสิทธิภาพขององค์กร ได้มีการนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์องค์กรในส่วนของ SWOT ในด้านของปัจจัยภายในว่าองค์กรนั้นๆ มีจุดแข็งและจุดอ่อนในปัจจัยทั้ง 7 เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนกลยุทธ์และยุทธศาสตร์ในการพัฒนาระบบบริการต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของปัณฑารีย์ ฟองแพร่ (2559)[1] พบว่า ปัจจัยองค์กรตามองค์ประกอบ 7-S ด้านค่านิยมร่วม ด้านกลยุทธ์และยุทธศาสตร์ ด้านทักษะความสามารถ ด้านระบบ ด้านโครงสร้าง มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาองค์กรให้มีศักยภาพการทำงานสูงของพนักงานที่ปฏิบัติงานในธนาคารยูโอบี นอกจากนั้นปัจจัยองค์กรด้านความพร้อมของระบบงาน ด้านค่านิยมร่วมและวัฒนธรรมองค์กร ด้านการมีส่วนร่วมของบุคลากร และความชัดเจนของโครงสร้างองค์กรยังเป็นปัจจัยมีผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ และปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการบริการที่มีคุณภาพ ผู้บริหารในโรงพยาบาลทุกระดับให้ความสำคัญปัจจัยองค์กรด้านกลยุทธ์ เป็นอันดับแรก อันดับที่ 2 คือ รูปแบบการการบริหารจัดการการบริการที่มีคุณภาพ จากผลการวิจัยสามารถวิเคราะห์กลยุทธ์จากSWOT analysis TOWS Matrix 4 ด้าน นำไปสู่แผนพัฒนาระบบบริหารสุขภาพ (service plan) ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการบริหารจัดการการบริการที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ [2]

2. วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ระดับความคิดเห็นของบุคลากรในฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยทั้งในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง โดยค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในภาพรวมเท่ากับ 4.14 ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยรายด้านได้แก่ ด้านการรายงาน ด้านความยืดหยุ่น ด้านการเรียนรู้ และด้านการเฝ้าระวัง เท่ากับ 3.96, 4.08, 4.25 และ 4.26 ตามลำดับ เนื่องจากในระบบของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์เฝ้าระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทุกคนต้องตระหนัก และมีความรอบคอบในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับความคิดเห็นของ Hudson (2001)[9] ที่ อธิบายว่า วัฒนธรรมที่แท้จริงของความปลอดภัยส่วนหนึ่งจะต้องมาจากการเฝ้าระวังปัญหาหรืออันตรายใหม่ที่อาจเกิดขึ้น อันตรายที่ยังไม่เคยประสบหรืออันตรายที่สามารถควบคุมได้ โดยมาตรการในการป้องกันอันตรายเหล่านั้นจะถูกกำหนดไว้โดยระบบบริหารความปลอดภัยขององค์การ อย่างไรก็ตาม องค์กรที่มีมาตรการเชิงรุกจะต้องมีแนวทางในการค้นหาสาเหตุหรืออันตรายอันอาจจะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากอันตรายที่เกิดขึ้นอาจเป็นสิ่งที่เราไม่คาดคิดและคาดไม่ถึง ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนาสองแนวทางให้เกิดขึ้นในองค์กร คือ 1)ระบบการบริหารความเสี่ยงที่ต้องสามารถตอบสนองต่ออันตรายที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ระบบต้องมีความสามารถที่จะบริหารจัดการและมีกระบวนการเฝ้าระวังเหตุการณ์ตลอดเวลา และ 2) การเฝ้าระวังอย่างไม่สิ้นสุดถือเป็นทัศนคติที่จำเป็นต่อความสำเร็จ

และเป็นทักษะที่ต้องได้รับการ ฝึกฝนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้บริหาร เมื่อองค์กรคิดล่วงหน้ามักจะมีความตระหนักว่าอันตรายหรืออุบัติการณ์พร้อมที่จะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

3. เปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของบุคลากรในฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ ชาย อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงานในหน่วยงานเภสัชกรรมและตำแหน่งหน้าที่ในโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน ระยะเวลาการทำงานที่แตกต่างกัน การได้รับการฝึกอบรมไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณฉนิม กิละกุลดิลก และคณะ (2553) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีเพศที่แตกต่างกันจะมีวัฒนธรรมความปลอดภัยไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับอัญชลีย์ เจนวิถีสุข (2556) ที่พบว่าบุคลากรห้องผ่าตัดที่มีอายุแตกต่างกันจะมีทัศนคติเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของเอบออไชกาห์ (2010) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีผลต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลประเทศซาอุดิอาระเบีย สอดคล้องกับ สาธกา ธาตรีนรานนท์ (2556)[6] พบว่าผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานมีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ สาธกา ธาตรีนรานนท์ (2556)[6] ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่า การได้รับการอบรมไม่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ด้วยวิธีที่หลากหลายเพื่อทำให้บุคลากรสามารถพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน โดยมีเครื่องมือในการพัฒนาความสามารถของบุคลากร 19 เครื่องมือ ซึ่งการฝึกอบรมเป็นเพียง 1 ในเครื่องมือดังกล่าว ส่วนเครื่องมืออื่นๆ อาทิเช่น การสอนงาน การฝึกอบรมในขณะปฏิบัติงาน โปรแกรมพี่เลี้ยง การมอบหมายโครงการ การหมุนเวียนงาน การดูงานนอกสถานที่ การฝึกงานกับผู้เชี่ยวชาญ การเรียนรู้ด้วยตนเอง เป็นต้น โดยการฝึกอบรมในห้องเรียนเป็นเครื่องมือที่ทาให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ระยะสั้นในขณะที่เครื่องมือพัฒนาอื่นที่ไม่ใช่การฝึกอบรมในห้องเรียนสามารถทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ระยะยาว

4. ทำนายอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยองค์กรต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ของบุคลากรฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยมีเพียงปัจจัยองค์กร (Mckinsey) ที่มีความสัมพันธ์แบบพหุคูณกับวัฒนธรรมความปลอดผู้ป่วยโดย ปัจจัยองค์กร (Mckinsey) ที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของบุคลากรฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ คือ ปัจจัยองค์กรด้านกลยุทธ์ (Strategy),ด้านบุคลากร (Staff) และด้านรูปแบบ (Style) มีความสัมพันธ์แบบพหุคูณกับวัฒนธรรมความปลอดผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น 0.883 และสามารถพยากรณ์วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ได้ร้อยละ 77.0 โดยมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ ±0.237 และจากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน พบว่า ตัวแปรที่มีความสำคัญมากที่สุดต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย คือ ปัจจัยองค์กรด้านกลยุทธ์ (Strategy) รองลงมาเป็นปัจจัยองค์กรด้านบุคลากร (Staff) และ ปัจจัยองค์กรด้านระบบ (System) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่ไม่อิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงานในหน่วยงานเภสัชกรรม ตำแหน่งงานในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสายงานเภสัชกรรมหรือในหน่วยงานเภสัชกรรมและการได้รับการฝึกอบรมในช่วง 1 ปี และปัจจัยองค์กรด้านโครงสร้างองค์กร (Structure) ด้านรูปแบบ (Style)ด้านทักษะ (Skill) และด้านค่านิยม (Shared Value)

4.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของบุคลากรฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ คือ ปัจจัยองค์กรด้านกลยุทธ์ (Strategy),ด้านบุคลากร (Staff) และด้านรูปแบบ (Style) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ยังไม่มีการนำกรอบแนวคิด Mckinsey มาศึกษาในเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย แต่นำมาศึกษาการบริหารจัดการการบริการที่มีคุณภาพในโรงพยาบาล และการประเมินประสิทธิภาพขององค์กร ได้มีการนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์องค์กรในส่วน

ของ SWOT ในด้านของปัจจัยภายในว่าองค์กรนั้นๆ มีจุดแข็งและจุดอ่อนในปัจจัยทั้ง 7 แต่มีการศึกษาปัจจัยด้านองค์กรที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย แต่ไม่ครบทุกปัจจัย โดยสอดคล้องกับ สาธกา ธาตรีนรานนท์ (2556)[6] ที่ทำการศึกษาปัจจัยทีมีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่า ปัจจัยองค์กรมีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า องค์กรเป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ประสิทธิผลงานสุขภาพจิต และมีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนระหว่างนโยบายและการปฏิบัติกับประสิทธิผลงานสุขภาพจิต และสอดคล้องกับ ชูศรี มโนการ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี (2550) ที่ศึกษาองค์ประกอบสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ในด้านการสนับสนุนจากองค์กร ผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับการสนับสนุนและ ส่งเสริมจากองค์กรทำให้เกิดความร่วมมือและยินดีปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร ถ้าผู้ปฏิบัติงานได้รับการสนับสนุนจากองค์กรเป็นอย่างดีจะทำให้เกิดการสร้างสรรค์งานในองค์กรมีความกระตือรือร้นที่จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานสร้างผลการดำเนินงานให้ดีขึ้นแต่แตกต่างกับการศึกษาของ ยอดชาย สุวรรณวงษ์ (2546) ที่พบว่า บุคลากรร้อยละ 41.50 แสดงความคิดเห็นว่านโยบายขององค์กรไม่ง่ายในการที่จะนำมาปฏิบัติ และร้อยละ 19.60 เห็นว่าคู่มือในการปฏิบัติงานยังมีความซับซ้อนที่จะนำมาใช้ในการปฏิบัติงานจริง และจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า บุคลากรมีความคิดเห็นว่าสถาบันฯ มีข้อดีในด้านนโยบายและแผนงานเพื่อสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย มีกฎระเบียบ วิธีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย และมีการนำข้อมูลรายงานที่ได้มาใช้ประโยชน์ในการบริหารความเสี่ยง ส่วนสิ่งที่ควรปรับปรุง คือ ด้านการสนับสนุนการทำงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย และโครงสร้างองค์กรในการดูแลความเสี่ยงของผู้ป่วย สอดคล้องกับการเยี่ยมสำรวจจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2553)

4.2 ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของบุคลากรฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน พบว่า เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงานในหน่วยงานเภสัชกรรม ตำแหน่งงานในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสายงานเภสัชกรรมหรือในหน่วยงานเภสัชกรรมและการได้รับการฝึกอบรมในช่วง 1 ปี และปัจจัยองค์กรด้านโครงสร้างองค์กร (Structure) ด้านรูปแบบ (Style)ด้านทักษะ (Skill) และด้านค่านิยม (Shared Value) เนื่องจาก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ทุกแห่งผ่านกระบวนการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลและได้มีการนำแนวทางของการพัฒนาคุณภาพตามมาตฐาน HA มาใช้ในกระบวนการพัฒนาโรงพยาบาลทำให้บุคลากรในโรงพยาบาลร่วมทั้งบุคคลากรในฝ่ายเภสัชชุมชนทั้งหมดได้เข้าสู่กระบวนการของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลไปพร้อมๆ กัน ซึ่งในการพัฒนาคุณภาพนั้นอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการเชื่อมโยงระบบคุณภาพต่างๆ ทั้งหมด บุคลากรจึงปฏิบัติงานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยมีการเรียนรู้ปรับปรุงคุณภาพงานและมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นแม้ว่าบุคลากรจะมีความแตกต่างกันในด้านปัจจัยส่วนบุคคลไม่ว่าจะเป็น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงานในหน่วยงานเภสัชกรรม ตำแหน่งงานในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสายงานเภสัชกรรมหรือในหน่วยงานเภสัชกรรมและการได้รับการฝึกอบรมในช่วง 1 ปี จึงอาจไม่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเพราะว่าทุกคนมีระยะเวลาที่เริ่ม ต้นเรียนรู้เกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยพร้อมกัน

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของบุคลากรฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์มีระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบ พบว่า วัฒนธรรมความ

ปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงทุกองค์ประกอบ ไม่ว่าด้านวัฒนธรรมการรายงาน ด้านวัฒนธรรมความยืดหยุ่น ด้านวัฒนธรรมการเรียนรู้ และ ด้านวัฒนธรรมการเฝ้าระวัง

2. ปัจจัยองค์กรตามกรอบแนวคิด 7S's Mckinsey ของบุคลากรฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้าน พบว่า ปัจจัยด้านกลยุทธ์ ด้านโครงสร้างองค์กร ด้านระบบ ด้านทักษะ ด้านบุคลากร และ ด้านค่านิยม เป็นปัจจัยมีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยอยู่ในระดับดีทุกข้อ ยกเว้นด้านรูปแบบ อยู่ในระดับอยู่ในระดับ พอใช้ ปัจจัยองค์กร(Mckinsey) ที่มีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของบุคลากรฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ คือ ปัจจัยองค์กรด้านกลยุทธ์ (Strategy),ด้านบุคลากร (Staff) และด้านรูปแบบ (Style) โดย ปัจจัยองค์กรด้านกลยุทธ์ (Strategy) สามารถพยากรณ์วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยได้สูงสุด รองลงมาเป็นอิทธิพลของปัจจัยองค์กรด้านบุคลากร (Staff) และด้านระบบ (System) ตามลำดับ มี

3. ในการดำเนินงานวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยนั้นผู้บริหารจะต้องมีการเตรียมการทั้งด้านการวางแผนเชิงกลยุทธ์ การพัฒนาบุคลาการ และวางระบบการทำงานที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดวัฒธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย

4. ในการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของบุคลากรฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชนควรดำเนินการไปพร้อมๆกับ การบริหารจัดการและการประเมินประสิทธิภาพขององค์กร

5. ควรมีการศึกษาผลของการพัฒนาองค์กรตามกรอบแนวคิด 7S's Mckinsey กับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของบุคลากรฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชน

6. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเนื่องจากวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย เป็นสิ่งที่วัดประเมินได้ยาก ควรมีการเก็บข้อมูลจากหลากหลายวิธีการผสมผสานกันทั้งการสัมภาษณ์ การสังเกต และการประเมินจากเอกสาร เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.ปัณฑารีย์ ฟองแพร่. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาองค์กรให้มีศักยภาพการทำงานสูง: กรณีศึกษาธนาคารยูโอบี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาหลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการธุรกิจโลก วิทยาลัยพาณิชยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา). 2551.

2.พวงผกา มะเสนา และ รองศาสตราจารย์ ประณต นันทิยะกุล. การบริหารจัดการการบริการที่มีคุณภาพในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย*, 4(1), 88-100. 2557.

3.พรรณฉนิม กิละกุลดิลก. วัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข ,มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช). 2553.

4.ยุพา วิภาสวัชรโยธินและมาศรินทร์ ธรรมสิทธิ์บูรณ์. การศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาล ชุมพรเขตอุดมศักดิ์. ***เภสัชกรรมคลินิก***, 15 (2551), 151-61. 2551. เยาวเรศว์ นุตเดชานันท์. **ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาองค์กรตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของกรมสุขภาพจิต.** กรุงเทพมหานคร:กระทรวงสาธารณสุข. 2558.

5.วิฌา จีระแพทย์, เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. **การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย แนวคิดกระบวนการและแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก**. กรุงเทพมหานคร: ด่านสุทธา การพิมพ์. 2550.

6.สาธกา ธาตรีนรานนท์. ปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาบริหารสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช). 2556.

7.สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. *Patient safety concept and practice*. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2553.

8.Barbara S. Is US health really the best in the world?. **JAMA**, July 26, 2000, 284(4),83-5.

9.Hudson, P. Aviation Safety Culture Safeskies . Retrieved october 1, 2018, from http://www.psychology.org.nz/industrial/Aviation%20Safety%20Culture.pdf

10.Vincent C, Taylor-Adam S. & Stanhope N. Framework for analysis risk and safety in clinical medicine. ***BMJ*** ,316, 1154-1157. 1988.

ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบการควบคุมภายในตามแนวคิด COSO กับ การปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

The Correlation between internal control components based on COSO concepts and financial and accounting operations in Kalasin district government hospitals

สิริณดา ฆารสว่าง [1] กฤตพา แสนชัยธร [2]

Sirinda Khansawang, Krittaphan Saenchaiyathon

(Received: February 7 ,2020 ; Accepted: February 28 ,2020)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) การปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ และ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบการควบคุมภายในตามแนวคิด COSO กับการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชี ของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากหัวหน้าฝ่ายบริหาร เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชี ของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งหมด 17 แห่ง จำนวน 118 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า 1) องค์ประกอบการควบคุมภายในตามแนวคิด COSO ทุกด้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวก ในระดับปานกลาง กับการปฏิบัติงานด้านการเงิน ของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 โดยด้านสภาพแวดล้อมการควบคุมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านการเงินในระดับสูงสุด (r = 0.841) รองลงมาคือด้านการติดตามประเมินผล (r = 0.807) และด้านกิจกรรมการควบคุมอยู่ในระดับต่ำสุด (r = 0.647) 2) องค์ประกอบการควบคุมภายในตามแนวคิด COSO ทุกด้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวก ในระดับปานกลาง กับการปฏิบัติงานด้านบัญชี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 ทุกด้าน โดยด้านการติดตามประเมินผลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านบัญชีในระดับสูงสุด (r = 0.807) รองลงมาคือด้านสารสนเทศและการสื่อสาร (r = 0.802) และด้านสภาพแวดล้อมการควบคุมอยู่ในระดับต่ำสุด (r = 0.559)

คำสำคัญ : การตรวจสอบภายในด้านการเงินและบัญชี, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

The objectives of this research are 1) to study about the financial and accounting operations in Kalasin district government hospitals, and 2) to study the correlation between the internal control components based on the COSO concepts and the finance and accounting operations in Kalasin district government hospital. This study is quantitative research and collected data using questionnairs from the 118 participants whom have a responsibility about finance and accounting in each district hospital in Kalasin province. The totally Kalasin district government hospitals are 17 hospitals. Pearson correlation coefficient is used for data analytic.

[1] นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรบัญชีมหาบัณฑิต คณะบริหารธุรกิจและการบัญชี มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] รองศาสตราจารย์ คณะบริหารธุรกิจและการบัญชี มหาวิทยาลัยขอนแก่น

The results of the study revealed that 1) all of internal control components based on COSO concepts have positive correlations with the financial operations in Kalasin district government hospitals (medium level, P value = 0.001). The control environment, a part of internal control component, is the highest correlated issue of internal control component which associated with the financial operations (r = 0.841). and the second highest correlated issue, in term of each internal control component, is the following evaluation (r = 0.807). The control activity is a part of internal control which is the lowest level correlation with financial operations (0.647). 2) All of internal control components based on COSO concepts also have positive correlations with the accounting operations in Kalasin district government hospitals (medium level, P value = 0.001). In term of the correlation between accounting operative and each internal control component, the following evaluation is the highest correlative issue of each internal control component associated with accounting operations (r = 0.807), and the second correlative issue is the information and communication (r = 0.802). The control environment is a part of internal control which is the lowest level correlation with accounting operations in Kalasin district government hospitals (r = 0.559).

Keywords : Financial and accounting internal control, Community hospitals

บทนำ

ภายใต้สภาวะแวดล้อมในโลกโลกาภิวัตน์ การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ตลอดจนการปฏิรูปหน่วยงานราชการในปัจจุบัน ทำให้ทุกหน่วยงาน ทั้งเอกชน รัฐวิสาหกิจ และหน่วยงานภาครัฐ นั้นต้องมีการปรับกลยุทธ์ในการปฏิบัติงานใหม่ๆ รวมทั้งจัดหาเครื่องมือทางด้านการจัดการ เข้ามาช่วยในการทำงานและบริหารงานมากขึ้น (กรมบัญชีกลาง, 2551) การควบคุมภายใน ถือเป็นส่วนสำคัญต่อการความสำเร็จขององค์กร เนื่องจากถือเป็นกลไกสำคัญ และเป็นเครื่องมือในการจัดการที่นำมาช่วยในการปฏิบัติงานและบริหารงานในหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ขนาดเล็กและขนาดใหญ่ ถือเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยควบคุมและกำกับลดความเสี่ยงของหน่วยงานให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่ผู้บริหารคาดการณ์และยอมรับได้ การควบคุมภายในมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิ์ภาพและประสิทธิ์ผล เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและประโยชน์สูงสุด โดยลดขั้นตอนของการปฏิบัติงานที่ซ้ำซ้อนและไม่จำเป็น ลดความเสี่ยง ความเสียหายด้านการเงิน และด้านอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดการเพิ่มต้นทุนของการดำเนินงานแก่หน่วยงานในที่สุด

ตามระเบียบของคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานการควบคุมภายใน พ.ศ.2544 กำหนดให้หน่วยงานของรัฐทุกแห่ง นำมาตรฐานการควบคุมภายในมาใช้เป็นแนวทาง วางระบบการควบคุมภายในและติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความมั่นใจว่าการดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างให้เกิดประสิทธิผล และประสิทธิภาพ พร้อมมีรายงานทางการเงินเชื่อถือได้ เป็นไปตามกฎระเบียบ ข้อบังคับของคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินและผู้ที่เกี่ยวข้อง (กรมบัญชีกลาง, 2555)

จากระเบียบข้อบังคับดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดเป้าหมายให้หน่วยงานภายใต้สังกัด ดำเนินการตรวจสอบประเมินผลของการควบคุมภายในของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน ว่าด้วย “การกำหนดมาตรฐานการควบคุมภายใน พ.ศ.2544 แนวทาง: การตรวจสอบภายในและการประเมินผลการควบคุมภายใน พ.ศ.2552 ของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วย การตรวจสอบภายในของส่วนราชการ พ.ศ.2551 และพระราช

กฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546" (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2558)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ จึงได้ดำเนินการจัดทำแผน/โครงการ ในการตรวจสอบภายในเพื่อให้สอดคล้องกับระเบียบและนโยบายที่กำหนด จากการออกตรวจสอบหน่วยงานในสังกัด ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 18 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 17 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) จำนวน 156 แห่ง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2561) พบว่า หน่วยงานในสังกัดบางแห่งยังไม่มีการวางระบบการควบคุมภายในตามระเบียบของคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน และหลายหน่วยงานมีการจัดทำระบบการควบคุมภายในไว้ไม่ครบถ้วนถูกต้อง ทำให้ไม่สามารถควบคุมความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้

การปฏิบัติด้านงานการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลชุมชน นั้นเป็นเรื่องที่ซับซ้อน และผู้ปฏิบัติงานต้องยึดถือและปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ คำสั่งและแนวปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ถึงแม้กระทรวงสาธารณสุขจะมีข้อกำหนดในการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีไว้อย่างชัดเจนเพียงใดก็ตาม โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ส่วนใหญ่ก็ยังเกิดความสูญเสียในลักษณะต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น ความสูญเสียต่อทรัพย์สิน การสูญเสียโอกาส เสียเวลา สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายทรัพยากร รวมถึงการตรวจพบข้อผิดลาด ขาดความถูกต้องและครบถ้วนของการบันทึกบัญชี และการจัดทำข้อมูลทางการเงินที่เชื่อถือได้อย่างทันเวลา ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชนอยู่มาก เพราะหัวหน้ากลุ่มงานบริหารและผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชียังไม่มีความเข้าใจในระบบการควบคุมภายในที่ดี

ประกอบกับข้อมูลตรวจสอบภายใน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2560 ตามหนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ กส. 0032.001/102/9957 ลงวันที่ 4 สิงหาคม 2560 เรื่อง รายงานผลการตรวจสอบภายในรอบ 9 เดือน ประจำปีงบประมาณ 2560 พบว่ามีข้อสังเกตที่ต้องปรับปรุงแก้ไขหลายประการเกี่ยวกับการปฏิบัติงานการเงินและบัญชี เช่น การกำหนดหน้าที่รับผิดชอบด้านการเงิน-บัญชีจัดทำเป็นลายลักษณ์อักษร มีบางแห่งยังดำเนินการไม่ครอบคลุม, มีการจัดทำรายงานการใช้ใบเสร็จรับเงินคงเหลือล่าช้ากว่ากำหนด, การจ่ายเช็คให้ผู้อื่นเป็นผู้รับแทน บางหน่วยรับตรวจยังไม่มีหนังสือมอบอำนาจ, การจัดทำงบพิสูจน์ยอดเงินฝากธนาคารทุกบัญชี บางหน่วยรับตรวจไม่ได้รายงานยอดลูกหนี้/เจ้าหนี้คงเหลือให้ผู้บริหารทราบ, การบันทึกบัญชีของหน่วยบริการบางหน่วย ยังมีการบันทึกบัญชีไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดปัญหาและความต้องการที่จำเป็นซึ่งต้องได้รับการแก้ไขปรับปรุงโดยเร่งด่วน

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบการควบคุมภายในตามแนวคิด COSO กับการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบการควบคุมภายในตามแนวคิด COSO และการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบการควบคุมภายในตามแนวคิด COSO กับ การปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชี ของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ แบบภาคตัดขวาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป (มีหน้าที่ตรวจสอบด้านการเงินและบัญชี) และบุคลากร

ทางการเงินและบัญชี โดยศึกษาจากโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 17 แห่ง ประชากร จำนวน 165 คน (ฐานข้อมูลกลุ่มงานบุคคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2560)

กลุ่มตัวอย่าง ได้ทำการกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie และ Morgan (ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2551) ในการกำหนดกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ขนาดประชากรจำนวน 165 คน จะได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 116 คน เนื่องจากผู้วิจัยได้ทำการส่งแบบสอบถามไปทั้งหมดจำนวน 165 คนตามจำนวนประชากรทั้งหมด และมีผู้กลับตอบแบบสอบถามกลับมาจำนวน 118 คน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดตัวอย่างเป็นจำนวน 118 คน ตามจำนวนที่รวบรวมแบบสอบถามได้แหล่งข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถาม ที่พัฒนามาจากแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาตามวัตถุประสงค์และกรองแนวคิดของงานวิจัย โดยมีรายละเอียดของข้อมูลที่ต้องการทราบ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะเป็นแบบการตรวจสอบรายการแบบ Check list จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สาขาวิชา ประสบการณ์ทำงาน ขนาดองค์กร(จำนวนเตียงให้บริการ) จำนวนบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการควบคุมภายในอจำนวนครั้งการตรวจสอบภายในต่อปี

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับองค์ประกอบการควบคุมภายใน ตามแนวคิด COSO ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้(รายละเอียดดังแนบในภาคผนวก)

1. สภาพแวดล้อมของการควบคุม จำนวน 7 ข้อ
2. การประเมินความเสี่ยง จำนวน 5 ข้อ
3. กิจกรรมการควบคุม จำนวน 5 ข้อ
4. สารสนเทศและการสื่อสาร จำนวน 6 ข้อ
5. การติดตามประเมินผลจำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชี ประกอบด้วย

1. ด้านการเงิน จำนวน 8 ข้อ
2. ด้านบัญชี จำนวน 9 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ท (Likert Type) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับความคิดเห็น คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยอย่างมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด โดยกำหนดค่าของลำดับคะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	กำหนดให้	5	คะแนน
เห็นด้วยอย่างมาก	กำหนดให้	4	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	กำหนดให้	3	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	กำหนดให้	2	คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	กำหนดให้	1	คะแนน

การออกแบบเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้กำหนดขั้นตอนในการดำเนินการสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1. ศึกษาทบทวนทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบการควบคุมภายในตามแนวคิด COSO
2. พัฒนาและปรับปรุงแบบสอบถาม ให้ครอบคลุมขอบข่ายของนิยามที่กำหนดไว้โดยประยุกต์และปรับปรุงจากมาตรฐานการควบคุมภายในของคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน
3. ตรวจสอบข้อความในแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ในเรื่องการควบคุมภายในจำนวน 3 คนเป็นผู้พิจารณาให้ความเห็นว่ามีเนื้อหาครอบคลุมน่าเชื่อถือในการศึกษา ภาษาที่ใช้มีความหมายรัดกุมและตรงกับเรื่องที่ต้องการศึกษาหรือไม่
4. นำแบบสอบถามที่ได้แก้ไขปรับปรุงครั้งสุดท้ายเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กกับกลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้องด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดมหาสารคาม ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

แล้วนำไปวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น(Reliability) โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Alpha - Cronbach)

5. นำแบบสอบถามไปใช้ในการเก็บรวบรวม

ข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สาขาวิชา ประสบการณ์ทำงาน ขนาดองค์กร(จำนวนเตียงให้บริการ) จำนวนบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการควบคุมภายใน จำนวนครั้งการตรวจสอบภายในต่อปี โดยหาค่าความถี่และค่าร้อยละ องค์ประกอบการควบคุมภายใน ตามแนวคิด COSO วิเคราะห์การปฏิบัติงานด้านการเงิน วิเคราะห์การปฏิบัติงานด้านบัญชี โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยการใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient) ของ Spearman Rank Correlation Coefficient โดยมีเกณฑ์แปรค่าความสัมพันธ์ (ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์, 2548) ดังนี้ สัมพันธ์กันสูง $r \geq 0.80$ $r \leq -0.80$ สัมพันธ์กันปานกลาง $0.50 < r < 0.80$ หรือ $-0.80 < r < -0.05$ สัมพันธ์กันต่ำ $-0.50 < r < 0.50$

ผลการวิจัย

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบการควบคุมภายในตามแนวคิด COSO กับการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชี ของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยเป็นประเด็นดังนี้

1. ผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.75 เพศชาย ร้อยละ 15.25 อายุ จบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 51.69 และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 48.31 ส่วนใหญ่จบสาขาการบัญชี ร้อยละ 57.63 ซึ่งส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานด้านการเงินและบัญชี 3 ปีขึ้นไป ส่วนมากเป็นโรงพยาบาลขนาด 30-60 เตียง และมีหน่วยงานตรวจสอบภายในเข้าตรวจสอบปีละ 1 ครั้ง

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลองค์ประกอบการควบคุมภายในตามแนวคิด COSO ของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

พบว่า โดยภาพรวมโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ มีการควบคุมภายใน อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.15 โดยมีการควบคุมภายในด้านการประเมินความเสี่ยงสูงที่สุด รองลงมามีการควบคุมภายในด้านสภาพแวดล้อมการควบคุม ด้านกิจกรรมการควบคุม ด้านการติดตามประเมินผล และมีการควบคุมภายในด้านการติดตามและประเมินผลต่ำที่สุด ซึ่งสามารถสรุปผลเป็นรายด้านได้ดังนี้

2.1) ด้านสภาพแวดล้อมการควบคุม พบว่าส่วนใหญ่มีผลการประเมินอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.13 – 4.33 เมื่อพิจารณาความคิดเห็นรายข้อ พบว่า โรงพยาบาลมีการมอบหมายอำนาจและหน้าที่ความรับผิดชอบให้กับบุคคลที่เหมาะสมและเป็นไปอย่างถูกต้อง และมีการแจ้งให้พนักงานทุกคนทราบ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.33 รองลงมา คือ โรงพยาบาลดำเนินการโดยเร่งด่วนเมื่อมีสัญญาณแจ้งว่าอาจมีปัญหาเรื่องความซื่อสัตย์และจริยธรรมของพนักงานเกิดขึ้น มีค่าเฉลี่ย 4.31 ส่วนข้อที่มีผลการประเมินต่ำที่สุด คือ โรงพยาบาลมีการลงโทษทางวินัยและแก้ไขปัญหา เมื่อมีการไม่ปฏิบัติตามนโยบายหรือข้อกำหนดด้านจริยธรรม มีค่าเฉลี่ย 4.13

2.2) ด้านการประเมินความเสี่ยง พบว่า ส่วนใหญ่มีผลการประเมินอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.14 – 4.39 เมื่อพิจารณาความคิดเห็นรายข้อ พบว่า โรงพยาบาลมีแนวทางจัดการกับความเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น และมีผลกระทบต่อการบริหารงาน เช่น การเปลี่ยนแปลงนโยบายจากภาครัฐ กฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับใหม่ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.39 รองลงมา คือ โรงพยาบาลมีแนวทางบริหารความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น มีหนังสือร้องเรื่องการให้บริการของเจ้าหน้าที่จากบุคคลภายนอก มีค่าเฉลี่ย 4.26 ส่วนข้อที่มีผลการประเมินต่ำที่สุด คือ โรงพยาบาลมีการกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายการดำเนินงานของหน่วยงานอย่างชัดเจนและวัดผลได้ มีค่าเฉลี่ย 4.14

2.3) ด้านกิจกรรมการควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.94 – 4.28 เมื่อพิจารณาความคิดเห็นรายข้อ พบว่า โรงพยาบาลมีการแบ่งแยกหน้าที่การปฏิบัติงานที่สำคัญหรืองานที่เสี่ยงต่อความเสียหายตั้งแต่ต้นจนจบ เช่น การอนุมัติ การบันทึกบัญชี และการดูแลรักษาทรัพย์สิน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.28 รองลงมา คือ โรงพยาบาลมีมาตรการป้องกันและดูแลรักษาทรัพย์สินอย่างรัดกุมและเพียงพอ มีค่าเฉลี่ย 4.16 ส่วนข้อที่มีผลการประเมินต่ำที่สุด คือ โรงพยาบาลมีการกำหนดขอบเขตอำนาจหน้าที่และวงเงินอนุมัติของผู้บริหารแต่ละระดับไว้อย่างชัดเจนและเป็นลายลักษณ์อักษร มีค่าเฉลี่ย 3.94

2.4) ด้านสารสนเทศและการสื่อสาร พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.96 – 4.29 เมื่อพิจารณาผลการประเมินรายข้อ พบว่า โรงพยาบาลมีช่องทางให้เจ้าหน้าที่สามารถเสนอข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการดำเนินงานขององค์กรมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.29 รองลงมา คือโรงพยาบาลมีการรายงานข้อมูลที่จำเป็นทั้งจากภายในและภายนอกให้ผู้บริหารทุกระดับ มีค่าเฉลี่ย 4.15 ส่วนข้อที่มีผลการประเมินต่ำที่สุด คือ โรงพยาบาลมีการจัดทำและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานการเงินและการปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อบังคับ และมติคณะรัฐมนตรีไว้อย่างถูกต้องครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน มีค่าเฉลี่ย 3.96

2.5) ด้านการติดตามประเมินผล พบว่า ส่วนใหญ่มีผลการประเมินอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.88 – 4.26 เมื่อพิจารณาผลการประเมินรายข้อ พบว่า โรงพยาบาลได้รับการประเมินและติดตามการดำเนินงานโดยผู้ตรวจสอบกิจการ/ผู้ตรวจสอบภายใน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.26 รองลงมา คือโรงพยาบาลมีการเปรียบเทียบแผนและผลการดำเนินงาน และรายงานให้ผู้กำกับดูแลทราบเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ มีค่าเฉลี่ย 4.22 ส่วนข้อที่มีความคิดเห็นต่ำที่สุด คือ โรงพยาบาลมีการติดตามและตรวจสอบการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ มีค่าเฉลี่ย 3.88

3. ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชี ของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 เมื่อพิจารณาเป็นด้านจะเห็นว่าการปฏิบัติงานด้านการเงินนั้นสูงกว่าด้านบัญชี ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.05 ในขณะที่ด้านบัญชี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.80 ซึ่งสามารถสรุปผลเป็นรายด้านดังนี้

3.1) การปฏิบัติงานด้านการเงิน ของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.83 – 4.23 เมื่อพิจารณาออกเป็นรายข้อ พบว่า โรงพยาบาลมีการแบ่งแยกหน้าที่ด้านการเบิกจ่ายเงินมิให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบมากกว่าหนึ่งลักษณะ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.23 รองลงมา คือ โรงพยาบาลมีการดำเนินการเบิกจ่ายเงินได้อย่างครบถ้วนถูกต้องในระยะเวลาที่เหมาะสม มีค่าเฉลี่ย 4.21 ส่วนข้อที่มีความคิดเห็นต่ำที่สุด คือ มีการกำหนดให้ผู้ชำระเงินด้วยเช็คธนาคาร ระบุสั่งจ่ายเงินในนามของหน่วยงาน โดยให้ขีดคร่อม และงานขีดฆ่า หรือตามคำสั่งเพื่อให้นำเข้าบัญชีหน่วยงานนั้น ๆ มีค่าเฉลี่ย 3.83

3.2) การปฏิบัติงานด้านบัญชี ของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.34 – 4.10 เมื่อพิจารณาออกเป็นรายข้อพบว่า ค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ โรงพยาบาลสรรหาเจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถ มีความชำนาญและมีประสบการณ์เหมาะสมกับตำแหน่ง มีค่าเฉลี่ย 4.10 รองลงมา คือ โรงพยาบาลมีการแบ่งแยกหน้าที่ความรับผิดชอบระหว่างผู้รับผิดชอบด้านการเงินกับผู้รับผิดชอบด้านบัญชีอย่างชัดเจนเฉพาะทาง มีค่าเฉลี่ย 4.00 และค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ โรงพยาบาลมีการตรวจสอบยอดเงินฝากธนาคารคงเหลือที่ปรากฏในบัญชีแยกประเภทเงินฝากธนาคารกับสมุดคู่ฝากธนาคาร (Bank Statement) มีค่าเฉลี่ย 3.34

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบการควบคุมภายในตามแนวคิด COSO กับการปฏิบัติงานด้านการเงิน พบว่า องค์ประกอบการ

ควบคุมภายในตามแนวคิด COSO 5 ด้าน คือ ด้านสภาพแวดล้อมการควบคุม การประเมินความเสี่ยง กิจกรรมการควบคุม สารสนเทศและการสื่อสาร การติดตามประเมินผล มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ในทางบวกอยู่ในระดับสูง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 ทุกด้าน

5. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบการควบคุมภายในตามแนวคิด COSO กับการปฏิบัติงานด้านบัญชี พบว่า องค์ประกอบการควบคุมภายในตามแนวคิด COSO 5 ด้าน คือ ด้านสภาพแวดล้อมการควบคุม ด้านการประเมินความเสี่ยง ด้านกิจกรรมการควบคุม ด้านสารสนเทศและการสื่อสาร ด้านการติดตามประเมินผล มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ในทางบวกอยู่ในระดับสูง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 ทุกด้าน

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบการควบคุมภายในตามแนวคิด COSO กับการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชี ของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. องค์ประกอบการควบคุมภายในตามแนวคิด COSO ของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยดำเนินการอภิปรายผลการวิจัยเป็นรายด้านดังนี้

1.1 องค์ประกอบควบคุมภายในตามแนวคิด COSO ด้านสภาพแวดล้อมการควบคุม พบว่า โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ มีการควบคุมภายในด้านสภาพแวดล้อมการควบคุม อยู่ในระดับมาก - มากที่สุด อันเนื่องมาจากโรงพยาบาลมีการมอบหมายอำนาจและหน้าที่ความรับผิดชอบให้กับบุคคลที่เหมาะสมและเป็นไปอย่างถูกต้อง และมีการแจ้งให้พนักงานทุกคนทราบ และโรงพยาบาลดำเนินการโดยเร่งด่วนเมื่อมีสัญญาณแจ้งว่าอาจมีปัญหาเรื่องความซื่อสัตย์และจริยธรรมของพนักงานเกิดขึ้น สอดคล้องกันกับการศึกษาของ นุจรี กลั่นตอน (2557) ได้ศึกษาแนวคิดด้านการควบคุมภายในของโคโซ่ (COSO) กับประสิทธิภาพการทำงานด้านการเงินและบัญชีของการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค สาขาพิชัย ได้กล่าวถึง สภาพแวดล้อมการควบคุม ได้มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องเช่นในเรื่องปรัชญาและลักษณะการทำงานของผู้บริหารความซื่อสัตย์และจริยธรรมในการบริหารและการปฏิบัติงาน โครงสร้างของหน่วยงาน การกำหนดอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบ รวมถึงนโยบายการบริหารและพัฒนาด้านบุคลากร การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค สาขาพิชัยได้มีระเบียบ ข้อบังคับ คำสั่ง แนวปฏิบัติงานระบุไว้เพื่อให้พนักงานนั้นสามารถปฏิบัติตามได้

1.2 องค์ประกอบควบคุมภายในตามแนวคิด COSO ด้านการประเมินความเสี่ยง พบว่า โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่มีการควบคุมภายในด้านการประเมินความเสี่ยงอยู่ในระดับมากที่สุด อันเนื่องมาจาก โรงพยาบาลมีแนวทางจัดการกับความเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น และมีผลกระทบต่อการบริหารงาน เช่น การเปลี่ยนแปลงนโยบายจากภาครัฐ กฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับใหม่ และ โรงพยาบาลมีแนวทางบริหารความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น มีหนังสือร้องเรื่องการให้บริการของเจ้าหน้าที่จากบุคคลภายนอก สอดคล้องกันกับ พิเชษฐ์ วงศ์บุญเนตร (2549) ซึ่งได้ศึกษาเรื่อง การบริหารความเสี่ยงตามแนวคิดของ COSO ERM เพื่อลดความเสี่ยงในการสอบบัญชีในมุมมองของผู้สอบบัญชีรับอนุญาต พบว่าองค์ประกอบของ COSO ERM ที่ผู้สอบบัญชีส่วนใหญ่เห็นว่าสามารถช่วยลดความเสี่ยงสืบเนื่องได้มากที่สุดคือ องค์ประกอบการประเมินความเสี่ยงซึ่งศึกษาทฤษฎีและแนวปฏิบัติ

1.3 องค์ประกอบควบคุมภายในตามแนวคิด COSO ด้านกิจกรรมการควบคุม พบว่า โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่มีการควบคุมภายในด้านกิจกรรมการควบคุม อยู่ในระดับมาก อันเนื่องมาจาก โรงพยาบาลมีการแบ่งแยกหน้าที่การปฏิบัติงานที่สำคัญหรืองานที่เสี่ยงต่อความเสียหายตั้งแต่ต้นจนจบ เช่น การอนุมัติ การบันทึกบัญชี และการดูแล

รักษาทรัพย์สิน และ โรงพยาบาลมีมาตรการป้องกันและดูแลรักษาทรัพย์สินอย่างรัดกุมและเพียงพอ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ศิลปะพร ศรีจั่นเพชร (2548) สำรวจบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทยในภาพรวมทุกอุตสาหกรรมพบว่ามีองค์ประกอบการบริหารความเสี่ยงเรื่องกิจกรรมควบคุมองค์กรปฏิบัติมากรองจากเรื่องสภาพแวดล้อมภายในองค์กรในขณะที่การศึกษาเกี่ยวกับระดับของการนำเอากรอบการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในองค์กรโดยศึกษาตามแนวคิดของCOSO ERM ของ PricewaterhouseCoopers (2004) พบว่าองค์ประกอบที่นำมาใช้สูงที่สุดคือกิจกรรมการควบคุม และBeasley, Clune and Hermanson (2005) ได้สำรวจสัดส่วนของบริษัทชั้นนำของโลกที่อยู่ในแต่ละขั้นตอนของการพัฒนาการบริหารความเสี่ยงในองค์กรพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่มีการนำ ERM มาใช้ในองค์กรแล้วและมีบางองค์กรได้มีการนำมาใช้อย่างเต็มรูปแบบรวมถึงปัจจัยด้านกิจกรรมควบคุมและความสำคัญของปัจจัยด้านกิจกรรมควบคุม

1.4 องค์ประกอบควบคุมภายในตามแนวคิด COSO ด้านสารสนเทศและการสื่อสาร พบว่า โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ส่วนใหญ่มีการควบคุมภายในด้านสารสนเทศและการสื่อสาร อยู่ในระดับมาก อันเนื่องมาจาก โรงพยาบาลมีช่องทางให้เจ้าหน้าที่สามารถเสนอข้อคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการดำเนินงานขององค์กร และโรงพยาบาลมีการรายงานข้อมูลที่จำเป็นทั้งจากภายในและภายนอกให้ผู้บริหารทุกระดับ สอดคล้องกันกับแนวคิดของ COSO ที่กล่าวว่า สารสนเทศและการสื่อสารเป็นส่วนสนับสนุนที่สำคัญต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผล ในการกำหนด กลยุทธ์ ประเมินความเสี่ยงและกิจกรรมการควบคุม ฝ่ายบริหารต้องจัดให้มีสารสนเทศอย่างเพียงพอ เหมาะสม เชื่อถือได้ และสื่อสารให้ฝ่ายบริหารและบุคคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกหน่วยรับตรวจ ซึ่งจำเป็นต้องใช้สารสนเทศนั้นรูปแบบที่เหมาะสมและทันเวลา และสอดคล้องกับการศึกษาของ ฐิติโชค พันศิริพัฒน์ (2558) ศึกษาเรื่องการศึกษาองค์ประกอบที่มีผลต่อการนำระบบการควบคุมภายในมาใช้ในองค์กร:กรณีศึกษา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี เมื่อผ่านการสกัดปัจจัยแล้วเหลือเพียง 3 ตัวแปร ประกอบด้วย ปัจจัยด้านสารสนเทศและการติดตามประเมินผล ปัจจัยด้านกิจกรรมการควบคุมและประเมินความเสี่ยง และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของการควบคุม และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวินชา การพัดชี (2555) ได้กล่าวไว้ว่า องค์กรควรมีระบบติดต่อสื่อสารทั้งภายในและภายนอกอย่างเพียงพอเหมาะสม และทันเวลา มีช่องทางให้กับบุคลากรได้เสนอข้อคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการดำเนินงานขององค์กร และสอดคล้องกับงานวิจัยของ นุจรี กลั่นตอน (2553) ได้กล่าวไว้ว่าการควบคุมภายในของCOSO ด้าน การควบคุมสารสนเทศและประมวลผลองค์กรได้จัดให้ มีระบบสารสนเทศในการจัดระบบสารสนเทศในหน่วยงาน เพื่อสนองต่อความต้องการของผู้ใช้ได้อย่างเพียงพอและเหมาะสมรวมถึงองค์กร มีการจัดระบบการติดตามผลระหว่างการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง โดยมีการรายงานผลการดำเนินการให้ผู้บริหารทราบเป็นระยะ ๆ ทั้งนี้เพื่อประสิทธิภาพการทำงานขององค์กร และ ตรงกับงานวิจัยของ Abu-Musa (2009) ได้กล่าวไว้ว่า การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพทางการจัดการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศได้กลายเป็นสิ่งจำเป็น ในขณะที่องค์กรในประเทศซาอุดิอาระเบีย จำนวนมากได้พัฒนาสิ่งที่สำคัญในด้านไอทีเพิ่มขึ้น และโคบิตได้รับการยอมรับมากขึ้นว่าเป็นแนวทางที่สำคัญที่สุดสำหรับการจัดการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

1.5 องค์ประกอบควบคุมภายในตามแนวคิด COSO ด้านการติดตามประเมินผล พบว่า โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ส่วนใหญ่มีการควบคุมภายในอยู่ในด้านการติดตามประเมินผล อยู่ในระดับมากที่สุด อันเนื่องมาจากโรงพยาบาลมีการกำหนดให้มีการติดตามผลในระหว่างปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และยังได้รับการประเมิน ติดตามการดำเนินงานโดยผู้ตรวจสอบภายในอยู่เสมอ สอดคล้องกันกับ งานวิจัยของ ดนุชา อาชามาส (2544) ได้กล่าวไว้ว่า ระดับความมีประสิทธิภาพ ของการควบคุมภายในระบบสารสนเทศขององค์กร อยู่ในระดับ

มาก ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลกับด้านการติดตามและประเมินผล คือปัจจัยด้านความพร้อมการให้บริการและการติดตามผลด้านสารสนเทศ และงาน วิจัยของ นุจรี กลันตอน (2553) ได้กล่าวไว้ว่า การควบคุมภายในของCOSO ด้านการติดตามและประเมินผลองค์กร มีการจัดระบบการติดตามผลระหว่างการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง โดยมีการรายงานผลการดำเนินการให้ผู้บริหารทราบเป็นระยะ ๆ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ถิราวุฒิ ทองทรง (2547) ได้กล่าวไว้ว่า องค์กรมีการติดตามประเมินผลโดยมีการติดตามในระหว่างการปฏิบัติงานซึ่งมีการประเมินผลจากการประเมินการควบคุมด้วยตนเอง และการประเมินการควบคุมอย่างอิสระ เมื่อพบจุดอ่อน ข้อบกพร่อง หรือปัญหาที่สำคัญจะต้องรายงานไปยังผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหาได้ทัน

2. การปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชี ของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยดำเนินการอภิปรายผลการวิจัยเป็นรายด้านดังนี้

2.1 การปฏิบัติงานด้านการเงิน ของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า โดยภาพรวมโรงพยาบาลชุมชนปฏิบัติงานด้านการเงิน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก เนื่องจากโรงพยาบาลมีการแบ่งแยกหน้าที่ด้านการเบิกจ่ายมิให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบมากกว่าหนึ่งลักษณะ เพื่อให้เกิดความโปร่งใสและสามารถตรวจสอบได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นางสาววีรนันท์ พาวดี (2556) ได้กล่าวไว้ว่า เพื่อให้การปฏิบัติงานการเงินและบัญชีดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการพัฒนา ในด้านต่าง ๆ ดังนี้ ด้านโครงสร้างองค์กรควรมีการจัดโครงสร้างองค์กรแผนกการเงินและบัญชีในหน่วยงานให้เหมาะสม เพื่อให้เกิดความโปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้ ตลอดจนจัดตั้งกรรมการเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการเบิก-จ่าย ภายในหน่วยงาน เพื่อให้การเบิก-จ่ายถูกต้องและเป็นไปตามระเบียบราชการกำหนด เป็นการสร้างความเชื่อถือได้ และเกิดความแม่นยำในการปฏิบัติด้านบุคลากร

ทั้งนี้การปฏิบัติงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชน ยังมีข้อที่ต้องปรับปรุง และให้ความสำคัญเพิ่มมากขึ้น คือต้องมีการกำหนดให้ผู้ชำระเงินด้วยเช็คธนาคาร ต้องระบุสั่งจ่ายเงินในนามของหน่วยงานโดยให้ขีดคร่อม และขีดฆ่า หรือตามคำสั่ง และต้องมีการตรวจสอบความถูกต้องของหลักฐานการเบิกจ่ายเงิน เพราะอาจจะทำให้เกิดความเสียหาย หรือเกิดการทุจริตได้โดยง่าย สวดคล้องกับการศึกษาของ ของ นุจรี กลั่นตอน (2557) ได้กล่าวถึงการจัดวางระบบการควบคุมภายในที่ดี ด้านเงินฝากธนาคาร ว่าการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคสาขาพิชัยมีการควบคุมให้เป็นไปตามกฎระเบียบ โดยทางการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคสาขาพิชัย จะกำหนดเงินฝากธนาคารที่ได้รับอนุมัติและมีผู้มีอำนาจในการลงนามให้ฝากเงินได้ตามระเบียบปฏิบัติ

2.2 การปฏิบัติงานด้านบัญชี ของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า โดยภาพรวมโรงพยาบาลชุมชนมีการปฏิบัติงานด้านบัญชี โดยรวมอยู่ในระดับมาก อันเนื่องมาจาก โรงพยาบาลสรรหาเจ้าหน้าทีมีความรู้ความสามารถ มีความชำนาญและมีประสบการณ์เหมาะสมในตำแหน่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุปรียา มนตรี (2556) ผลการศึกษาพบว่า ทักษะทางวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินการคลังกับการควบคุมภายในขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ภาคใต้ มีความสัมพันธ์กันอันเนื่องจากบุคลากรของส่วนงานการเงินและการคลังเกือบทุกตำแหน่งจะต้องมีความรู้ทางบัญชีตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งที่คณะกรรมการมาตรฐานการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่นกำหนดไว้ จึงทำให้ผลการศึกษา มีทักษะทางวิชาชีพทางบัญชีอยู่ในระดับมากโดยทักษะทางปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการสื่อสารมากที่สุดและการควบคุมภายในด้านการประเมินความเสี่ยงสูงที่สุด

ทั้งนี้การปฏิบัติงานด้านบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนนั้นยังมีเรื่องที่ต้อง ปรับปรุงและให้ความสำคัญเพิ่ม คือ โรงพยาบาลมีการตรวจสอบยอดเงินฝากธนาคารคงเหลือที่ปรากฏในบัญชีแยกประเภทเงินฝากธนาคารกับสมุดคู่ฝากธนาคาร (Bank Statement) อยู่ในระดับปานกลาง อาจส่งผลให้เกิดข้อผิดพลาด ทำให้หน่วยงานเสีย

โอกาสหรือได้รับความเสียหายอื่นๆ อันอาจแก้ไขได้ยาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นุจรี กลั่นตอน (2557) ได้กล่าวถึงการจัดวางระบบการควบคุมภายในที่ดี ด้านเงินฝากคลัง มีการแต่ตั้งกรรมการเพื่อการฝากหรือถอนเงินจากคลัง มีการเก็บรักษาสมุดคู่ฝากใบนำส่ง และฎีกาเงินนอกงบประมาณไว้เรียบร้อย สำหรับการพิสูจน์ยอดเงินฝากคลังจะจัดทำอย่างน้อยเดือนละครั้ง โดยมีผู้ตรวจสอบภายในตรวจสอบผลการพิสูจน์ยอดเงินฝากทุกครั้ง แต่สิ่งที่ทางเงินไม่ได้นำผลการพิสูจน์ยอดเงินฝากคลังเสนอผู้บังคับบัญชาทุกครั้งจะเป็นการเสนอเพียงบางครั้ง เท่านั้น

3. ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบการควบคุมภายในตามแนวคิด COSO กับการปฏิบัติงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยดำเนินการอภิปรายผลการวิจัยแต่ละด้านดังนี้

3.1 ด้านสภาพแวดล้อมการควบคุม พบว่า โดยภาพรวมผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ มีการควบคุมภายใน ด้านสภาพแวดล้อมการควบคุม อยู่ในระดับมาก และส่งผลต่อการปฏิบัติงานด้านการเงิน ทั้งนี้อาจมากเนื่องจากเป็นเพราะผู้บริหารได้ให้ความสำคัญในการกำหนดเป็นนโยบายและตัวชี้วัดเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานด้านการเงิน โดยมีการแบ่งแยกหน้าที่ด้านการเบิกจ่ายมิให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบมากกว่าหนึ่งลักษณะ และยังมีคำสั่งแต่งตั้งและมอบหมายหน้าที่การปฏิบัติงานเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งสอดคล้องกับการควบคุมภายในตามแนวทาง COSO คือการกำหนดอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบ มักจะถูกออกแบบโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นความคิดริเริ่มของแต่ละบุคคลที่ต้องปฏิบัติงานนั้น ๆ ข้อที่ควรพิจารณาในเรื่องการกระจายอำนาจ คือควรกระจายอำนาจอย่างไรจึงจะเหมาะสมและไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์

3.2 ด้านการประเมินความเสี่ยง พบว่า โดยภาพรวมผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ มีการควบคุมภายใน ด้านการประเมินความเสี่ยง อยู่ในระดับปานกลางและส่งผลต่อการปฏิบัติงานด้านการเงิน ทั้งนี้สอดคล้องตามแนวคิดการควบคุมภายใน ของ COSO คือ องค์กรนั้นต้องเผชิญกับความเสี่ยงที่เกิดจากปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้บริหารจึงต้องให้ความสำคัญในการกำหนดมาตรการเพื่อให้จัดการความเสี่ยงหลักจากนั้นจึงพัฒนาวิธีการเพื่อลดความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ เช่น ระบบการควบคุมภายในที่ผู้บริหารกำหนดขึ้นอาจช่วยป้องกันความเสี่ยงที่เกิดจากการปฏิบัติงานที่ไม่มีประสิทธิภาพและข้อผิดพลาด หรือการทุจริตในองค์กร ซึ่งผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์นั้นให้ความสำคัญกับการตรวจสอบความถูกต้องของหลักฐานก่อนดำเนินการเบิกจ่าย และมีการกำหนดให้ผู้ชำระเงินด้วยเช็คธนาคารระบุการสั่งจ่ายเงินในนามของหน่วยงาน โดยให้ขีดคร่อม เพื่อให้นำเงินเข้าบัญชีของหน่วยงานนั้น ๆ อย่างถูกต้อง เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นได้

3.3 ด้านกิจกรรมการควบคุม พบว่า โดยภาพรวมผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ มีการควบคุมภายใน ด้านกิจกรรมการควบคุม อยู่ในระดับปานกลาง และส่งผลต่อการปฏิบัติงานด้านการเงิน ทั้งนี้อาจมากเนื่องจาก โรงพยาบาลมีการกำหนดนโยบาย วิธีปฏิบัติงานโดยมีการจัดขั้นตอนการปฏิบัติงานและมีคู่มือในการปฏิบัติงาน จัดทำระเบียบข้อบังคับในการปฏิบัติงาน ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่มีการแบ่งแยกหน้าที่ความรับผิดชอบและมีการสอบทานการปฏิบัติงานโดยหัวหน้ากุล่มงานและผู้บริหาร นอกจากนี้ มีการกำหนดดัชนีวัดผลการปฏิบัติงาน Key Performance Index (KPI) มาใช้ในการประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์

3.4 ด้านสารสนเทศและการสื่อสาร พบว่า โดยภาพรวมผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ มีการควบคุมภายใน ด้านสารสนเทศและการสื่อสาร อยู่ในระดับปานกลาง และส่งผลต่อการปฏิบัติงานด้านการเงิน ทั้งนี้อาจมากเนื่องจากสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจของผู้บริหารมีความถูกต้อง ครบถ้วน ทันตามกำหนดเวลาในการให้

ข้อมูล ซึ่งผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินมีการจัดทำรายงานกระทบยอดเงินฝากธนาคารทุกบัญชีทุกสิ้นเดือน และเป็นปัจจุบันเพื่อนำเสนอช่องทาง เพื่อเพิ่มความสะดวก รวดเร็วให้กับผู้ปฏิบัติงานและผู้มาติดต่อราชการของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์ มีกระบวนการสื่อสารภายในและภายนอกที่ดี มีช่องทางการสื่อสารหลายช่องทาง เพื่อเพิ่มความสะดวก รวดเร็วให้กับผู้ปฏิบัติงานและผู้มาติดต่อราชการของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์

3.5 ด้านการติดตามประเมินผล พบว่า โดยภาพรวมผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ มีการควบคุมภายใน ด้านการติดตามประเมินผล อยู่ในระดับปานกลาง และส่งผลต่อการปฏิบัติงานด้านการเงิน ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวทางการควบคุมภายในตามแนวคิดของ COSO โดยใช้ตัวชี้วัด KPI ซึ่งกำหนดขึ้นจากเป้าหมายขององค์กร โดยผู้บริหารจะร่วมกับผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินกำหนดตัวชี้วัดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมสามารถวัดผลความสำเร็จได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิสมัย ศรีเจริญ (2561) พบว่า จากการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติงานได้มีการจัดทำรายงานสรุปผลตาม KPI อย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกเดือนและมีการนำไปปรับปรุงแก้ไขให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการควบคุมภายในตามแนวทาง COSO

จากการอภิปรายผลการวิจัยองค์ประกอบการควบคุมภายในตามแนวคิด COSO ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อมการควบคุม ด้านการประเมินความเสี่ยง ด้านกิจกรรมการควบคุม ด้านสารสนเทศและการสื่อสาร และด้านการติดตามประเมินผล ทุกด้านนั้นมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งยอมรับสมมติฐาน H1 โดยด้านสภาพแวดล้อมการควบคุม นั้นอยู่ในระดับสูงสุด รองลงมาคือด้านการติดตามประเมินผล และด้านกิจกรรมการควบคุมมีระดับต่ำที่สุด เป็นเพราะว่าในการศึกษาครั้งนี้การควบคุมภายใน ด้านสภาพแวดล้อมการควบคุมกับการปฏิบัติงานด้านการเงิน เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลสอบถามการให้คะแนนจัดลำดับความสำคัญของหลังการปฏิบัติงานจริง จากหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไปและเจ้าหน้าที่การเงิน ของโรงพยาบาลชุมชน มาเป็นตัวแปรวัดการปฏิบัติงานด้านการเงิน จึงเป็นผลทำให้การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ จณัญญา ใหม่นทีกุล (2561) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบควบคุมภายในด้านการเงินและบัญชีของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ และงานวิจัยของ บุษบา ครอบครอง (2556) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบการควบคุมภายในด้านการเงินการบัญชี และพัสดุของวิทยาลัยอาชีวศึกษาลำปาง ซึ่งทั้ง 2 คน ได้กล่าวไว้ในแนวทางเดียวกันเกี่ยวกับ องค์ประกอบการควบคุมภายใน 5 ด้าน ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมของการควบคุม การประเมินความเสี่ยง กิจกรรมการควบคุม สารสนเทศและการสื่อสาร และการติดตามประเมินผล โดยรวมมีระดับการควบคุมภายในมากที่สุด กิจกรรมการควบคุม และข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร โดยรวมมีระบบควบคุมภายในด้านการเงินและบัญชีที่ดีที่สุด และมีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

4. ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบการควบคุมภายในตามแนวคิด COSO กับการปฏิบัติงานด้านบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยดำเนินการอภิปรายผลการวิจัยแต่ละด้านดังนี้

4.1 ด้านสภาพแวดล้อมการควบคุม พบว่า โดยภาพรวมผู้ปฏิบัติงานด้านของบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ มีการควบคุมภายใน ด้านสภาพแวดล้อมการควบคุม อยู่ในระดับปานกลาง และส่งผลต่อการปฏิบัติงานด้านบัญชี ทั้งนี้อาจมากเนื่องจาก ผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์ได้ให้ความสำคัญและมีการกำหนดนโยบายและตัวชี้วัดเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานด้านบัญชี คือมีการแบ่งแยกหน้าที่ความรับผิดชอบด้านการเงินและบัญชีอย่างชัดเจน สอดคล้องกับงานของวีรนันท์ พาวดี (2556) ที่พบว่า เพื่อให้การปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการพัฒนาในด้านต่าง ๆ ดังนี้ ด้านโครงสร้างองค์กรควรมีการจัดโครงสร้างองค์กรแผนกการเงินและบัญชีในหน่วยงานให้เหมาะสมกับบัญชี เพื่อให้เกิดความโปร่งใสและสามารถตรวจสอบได้ ตลอดจนจัดตั้งกรรมการเพื่อ

ตรวจสอบความถูกต้องให้เป็นไปตามระเบียบราชการกำหนด เป็นการสร้างความเชื่อถือได้ และเกิดความแม่นยำในการปฏิบัติด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชี ควรเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถทางด้านการเงินและบัญชีโดยตรงมาปฏิบัติงาน และเพื่อให้บุคลากรมีการพัฒนาควรมีการจัดอบรมหรือสนับสนุนบุคลากรให้พัฒนาความรู้อย่างสม่ำเสมอ

4.2 ด้านการประเมินความเสี่ยง พบว่า โดยภาพรวมผู้ปฏิบัติงานด้านของบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ มีการควบคุมภายใน ด้านการประเมินความเสี่ยง อยู่ในระดับต่ำและส่งผลต่อการปฏิบัติงานด้านบัญชี ทั้งนี้อาจมากเนื่องจาก ผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชี ยังไม่เข้าใจในเรื่องการบันทึกบัญชีระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด และการฝึกอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่ด้านบัญชียังไม่เพียงพอ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานที่ไม่มีประสิทธิภาพ เกิดข้อผิดพลาด หรือการทุจริตในองค์กรได้ ผู้บริหารควรจะเน้นให้ความสำคัญในเรื่องการจัดอบรมบุคลากรให้มีความรู้ด้านการบัญชีเกณฑ์คงค้างเพื่อให้มีความรู้ในด้านนี้โดยตรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุษบา ครอบครอง(2556) พบว่าเพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนาระบบการควบคุมภายในด้านการเงินการบัญชี และพัสดุ ของวิทยาลัยฯ ให้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ วิทยาลัยฯ ควรมีการพัฒนาในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านบุคลากรควรมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถทางด้านการเงิน การบัญชี และพัสดุโดยตรงเป็นผู้ปฏิบัติงาน ควรมีการจัดทำแผนการฝึกอบรมตามความต้องการของบุคลากร เพรื่อพัฒนาความรู้ ทักษะของบุคลากรให้เป็นผู้มีความรู้ ความชำนาญทั้งในด้านความรู้และคุณธรรมจริยธรรม

4.3 ด้านการกิจกรรมการควบคุม พบว่า โดยภาพรวมผู้ปฏิบัติงานด้านของบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ มีการควบคุมภายใน ด้านกิจกรรมการควบคุม อยู่ในระดับต่ำและส่งผลต่อการปฏิบัติงานด้านบัญชี ทั้งนี้อาจมากเนื่องจาก โรงพยาบาลมีผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชียังไม่ให้ความสำคัญในเรื่องการตรวจสอบยอดเงินฝากธนาคารคงเหลือที่ปรากฏในบัญชีแยกประเภทเงินฝากธนาคารกับสมุดคู่ฝากธนาคาร (Bank Statement) การจัดทำรายงานประจำปี และการส่งงบทดลอง ในเว็ปไซด์ hfo.cfo.in.th ภายในวันที่ 20 ของเดือนถัดไปและปฏิบัติตามนโยบายจังหวัด ภายในกำหนดเวลานั้นน้อย ดังนั้นผู้บริหารควรเน้นและให้ความสำคัญในเรื่องนี้ให้มากขึ้นเพราะข้อมูลที่แสดงในรายงานการเงินนั้นจะต้องถูกต้อง ครบถ้วน เชื่อถือได้ ทันต่อเหตุการณ์ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการบริหารงานได้ และควรหาแนวทางที่เหมาะสมต่อการปฏิบัติงานด้านบัญชี รวมถึงการจัดองค์กร วิธีการ และมาตการต่าง ๆ ที่นำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

4.4 ด้านสารสนเทศและการสื่อสาร พบว่า โดยภาพรวมผู้ปฏิบัติงานด้านของบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ มีการควบคุมภายใน ด้านสารสนเทศและการสื่อสาร อยู่ในระดับต่ำ และส่งผลต่อการปฏิบัติงานด้านบัญชี ทั้งนี้อาจมากเนื่องจาก ผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชีมีการบันทึกบัญชีในโปรแกรมสำเร็จรูป ยังไม่ตรงตามวันที่เกิดเหตุการณ์ เช่น การรับ การจ่ายเงิน หรือการจ่ายเช็ค และการส่งข้อมูลการบันทึกบัญชี เข้าเว็ปไซด์ hfo.cfo.in.th ภายในวันที่ 20 ของเดือนถัดไปและปฏิบัติตามนโยบายจังหวัด ภายในกำหนดเวลา ผู้บริหารควรเน้นให้ความสำคัญในเรื่องการส่งข้อมูลที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน เชื่อถือได้และทันต่อเหตุการณ์ เพื่อที่จะได้นำมาประมวลเป็นข้อสนเทศหรือรายงานต่าง ๆ ที่ต้องนำไปใช้ในการตัดสินใจทางการบริหารของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์ต่อไป

4.5 ด้านการติดตามประเมินผล พบว่า โดยภาพรวมผู้ปฏิบัติงานด้านของบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ มีการควบคุมภายใน ด้านการติดตามประเมินผล อยู่ในระดับต่ำและส่งผลต่อการปฏิบัติงานด้านบัญชี ทั้งนี้อาจมากเนื่องจาก โรงพยาบาลมีการติดตามประเมินผลและดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะครั้งก่อนสำหรับการปฏิบัติงานด้านบัญชียังน้อยอยู่ ผู้บริหารควรให้ความสำคัญด้านการติดตามและประเมินผล การปฏิบัติงานด้านบัญชีมากขึ้น และควรทำอย่างอิสระโดยผู้ที่ไม่มีส่วน

เกี่ยวข้องกับการวางระบบการควบคุมภายในนั้น ทั้งนี้เพื่อให้สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างตรงไปตรงมา ชัดเจน และมีเหมาะสม ซึ่งจะทำให้ข้อสรุปที่ได้จากการติดตามและประเมินผลเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์สูงสุดต่อการพิจารณาตัดสินใจของผู้บริหารของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์

จากการอภิปรายผลการวิจัย องค์ประกอบการควบคุมภายในตามแนวคิด COSO ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อมการควบคุม การประเมินความเสี่ยง กิจกรรมการควบคุม สารสนเทศและการสื่อสาร และการติดตามประเมินผล ทุกด้านนั้นมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งยอมรับสมมติฐาน H2 โดยด้านการติดตามประเมินผล นั้นอยู่ในระดับสูงสุด รองลงมาคือด้านสารสนเทศและการสื่อสาร และด้านสภาพแวดล้อมการควบคุมระดับต่ำสุด เป็นเพราะว่าในการศึกษาครั้งนี้การควบคุมภายใน ด้านการติดตามและประเมินผลกับการปฏิบัติงานด้านบัญชี เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลสอบถามการให้คะแนนจัดลำดับความสำคัญของหลังการปฏิบัติงานจริง จากหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไปและเจ้าหน้าที่การเงิน ของโรงพยาบาลชุมชน มาเป็นตัวแปรวัดการปฏิบัติงานด้านบัญชี จึงเป็นผลทำให้การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุปรียา มนตรี (2557) ได้ศึกษาเรื่อง การควบคุมภายในกับประสิทธิภาพขององค์กร : กรณีศึกษาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ภาคใต้ ได้กล่าวไว้ว่า ทักษะทางวิชาชีพของผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินและการคลังกับการควบคุมภายในขององค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ภาคใต้มีความสัมพันธ์กัน เช่นเดียวกันกับงานวิจัยของ จณัญญา ใหม่นทีกุล (2561) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบควบคุมภายในด้านการเงินและบัญชีของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ ได้กล่าวไว้ว่า มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือมีระบบควบคุมภายในด้านการเงินและบัญชีที่ดีที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อจำกัดงานวิจัย

การศึกษามุ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบการควบคุมภายใน กับการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชี ของโรงพยาบาลชุมชน ไม่ได้เน้นถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการควบคุมภายในตามแนวคิดของ COSO

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบการควบคุมภายในตามแนวคิด COSO กับการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า การปฏิบัติงานด้านการเงิน มีความสัมพันธ์กับการควบคุมภายในด้านกิจกรรมการคุมน้อยสุด ส่วนการปฏิบัติติงานด้านบัญชีนั้นมีความสัมพันธ์กับการควบคุมภายในด้านสารสนเทศและการสื่อสารน้อยที่สุด ผู้ศึกษาจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ให้ผู้บริหารของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์ควรให้ความสำคัญกับการควบคุมภายในด้านกิจกรรมการควบคุมเพิ่มมากขึ้น โดยมีการกำหนดขอบเขตอำนาจหน้าที่และวงเงินอนุมัติของผู้บริหารแต่ละระดับให้ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้เกิดความโปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้
2. ผู้บริหารของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์ควรให้ความสำคัญกับการควบคุมภายในด้านสารสนเทศและการสื่อสารเพิ่มมากขึ้น โดยมีการจัดทำและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานการเงินและการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ และมติคณะรัฐมนตรีไว้อย่างถูกต้อง ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบการควบคุมภายในตามแนวคิด COSO กับการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

1. งานวิจัยที่สำรวจถึงปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมภายในตามแนวคิด COSO ของโรงพยาบาลชุมชนของงานการเงินและบัญชีโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอื่น ๆ เนื่องจากในแต่ละหน่วยงานจะมีโครงสร้าง สภาพแวดล้อม และวิธีการปฏิบัติงานที่ไม่เหมือนกัน ดังนั้นการควบคุมภายในที่ดีในหน่วยงานหนึ่งอาจไม่สามารถนำไปใช้ได้ผลที่ดีกับอีกหน่วยงานหนึ่ง ดังนั้นการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการควบคุมภายในตามแนวคิดของ COSO เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานด้านต่าง ๆ ต่อไป

2. การให้ความสำคัญในเรื่องของการวางกฎระเบียบ ข้อบังคับ ในการดำเนินงานที่ชัดเจน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผลขององค์กรการกำหนดเกณฑ์ระดับความเสี่ยงอย่างชัดเจน เพื่อมีการจัดเกณฑ์การดำเนินความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสมการจัดหมวดหมู่สามารถตรวจสอบระบบการจัดเก็บเอกสารได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว เพื่อให้สะดวกในการค้นหาเอกสารการสื่อสารทำความเข้าใจกับบุคลากรเกี่ยวกับนโยบายและระเบียบอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การดำเนินการเป็นแนวทางเดียวกัน และการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การประเมินผลมีการดำเนินการเป็นกระบวนการ แบบวงจร PDCA จึงมีความสนใจในการทำวิจัยวิเคราะห์องค์ประกอบพฤติกรรมของผู้นำขององค์กรเพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงในการบริหารได้อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้สถานการณ์ที่เป็นจริง และสอดคล้องกับบทบาทภารกิจได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

กัญญาณัฐ นอกกระโทก. แนวทางการพัฒนาระบบการควบคุมภายในด้านการคลัง. จังหวัดนครราชสีมา: มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2555.

คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน. คำแนะนำ :การจัดทำรายงานการควบคุมภายในตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานการควบคุมภายใน พ.ศ.2544. กรุงเทพฯ; 2548.

คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน. แนวทาง: การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายใน. กรุงเทพฯ: สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน, 2552. กระทรวงการคลัง, 2551.

คู่มือการตรวจสอบรายงานการเงิน ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2548.

เครือพันธุ์ บุกบุญ. การพัฒนาประสิทธิผลการดำเนินงานการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในแบบเสริม; 2559.

เจนจิรา รัตนะ. การประเมินการควบคุมภายในทางการเงินและบัญชี. ลำพูน: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556.

จิตรภา รุ่นประพันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการตรวจสอบภายในบริษัท การบินไทย จำกัด (มหาชน) ในมุมมองของผู้รับตรวจ: คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชีมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2554.

เพลินพิศ วิรุฬสิงห์. การประเมินระบบการควบคุมภายในของสหกรณ์นครลานนาเดินรถ จำกัด: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.

บุษบา เหลืองวิโรจน์. การพัฒนาระบบการควบคุมภายในด้านการเงินการบัญชีและพัสดุ. จังหวัด ลำปาง: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556.

ปนัดดา ปริปุณณะ. ความเสี่ยงทางการคลังที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จตามยุทธศาสตร์. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.

ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทยและสมาคมผู้ตรวจสอบภายในแห่งประเทศไทย. แนวทางการตรวจสอบภายใน.จังหวัดปทุมธานี: บริษัท ดูมายเบส จำกัด; 2548.

สุปรียา มนตรี. การควบคุมภายในกับประสิทธิภาพขององค์กร: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.

พลังของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข: กลุ่มตรวจสอบภายในระบบกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.

วินัย เหลืองวิโรจน์. กลไกการควบคุมภายในที่มีประสิทธิผลสำหรับวิสาหกิจขนาดกลาง: หลักฐานเชิงประจักษ์จากวิสาหกิจประเภทการผลิตในประเทศไทย: มหาวิทยาลัยเรศวร; 2556.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารขยะและภาวะโภชนาการของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

Factors related to junk food consumption behavior and nutritional status of students Lower Secondary School, Mueang District, Surin Province

วรวุฒิ แสงทอง[1] ,วรันณ์ธร โพธารินทร์[2] ,นภสร ดวงสมา[3] ,ศุภรดา มั่นยืน[3]

(Received: February 2 ,2020 ; Accepted: March 13 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (survey study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารขยะและภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 450 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการ แบบสอบถามและแบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารขยะที่ผู้วิจัยสร้างโดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงของเนื้อหา จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.92 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอาหารขยะ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (KR-21) ระดับความยากง่ายเท่ากับ 0.4 และแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับอาหารขยะได้ค่าความเที่ยงที่ได้เท่ากับ 0.84 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One - Way ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 74.1 มีความรู้เกี่ยวกับอาหารขยะอยู่ในระดับสูง และร้อยละ 94.90 มีทัศนคติเกี่ยวกับอาหารขยะอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเลือกบริโภคอาหารขยะทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่บริโภคอาหารขยะช่วงก่อนอาหารมื้อเที่ยง ประเภทของอาหารขยะที่บริโภคมากที่สุด คือ น้ำอัดลมและน้ำหวาน โดยให้เหตุผลในการเลือกซื้อ คือ รสชาติอร่อย ความถี่ของการบริโภคอาหารขยะในหนึ่งสัปดาห์พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บริโภคอาหารขยะทั้ง 7 วัน จำนวนเงินที่ได้รับไปโรงเรียน เฉลี่ยวันละ 74.25 บาท โดยใช้ในการซื้ออาหารขยะเฉลี่ยวันละ 31.48 บาท สถานที่ซื้ออาหารขยะ พบว่าส่วนใหญ่ซื้ออาหารขยะที่ร้านค้าหน้าโรงเรียน แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารขยะมากที่สุดคือ บุคคลในครอบครัว และ ค่าเฉลี่ยของจำนวนพลังงานที่ได้รับจากอาหารขยะของกลุ่มภาวะโภชนาการดีกับกลุ่มภาวะโภชนาการเกินมีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มโภชนาการเกิน ($\bar{X}$= 821.74) มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารขยะมากกว่ากลุ่มที่มีภาวะโภชนาการดี ($\bar{X}$= 572.10)

คำสำคัญ : อาหารขยะ, พฤติกรรมการบริโภคอาหารขยะของวัยรุ่น, ภาวะโภชนาการเกินของวัยรุ่น

ABSTRACT

This survey research aims to study unhealthful or “junk food” consumption and nutritional status of junior high school students in Muang District, Surin Province. Participants were 450 high school students selected using a cluster sampling technique. Research instruments included a development assessment tool, and a junk food consumption behavior

[1] พย.ม.(การพยาบาลเด็ก) อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

[2] อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

[3]อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

questionnaire that the researchers developed. Content validity of the junk food questionnaire was evaluated by a panel of 5 experts and yielded a CVI of 0.92. Knowledge about junk food subscale was assessed for its reliability using KR-21 method with $r = 0.4$. In addition, attitudes towards junk food subscale had a reliability coefficient of 0.84. Data collection was carried out during October to December 2019. Data analysis was completed to obtain means, percentages and standard deviations. One-way ANOVA was used to compare mean differences with alpha set at 0.05.

Results indicated that most students (74.1%) had a high level of junk food-related knowledge. The majority of them (94.9%) reported a moderate level of attitudes towards junk food consumption and all of them admitted consuming junk food. Most students had junk food before lunch and the most common foods reported were carbonated drinks and sweetened beverages. The main reason for purchasing junk food was its tastiness. Most students reported consuming junk food every day of the week. On average, students were given 74.25 Baht to spend at school and they paid about 31.48 Baht on junk food. The most common junk food venders were located in front of the schools. Students received junk food-related information mostly from their family members. Lastly, students with over-nutrition reported a significantly higher energy intake ($\bar{X}$= 821.74 kcal.) per day that those with well balance-nutrition ($\bar{X}$= 572.10).

Key words: Junk food, Junk food consumption behavior in teenagers, Overnutrition in teenagers

บทนำ

อาหารขยะ (Junk food) เป็นอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ หรือไม่มีคุณค่าทางโภชนาการใดๆ (WHO, 2015) มีสารอาหารประเภท ไขมัน น้ำตาล และแป้งเป็นส่วนประกอบหลัก เป็นอาหารประเภทที่บรรจุในถุงสวยงาม สะดวกในการหามารับประทาน (สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558) ปัจจุบันอาหารขยะได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการบริโภคของเด็กไทยค่อนข้างมากและมีจำหน่ายในประเทศมากมายหลายชนิด การบริโภคอาหารขยะของเด็กไทย เป็นปัญหาหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ 1) ส่งผลกระทบทางด้านภาวะโภชนาการ ซึ่งมีทั้งภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์มาตรฐานและภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (WHO, 2015) 2) ส่งผลกระทบทางด้านทันตสุขภาพ โดยเฉพาะโรคฟันผุ ซึ่งมีอัตราการเกิดโรคค่อนข้างสูง 3) ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2552) 4) ส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจ โดยพบว่าอำนาจการซื้อขนมของเด็กและเยาวชนไทยมีถึง 142,357 ล้านบาทต่อปี (ปิยดา ประเสริฐสม, 2557)

จากรายงานการสำรวจสถานการณ์ปัญหาภาวะโภชนาการของมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2558 พบว่า เด็กไทยอยู่ในเกณฑ์อ้วนร้อยละ 12 ท้วมร้อยละ 5 เด็กและวัยรุ่นป่วยเป็นโรคเบาหวานประเภท 2 มากถึงร้อยละ 18.4 ซึ่งโรคอ้วน ถือว่าเป็นภาระของประเทศในเรื่องค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล และยังพบว่า กลุ่มนักเรียนช่วงอายุ15-18 ปี เริ่มมีภาวะโภชนาการเกินถึงร้อยละ 17.2 ซึ่งเป็นผลมาจากการบริโภคอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตและน้ำตาลมากเกินกว่าร่างกายต้องการ และยังขาดการออกกำลังกาย (รายงานสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการในประเทศไทย, 2559) นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมการบริโภคของวัยรุ่นส่วนใหญ่ชอบบริโภคอาหารขยะในรูปแบบใหม่ ที่เผยแพร่ทางสื่อโฆษณาต่างๆซึ่งมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจรับประทานมากที่สุด (สุลัดดา พงษ์อุทธา, 2556) ทั้งนี้พฤติกรรมการบริโภคมักเป็นปัจจัยที่ทำให้รูปแบบการบริโภคอาหารของวัยรุ่นเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่เหมาะสม มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดปัญหาทางโภชนาการตามมา ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่บริโภค ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภค การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภค ซึ่งปัจจัยเหล่าจะเป็นแรงสนับสนุนทำให้บุคคลมีพฤติกรรมไปตามที่ต้องการโดยแหล่งของการได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน ครู และสื่อโฆษณาต่าง ๆ

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารขยะและภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ เนื่องจากผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงปรากฏการณ์การบริโภคอาหารขยะของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ จากการสังเกตพฤติกรรมการบริโภคอาหารขยะของนักเรียนตามโรงเรียนต่าง ๆ และจากการนิเทศงานนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ วิชาการสร้างเสริมเสริมสุขภาพอนามัยโรงเรียน จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจในข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารขยะของนักเรียน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวในจังหวัดสุรินทร์ยังไม่มีการเก็บข้อมูลที่ชัดเจน อีกทั้งจังหวัดสุรินทร์เป็นจังหวัดที่กำลังพัฒนาเข้าสู่สังคมเมือง มีการเพิ่มจำนวนร้านค้าและห้างสรรพสินค้า การคมนาคมสะดวกทำให้มีการกระจายสินค้าประเภทอาหารขยะเพิ่มมากขึ้น การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารขยะของวัยรุ่นสามารถเข้าถึงได้ง่าย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารขยะ และภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของจำนวนพลังงานที่ได้รับจากอาหารขยะในกลุ่มโภชนาการดี โภชนาการต่ำ โภชนาการเกิน ข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากพฤติกรรมบริโภคอาหารขยะของวัยรุ่น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารขยะของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการ และใช้เป็นข้อมูลเสนอแนะและประกอบการวางแผนเชิงนโยบายสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้บริหารโรงเรียน และผู้เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคอาหารขยะในโรงเรียน อันเป็นการช่วยป้องกันและลดปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารขยะของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารขยะของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของจำนวนพลังงานที่ได้รับจากอาหารขยะในกลุ่มโภชนาการดี โภชนาการต่ำ โภชนาการเกินของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงเชิงสำรวจ (survey study) กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 450 คน ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคอาหารขยะ และ3) แบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารขยะที่ผู้วิจัยสร้างโดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงของเนื้อหา จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.92 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอาหารขยะ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (KR-21) ระดับความยากง่ายเท่ากับ 0.4 และแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับอาหารขยะได้ค่าความเที่ยงที่ได้เท่ากับ 0.84 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One - Way ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ในการออกหนังสือขออนุญาตทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงเรียนในสถานที่ศึกษา เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยในพื้นที่ และขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการเก็บรวมรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการศึกษา โดยก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้แจ้งกลุ่มตัวอย่างถึงโรคประจำตัวที่ส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย ได้แก่ โรคธัยรอยด์ โรค

ดาวน์ซินโดรม หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวดังกล่าว ผู้วิจัยจะทำการคัดออก ผลพบว่าไม่มีกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวดังกล่าว จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือยินยอมของอาสาสมัคร และขอความยินยอมจากผู้ปกครองโดยให้ลงนามในหนังสือยินยอมของผู้ปกครอง พร้อมทั้งนัดหมายวัน เวลาในการขอรับแบบยินยอมและสถานที่ในการตอบแบบสอบถามในวัดถัดไป

2. รับแบบยินยอมการเข้าร่วมวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะมอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30 -45 นาที หลังจากได้แบบสอบถามกลับคืน ผู้วิจัยตรวจสอบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ ซื้อ หรือเลือกตอบ ไม่ซื้อ หากเลือกตอบข้อ ซื้อ ผู้วิจัยนำแบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารขยะของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง ติดต่อกันจำนวน 7 วัน หากเลือกตอบ ไม่ซื้อ ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามตรวจสอบความสมบูรณ์แล้วกล่าวขอบคุณ พร้อมมอบของที่ระลึกให้กลุ่มตัวอย่าง

3. เมื่อครบกำหนด 7 วันแล้ว ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารขยะฯ ถ้าแบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารขยะฯไม่ได้รับตอบกลับภายใน 7 วัน ผู้วิจัยจะติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้แบบสอบถามครบตามจำนวนที่กำหนด กรณีแบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารขยะฯสูญหายจะส่งแบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารขยะฯซ้ำไปยังกลุ่มตัวอย่างใหม่อักครั้ง ซึ่งจะใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลอีก 7 วัน

4. การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยบันทึกไว้ในแบบบันทึกการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้มาตราวัดเป็นกิโลกรัม และเซนติเมตร เพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้มาประเมินภาวะโภชนาการของแต่ละคน โดยจะใช้วิธีการเทียบ ส่วนสูงกับอายุ น้ำหนักกับอายุ และน้ำหนักกับส่วนสูง นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง เพื่อที่จะนำไปวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติแปลผลภาวะโภชนาการโดยใช้กราฟประเมินการเจริญเติบโต (Growth chart)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินเพื่อการขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เอกสารรับรองรหัส P-EC 06-03-62 ลงวันที่ 13 ตุลาคม 2562

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารขยะของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

ความรู้เกี่ยวกับอาหารขยะของนักเรียน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับอาหารขยะของเด็กนักเรียนอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 74.1 รองลงมาคือระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 16.18 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 16.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.31 ทัศนคติเกี่ยวกับอาหารขยะของนักเรียน ในส่วนของทัศนคติเกี่ยวกับอาหารขยะของนักเรียน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับอาหารขยะอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.1 และมีทัศนคติเกี่ยวกับอาหารขยะอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 13.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเท่ากับ 64.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.85 โดยจำนวนเงินที่ได้รับไปโรงเรียนของนักเรียนเฉลี่ยอยู่ที่ 74.25 บาท ส่วนใหญ่จำนวนเงินที่ได้รับไปโรงเรียนต่อวันอยู่ในช่วง 50 – 100 บาท จำนวน 242 คน คิดเป็นร้อยละ 56.4 ใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารขยะเฉลี่ยอยู่ที่ 30.44 บาท ส่วนใหญ่ใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารขยะต่อวัน อยู่ในช่วง น้อยกว่า 20 บาทต่อวัน สถานที่ซื้ออาหารขยะ พบว่า ส่วนใหญ่นักเรียนร้อยละ44.3 ซื้อขนมที่ร้านค้าหน้าโรงเรียน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารขยะ พบว่า แหล่งข้อมูลที่มีบทบาทในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารขยะกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือ ครอบครัว จำนวน 408 คน คิดเป็นร้อยละ 95.10

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารขยะของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเลือกบริโภคอาหารขยะร้อยละ 100 โดยช่วงเวลาในการบริโภคอาหารขยะ

ส่วนใหญ่บริโภคช่วงก่อนอาหารมื้อเที่ยง คิดเป็นร้อยละ 65.75 ประเภทของอาหารขยะที่กลุ่มตัวอย่างบริโภคมากที่สุด พบว่า เป็นอาหารขยะประเภทน้ำอัดลมและน้ำหวาน คิดเป็นร้อยละ 52.75 โดยเหตุผลในการเลือกซื้ออาหารขยะ คือ รสชาติอร่อย คิดเป็นร้อยละ 95 ความถี่ของการบริโภคอาหารขยะในหนึ่งสัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บริโภคอาหารขยะทั้ง 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 36.59 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.02 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.82

1.3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของจำนวนพลังงานที่ได้รับจากอาหารขยะในกลุ่มโภชนาการดี โภชนาการต่ำ โภชนาการเกินของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 429 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยของจำนวนพลังงานที่ได้รับจากอาหารขยะมากที่สุดในกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการเกิน ($\bar{X}$=821.74) (SD = 485.15) รองลงมาคือกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการต่ำ จำนวน 18 คน ($\bar{X}$= 591.66) (SD = 374.31) และกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการดี จำนวน 364 คน ($\bar{X}$= 572.10) (SD = 315.94) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

เมื่อนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของจำนวนพลังงานที่ได้รับจากอาหารขยะในกลุ่มโภชนาการดี โภชนาการต่ำ โภชนาการเกินของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ 1 ตัวแปร (One - Way ANOVA Of Variance) พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 11.181, p < .05) ดังตารางที่ 2

ดังนั้นจึงทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยพิจารณาจากค่า homogeneity of variances พบว่า ค่าความแปรปรวนของข้อมูลมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.05 จึงการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยวิธีของ Tamhane's T2 ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของจำนวนพลังงานที่ได้รับจากอาหารขยะของกลุ่มภาวะโภชนาการดีกับกลุ่มภาวะโภชนาการเกินมีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยกลุ่มโภชนาการเกิน($\bar{X}$= 821.74) (SD = 485.16) มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารขยะมากกว่ากลุ่มที่มีภาวะโภชนาการดี ($\bar{X}$= 572.10) (SD = 315.95) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาวะโภชนาการในแต่ละกลุ่ม

ภาวะโภชนาการ	n	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	95% CI		ต่ำสุด	สูงสุด
				Lower Bound	Upper Bound		
ภาวะโภชนาการดี	371	572.10	315.95	539.54	604.67	100	2000
ภาวะโภชนาการต่ำ	25	591.67	374.31	405.53	777.81	100	1500
ภาวะโภชนาการเกิน	54	821.74	485.16	679.30	964.19	200	2000
รวม	450	600.28	348.69	567.19	633.37	100	2000

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของจำนวนพลังงานที่ได้รับจากอาหารขยะในกลุ่มโภชนาการดี โภชนาการต่ำ โภชนาการเกิน

แหล่งความแปรปรวน	**SS**	**df**	**MS**	**F**	**p**
ระหว่างกลุ่ม	2595492.574	2	1297746.287	11.181	.000*
ภายในกลุ่ม	49444660.97	426	116067.279		
รวม	52040153.54	428			

* p < .05

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของจำนวนพลังงานที่ได้รับจากอาหารขยะในกลุ่มภาวะโภชนาการ

ภาวะโภชนาการ	โภชนาการดี	โภชนาการต่ำ	โภชนาการเกิน
โภชนาการดี	-	-19.56227	-249.64029*
โภชนาการต่ำ	-	-	-230.07801
โภชนาการเกิน	-	-	-

* p< .05

สรุปและอภิปรายผล

1. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับอาหารขยะของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ พบว่า นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับอาหารขยะในระดับสูง และมีทัศคติเกี่ยวกับอาหารขยะในระดับปานกลาง แต่นักเรียนทุกคนเลือกบริโภคอาหารขยะ อธิบายได้ว่า แม้กลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับอาหารขยะในระดับสูง และรู้เท่าทันถึงอันตรายของอาหารขยะที่บริโภคแต่ยังเลือกบริโภค แสดงถึงความไม่ตระหนักหรือการให้ความสำคัญถึงผลกระทบต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยเรื้อรังในอนาคต จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกภาคส่วนต้องหาแนวทางลดปริมาณการบริโภคอาหารขยะในเด็กวัยนี้

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารขยะของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ พบว่า นักเรียนทุกคนร้อยละ 100 เลือกบริโภคอาหารขยะช่วงเวลาในการบริโภคอาหารขยะส่วนใหญ่คือ ก่อนอาหารมื้อเที่ยง อาจส่งผลให้รับประทานอาหารกลางวันได้น้อย ประเภทของอาหารขยะที่กลุ่มตัวอย่างบริโภคมากที่สุด คือ ประเภทน้ำอัดลมและน้ำหวาน ซึ่งมีปริมาณน้ำตาลสูงอาจส่งผลต่อการได้รับปริมาณพลังงานที่เกินความจำเป็นของร่างกายและอาจทำให้นักเรียนติดรสหวาน แม้นักเรียนจะให้เหตุผลในการเลือกซื้ออาหารขยะ คือ รสชาติอร่อยก็ตาม อีกทั้งความถี่ของการบริโภคอาหารขยะในหนึ่งสัปดาห์ของนักเรียนส่วนใหญ่บริโภคอาหารขยะทั้ง 7 วัน สะท้อนให้เห็นถึงอาหารขยะเข้ามามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคในชีวิตประจำวันของนักเรียน ซึ่งสอดคล้องกับจำนวนเงินที่ได้รับไปโรงเรียนต่อวันของนักเรียนที่ครึ่งหนึ่งของจำนวนเงินดึงกล่าวนักเรียนใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารขยะ มีสถานที่ซื้ออาหารขยะคือร้านค้าหน้าโรงเรียน ที่โรงเรียนสามารถควบคุมการจำหน่ายอาหารขยะได้ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารขยะ ส่วนใหญ่มากจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งสามารถกระตุ้นเตือนให้นักเรียนตระหนักและเห็นความสำคัญของผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพในอนาคตของนักเรียนได้

3. ค่าเฉลี่ยของจำนวนพลังงานที่ได้รับจากอาหารขยะในกลุ่มโภชนาการดี โภชนาการต่ำ โภชนาการเกินของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ พบว่าค่าเฉลี่ยของจำนวนพลังงานที่ได้รับจากอาหารขยะของกลุ่มภาวะโภชนาการดีกับกลุ่มภาวะโภชนาการเกินมีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อธิบายได้ว่า กลุ่มภาวะโภชนาการทั้ง 2 กลุ่ม มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารขยะที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มโภชนาการเกินมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารขยะมากกว่ากลุ่มที่มีภาวะโภชนาการดี

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาถึงผลกระทบของการบริโภคอาหารขยะของเด็กนักเรียนโดยศึกษาเปรียบเทียบในแต่ละระดับชั้น เพื่อให้สามารถจัดการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารขยะแก่เด็กนักเรียนได้อย่างเหมาะสมต่อไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ของเด็กนักเรียนบางข้อยากเกินไปสำหรับนักเรียน และควรเพิ่มเติมข้อคำถามเกี่ยวกับทางด้านผลกระทบของการบริโภคขนม ควรมีการปรับปรุงแก้ไขต่อไป

3. การศึกษาถึงโภชนาการของเด็กนักเรียน การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในระยะเวลาเดียวเนื่องจาก

ผู้วิจัยมีข้อจำกัดในเรื่องของระยะเวลาในการศึกษา ซึ่งในการศึกษาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียนควรได้รับการติดตามผล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาและช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ทีมคณาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ รวมทั้งให้กำลังใจ ให้ความเอาใจใส่ และเสียสละเวลาเพื่อผู้วิจัยมาโดยตลอด คณาจารย์ในกลุ่มวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ที่กรุณาให้คำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อให้การทำวิจัยครั้งนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นทุกท่าน ผู้เข้าร่วมการศึกษา และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ให้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Obesity and overweight Fact sheet [Internet]. 2015 [cited Jan 26, 2017]. Available from:http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/.
2. Bareu of Nutrition. Department of Health. Guidelines for screening and solving problem of obesity childhood in school, health services and clinics DPAC. Bangkok: Keawchowjom Publishing; 2017.
3. Bareu of Nutrition. Department of Health. Guideline for assessment weight, height and indicators of nutritional status of the people of Thailand [Internet]. 2010. [cited 2017 December 20]. Available from: http://nutrition.anamai.moph.go.th/temp/main/view. php?group=5&id=448.
4. Mekrungrongwong M, Kitreerawutiwong N, Warodomrungsimun Ch. Factors Associated with Food Consumption Behavior among Secondary School Student in Difference Nutritional Status, Phitsanulok Province. Journal of Nursing and Health Care 2016; 33(3): 80-90.
5. National Economic and Social Development Board. Thailand healthy lifestyle strategic plan B.E. 2011- 2020. Bangkok: National Office Of Buddhism Publishing; 2016.
6. Schwarts KJO. Health behavior and health education : Theory, research and practice. San Francisco: Jossey Bass; 1975.
7. Sriwichai C, Yoosukhum P, Phraepasa W. Obesity situation of students in prathom suksa 1-6 in jindaram and tanyasitsin school. Eau Heritage Journal 2011; 7: 40-5
8. Beth Carlton Tohill. Dietary intake of fruit and vegetables and management of body weight. World Health Organization [Internet]. 2005. [cited Feb 2, 2017]. Available from:http://www.who.int/ dietphysicalactivity/publications/f&v_weight_management. pdf?ua=1Food and Agriculture Organization, 2006. countries. FAO, Rome.
9. Bingham SA, Gill C, Welch A, Day K, Cassidy A, Khaw KT, et al. Comparison of dietary assessment methods in nutritional epidemiology: Weighed records v. 24 h recalls, food-frequency questionnaires and estimated-diet records. British J Nutr 1994; 72: 619-43.
10. Ferro-LuzziA. Keynote Paper: Individual food intake survey methods. In Measurement and Assessment of Food Deprivation and Undernutrition. Food and Agriculture organization of The United Nations, ed. International Scientific Symposium; Rome, 26-28 June 2017. Available at http://www.fao.org/docrep/ 005/y4249e/y4249e0a.htm#bm10,accessed December 12; 2017.
11. Green LW. Kreuter MW. Health Promotion Planning: An Education and Ecological Approach 3rd. Mayfield Publishing Company; 1999.
12. Joint WHO/FAO Expert Consultation. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO Technical Report Series 916. Geneva: World health Organization; 2016.

ชุมชนต้นแบบในป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดกาฬสินธุ์

Community Model for Liver Fluke Prevention of Human Risk in Kalasin Province

วรกร วิชัยโย[1]

Worakorn Wichaiyo[1]

(Received: October 11 ,2019 ; Accepted: December 16 ,2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบที่ทำการพัฒนาใหม่กับรูปแบบเดิมในป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดกาฬสินธุ์ และเพื่อพัฒนาชุมชนต้นแบบในป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 150 คน ให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนโดยผสมผสานวิธีเชิงคุณภาพอื่น ๆ เช่น การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflection) ร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากประสบการณ์การปฏิบัติ (Practical Action Research) ตามวงรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ Mc Taggart และกระบวนการวิจัยอาศัยรูปแบบเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (TOP)

คำสำคัญ: ชุมชนต้นแบบในการป้องกันโรคพนยาธิใบไม้ตับ

Abstract

The Cross-sectional analytic study had of this study were to study the factors affected for risk of liver fluke disease among people in Kham Muang District, Kalasin Province. Analysis using the χ^2-test, Odds Ratio and 95%CI. and analysis to find the factors affected for risk of liver fluke disease with the use of multiple statistical logistic regression analysis (p=0.05). The samples consisted of 411 person calculated by the sample size formular stratified random sampling. The data were collected by interview questionnaires. Factors found in the results are as follows: households with a cat were 7.7.2 times more at risk than households without a cat; households with a dog were 4.56 times more at risk than households without a dog; eating raw fish dishes prepared by themselves increases the risk of infection by 2.58 times; eating raw fish dishes prepared by family members increases the risk by 4.74 times; But it also found that the samples have taken anthelmintic drugs effective on protection of liver fluke disease by 0.55 times.

Keywords:

[1] สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคของคนยากจนที่ถูกละเลย เป็นโรคที่ป้องกันได้หากได้รับความร่วมมือกันอย่างจริงจัง เป็นโรคที่องค์การอนามัยโลกยอมรับและจัดให้เป็นเชื้อก่อโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก ซึ่งมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงประมาณรายละ 500,000 บาท แต่ผลการรักษาไม่น่าพอใจ ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีพต่ำมาก การแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา การป้องกันรักษาพยาธิใบไม้ตับประสบผลสำเร็จในระดับหนึ่ง แต่ยังคงมีผู้ป่วยอีกจำนวนมาก การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทยยังไม่เคยมีมาก่อน เมื่อ 18 สิงหาคม 2555 มีการริเริ่มการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ร่วมกับการรณรงค์แก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับจากการประกาศเป็นวาระอีสาน “กำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับลดมะเร็งท่อน้ำดี” แต่ยังขาดการสานต่อการดำเนิน มหาวิทยาลัยขอนแก่น กระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดีได้ร่วมกันผลักดันวาระ “การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” เข้าสู่การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และมีมติรับรองเมื่อ 26 ธันวาคม 2557 ผ่านความเห็นชอบคณะรัฐมนตรี 7 พฤษภาคม 2558 ทำให้มีการดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นแกนกลางประสานความร่วมมือกัน ในหลายภาคส่วนทั้งจากหน่วยงานภาครัฐ เอกชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) [1]

จากที่กล่าวมานั้น การติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ มีปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากหลายปัจจัยที่ผสมผสานกันหลายอย่าง และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคของบุคคลได้เป็นอย่างมาก ส่วนการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้ได้ผล วิธีที่ดีที่สุดคือประชาชนต้องตระหนักในการป้องกันตนเอง ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดังนั้นเพื่อให้ประชนชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ เกิดความคิด ความรู้สึกที่อยากจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมและมีพฤติกรรมสุขภาพที่คงทนอย่างยั่งยืน สามารถการลดความชุกของโรคให้น้อยลง ต้องอาศัยปัจจัยหลายๆ องค์ประกอบ และที่สำคัญที่สุดก็คือการที่ประชาชนจะต้องหันหน้าเข้ามามีบทบาท และเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่ขั้นวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ เกิดความต้องการที่แท้จริงประชาชน กำหนดทิศทางการแก้ไขปัญหา ร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม จนได้แนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม การร่วมรับผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการมีส่วนร่วมของกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคที่เกิดขึ้นตามวิถีชีวิตของคนอีสานที่มีมายาวนาน คือโรคพยาธิใบไม้ตับ การที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดจากหลายๆ ปัจจัยมาผสมผสานกัน จำเป็นต้องโดยอาศัยเทคนิคหลายๆ อย่างเข้ามาผสมผสานกัน เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับมีความรู้ เกิดความตระหนักถึงอันตรายของโรคพยาธิใบไม้ตับ รวมถึงการปฏิบัติตัวหรือมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ในพื้นที่ของตนได้นั้นซึ่งครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยการมีการทดลองโดยการสร้างรูปแบบใหม่ที่จะพัฒนาในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับคู่กับการการใช้รูปแบบเดิมที่เคยทำมาในอดีตมาเปรียบเทียบกันจนได้ตัวรูปแบบที่เหมาะสมขั้นต้น แล้วนำผลที่ได้มาประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้ามามีบทบาทในการร่วมวางแผน ปฏิบัติการ สังเกต และสะท้อนผลของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อสร้างชุมชนต้นแบบเพื่อให้ได้แนวทางหรือการปฏิบัติที่ดี หรือรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของคนอีสานที่มีวัฒนธรรมการกินปลาจากน้ำจืดให้ปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ และสามารถนำมาเป็นรูปแบบในการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง รวมถึงการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชนที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบที่ทำการพัฒนาใหม่กับรูปแบบเดิมในป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อพัฒนาชุมชนต้นแบบในป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดกาฬสินธุ์ ให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) โดยผสมผสานวิธีเชิงคุณภาพอื่น ๆ เช่น การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ เทคนิคการประชุมเพื่อระดมความคิด โดยรวบรวมข้อมูลจากการวิเคราะห์เอกสาร การสัมภาษณ์เจาะลึกและการสังเกตแบบมีส่วนร่วมทั้งที่เป็นโครงสร้าง กึ่งโครงสร้าง และไม่เป็นโครงสร้าง ส่วนการวิจัยเชิงปริมาณใช้แบบทดสอบ แบบวัด แบบสำรวจ แบบสอบถาม

การรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 – มีนาคม พ.ศ. 2562 สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ

การวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการเก็บข้อมูลโดยกิจกรรม ในแต่ละครั้งที่ทำการเก็บข้อมูลจะบันทึกข้อมูลอย่างละเอียดแล้วนำมาจัดเป็นหมวดหมู่ แยกประเภท และวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดหรือทฤษฎีเพื่อหาข้อสรุปแล้วจึงนำเสนอรายงานผลการวิจัยแบบบรรยาย

วิธีการคัดเลือกพื้นที่ในการศึกษาและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา มีขั้นตอนดังนี้

กลุ่มตัวอย่างการศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อใช้กระบวนศึกษาเชิงคุณภาพ (Action Research) กลุ่มประชากรและตัวอย่างในการวิจัยระยะนี้ จานวน 150 คน ประกอบด้วย ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุตั้งแต่ง 30 ปีขึ้นไป, อาสาสมัครสาธารณสุขประจาหมู่บ้าน (อสม.), ผู้ใหญ่บ้าน, ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน, สมาชิกสภาเทศบาลตำบล และคณะกรรมในหมู่บ้าน ตำบลธัญญา อำเภอกมลาไสยจังหวัดกาฬสินธุ์ จากหมู่บ้านที่ได้จากการสุ่มและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์คัดเลือก 1) ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดาเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ 2) ผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ 3) ผู้ที่สมัครใจและสามารถเข้าร่วมการทาวิจัยครั้งนี้จนครบกระบวนการได้

เกณฑ์การคัดเลือกหมู่บ้าน 1) เป็นหมู่บ้านที่มีปัญหาการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ 2) ชุมชนให้ความร่วมมือในการจัด

ผลการศึกษา

การศึกษาชุมชนต้นแบบในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยประยุกต์แนวคิดเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology of Participation : TOP) เป็นเครื่องมือในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้

กิจกรรมที่ 1 การประชุมเชิงปฏิบัติการการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Technology of Participation : TOP) ผู้วิจัยขอนำเสนอลำดับขั้นตอนและผลการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ดังนี้ก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยรับลงทะเบียนผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เมื่อการลงทะเบียนเสร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยกล่าวต้อนรับผู้มาเข้าร่วมประชุม ชี้แจงความมุ่งหมายของการประชุม รายละเอียด

ของการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในครั้งนี้ แนะนำวิทยากร และทีมงาน โดยวิทยากรได้คืนข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับ และเสนอข้อมูล บริบท และการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ และในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการบรรยายและสไลด์ประกอบ พร้อมเล่าประสบการณ์ของผู้ให้บริการ และผู้วิจัยได้เน้นถึงผลกระทบที่เกิดจากการที่กลุ่มเสี่ยงยังไม่มีความตระหนัก ส่งผลให้ยังมีผู้ป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน เพื่อกระตุ้นให้เกิดพลังความร่วมมือในการช่วยกันค้นหารูปแบบและพัฒนาเพื่อดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับไม่ให้มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ ผู้วิจัย ซึ่งเป็นวิทยากร และทีมผู้ช่วยนักวิจัย มอบหมายให้ทีมวิทยากร และทีมผู้ช่วยนักวิจัยดำเนินการจัดการเชิงปฏิบัติการการวางแผนแบบมีส่วนร่วม เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation : TOP) ในการพัฒนาชุมชนต้นแบบในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

กิจกรรมที่ 2 ละลายพฤติกรรม เป็นกระบวนการที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้มีโอกาสแสดงความเป็นตัวเองทำความรู้จัก และเปิดเผยตัวเองออกมาให้สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มได้รู้จักกันมากขึ้น จึงเป็นเครื่องมือให้ผู้เข้าประชุมได้มีโอกาส ทำความรู้จักโดยการทำกิจกรรมร่วมกัน และเปิดเผยความเป็นตัวเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีความรู้สึกว่าเป็นพวกเดียวกัน เสริมสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรได้เร็วกว่าการให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมปรับตัวเข้าสู่สภาพแวดล้อมใหม่ๆเอง ซึ่งกระบวนการละลายพฤติกรรม ถือว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งก่อนเริ่มกิจกรรมต่างๆ โดยมีการแบ่งกลุ่ม 8 กลุ่ม ตั้งคำขวัญกลุ่ม ชื่อกลุ่ม และการปรบมือประจำกลุ่ม

2.1 การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) ขั้นตอนที่ 2 การทำงานเป็นทีม (TEAMWORK) เป็นการเอื้ออำนวยให้กลุ่มได้ใช้พลังความคิดโดยคำนึงถึงหัวข้อเฉพาะหัวข้อใดหัวข้อหนึ่ง จนสามารถพัฒนาให้เป็นมติและปฏิบัติการ วิธีการนี้เหมาะมากสำหรับการสร้างความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มจนนำไปสู่ความมุ่งมั่นและปฏิบัติการร่วมกันคือ ช่วยให้สมาชิกกลุ่มทั้งหมดได้เสนอแนะและมีส่วนร่วมปลดปล่อยความคิดสร้างสรรค์และความกระตือรือร้นในเวลาอันสั้น กระตุ้นการคิดเชิงบูรณาการที่เป็นองค์รวมของกลุ่ม สร้างความคิดเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มที่นำไปปฏิบัติเป็นเอื้ออำนวยในการสร้างคำตอบที่แปลกใหม่และสร้างสรรค์ เพื่อการแก้ปัญหาคลี่คลายประเด็น สร้างจิตสำนึกที่เข้มแข็งในการเป็นหุ้นส่วนร่วมกัน และความรู้สึกรับผิดชอบให้เกิดขึ้นภายในกลุ่ม วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่มีอยู่ 5 ขั้นตอน มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างบริบท คำถามรวมศูนย์ เป็นการกล่าวนำเริ่มการประชุม อธิบายและเน้นย้ำคำถามรวมศูนย์ โครงร่าง ขั้นตอนที่จะทำ ระบุกะติกา และเวลาที่ใช้ มีการเชื้อเชิญให้ร่วมแสดงพลังในการติดตามแก้ไขปัญหา และให้มีการทบทวนว่าปัญหาด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ เกิดจากอะไร และจะหาแนวทางแก้ไขปัญหาได้อย่างไร โดยกำหนดคำถามหลักคือ “อะไรคือปัญหาและอุปสรรคในการเกิดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในพื้นที่ อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์” โดยมีข้อมูลวัตถุประสงค์ คือ “เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้มีชุมชนต้นแบบในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดกาฬสินธุ์”และ “เพื่อพัฒนาชุมชนต้นแบบในป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดกาฬสินธุ์ ให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน”

ขั้นตอนที่ 2 ระดมสมอง ให้ผู้เข้าประชุมเขียนแสดงความคิดของตนเองลงในแผ่นกระดาษบัตรความคิด 2-3 ความคิดเห็น จัดกลุ่มถกเถียงขนาดเล็ก ให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน แล้วให้กลุ่มคัดเลือกความคิดที่สำคัญ 5-7 ข้อ นำบัตรความคิดจากกลุ่มต่าง ๆ ไปติดบนกระดาน ให้ทุกคนได้ศึกษาความคิดต่าง ๆ ที่กลุ่มย่อยต่าง ๆ ได้ช่วยระดมความคิดต่าง ๆ ที่กลุ่มย่อยได้ช่วยระดมสมอง สรุปได้คือ ส่วนใหญ่จะคิดว่าปัญหาในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ควรมีการกำหนดผู้รับผิดชอบในพื้นที่ซึ่งให้แต่ละคนร่วมกันแสดงความคิดเห็นถึงปัญหาด้าน

ต่างๆ การขาดความรู้ในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ การขาดการมีส่วนร่วม แล้วให้ผู้เข้าประชุมร่วมเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาการร่วมกันเบื้องต้น

ขั้นตอนที่ 3 จัดหมวดหมู่ สร้างความสัมพันธ์ใหม่ จัดความคิดที่คล้ายกันให้อยู่ในหมวดหมู่เดียวกัน ขอให้จัดกลุ่มความคิดที่เกี่ยวข้องและคล้ายคลึงกัน เป็นขั้นตอนหรือกระบวนการที่ทางกลุ่มได้ร่วมกันนิยายความสัมพันธ์ใหม่ระหว่างความคิดเห็นที่ได้ร่วมกันระดมออกมา ซึ่งเป็นวิธีที่ได้ผลดีในการคั่นความรู้สึกของกลุ่มออกมา ทำให้มองเห็นประเด็นที่กลุ่มเห็นพ้องกัน และที่แตกแยกกัน และอาจเปิดเผยให้เห็นว่าจะยังมีข้อมูลและความคิดเห็นบางข้อที่สามารถเพิ่มเติมสมบูรณ์ได้จากการสังเกต สรุปได้ว่า ผู้เข้าประชุมสามารถวิเคราะห์ได้ว่า ในเขตพื้นที่อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยส่วนใหญ่ต้องการให้สนับสนุนด้านการมีส่วนร่วม และพัฒนาองค์ความรู้เรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ งบประมาณในการสนับสนุน และให้ผู้เข้าร่วมประชุมร่วมวิเคราะห์เพิ่มเติมในส่วนที่ขาด

ขั้นตอนที่ 4 ตั้งชื่อ ดึงความเข้าใจ สื่อสารความเห็นพ้องร่วมกัน โดยถกไปทีละหมวดหมู่ในที่ประชุมใหญ่ว่ามีความคิดเห็นอย่างไร ที่ประชุมเห็นแสงสว่างทางปัญญาอะไรบ้าง แล้วให้ตั้งชื่อใหม่ใช้คำ 3-5 คำ สรุปได้ว่า ผู้เข้าประชุมสามารถวิเคราะห์และกำหนดแนวทางแก้ไขคือ การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมในชุมชน การพัฒนาองค์ความรู้เรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ขั้นตอนที่ 5 ไตร่ตรอง ยืนยันความมุ่งมั่นของกลุ่ม โดยอภิปรายความสำคัญของผลิตผลที่ได้ จากการกระทำกระบวนการกลุ่ม (แผน / โครงการที่ได้) ขอข้อเสนอแนะเพิ่มเติม และถกขั้นตอนที่จะทำต่อไปสั้นๆ ในขั้นตอนนี้มีกระบวนการมีเจตนาที่จะช่วยให้กลุ่มระลึกถึงฉันทานุมัติหรือความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มได้อย่างง่าย จากการสังเกต สรุปได้ว่า ผู้เข้าร่วมประชุมต้องการการมีส่วนร่วมในการเป็นชุมชนต้นแบบในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.2 วิธีการวางแผนการปฏิบัติการ (Action Planning Method) เป็นวิธีการที่รวมเอาวิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วมและวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการการเข้าด้วยกัน จนเกิดเป็นโครงสร้างที่ช่วยผลักดันกลุ่มให้เคลื่อนจากการมีความคิดที่ดีไปสู่แผนปฏิบัติการที่เป็นรูปธรรมภายในกรอบเวลาที่แน่นอน พร้อมกับได้มีการกำหนดภารกิจและความรับผิดชอบที่วางโครงร่างไว้อย่างชัดเจน วิธีทำแผนปฏิบัติการช่วยให้เรามีกระบวนการ ดังนี้ คือ ให้สมาชิกกลุ่มทุกคนมีส่วนร่วมเสนอแนะใช้แผนปฏิบัติการที่สมจริงนำไปปฏิบัติได้ในระยะเวลาอันสั้น กระตุ้นการคิดเชิงบูรณาการที่ใช้ทั้งกระบวนการเชิงเหตุผลสร้างความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มที่นำไปปฏิบัติได้ ทำให้กลุ่มเกิดความรู้สึกเป็นหุ้นส่วนกัน ระบุความรับผิดชอบต่อด้านต่างๆ ของแผนงานที่ช่วยให้กลุ่มนำไปปฏิบัติตามขั้นตอนการวางแผนปฏิบัติการ (Action Planning Method) ประกอบด้วย ขั้นตอนหลัก 7 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 บริบท แนะนำเหตุการณ์ หรือกิจกรรมที่จะร่วมกันวางแผน โดยมีการกล่าวนำเน้นย้ำข้อความสำคัญของกิจกรรมที่จะทำ วางโครงร่างขั้นตอนที่จะทำ โดยเชื้อเชิญให้ร่วมกันคิด บอกลักษณะกิจกรรมที่จะทำ ทำให้ผู้เข้าประชุมมองเห็นอย่างชัดเจนว่าแผนปฏิบัติการที่กำลังจะร่างขึ้นเป็นขั้นตอนแรกที่จะนำไปสู่จุดมุ่งหมายของกลุ่ม ต้องสรุปประเด็นที่ทีมวิทยากรได้เน้นย้ำของการพัฒนาชุมชนต้นแบบในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และให้ผู้เข้าประชุมเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาในเบื้องต้น โดยการกำหนดระยะเวลาในการดำเนินการ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ให้ชุมชนมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อพัฒนาชุมชนต้นแบบในป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดกาฬสินธุ์ ให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

ขั้นตอนที่ 2 วงจรแห่งชัยชนะ ให้นิยามความสำคัญของกิจกรรม ว่าเห็นอะไร รู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร และจะทำอย่างไร สรุปได้ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 บัตรความคิด โดยผู้เข้าประชุมจากคำตอบที่ได้ลงในแผ่นกระดาษโดยคาดเหตุการณ์ถึงผลการดำเนินงาน ความสำคัญของกิจกรรม ว่าเห็นอะไร รู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร และจะทำอย่างไร ดังนี้ เป็นการสร้างความกระตือรือร้นและตื่นตัวอย่างสูง สรุปได้ว่า ผู้เข้า

ประชุม เห็นถึงความสามัคคีและศักยภาพในกลุ่มในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ รู้สึกเกิดแรงบันดาลใจในการเป็นชุมชนต้นแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ คิดว่าจะสำเร็จได้จะต้องมีกระบวนการมีส่วนร่วม การสนับสนุนองค์ความรู้ การและเปลี่ยนเรียนรู้ และ จำนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันรวมทั้งเป็นต้นแบบในครอบครัวและในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 สภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน วิเคราะห์สภาพปัญหาการเฝ้าระวังในปัจจุบัน จุดแข็ง จุดอ่อน ผลดี ผลเสีย ที่จะเป็นผลมาจากการดำเนินงานตามแผนงาน / โครงการ สรุปได้ว่า จุดแข็งของพื้นที่คือ มีหน่วยงานรับผิดชอบให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ชุมชนมีความสามัคคีกัน จุดอ่อนคือ ชุมชนเห็นว่าการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นปัญหาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ขาดการมีส่วนร่วมที่ต่อเนื่อง ขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ขั้นตอนที่ 4 ข้อผูกมัด ทำเป็นประกาศพันธะสัญญาขอให้กลุ่มทุมเทความสำเร็จของโครงการ จดข้อมูลผูกมัดลงไปในกระดาษ เพื่อประกาศเจตนารมณ์ของกลุ่ม เป็นการผูกมัดกลุ่มเข้าด้วยกันและใช้ยึดติดกับการแสวงหาความสำเร็จของกิจกรรมที่ตั้งไว้และเป็นการสร้างสัญญากลุ่มที่มีต่อกัน สรุปได้ว่า การพัฒนาชุมชนต้นแบบในการป้องการโรคพยาธิใบไม้ตับ ต้องมีคำประกาศที่ชัดเจน โดยกำหนดพันธะสัญญาใจในพื้นที่ อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ จะเป็นชุมชนต้นแบบในการป้องการโรคพยาธิใบไม้ตับ และเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม โดยร่วมลงนามรับรองในการกำหนดสัญญาใจดังกล่าว ดังสัญญาใจของผู้เข้าประชุมกำหนดร่วมกันดังนี้

“ชาวตำบลเนินยาง เลิกกินปลาดิบ เป็นต้นแบบที่ดี สร้างชุมชนต้นแบบ ลด-ละ-เลิก ยกย่องเชิดชูบุคคลต้นแบบ”

ขั้นตอนที่ 5 ประชุมปฏิบัติการ ระบุปฏิบัติการที่ต้องทำ และแต่งตั้งคณะทำงาน เป็นการระบุรายละเอียดกิจกรรมย่อย หรือ งาน(ขั้นตอน / กระบวนการ)ที่ต้องทำในแผนงาน /โครงการ คัดเลือกคณะทำงานกันเองเพื่อรับผิดชอบ

ขั้นตอนที่ 6 ปฏิทินกิจกรรม และงานที่มอบหมายเป็นการกำหนดภาพรวมของกิจกรรมทั้งหมด ทำอะไร เมื่อไหร่ ที่ไหน ทำไม อย่างไร โดยใคร และกุญแจความสำเร็จคืออะไร (อะไรเป็นตัว บอกว่าทำกิจกรรมขั้นตอนนั้นสำเร็จ) สรุปได้ว่า ขั้นตอนนี้ได้แผนปฏิบัติการโดยมีการกำหนดระยะเวลา แหล่งงบประมาณ และผู้รับผิดชอบ จำนวน 4 โครงการ ได้แก่ 1)โครงการสร้างชุมชนต้นแบบในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 2) โครงการสร้างบุคคลต้นแบบในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 3)โครงการรณรงค์การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และ 4) โครงการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ขั้นตอนที่ 7 การไตร่ตรอง ทำการสนทนาอย่างมีส่วนร่วมเพื่อตรวจสอบ และถกขั้นตอนต่อไปสั้น ๆ เพื่อปิดการวางแผนปฏิบัติการ สรุปได้ดังนี้

1. ที่ประชุมเห็นว่าแผนการดำเนินงานในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีความเหมาะสมกับพื้นที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการอย่างแท้จริง

2. ที่ประชุมรู้สึกภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนต้นแบบในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ และเห็นว่าเป็นกิจกิจกรรมที่เป็นประโยชน์

3. ที่ประชุมได้เตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงาน การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้ตามแผน

4. แต่งตั้งคณะทำงาน การติดต่อประสานงาน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันดำเนินงาน การควบคุมกำกับติดตามและการประเมินผลการดำเนินงาน

สิ่งที่เรียนรู้ จากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อจัดทำแผนพัฒนาชุมชนต้นแบบในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้แนวคิดเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology of Participation : TOP) ในครั้งนี้ พบว่า ผู้เข้าประชุมมีความสนใจ สามารถสร้างการมีส่วนร่วมได้อย่างแท้จริง เนื่องจาก เป็นการประชุมที่มีความแตกต่างจากการ

ประชุมรูปแบบเดิมที่ผ่านมา มีกิจกรรมที่มีความหลากหลายเป็นเรื่องที่มีความสำคัญและมีความจำเป็นในการดำเนินการป้องกัน เพราะเป็นเรื่องใกล้ตัว โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง และประชาชนในชุมชน ผู้เข้าประชุมทุกคนมีความตั้งใจและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นอย่างดี ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน การมีส่วนร่วมในการคิด การวิเคราะห์สภาพปัญหา การจัดกิจกรรมเป็นหมวดหมู่ ผู้เข้าประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทุกคนมีส่วนร่วมในการดำเนินการทุกขั้นตอน มีอิสระในการแสดงความคิดเห็นโดยใช้บัตรความคิด ทำให้ได้ทราบความคิดเห็นที่มีความหลากหลาย บรรยากาศในการประชุมมีความผ่อนคลายสนุกสนาน ผู้เข้าประชุมมีความภาคภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานการพัฒนาชุมชนต้นแบบในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ผลที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ได้แผนปฏิบัติการจำนวน 4 โครงการ ได้แก่ (1) โครงการสร้างชุมชนต้นแบบในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (2) โครงการสร้างบุคคลต้นแบบในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (3) โครงการรณรงค์การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และ (4) โครงการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

สรุปการใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation : TOP) ในการพัฒนาชุมชนต้นแบบในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดกาฬสินธุ์ ในครั้งนี้ แกนนำผู้เข้าประชุมมีความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ตั้งใจและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เกิดการเรียนรู้ มีส่วนร่วมในการวางแผนในการพัฒนาชุมชนต้นแบบในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดกาฬสินธุ์ ทุกขั้นตอน

ชุมชนต้นแบบในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ในระยะที่ 2 จากการเชื่อมโยงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงของชุมชน การเลี้ยงแมว การเลี้ยงสุนัข ทำเมนูปลาดิบด้วยตนเอง การซื้อเมนูปลาดิบมาจากตลาด และเคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ โดยอาศัยขั้นตอนหลัก 4 ขั้นตอนของ PAOR ประยุกต์เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมของ TOP Model เข้าสู่กระบวนการถกปัญหาของชุมชน (ORID Method Process) มองเห็นอะไร รู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร และจะทำอย่างไรเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จนเกิดพันธะสัญญาร่วมกัน สู่การวางแผนปฏิบัติการหรือภารกิจที่สำคัญของชุมชน ซึ่งนักวิจัยได้สรุปรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ **“KHAM MUANG Model”**

KHAM MUANG Model สามารถอธิบายได้ดังนี้

K =Knowledge หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรค

H =How-to หมายถึง ทำอย่างไร

A = Analysis หมายถึง การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

M = Management หมายถึง การบริหารจัดการ

M = Motivate หมายถึง การกระตุ้นการมีส่วนร่วม

U = Unity หมายถึง การเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

A = Awareness หมายถึง การตระหนักถึงอันตรายของโรค

N = Nominal group technique (NGT) หมายถึง การระดมสมองแบบกลุ่มนามบัญญัติ

G = Goal หมายถึง การวางเป้าหมายร่วมกัน

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า จากการศึกษาการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนต้นแบบในการ

ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าการที่ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการระดมความคิดผ่านบัตรความคิดค้นหาวิธีการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการพูดย้ำ และการทบทวนจากตั้งแต่บัตรความคิดสี ฟ้า สีชมพู สีเหลือ สีเขียว (เห็นอะไร รู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร จะทำอย่างไรต่อ) เกี่ยวกับการป้องกันโรค กระตุ้นการมีส่วนร่วมกับให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดโดยการ คิดไตร่ตรอง กลั่นกรอง ผ่านระบบการคิด จนสามรถเขียนออกมาเป็นข้อความที่สามารถสื่อความหมายได้ และสามารถร่วมอภิปรายในกลุ่มได้ ซึ่งจะสอดคล้องกับทฤษฎีกรวยประสบการณ์แห่งการเรียนรู้ ของ เอ็ดการ์ เดลย์ (Dale, 1969) ได้กำหนดให้การศึกษานอกสถานที่ เป็นประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมประเภทหนึ่ง ในลำดับขั้นของกรวยประสบการณ์ (Cone of Experience) และกล่าวว่าการศึกษานอกสถานที่ เป็นการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันในประสบการณ์การเรียนรู้ที่หลากหลายที่นำไปสู่ความสมบูรณ์ชัดเจนในเรื่องต่างๆ ประสบการณ์ตรงที่มีคุณค่าสามารถจะเกิดขึ้นได้ในระหว่างศึกษานอกสถานที่ โดยตัวของกิจกรรมการศึกษานอกสถานที่นั้น คือการดำเนินการสังเกตในสิ่งต่างๆ ซึ่งเป็นจริงที่ผู้เรียนได้เข้ามามีส่วนร่วมทางกายภาพที่สมบูรณ์ในเหตุการณ์ต่างๆ ผ่านขั้นตอนของประสบการณ์การเรียนรู้และการใช้สื่อแต่ละประเภท จนสามารถจดจำได้ตั้งแต่ ระดับที่ 1 สามารถจดจำได้ 10% จากสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการอ่าน ระดับที่ 2 สามารถจดจำได้ 20% จากสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการฟัง ระดับที่ 3 สามารถจดจำได้ 30% จากสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการฟังและการมองเห็น ระดับที่ 4 สามารถจดจำได้ 50% จากสิ่งที่ได้เห็นจากการสาธิต จนถึงระดับที่ 5 สามารถจดจำได้ 70% จากสิ่งที่ได้เมื่อมีการส่วนร่วมในการอภิปรายกลุ่ม ซึ่งผลที่ได้จากการมีส่วนร่วมจนเกิดภารกิจที่สำคัญจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับการถกประเด็นปัญหา (ORID Method) จนสามารถพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยง ตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ การประยุกต์ตามวงรอบ PAOR ของการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 2 คือ **KHAM MUANG Model** โดยมีขั้นตอนการมีส่วนร่วม 5 ขั้นตอน และนำมาอภิปรายผลการศึกษา ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 P: Plan + R: Reflection ผู้วิจัยได้นำกิจกรรมในส่วนของการวางแผนร่วมกับการสะท้อนผลแบบมีส่วนร่วมโดยนำเอาส่วนของ KHAM MUANG Model ได้แก่ G = Goal, A = Analysis, K: Knowledge, M: Motivate, N = Nominal group technique (NGT) มาเป็นเครื่องมือในการจัดกระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนที่จะได้ดำเนินการตามกระบวนระดมสมองเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการให้สมาชิกกลุ่มฝึกวางเป้าหมายร่วมกัน ช่วยกันวิเคราะห์ว่าจะแก้ไขปัญหาอย่างไรให้บรรลุเป้าหมาย ผ่านกิจกรรมการต่อจิ๊กซอรูปหัวใจ กระตุ้นการมีส่วนร่วมโดยผู้วิจัย และฝึกการสะท้อนผลของกิจกรรมผ่านบัตรความคิด เห็นอะไร รู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร จะทำอย่างไรต่อ (ORID Method) และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยการคืนข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับจากการเก็บข้อมูลมาร่วมกันวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการในขั้นตอนที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ **มัวฟี่ (Murphy, 2014) และ กะวุริช (Kawulich, 2005)** ว่าด้วยการระดมสมองแบบกลุ่มนามบัญญัติ ซึ่งเป็นนำเอาเทคนิคการเขียนแทนคำพูดเพื่อลดความขัดแย้ง การวิพากษ์วิจารณ์ และการครอบงำระหว่างกันของผู้เข้าร่วมระดมสมอง

ขั้นตอนที่ 2 A: Action + R: Reflection ผู้วิจัยได้นำกิจกรรมในส่วนของการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกันอย่างแท้จริงที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับร่วมกับกิจกรรมสะท้อนผลแบบมีส่วนร่วม โดยนำเอาส่วนของ KHAM MUANG Model ได้แก่ H: How-to, U: Unity, A: Analysis, A = Awareness, M: Motivate, N = Nominal group technique (NGT) มาเป็นเครื่องมือลงมือปฏิบัติตามบริบทของชุมชนในการจัดกระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทราบถึงสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชนว่าทำไมปัญหานี้ต้องได้รับการแก้ไข เกิดความตระหนักถึงปัญหาและอันตรายของโรคพยาธิใบไม้ตับ ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมเสี่ยงของคนใน

ครอบครัวและชุมชนมาร่วมกันวิเคราะห์ร่วมกันว่าปัญหาที่เกิดขึ้น และกระตุ้นการมีส่วนร่วมโดยผู้วิจัย สะท้อนผลของกิจกรรมผ่านบัตรความคิด (ORID Method) เรามองเห็นอะไรบ้าง รู้สึกอย่างไรบ้าง คิดอย่างไรบ้าง และแก้ไขปัญหานี้อย่างไร ผ่านกระบวนการระดมสมองเขียนลงในบัตรความคิด และการนำเสนอผลของกิจกรรมที่ได้ และการนำเสนอผลของกิจกรรมที่ได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ **สาริณี สีทะโน (2559)** ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม□ตับในชุมชนบ้านโพนยานาง ตำบลนาใหญ□ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า มีกระบวนการในการพัฒนา 8 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์บริบทของพื้นและปัญหาโรคพยาธิใบไม□ตับ 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวางแผนดำเนินงาน 3) จัดทำแผนปฏิบัติการ 4) ดำเนินกิจกรรมตามแผน 5) ติดตามการดำเนินงานและสังเกตผล 6) ประเมินผลการดำเนินงาน 7) สรุปผลการดำเนินงาน และ 8) แลกเปลี่ยนเรียนรู□และคืนข้อมูล และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ **Songserm et al. (2015)** ได้ศึกษา การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันมะเร็งท่อน้ำดี ในจังหวัดอุบลราชธานี ประเทศไทย พบว่า ปัจจัยด้านการส่วนร่วมในการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านการป้องกันโรคที่ถือได้ว่ามีความสำคัญมาก โดยมีนัยสำคัญทางสถิต (p-value <0.001) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ **นิศรา ผ่านคำ (2557)** ได้การศึกษา การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน ผลการศึกษาพบว่า พัฒนากระบวนการดำเนินงานให้เป็นรูปแบบการดำเนินงานที่มีความเหมาะสมกับชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และมีปัจจัยความสำเร็จการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ การสร้างความเข้าใจปัญหาและการสร้างเป้าหมายร่วมกัน รวมทั้งการมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของคนในชุมชน อันจะส่งผลสำเร็จในที่สุด และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ **Sripa, Tangkawattana, & Sangnikul (2017)** ได้ศึกษา ละว้าโมเดล โดยใช้โปรแกรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับที่ยั่งยืน EcoHealth ในแก่งละว้า ประเทศไทย พบว่าสิ่งที่สำคัญที่สุดในการแก้ไขปัญหานั่นก็คือ การมีส่วนร่วมของชุมชนที่ถือว่าเป็นองค์ประกอบที่เป็นประโยชน์และเป็นส่วนสำคัญ กุญแจหรือปัจจัยแห่งความสำเร็จของโครงการป้องกันโรค

ขั้นตอนที่ 3 P: Plan + R: Reflection ผู้วิจัยได้นำกิจกรรมในส่วนของการวางแผนในอนาคตร่วมกับการสะท้อนผลแบบมีส่วนร่วม สืบเนื่องจากขั้นตอนที่ 2 ว่ามองเห็นปัญหาอะไรบ้าง รู้สึกอย่างไรบ้างกับปัญหาที่เกิดขึ้น คิดอย่างไรบ้าง และแก้ไขปัญหานี้อย่างไร โดยนำเอาส่วนของ KHAM MUANG Model ได้แก่ G: Goal, U: Unity, M: Management, M: Motivate, N = Nominal group technique (NGT) มาเป็นเครื่องมือร่วมกันวางแผนในอนาคตหรือกิจกรรมวาดฝันของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และจำเป็นต้องการระบบการบริหารจัดการที่ดี และให้ชุมชนทราบว่าจะทำอะไร กับใคร ที่ไหน เมื่อไร ใครทำ ใช้งบเท่าไหร่/จากไหนบ้าง เพื่อให้เกิดการคิดวางแผนร่วมกัน เกิดความรู้สึกความเป็นเจ้าของความคิดที่แท้จริง เห็นพ้องต้องกันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน รู้สึกอยากทำเอง มีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเอง และกระตุ้นการมีส่วนร่วมโดยผู้วิจัย สะท้อนผลของกิจกรรมผ่านบัตรความคิด (ORID Method) เรามองเห็นอะไรบ้าง รู้สึกอย่างไรบ้าง คิดอย่างไรบ้าง และแก้ไขปัญหานี้อย่างไร ผ่านกระบวนการระดมสมองเขียนลงในบัตรความคิด และการนำเสนอผลของกิจกรรมที่ได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ **อนุชิต นิติธรรมยง และคณะ (2545)** ทำการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกชุมชน ตำบลเจดีย์หัก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี พบว่า กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่ทำการพัฒนาขึ้น ทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการรับรู้ชุมชนของตนเองมากขึ้น การรู้จักปัญหา สามารถวิเคราะห์ปัญหา กำหนดภาพอนาคตของชุมชนตนเองได้ และสามารถจัดทำเป็นแผนแม่บทชุมชนพึ่งตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และให้ชุมชนทราบว่าจะทำอะไร กับใคร ที่ไหน เมื่อไร ใครทำ ใช้งบเท่าไหร่/จากไหนบ้าง เพื่อให้เกิดการคิดวางแผนร่วมกัน เกิดความรู้สึกความเป็นเจ้าของความคิดที่แท้จริง รู้สึกอยากทำเอง มีส่วนร่วมแก้ไข

ปัญหาที่เกิดขึ้นเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ **เกษร แถวโนนงิ้ว, รุจิรา ดวงสงค์ และคณะ (2556)** ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นเสี่ยง พบว่า ในการพัฒนารูปแบบในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เสี่ยง การวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะศึกษาสภาพปัญหาและพฤติกรรมชุมชน 2) ระยะปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างได้ถูกกระตุ้นให้ปฏิบัติการโดยกระบวนการเรียนรู้จากการสะท้อนคิดด้วยตนเองผ่านกระบวนการเป็นวงจรต่อเนื่องตั้งแต่การวางแผน การสะท้อนคิด การสร้างความรู้สึกของการมีส่วนร่วมในทุกด้านส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 4 O: Observation + R: Reflection ผู้วิจัยได้นำกิจกรรมในส่วนของการวางแผนในอนาคตร่วมกับการสะท้อนผลแบบมีส่วนร่วม ในขั้นตอนที่ 3 จากการวางแผนในอนาคตหรือกิจกรรมวาดฝันของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และชุมชนทราบแล้วว่าจะทำอะไร ทำกับใคร ทำที่ไหน ทำเมื่อไร และใครทำ ใช้งบเท่าไหร่/จากไหนบ้าง เกิดกิจกรรมจากการคิดวางแผนร่วมกัน เกิดความรู้สึกความเป็นเจ้าของความคิดที่แท้จริง รู้สึกอยากทำเอง อยากมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเอง โดยนำเอาส่วนของ KHAM MUANG Model ได้แก่ U: Unity, A = Analysis factors, M: Motivate, N = Nominal group technique (NGT) มาเป็นเครื่องมือในการดำเนินการของกิจกรรมการมีส่วนร่วม เมื่อทำตามแผนหรือกิจกรรมที่วาดฝันไว้แล้ว ทำให้ชุมชนรู้สึกถึงการเป็นเจ้าของความคิดเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันแล้ว เมื่อทำแล้วจะได้ประโยชน์ต่อตัวเอง คนในครอบครัว ชุมชน สังคม เกิดความรู้สึกอยากได้การยอมรับของชุมชน ได้รับการชื่นชม และรู้สึกดีต่อการมีส่วนร่วมเพื่อแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน และร่วมกันระดมสมองวิเคราะห์ถึงจุดอ่อนหรือจุดด้อยที่ทำให้กิจกรรมการแก้ไขปัญหาในชุมชนไม่ประสบความสำเร็จ หรือมีปัญหาอุปสรรคอะไร เพื่อหาทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยใช้จุดแข็งที่มีในชุมชนหรือจุดเด่นที่มีในชุมชนมาจัดการกับปัญหาหรืออุปสรรคที่มีในชุมชนให้ลดลง และกระตุ้นการมีส่วนร่วมโดยผู้วิจัยสะท้อนผลของกิจกรรมผ่านบัตรความคิด (ORID Method) เรามองเห็นอะไรบ้าง รู้สึกอย่างไรบ้าง คิดอย่างไรบ้าง และแก้ไขปัญหานี้อย่างไร ผ่านกระบวนการระดมสมองเขียนลงในบัตรความคิด และการนำเสนอผลของกิจกรรมที่ได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ **Phongsiripapat et al. (2016)** ได้ศึกษา การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของการแบ่งปันความคิด การตัดสินใจ และการวางแผน การประเมินผล และผลประโยชน์ร่วมกันในกิจกรรมของโครงการ รวมถึงข้อกำหนดในการสนับสนุนงบประมาณการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและหมู่บ้านจะต้องมีกฎระเบียบชุมชนเกี่ยวกับการลดการบริโภคปลาดิบในชุมชนของตน

ขั้นตอนที่ 5 A: Action + R: Reflection ผู้วิจัยได้นำกิจกรรมในส่วนของการสะท้อนผลแบบมีส่วนร่วม ในขั้นตอนที่ 4 โดยนำเอาส่วนของ KHAM MUANG Model ได้แก่ A = Analysis factors, G: Goal, U: Unity, M: Motivate, N = Nominal group technique (NGT) โดยให้ร่วมกันวิเคราะห์จะทำอย่างไรให้แผนหรือกิจกรรมที่วาดฝันไว้จะสำเร็จ ได้เป็นเจ้าของความคิดจริง ได้ประโยชน์ต่อตัวเอง คนในครอบครัว ชุมชน สังคมขึ้นจริง ได้การยอมรับของชุมชน ได้รับการชื่นชม และได้รู้สึกดีต่อการมีส่วนร่วมเพื่อแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ซึ่งจะต้องให้คำมั่นสัญญา หรือมีพันธะสัญญาใจอะไร ที่สามารถนำมาเป็นรูปแบบหรือแบบแผนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ผ่านกระบวนการระดมสมองเขียนลงในบัตรความคิด และการนำเสนอผลของกิจกรรมที่ได้ และประกาศเป็นพันธะสัญญาใจร่วมกัน ซึ่งในขั้นตอนนี้จะได้กิจกรรมหรือภารกิจสำคัญจากการระดมสมองช่วยกันคิดวิเคราะห์ร่วมกัน วางเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ร่วมกัน ใช้ระยะเวลาเท่าไหร่ จะตรวจสอบอย่างไร ใครเป็นคนตรวจสอบ และใครเป็นคนรับผิดชอบหรือเจ้าของกิจกรรม ซึ่งผลของขั้นตอนที่ 5 ได้ภารกิจสำคัญของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ผลลัพธ์ที่ได้ 4 ภารกิจสำคัญ กระบวนการที่

เกิดขึ้นจาการมีส่วนร่วมระดมสมองผ่านบัตรความคิดที่เกิดจากมีส่วนร่วมที่แท้จริง กระบวนการที่เกิดขึ้นจาการมีส่วนร่วมระดมสมองผ่านบัตรความคิดที่เกิดจากมีส่วนร่วมที่แท้จริง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ **รุจิรา สิทธิกานต์ และคณะ (2547)** ได้ศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วง บ้านไผ่ล้อม ตำบลอาจสามารถ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม โดยวิธีการอบรมเชิงปฏิบัติการ พบว่า แกนนำเครือข่ายให้ความร่วมมือสามารถวิเคราะห์ปัญหาและคิดหาแนวทางแก้ไขปัญหาโดยการวางแผนและการกำหนดกิจกรรมร่วมกันกับผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ **Sripa, Tangkawattana, & Sangnikul (2017)** ได้ศึกษาละว้าโมเดล โดยใช้โปรแกรมควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับที่ยั่งยืน EcoHealth ในแก่งละว้า ประเทศไทย พบว่าสิ่งที่สำคัญที่สุดในการแก้ไขปัญหานั่นก็คือ การมีส่วนร่วมของชุมชนที่ถือว่าเป็นองค์ประกอบที่เป็นประโยชน์และเป็นส่วนสำคัญ กุญแจหรือปัจจัยแห่งความสำเร็จของโครงการป้องกันโรค และสอดคล้องกับการศึกษาของ **อนุชิต นิติธรรมยง และคณะ (2545)** ทำการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกชุมชน ตำบลเจดีย์หัก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี พบว่า กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่ทำการพัฒนาขึ้น ทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการรับรู้ชุมชนของตนเองมากขึ้น การรู้จักปัญหา สามารถวิเคราะห์ปัญหา กำหนดภาพอนาคตของชุมชนตนเองได้ และสามารถจัดทำเป็นแผนแม่บทชุมชนพึ่งตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ **สุวรรณา หล่อโลหการ (2548)** ทำการศึกษาโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการบริหารจัดการการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โรงเรียนบ้านหมากปรก จังหวัดภูเก็ต พบว่า การมีส่วนร่วมในการคัดเลือกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกันการวางแผนและการดำเนินงานร่วมกันด้วยความเข้าใจและเชื่อมั่น ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพบ้านหมากปรก และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ **นันทพร ศรีนอก (2556)** ได้ศึกษารูปแบบการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า รูปแบบการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน ที่มีองค์ประกอบ เช่น สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยสรุป ปัจจัยความสำเร็จการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับคือ การมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง และการยอมรับ กฎเกณฑ์ข้อบังคับ สัญญาประชาคมของชุมชน เป็นปัจจัยของการดำเนินงานครั้งนี้ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ **Phongsiripapat et al. (2016)** ได้ศึกษา การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของการแบ่งปันความคิด การตัดสินใจ และการวางแผน การประเมินผล และผลประโยชน์ร่วมกันในกิจกรรมของโครงการ รวมถึงข้อกำหนดในการสนับสนุนงบประมาณ การรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและหมู่บ้านจะต้องมีกฎระเบียบชุมชนเกี่ยวกับการลดการบริโภคปลาดิบในชุมชนของตน

5.3.1 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

การจัดกิจกรรมการใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วยวิธีการถกปัญหาที่เกิดขึ้น และจากผลการศึกษาในครั้งนี้ มีผลต่อการปรับเปลี่ยนมุมอง ทัศคติ และอาจจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเสนอให้ควรนำไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกับการวิจัยครั้งนี้

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การระดมสมองเพื่อวางแผนในการแก้ไขปัญหาร่วมกันทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงปัญหาโรคนี้ ความเสี่ยงของโรคที่ส่งผลกระทบต่อคนในครอบครัว ชุมชน สังคม จนได้ภารกิจจำนวน 4 ภารกิจ ซึ่งเป็นเพียงแผนงานและกิจกรรมของชุมชนที่ต้องการอยากให้เกิดขึ้น ควรนำภารกิจที่ได้ไปทดลองใช้จริง และประเมินผลในภารกิจที่ได้จากชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. ปรสิตหนอนพยาธิทางการแพทย์ ทฤษฎีและปฏิบัติการ. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
2. พนัชพร จันทะผอง และคณะ. ความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องการติดชื้อพยาธิใบไม้ตับในนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนปลายในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น. ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
3. ธนพร หล่อปิยานนท์. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2552. สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
4. Wang YC, Ho RC, Feng CC, Namsanor J, Sithithaworn P. An ecological study of Bithynia snails, the first intermediate host of Opisthorchis viverrini in northeast Thailand. Acta Trop. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2015 Jan; 141(Pt B):244-52.
5. เทพอุทิส กั้วสิทธิ์ และนพคุณ ภักดีณรงค์. ระบาดวิทยาและความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการติดเชื้อในกลุ่ม ประชากร และการตรวจพบตัวอ่อนพยาธิระยะเมตาเซอร์คาเรียของพยาธิใบไม้ลำไส้ขนาดเล็ก Phaneropsolus bonnei ในตัวอ่อนแมลงปอ (แมงระงำ) ที่อาศัยอยู่ตามชุมชนรอบเขื่อนลำปาว จังหวัดกาฬสินธุ์. คณะแพทยศาสตร์. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2556.
6. สมหมาย ขาวผิว. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงและความชุกของพยาธิใบไม้ตับในปลาตะเพียนขาวแถบลุ่มแม่น้ำชี อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสัตวแพทย์สาธารณสุข. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
7. Upatham ES VV, Kurathong S, Brockelman WY, Menaruchi A, Saowakontha S, Intarakhao C and Vajrasthira S, Warren KS. Morbidity in relation to intensity of infection in Opisthorchiasis viverrini: study of a community in Khon Kaen, Thailand. Khon Kaen, Thailand. : Am J Trop Med Hyg. Nov; 1982.
8. อินทรา เทียมแสน. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ตำบลรัดน้ำ อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่. การค้นคว้าอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
9. สัญชัย ปิยะพงษ์กุล. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่ อำเภอ ศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
10. วรรณวิภา มาลัยทอง และคณะ. ผลของการใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ชุมชนบ้านเหล่าอ้อย หมู่ที่ 5 ตำบลหนองสังข์ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว. นักเรียนแพทย์ทหารวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า; 2552.
11. วนิดา โชควาณิชย์พงษ์ และคณะ. การสำรวจพฤตกรรมและทัศนคติการบริโภคปลาดิบ และการเกิดมะเร็งท่อ น้ำดี. กรุงเทพฯ: สถานบันมะเร็งแห่งชาติ; 2552.
12. Hesham Al-Mekhlafi M SJ, Atiya AS, Ariffin WAW, Mahdy AKM, et al.. Pattern and predictors of soil-transmitted helminth re-infection among Aboriginal school children in rural peninsular Malaysia. Malaysia. 2008.
13. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์; 2551.
14. กิตติพงษ์ พรมพลเมือง. (2557). *ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู*. การศึกษาอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
15. ณัฏฐวุฒิ แก้วพิทูลย์. (2553). พยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 12(1), 49-63.

16. ณัฏฐวุฒิ แก้วพิทูลย์ และสรญา แก้วพิทูลย์ (2553). หนอนพยาธิในลำไส้ในประชาชนบ้านทุ่งบอน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการ มอบ, 12(1), 49-63

17. วิลาวัณย์ ภูมิดอนมิ่ง. (2559). กรรมวิธีการผลิตอาหารพื้นบ้านที่ทำจากปลาวงศ์ปลาตะเพียนให้ปลอดพยาธิใบไม้ตับ โดยการใช้อุณหภูมิแช่แข็งกำจัดระยะติดต่อของพยาธิใบไม้ตับที่อยู่ในปลา. คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ ภาควิชาจุลชีววิทยาและปรสิตวิทยา. มหาวิทยาลัยนเรศวร.

18. ศิริลักษณ์ สุดาเดช. (2556). *การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตำบลศรีสมเด็จ อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด*. ขอนแก่น: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น.

19. สุขสันติ ประกอบวงษ์ และงามพิศ ศิริเวชธำรง. (2555). *โรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี เป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขในภาคอีสาน*. ใน: การประชุมวิชาการเครือข่ายวิจัยเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภายใต้เครือข่ายสหวิทยาการเพื่อการวิจัยและพัฒนาแห่งราชบัณฑิตยสถาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 13 ธันวาคม 2555, ณ สุรสัมมนาคาร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี, ม.ป.ท.: ม.ป.พ. ไม่มีเลขหน้า.

20. Sayasone S. Odermatt, et al. Epidemiology of Opisthorchis viverini in a rural district of southern Lao PDR. **Transaction of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**. 2007; 101(1): 40-7.

21. Kaewpitoon, N., Kaewpitoon, S.J. & Pengsaa, P. (2008). Opisthorchiasis in Thailand: review and current status. **World J Gastroenterol, 14**(15), 2297-302.

22. Sayason, S. & Odermatt, P. et al. (2007). Epidemiology of Opisthorchis viverrini in a rural district of southern Lao POR. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 101**(1), 40-7.

23. Aunpromma s. Tangkawattana p, Papirom P, Kanjampa P, Tesana S, Sropa B, et al. High prevalence of Opisthorchis viverrini infection in reservoir hosts in four districts of Khon Kean Province, an opisthorchiasis endemic area of Thailand. Parasitology international. 2012; 61(1): 60-4.

24.Enes JE, Wages AJ, Malone JB, Teasana S. Provence of Opisthorchis viverrini infection in the canine and feline hosts in tree villages, Khon Kean Province, northeastern Thailand. The Southeast Asian journal of tropical medicine and public health. 2010; 41 (1): 36-42

25. Prasonwatana J, Laummaunun wai P, Boonmars T, Pinlaor S. Viable in northeastern Thai cyprinid fish dishes - - as part of a rational program for control of O. viverrrini-associated cholangiocarcinoma. Parasitology research. 2013; 112(3): 1323-7.

26. Pungpak S, Bunnag D, Harinasuta T. Studies on the chemotherapy of human opisthorchiasis: effective dose of praziquantel in heavy infection. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 1985 Jun;16(2):248–52.

ความรู้ เจตคติและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

Knowledge Attitude and Participation of Village Health Volunteers on Preventing and Controlling Dengue Hemorrhagic in Nong Waeng Subdistrict, Somdet District, Kalasin Province

วรพงษ์ วิชาญ[1] ชัยธัช จันทร์สมุด[2]

Worapong Wichan[1] Chaitach Jansamood[2]

(Received: February 7 ,2020 ; Accepted: March 18 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 209 คน เก็บตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยใช้ t-test (Independent Sample) และ F-test (One-way ANOVA)

ผลการวิจัยปรากฏดังนี้ 1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในระดับมาก 2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีเจตคติต่อการมีส่วนร่วมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในระดับมาก 3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีการมีส่วนร่วมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยรวมและเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการตัดสินใจในการวางแผน ด้านการดำเนินงาน และด้านการประเมินผล อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการรับผลประโยชน์ อยู่ในระดับมากที่สุด 4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีเพศและการศึกษาต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกันแต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีเพศและการศึกษาต่างกัน มีเจตคติต่อการมีส่วนร่วมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่าง แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุต่างกัน มีเจตคติต่อการมีส่วนร่วมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 6. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีเพศ อายุ และระดับการศึกษาต่างกัน มีการมีส่วนร่วมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้าน ได้แก่ ด้านการตัดสินใจในการวางแผน ด้านการดำเนินงาน ด้านการรับผลประโยชน์ และด้านการประเมินผล ไม่แตกต่างกัน

คำสาคัญ :

Abstract

This research aimed to study and compare knowledge, attitude and participation of village health volunteers on preventing and controlling dengue hemorrhagic in Nong Waeng subdistrict, Somdet district, Kalasin province. The

[1] วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วท.ม.) สาขาวิชา การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

[2] ผศ.ดร. สาขาวิชา การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

population consisted of 209 personnels. 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. Village health volunteers in Nong Waeng subdistrict, Somdet district, Kalasin province, had knowledge about dengue hemorrhagic total showed their at a high level. 2. Village health volunteers in Nong Waeng subdistrict, Somdet district, Kalasin province, had attitude on preventing and controlling dengue hemorrhagic total showed their at a high level. 3. Village health volunteers in Nong Waeng subdistrict, Somdet district, Kalasin province, had participation on preventing and controlling dengue hemorrhagic total and each aspect included, planning decisions, operations and benefits showed their at a high level, but evaluation aspect showed their at a very high level. 4 Village health volunteers in Nong Waeng subdistrict, Somdet district, Kalasin province with different gender and education level did not showed knowledge about dengue hemorrhagic differently, but age different showed knowledge about dengue hemorrhagic differently at 0.05 level significance. 5 Village health volunteers in Nong Waeng subdistrict, Somdet district, Kalasin province with different gender and education level did not showed attitude on preventing and controlling dengue hemorrhagic differently, but age different showed attitude on preventing and controlling dengue hemorrhagic differently at 0.05 level significance. 6 Village health volunteers in Nong Waeng subdistrict, Somdet district, Kalasin province with different gender and education level did not showed participation on preventing and controlling dengue hemorrhagic differently.

Keywords:

บทนำ

โรคภัยร้ายที่เกิดในเมืองไทย และสร้างปัญหากับคนไทยมีหลายโรค หนึ่งในนั้นก็คือไข้เลือดออก ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะมีการเสียชีวิตมากขึ้นทุกปี โดยยุงลาย เป็นพาหะนำโรค เกิดขึ้นได้โดย เมื่อยุงไปกัดคนไข้ที่มีอาการเชื้อที่ก่อให้เกิดโรคไข้เลือดออกจะอยู่ในตัวยุง แล้วไปกัดคนปกติ ส่วนใหญ่แล้วคนปกติที่มีร่างกายแข็งแรงจะมีภูมิคุ้มกันโรค แต่ในกรณีตรงกันข้ามเด็กหรือคนที่ มีสภาพร่างกายไม่แข็งแรงเชื้อไข้เลือดออกจะเข้าทำลายระบบการไหลเวียนของเลือด ผนังเซลเม็ดเลือดแดง และทำลายอวัยวะภายในร่างกายจนมีเลือดออก ซึ่งโรคไข้เลือดออกยังไม่มีวัคซีนป้องกันในขณะนี้ ในอนาคตอาจจะมีวัคซีนใช้ แต่อาจจะต้องใช้เวลา ดั้งนั้น การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในขณะนี้ จำเป็นต้องควบคุมและทำลายพาหะของโรคให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย มียุงลายบ้าน และยุงลายสวนเป็นพาหะ ยุงลายบ้านเป็นพาหะที่สำคัญประมาณร้อยละ95 ส่วนยุงลายสวนซึ่งชอบเพาะพันธุ์ตามภาชนะนอกบ้าน ส่วนใหญ่เป็นภาชนะที่เกิดจากธรรมชาติหรือภาชนะที่คนทำขึ้นมารอบ ๆ บ้าน ยุงลายสวนชอบกินเลือดสัตว์หรือคนนอกบ้าน และพบในบางพื้นที่ จึงไม่ได้เป็นพาหะที่สำคัญของโรคไข้เลือดออก โดยการระบาดของโรคขึ้นอยู่กับองค์ประกอบคือ 1) คน ซึ่งได้แก่ กลุ่มอายุ ภูมิคุ้มกันโรค และการได้รับเชื้อในอดีต 2) ชนิดของเชื้อเด็งกี่ไวรัสที่ระบาดในพื้นที่นั้น ในปีนั้น และในขณะนั้นและ 3) องค์ประกอบอื่น ๆ ได้แก่ ความชุกชุมของยุงลาย และลักษณะความหนาแน่นของชุมชนเขตเมืองหรือเขตชนบท เป็นต้นการแพร่ของโรคไข้เลือดออก จากหมู่บ้านหนึ่งไปหมู่บ้านหนึ่ง ไม่ได้เกิดจากยุงลายจากหมู่บ้านนี้บินไปอีกหมู่บ้านนั้น เพราะยุงลายบินระยะใกล้ประมาณ 100-200 เมตร เท่านั้น แต่การแพร่โรคเกิดจากคนมีเชื้อเด็งกี่ไวรัสเข้าไปในพื้นที่ที่มีพาหะของโรค จึงทำให้เกิดการถ่ายทอดโรคขึ้น [6]

จากรายงานการเฝ้าระวังโรค สำนักระบาดวิทยา วันที่ 14 สิงหาคม 2561 พบว่ามีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (Dengue fever : DF, Dengue haemorrhagic fever : DHF, Dengue shock syndrome : DSS) สะสมรวม 44,422 รายเพิ่มขึ้นจากสัปดาห์ที่ผ่านมา 3,328 ราย อัตราป่วย 62.42ต่อประชากรแสนคน มีการรายงานจำนวนผู้ป่วย

ไข้เลือดออกมากกว่าปีพ.ศ. 2560 ณ ช่วงเวลาเดียวกัน ร้อยละ 48.8 (1.49เท่า) ผู้ป่วยเสียชีวิต 54 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.12 การกระจายการเกิดโรคไข้เลือดออกตามกลุ่มอายุ ส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ10-14 ปีมีอัตราป่วยสูงสุด คือ 231.06 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ 5-9 ปี (175.43), อายุ 15-24 ปี (124.43) อายุ 0-4 ปี (77.91) และ อายุ 25-34 ปี (62.38) ตามลำดับ สัดส่วนอาชีพที่พบผู้ป่วยสูงสุดคือนักเรียน ร้อยละ 48.69 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 18.56) ผู้ป่วยเพศชาย 22,973 ราย เพศหญิง 21,449 ราย คิดเป็นอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1 : 0.93 การกระจายการเกิดโรคไข้เลือดออกรายภาค พบว่าภาคกลาง มีอัตราป่วยสูงที่สุด เท่ากับ 81.62 ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วย 18,101ราย รองลงมา ได้แก่ ภาคเหนืออัตราป่วย 75.12ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วย 9,320 ราย ภาคใต้ อัตราป่วย 70.06 ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วย 6,527 รายและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อัตราป่วย 47.76 ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วย 10,474 รายตามลำดับ รวมถึงการรายงานของงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสมเด็จ ในรอบเดือนสิงหาคม 2561 พบว่า ตำบลหนองแวง มีจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมากที่สุดในอำเภอสมเด็จอีกด้วย

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นบุคลากรส่วนหนึ่งในภาคประชาชน ซึ่งมีบทบาทสำคัญโดยตรงในการป้องกันและควบคุมโรคประจำถิ่น ซึ่งได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุขการแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้นโดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ สำหรับการรับผิดชอบดูแลครัวเรือนในหมู่บ้าน/ชุมชน กำหนดจำนวน อสม.ในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย 1 คน รับผิดชอบ 10 – 15 หลังคาเรือน นอกจากนี้ เกี่ยวกับงานเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก อสม. มีบทบาทสำคัญในการรณรงค์และติดตามการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในหลังคาเรือน [4]

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้ เจตคติ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการกับโรคไข้เลือดออก สร้างความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันและควบคุม การตัดสินใจในการแก้ปัญหาแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วยวิธีที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาเจตคติต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
4. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ เจตคติและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความรู้ เจตคติและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 209 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมี 4 ตอน โดยมีลักษณะดังนี้

ตอนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรและสังคม เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวน 15 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ถูก	1 คะแนน	0 คะแนน
ผิด	0 คะแนน	1 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมาย

คะแนนเฉลี่ย 11.00-15.00 หมายถึง มีระดับความรู้มาก

คะแนนเฉลี่ย 6.00-10.99 หมายถึง มีระดับความรู้ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0.00-5.99 หมายถึง มีระดับความรู้น้อย

ตอนที่ 3 เจตคติต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยแบ่งเป็น จำนวน 20 ข้อ โดยมีระดับการวัดเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งสามารถแบ่งเป็นระดับได้ดังนี้ [2]

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 มีเจตคติมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง มีเจตคติมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง มีเจตคติปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง มีเจตคติน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง มีเจตคติน้อยที่สุด

ตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยแบ่งเป็น จำนวน 30 ข้อ โดยมีระดับการวัดเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งสามารถแบ่งเป็นระดับได้ดังนี้ [2]

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 มีส่วนร่วมมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง มีส่วนร่วมมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง มีส่วนร่วมปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง มีส่วนร่วมน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง มีส่วนร่วมน้อยที่สุด

การหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด จากนั้นนำคะแนนมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Item-total Correlation) ซึ่งคัดเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาช (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.8324

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Arithmetic Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน โดยใช้ t-test (Independent Samples) ที่ระดับ

นัยสำคัญทางสถิติ .05 และ F-test (One-way ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีของ Scheffe

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.40) อายุ 41 – 50 ปี (ร้อยละ 34.90) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 83.30) มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 51.20) มีอาชีพหลักเกษตรกรรม /ทำนา (ร้อยละ 89.00) ในครอบครัวไม่มีคนเป็นไข้เลือดออก (ร้อยละ 76.60) มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 50.20) ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในรอบ 3 เดือน (ร้อยละ 87.10)

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =12.55) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ไข้เลือดออกเป็นโรคที่ป้องกันได้โดยการทำลายแหล่งเพาะพันธ์ยุงลาย และการเปลี่ยนถ่ายน้ำในแจกันดอกไม้ จานรองกระถางต้นไม้ ทุกสัปดาห์ จะป้องกันการเกิดยุงลายได้ ($\bar{X}$ =14.86) รองลงมาได้แก่ เด็กที่เป็นไข้เลือดออกอาจเสียชีวิตได้ ($\bar{X}$ =14.71) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ไข้เลือดออกเป็นโรคที่ไม่รุนแรง เพราะสามารถรักษาได้ ($\bar{X}$ =6.03)

3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีเจตคติต่อการมีส่วนร่วมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.36) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านคิดว่าการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ในบริเวณบ้านควรทำอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ ($\bar{X}$ = 4.42) รองลงมา ได้แก่ ท่านคิดว่าทุกคนในชุมชนควรมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก ($\bar{X}$ = 4.39) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านคิดว่าการพ่นหมอกควันเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ($\bar{X}$ = 2.66)

4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีส่วนร่วมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.16) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

ด้านการตัดสินใจในการวางแผน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.99) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ ท่านเป็นผู้ที่สอดส่องดูแลและค้นหาปัญหาโรคไข้เลือดออกในละแวกบ้านรับผิดชอบและของหมู่บ้าน ($\bar{X}$ = 4.15) รองลงมาได้แก่ เมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นในหมู่บ้าน ท่านเคยเข้าร่วมหาสาเหตุของการระบาดของโรค ($\bar{X}$ = 4.12) และมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ ท่านมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนเสนอขอรับการสนับสนุน งบประมาณจาก องค์การบริหารส่วนตำบล ($\bar{X}$ = 3.74)

ด้านการดำเนินงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.03) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ ท่านได้ประชาสัมพันธ์ให้ครัวเรือนในละแวกรับผิดชอบร่วมกันกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านเรือนของตนเอง ($\bar{X}$ = 4.43) รองลงมาได้แก่ ท่านเคยเปลี่ยนถ่ายน้ำใช้ในบ้านตนเองและแนะนำครัวเรือนในละแวกรับผิดชอบทุกสัปดาห์ ($\bar{X}$ = 4.39) และมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ ท่านเคยจัดหาฝาปิดภาชนะเก็บกักน้ำแก่ครัวเรือนในละแวกรับผิดชอบ ($\bar{X}$ = 3.40)

ด้านการรับผลประโยชน์โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.45) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ ท่านมีความภาคภูมิใจในบทบาทของตนเองในการมีส่วนร่วม กำจัดลูกน้ำและตัวแก่ยุง ($\bar{X}$ = 4.57) รองลงมาได้แก่ ท่านและครัวเรือนในละแวกรับผิดชอบได้รับประโยชน์จากการทำความสะอาดบ้านเรือนของตนเอง ($\bar{X}$ = 4.48) และมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ ท่านและครัวเรือนในละแวกรับผิดชอบได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์กำจัดลูกน้ำและ

ตัวแก่ยุง ทำให้เกิดความรักสามัคคีของคนในหมู่บ้าน ($\bar{X}$ = 4.34)

ด้านการประเมินผลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 4.16) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ ท่านมีการสรุปผลการดำเนินงานเพื่อรายงานผลให้เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขที่รับผิดชอบหมู่บ้านทุกเดือน ($\bar{X}$ = 4.40) รองลงมาได้แก่ ท่านมีการตรวจสอบลูกน้ำในครัวเรือนที่รับผิดชอบเป็นประจำทุกสัปดาห์ ($\bar{X}$ = 4.38) และมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ ท่านได้มีการจัดประชุมในละแวกที่รับผิดชอบเพื่อแจ้งผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทุกเดือน ($\bar{X}$ = 3.88)

5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีเพศ และการศึกษาต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ไม่แตกต่างกัน แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอายุ 31-40 ปี มีความรู้มากกว่า 61 ปีขึ้นไป

6. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีเพศ และการศึกษาต่างกัน มีเจตคติต่อการมีส่วนร่วมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ไม่แตกต่าง แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุต่างกัน มีเจตคติต่อการมีส่วนร่วมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอายุ 31-40 ปี มีความรู้มากกว่า 61 ปีขึ้นไป

7. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีเพศ อายุ และระดับการศึกษาต่างกัน มีการมีส่วนร่วมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้าน ได้แก่ ด้านการตัดสินใจในการวางแผน ด้านการดำเนินงาน ด้านการรับผลประโยชน์ และด้านการประเมินผล ไม่แตกต่างกัน

สรุปและอภิปรายผล

1. จากการศึกษาความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ามีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =12.55) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ไข้เลือดออกเป็นโรคที่ป้องกันได้โดยการทำลายแหล่งเพาะพันธ์ยุงลาย และการเปลี่ยนถ่ายน้ำในแจกันดอกไม้ จานรองกระถางต้นไม้ ทุกสัปดาห์ จะป้องกันการเกิดยุงลายได้ ($\bar{X}$ =14.86) ซึ่งจะทำให้การดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นไปได้ด้วยดี และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ไข้เลือดออกเป็นโรคที่ไม่รุนแรง เพราะสามารถรักษาได้ ($\bar{X}$ =6.03) ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขยังมีความเข้าใจที่ผิด เพราะโรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่รุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้ ซึ่งสอดคล้องกับ กฤตติกา อุปรีย์ (2556)[1] ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย ซึ่งพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าโรคไข้เลือดออกเป็นโรคไม่รุนแรงสามารถรักษาได้ ดังนั้นเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องควรให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีเจตคติต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.36) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ ท่านคิดว่าการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ในบริเวณบ้านควรทำอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ ($\bar{X}$ = 4.42) อาจเป็นเพราะว่า ด้วยบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ต้องรณรงค์สำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธ์ยุงทุกสัปดาห์ ทำให้ตระหนักและเอาใจใส่ในประเด็นนี้มากที่สุด และมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ ท่านคิดว่าการพ่นหมอกควันเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ($\bar{X}$ = 2.66) อาจเป็นเพราะว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ เห็นว่าอาจจะมีวิธีการอื่น ๆ ที่สามารถดำเนินการได้มีประสิทธิภาพมากกกว่านี้อีกทั้งยังเป็นการลดมลพิษทางอากาศได้อีกด้วย

3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.16) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการรับผลประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านการตัดสินใจวางแผน และด้านการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก แต่ด้านการประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นผลมาจากว่า การประเมินผล การสรุปผล และรายงานผล จะเป็นบทบาทของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของแต่ละหมู่บ้านเป็นส่วนใหญ่ ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในด้านนี้น้อยกว่าด้านอื่น

4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีเพศ และระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาความแตกต่างเป็นรายคู่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีอายุ 41-50 ปี มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มากกว่า อายุ 61 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อายุ 61 ปีขึ้นไป มีการรับรู้ การจดจำ ข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกน้อยกว่ากลุ่มอายุ 41-50 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่ปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นประจำ

5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีเพศ และระดับการศึกษาต่างกัน มีเจตคติต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นเพราะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีแนวความคิดจิตอาสาเป็นพื้นฐานว่าการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นงานสำคัญที่ต้องทำเพื่อส่วนรวม สอดคล้องกับ พิศิษฐ ปรึกไธสง (2552)[3] ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีระดับเจตคติอยู่ในระดับสูง และไม่มีผู้มีเจตคติต่ำเลย แต่เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังมีเจตคติที่ไม่ถูกต้องในหลายประเด็น ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นควรให้ความรู้และปลูกฝังเจตคติที่ถูกต้องแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ปฏิบัติงานและทำประโยชน์แก่ส่วนรวม เพื่อจะได้ถ่ายทอดความรู้และเจตคติที่ถูกต้องแก่ประชาชนในหมู่บ้านต่อไป แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุต่างกัน มีเจตคติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาความแตกต่างเป็นรายคู่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีอายุ 41-50 ปี มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มากกว่า อายุ 61 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อายุ 61 ปีขึ้นไป มีการรับรู้ การจดจำ ข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกน้อยกว่ากลุ่มอายุ 41-50 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่ปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นประจำ

6. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีเพศ อายุ และระดับการศึกษาต่างกัน มีการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยรวม และรายด้านทุกด้านไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นเพราะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้มีบทบาทหน้าที่หลักและมีส่วนร่วมสำคัญในหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกออก ซึ่งสอดคล้องกับ สุรศักดิ์ เกษงาม (2557)[5] ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลพรเจริญ อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ พบว่า การมีส่วนร่วมในด้านการค้นหาและวิเคราะห์ปัญหา ด้านการจัดทำแผนดำเนินงานและร่วมลงมือปฏิบัติกิจกรรม และด้านการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผล ทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อจำแนกคุณลักษณะส่วนบุคคลในการมีส่วนร่วม พบว่า ไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.1 ควรมีการพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ ในด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง

1.2 ควรปลูกฝังเจตคติที่ดีแก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการส่งเสริมให้กำลังใจในการปฏิบัติงาน การยกย่อง เชิดชู และการสร้างการยอมรับจากชุมชน โดยเจ้าหน้าที่ลงพื้นที่ปฏิบัติงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.3 ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมด้านการประเมินผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานร่วมกันให้ชัดเจน โดยเจ้าหน้าที่ควรมีการติดตามการดำเนินงานในหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยการวิจัยเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล และการวิจัยเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกในเรื่องการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อให้ได้ปัญหาเชิงลึกมากยิ่งขึ้น

2.3 ควรมีการวิจัยพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใน พื้นที่ เช่นหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน หรือหน่วยงาน ต่าง ๆ อันที่จะเข้ามาบูรณาการทรัพยากรต่าง ๆ ร่วมกันในการจัดการโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1.กฤตติกา อุปรีย์. **การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย**. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย. 2556.

2.บุญชม ศรีสะอาด. **การวิจัยเบื้องต้น**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น, 2543.

3.พิศิษฐ ปรึกไธสง. **การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา**.การศึกษาอิสระ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2552.

4.ศิววงศ์ ทองชาว และคณะ. “ปัจจัยชุมชนที่มีผลต่อ ความรู้ และการมีส่วนร่วม ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลดอนจาน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์,” **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. 10(1) : 30-37 มกราคม-เมษายน. 2560.

5.สุรศักดิ์ เกษงาม. **การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลพรเจริญ อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ**. วิทยานิพนธ์ ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต คณะรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร จังหวัดสกลนคร. 2557.

6.อานนท์ ภาคมาลี. **บทความวิชาการ โรคไข้เลือดออก**. https://www.gotoknow.org/posts/545617.สืบค้นวันที่ 15 สิงหาคม 2561.

โลหะหนักปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม และผลกระทบต่อสุขภาพ

Heavy metal Contaminated in Environments and Health Effects

ธีรนาถ สุวรรณเรือง[1]

Theeranat Suwanaruang[1]

(Received: November 22 ,2019 ; Accepted: December 19 ,2019)

บทคัดย่อ

โลหะหนักเป็นธาตุที่มีอยู่ตามธรรมชาติ บางส่วนถูกนำมาใช้ในโรงงานอุตสาหกรรมมีอยู่หลายประเภทจึงทำให้โลหะหนักจะตกค้าง และมีการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม เช่น ในแหล่งน้ำ ดิน อาหาร เครื่องใช้ต่าง ๆ ความเป็นพิษจากโลหะหนัก เกิดจากการสะสมของโลหะบางชนิดในร่างกายมนุษย์โดยได้รับผ่าน ทางการกิน หายใจ และสัมผัสทางผิวหนัง ซึ่งอาจปนเปื้อนมากับอาหาร น้ำ สารเคมีในอุตสาหกรรม หรือแหล่งอื่น ๆขณะที่ร่างกายต้องการโลหะหนักบางชนิดในปริมาณเล็กน้อยเท่านั้น เช่น สังกะสี ทองแดง โครเมียม เหล็ก และแมงกานีส แต่หากมีปริมาณมากเกินไปก็อันตราย หากเนื้อเยื่อมีการสะสมของโลหะหนักในปริมาณที่มากเกินจะเกิดภาวะพิษทำให้เนื้อเยื่อเกิดความเสียหายรุนแรงได้และนำไปสู่โรคมะเร็งได้

คำสำคัญ: โลหะหนัก, สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ

Abstract

Heavy metals are elements that exist naturally and some parts are being used in industrial plants. In general, heavy metals substances will be left behind and detect contamination in the environment such as water sources, soil, food, utensils. Heavy metals poisoning is caused by the accumulation of certain heavy metals in the body through exposure, inhalation and skin contact. Which may be contaminated with food, water, chemicals in the industry or other sources While the human body needs only a small amount of some heavy metals such as zinc, copper, chromium, iron and manganese, but too much is dangerous. The tissue accumulates heavy metal in excess amount, poisoning can cause severe damage to the tissue and can lead to dangerous diseases such as cancer.

Keywords: Heavy metal, Environments and Health

[1] สาขาวิทยาการสิ่งแวดล้อม และทรัพยากรธรรมชาติ คณะวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

บทนำ

โลหะหนัก (Heavy Metal) เป็นธาตุโลหะที่มีคุณสมบัติทางเคมีคือมีความถ่วงจำเพาะมากกว่า 5 โลหะหนักต่างจากธาตุทั่วไปคือสลายตัวช้า และมีความคงตัวสะสมในสิ่งแวดล้อม โลหะหนักจึงสามารถแทรกซึมปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมได้ จึงพบการปนเปื้อนโลหะหนักในแหล่งน้ำ ดินตะกอน ดิน ในพืช สะสมในห่วงโซ่อาหาร [16] สาเหตุนี้จึงทำให้มนุษย์มีโอกาสได้รับโลหะหนักปนเปื้อนเข้าสู่ร่างกายผ่านทางสัตว์น้ำและพืชน้ำ [2] ซึ่งอยู่ในแหล่งที่ปนเปื้อนโลหะหนักได้ การปนเปื้อนของโลหะหนักสู่มนุษย์ก็ถือเป็นภัยอันตรายรูปแบบหนึ่งที่ไม่ควรมองข้าม เพราะว่าถ้าหากร่างกายของเราเกิดการสะสมโลหะหนักเป็นจำนวนมากเกินกว่าที่ร่างกายต้องการจะรับอาจทำให้ร่างกายของเราเกิดการทำงานผิดปกติและรบกวนระบบการทำงานต่าง ๆของร่างกาย [17] โลหะหนัก เป็นกลุ่มธาตุที่เป็นพิษต่อสิ่งมีชีวิต ไม่สลายตัวในกระบวนการทางธรรมชาติ มีความเสถียร และสามารถสะสมอยู่ในอากาศ ดินและแหล่งน้ำรวมถึงสะสมอยู่ในสิ่งมีชีวิตได้อีกด้วย จัดเป็นกลุ่มธาตุที่เป็นพิษต่อสิ่งมีชีวิต [12] ตัวอย่างของโลหะหนักที่พบในธรรมชาติและนำมาใช้ในทางอุตสาหกรรมเช่น ทองแดง เงิน ทองคำ ทองคำขาว สังกะสี ตะกั่ว ดีบุก โครเมียม ทังสเตน พลวง แคดเมียม ปรอท บิสมัส พลวง ไททาเนียม แทนทาลัม โคบอลต์ ยูเรเนียม นิเกิล แมงกานีส โมลิเดียม และเบอร์มัสเนียม The Agency for Toxic Substances and Disease Registry [27]

สำหรับความเป็นพิษจากโลหะหนักเมื่อเข้าสู่ร่างกายจะรุนแรงกว่าโลหะทั่วไป แบ่งความรุนแรงต่อกลไกระดับเซลล์ได้ดังนี้ ทำให้เซลล์ตาย, เปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำงานของเซลล์, เป็นตัวการทำให้เกิดเซลล์มะเร็ง, ทำให้เกิดความผิดปกติทางรหัสพันธุกรรม และทำให้เกิดความเสียหายต่อโครโมโซมทางพันธุกรรม [22]

การแพร่กระจายโลหะหนักสู่สิ่งแวดล้อม

โรงงานอุตสาหกรรมในปัจจุบันมีโลหะหนักปนเปื้อนก่อให้เกิด มลพิษทางอากาศ ดิน และน้ำ รวมไปถึงปนเปื้อนในอาหาร บรรจุภัณฑ์อาหาร เครื่องใช้ประกอบอาหาร เครื่องครัวเครื่องใช้ต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสม ก็มีความเสี่ยงในการปนเปื้อนโลหะหนัก เช่น การรับประทานสีที่มีส่วนผสมของตะกั่ว คุณสมบัติของโลหะหนัก สามารถละลายน้ำได้ สามารถเปลี่ยนเป็นสารประกอบเชิงซ้อนได้ และสามารถตกตะกอน หรือ เป็นอนุภาคคอลลอยด์ในน้ำได้ ส่วนใหญ่โลหะหนักมาจากการกระทำของมนุษย์เช่น อุตสาหกรรมการผลิตต่าง ๆที่มีการใช้วัตถุดิบหรือสารเคมีที่มีโลหะหนักปนเปื้อน อาทิ อุตสาหกรรมถลุงแร่ อุตสาหกรรมฟอกหนัง อุตสาหกรรมย้อมสี และอุตสาหกรรมปิโตรเคมี เป็นต้น ซึ่งอุตสาหกรรมเหล่านี้อาจปล่อยมลพิษ และของเสียจากกระบวนการผลิตออก [9] แพร่กระจายสู่สิ่งแวดล้อมได้ ทั้งทางอากาศเสีย น้ำเสีย ขยะ และกากของเสีย การชะล้างหน้าดินที่เกิดจากการเปิดหน้าดิน โดยเฉพาะอุตสาหกรรมเหมืองแร่ต่าง ๆ ที่มักขุดเปิดหน้าดิน และขุดตักดินลงลึก ทำในช่วงฤดูเกิดการชะหน้าดินที่อาจมีโลหะหนักลงสู่แม่น้ำสาธารณะได้ง่าย [16] โรงงานอุตสาหกรรมรวมถึง สถานประกอบการต่าง ๆ ที่ประกอบธุรกิจด้วยการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีสารโลหะหนักผสมอยู่ อาทิ ร้านซ่อม และเคาะพ่นสีรถยนต์ และปั๊มน้ำมัน เป็นต้น [4]

ขยะ แหล่งกำจัดขยะ และสิ่งปฏิกูล ซึ่งมักเป็นแหล่งรวบรวม และกำจัดขยะในปริมาณมาก โดยเฉพาะพื้นที่กำจัดขยะขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นต่าง ๆ โดยกองขยะที่รวบรวมไว้มักมีขยะหลายชนิดที่มีโลหะหนักปนเปื้อน อาทิ แบตเตอรี่ ถ่านไฟฉาย สีพ่น เป็นต้น ทั้งนี้ หากมีการรวบรวม และกำจัดไม่ถูกสุขลักษณะย่อมเสี่ยงต่อการปนเปื้อนสู่สิ่งแวดล้อมได้ง่าย โดยเฉพาะการชะล้างของฝน และการซึมลงสู่ชั้นน้ำใต้ดิน [18]

การเข้าสู่ร่างกายมนุษย์ของโลหะหนัก

การกิน เป็นช่องทางหนึ่งที่โลหะหนักสามารถเข้าสู่ร่างกายของมนุษย์ได้มากสุด ซึ่งมักเกิดจากการรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำที่มีการปนเปื้อนของโลหะหนักเข้าไป แบ่งได้ ดังนี้ การกินอาหาร ซึ่งมักมีการปนเปื้อนของโลหะหนักที่อาจเกิดจากปัจจัยในหลายด้าน ได้แก่ การปนเปื้อนโลหะหนักในกระบวนการผลิตอุตสาหกรรม อันเกิดจากการใช้ภาชนะหรือวัตถุดิบที่มีการปนเปื้อน วัตถุดิบหรือ

อาหารมีโลหะหนัก การดื่มน้ำ อันเกิดจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ การปนเปื้อนของภาชนะในกระบวนการผลิตน้ำดื่ม แหล่งน้ำดิบหรือน้ำดื่มมีการปนเปื้อนของโลหะหนัก เช่น แหล่งน้ำดื่มใกล้เหมืองแร่ หรือ แหล่งน้ำดื่มที่มีแร่โลหะหนักเจือปนตามธรรมชาติ เป็นต้น [20]

การสูดดมเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจการหายใจเอาโลหะหนักเข้าสู่ร่างกายถือเป็นช่องทางหนึ่งที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้มากเช่นกัน โดยผู้ที่มีโอกาสเสี่ยง ได้แก่ ผู้ที่ทำงานในเหมืองแร่ ผู้ที่ทำงานในโรงงานหลอมแร่หรือโลหะ ผู้ที่ทำงานในโรงงานเชื่อมหรือบัดกรี [22]

การซึมเข้าสู่ผิวหนัง และเนื้อเยื่อโลหะที่ซึมเข้าสู่ผิวหนังมักเกิดขึ้นไม่บ่อยนัก และมีโอกาสเกิดขึ้นน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับช่องทาง 2 อย่าง ข้างต้น แต่ก็พบมีโอกาสเกิดขึ้นได้ ได้แก่ การสัมผัสกับไอโลหะหนักในโรงงานอุตสาหกรรมหรือโรงถลุงแร่การแช่น้ำหรืออยู่ในแหล่งน้ำที่มีโลหะหนักปนเปื้อนสูง[20]

ความเป็นพิษจากโลหะหนัก

อาการพิษจากโลหะหนักขึ้นกับชนิดของโลหะที่ทำให้เกิดพิษ ถ้าเกิดภาวะพิษฉับพลันจากโลหะหนักคือ การได้รับโลหะหนักปริมาณมากเช่นมี กลืนกิน อาหารที่มีการปนเปื้อนโลหะหนัก จะมีอาการ มึนงง ตัวชา อาเจียน หมดสติหากได้รับในปริมาณที่สูง ส่วนการได้รับโลหะหนักในระยะยาวทำให้เกิดอาการ ดังนี้ เวียนศีรษะ อ่อนแรง เหนื่อยเพลีย ปวดกล้ามเนื้อปวดข้อ แล้วแต่ชนิดของโลหะหนักดังนี้

สารตะกั่วเข้าสู่ร่างกายมนุษย์ จะสามารถไปยึดกับเม็ดเลือดแดงและแพร่กระจายไปตามเนื้อเยื่อ ต่างๆ ของร่างกายทำให้เกิดภาวะผิดปกติ อวัยวะที่มักถูกทำลายโดยตะกั่วได้แก่ กระดูก สมอง ไต และต่อมไทรอยด์ สำหรับเด็ก ที่ได้สารตะกั่วจะมีระดับสติปัญญา ต่ำกว่าเด็กทั่วไป เด็กที่สัมผัสใกล้ชิดในชุมชนอุตสาหกรรมและการจราจรติดขัดของประเทศจีนมีระดับตะกั่วในเลือดสูงกว่าเด็กที่อาศัยในพื้นที่อื่น ๆ พิษสารตะกั่วเป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการได้รับสารตะกั่วเข้าสู่ร่างกายในปริมาณสูง และตรวจพบการสะสมตะกั่วในกระแสเลือด [23] บางรายมีอาการของโรคเริ่มปรากฏ และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากรายงานเฝ้าระวังทางระบาดในธรรมชาติตะกั่วเมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วจะมีคุณสมบัติคล้ายกับแคลเซียม คือ มีการสะสมอยู่ในกระดูก และในเส้นผมพิษเฉียบพลัน คือ ร่างกายอ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ อาเจียน กล้ามเนื้อกระตุกปวดหัว นอนหลับยากพิษเรื้อรัง คือ ทำให้เป็นโรคโลหิตจาง ร่างกายซูบผอม ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ ยับยั้งกระบวนการสร้างเม็ดเลือดแดง ทำให้เกิดโรคโลหิตจาง กระดูกผุกร่อน ทำลายระบบเซลล์ประสาท ทำให้สมองบวม และยังยั้งการทำงานของสารเคมีในสมองจนเสี่ยงต่อภาวะความจำเสื่อม และมีอาการทางประสาทไตถูกทลาย จนเกิดภาวะไตวาย [28] ระบบสืบพันธุ์ทำงานผิดปกติ ตัวอสุจิอ่อนแอ และรังไข่ฝ่อง่าย เกิดภาวะเป็นหมัน เสี่ยงต่อการมีบุตรยาก ประจำเดือนมาไม่ปกติ [25]

ปรอทปรอทที่อยู่ในรูปของ เมทิล และเอททิล จะทำให้เกิดความเป็นพิษมากกว่าปรอทที่อยู่ในรูปโลหะ หรือสารประกอบโลหะ ส่วนปรอทที่ทำให้เกิดพิษน้อยที่สุดจะอยู่ในรูปของสารประกอบอินทรีย์ โดยพิษที่มีต่อร่างกายในหลายด้าน ตัวอย่างของพิษจากปรอท คือ โรคมินามาตะที่รั่วไหลของสารปรอท จากโรงงานอุตสาหกรรมในเมืองมินามาตะของญี่ปุ่นที่ทำให้ประชนเสียชีวิตจำนวนมากจากการใช้น้ำ และรับประทานอาหารที่มีการปนเปื้อนปรอทสูง [11] ซึ่งพิษที่มีต่อร่างกาย ได้แก่ เกิดอาการปวดท้อง และท้องเสียอย่างรุนแรง เหงือก และต่อมน้ำลายถูกทำลาย มีลักษณะรอยเป็นไหม้เกรียม ระบบประสาทเกิดความผิดปกติ สายตามัว มองไม่เห็น และอาจทำให้ตาบอดมทำให้เกิดความจำเสื่อม [15]

สารแคดเมียมมักพบรวมกับสังกะสีเสมอ ซึ่งเป็นธาตุที่มีคุณสมบัติทางเคมี และฟิสิกส์ที่คล้ายกับสังกะสีที่เป็นองค์ประกอบของเอนไซม์ เมื่อเข้าสู่ร่างกายจึงสามารถเข้าแทนที่อะตอมของสังกะสีในเอนไซม์ได้ [24] ทำให้เกิดพิษต่อร่างกาย ได้แก่ เอนไซม์หลายชนิดไม่ทำงาน ระบบย่อย และเผาผลาญสารอาหาร และพลังงานบกพร่อง ขัดขวางการสร้างเม็ดเลือดแดง ทำให้เกิดโรคโลหิตจาง ร่างกายซูบผม อ่อนเพลีย ร่างหายหนาวสั่น และมีไข้ ความดันเลือดสูง จะเกิดภาวะโปรตีนในปัสสาวะสูง ไตทำงานผิดปกติ เกิดภาวะไตวาย เกิดโรคอิไต-อิไต ทำให้ มีอาการ

ปวดตามข้อตามกระดูก สายตาพร่ามัว ท้องร่วง อาเจียน ตับวาย และมีโอกาสเสียชีวิตตามมา [14]

โครเมียมเป็นธาตุที่ร่างกายไม่ต้องการ เมื่อสะสมในร่างกายจะทำให้เกิดพิษ ได้แก่ ผิวหนังเกิดการอักเสบ เยื่อบุของอวัยวะภายในต่างๆเกิดการระคายเคือง [13] และถูกทำลาย ไต ตับ และปอดทำงานผิดปกติ และถูกทำลายระบบหายใจขัดข้อง และล้มเหลวได้ง่าย เสี่ยงต่อการเสียชีวิตกะทันหัน [32]

แมงกานีส หากร่างกายได้รับแมงกานีสสูงเกินความต้องการของร่าง จะทำให้เกิดพิษ ได้แก่ ผิวหนัง และเยื่อบุในระบบทางเดินอาหารอักเสบ ร่างกายอ่อนเพลีย และมีอาการปวดศีรษะ [5] ระบบประสาทถูกทำลาย เสี่ยงต่อการเป็นอัมพาต แมงกานีสที่พบในแหล่งน้ำผิวดิน และน้ำใต้ดิน หากมีปริมาณสูงจะทำให้น้ำมีสภาพขุ่นเป็นสีน้ำตาลแดง ซึ่งมักเกิดร่วมกับธาตุเหล็ก [6,7]

สังกะสี เมื่อสังกะสีเข้าสู่ร่างกายมากขึ้นก็จะเกิดการสะสมที่บริเวณตับ และไต จนทำให้เกิดผลกระทบตามมา ได้แก่ ทำลายอวัยวะภายใน ตับ และไตทำงานล้มเหลว เกิดโรคโลหิตจาง โครโมโซมผิดปกติ [26] เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง ร่างกายขาดธาตุทองแดง เนื่องจาก ถูกยับยั้งการดูดซึม [30]

ทองแดง หากร่างกายคนเราได้รับทองแดงสะสมมากกว่า 100 มิลลิกรัม ได้แก่ร่างกายอ่อนเพลีย เกิดการเบื่ออาหาร ร่างกายซูบผอม เกิดอาเจียน เม็ดเลือดแดงแตกตัว ทำลายตับ ยับยั้งการทำงานของตับ หากร่างกายมีทองแดงสะสมในปริมาณ 25-30 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัวกิโลกรัม จะทำให้ตับแข็ง และเกิดอาการคลุ้มคลั่งได้ง่าย นอกจากนี้หากในน้ำมีปริมาณทองแดงมากกว่า 0.1 ppm จะทำให้เกิดพิษต่อสัตว์น้ำ [10]

นิกเกิล นิกเกิลเป็นธาตุที่ร่างกายไม่ต้องการ เมื่อสะสมในร่างกายจะทำให้เกิดอาการต่างๆ ได้แก่ มีอาการคลื่นไส้ ปวดศีรษะ อาเจียน และเจ็บหน้าอก ร่ายกายอ่อนเพลีย ซูบผอม ปอดอักเสบรุนแรง ชีพจรเต้นเร็วผิดปกติ [33] เกิดภาวะความดันเลือดสูง เสี่ยงต่อเส้นเลือดในสมองแตกจนกลายเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง [31]

เหล็ก เมื่อได้รับธาตุเหล็ก และสะสมในร่างกายสูงจะทำให้เกิดผลต่อระบบต่างๆ [19] ได้แก่ประสิทธิภาพการย่อยอาหารลดลง หลอดเลือดขยายตัว ความดันเลือดลดลง เลือดแข็งตัวได้ช้า การทำงานของตับลดลง ตับเสื่อมสภาพ ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ เมื่อได้รับธาตุเหล็กน้อยหรือร่างกายขาดธาตุเหล็กขัดขวางการสังเคราะห์เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดแดงในร่างกายน้อยลง เลือดขาดออกซิเจนได้ง่าย ป่วยเป็นโรคโลหิตจาง [21]

กลไกการเกิดพิษของโลหะหนักยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ ทำให้เอนไซม์ทำงานผิดปกติ โดยโลหะหนักหรือสารประกอบของโลหะหนักจะเข้าจับกับหมู่ซัลไฮดิล (-SH) ในโครงสร้างโปรตีนของเอนไซม์ ยับยั้งการขนส่งออกซิเจนหรือการจับออกซิเจนของฮีโมโกลบิน เช่น ตะกั่วสามารถยับยั้งการทำงานของเอนไซม์สำหรับการสร้างฮีโมโกลบินที่ไขกระดูก ทั้งนี้ ผลกระทบต่อร่างกายที่ตามมา คือ การป่วยเป็นโรคโลหิตจาง การเกิดมะเร็ง และการกลายพันธุ์ เนื่องจากโลหะหนักหรือสารประกอบโลหะหนักสามารถเข้าจับกับโปรีตีนของกรดนิวคลีอิกที่เป็นสารสำหรับการสังเคราะห์ DNA จนทำให้การสังเคราะห์ DNA ผิดปกติ RNA ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดเซลล์มะเร็งหรือการกลายพันธ์ได้สูง [8,27]

การป้องกันภาวะพิษจากโลหะหนัก และการรักษาภาวะพิษจากโลหะหนัก

ในร่างกายมนุษย์สามารถพบโลหะหนักในเลือดหรือปัสสาวะเพื่อหาว่า มีภาวะพิษจากโลหะหนักหรือไม่ ถ้าผลตรวจออกมาว่า มีพิษจากโลหะหนัก การรักษาขั้นแรกคือ การหลีกเลี่ยงการสัมผัสโลหะหนักและการรักษาอื่นๆ ได้แก่ ใช้สารคีเลต (Chelating agents) เช่น ซัคไซเมอร์ (Succimer) ชื่อการค้าคือ คีเมต (Chemet) ซึ่งจะจับกับโลหะหนักและขับออกทางปัสสาวะ ล้างท้องเพื่อลดปริมาณโลหะที่กลืนเข้าไป ใช้ยาขับปัสสาวะที่เรียกว่า แมนนิทอล (Mannitol) มีชื่อการค้าคือ แอริดอล (Aridrol) หรือออสมิทรอล (Osmitrol) หรือใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ หรือการตรวจเพื่อประเมินการบวมของสมองหรือความดันภายในกะโหลกศีรษะ ล้างไต และ/หรือ การรักษาพิเศษอื่นๆ หากมีไตวายร่วมด้วย [4]

วิธีที่ช่วยป้องกันพิษจากโลหะหนักได้ มีดังนี้ สวมหน้ากากและชุดป้องกันหากทำงานในที่ที่มีโลหะหนัก โลหะหลายชนิดสะสมในฝุ่นและสิ่งสกปรก ดังนั้นควรทำความสะอาดบ้านให้มากเท่าที่ทำได้ ให้ความสนใจกับคำเตือนปริมาณตะกั่วในปลาท้องถิ่นที่วางขาย ระวังแหล่งที่ทำให้สัมผัสกับสารตะกั่ว ตรวจสอบโลหะหนักในฉลากผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่นำกลับบ้าน หากคุณเป็นคนหนึ่งที่ใช้ชีวิตเสี่ยงต่อการได้รับโลหะหนัก อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย หรือมีอาการที่บ่งชี้ว่า อาจได้รับโลหะหนักเข้าแล้ว แนะนำให้ลองตรวจหาภาวะพิษจากโลหะหนัก หากพบจะได้หาทางแก้ไขที่เหมาะสมและปลอดภัยต่อร่างกายต่อไป แน่นอนว่าการแก้ไขปัญหาโลหะหนักต้องเริ่มตั้งแต่ระดับนโยบาย ออกกฎหมายเพื่อลดการปนเปื้อนของโลหะหนักในสิ่งแวดล้อม แต่ในเมื่อขณะนี้เรายังต้องเผชิญกับปัญหาโลหะหนักปนเปื้อน เราจึงควรเรียนรู้วิธีป้องกันตัวเองเพื่อลดความอันตรายจากการสะสมโลหะหนักในร่างกาย เช่น หลีกเลี่ยงการสัมผัสแบตเตอรี่ ถ่านไฟฉาย และอุปกรณ์ อิเลคโทรนิกส์ ที่มีโลหะหนักเป็นส่วนประกอบที่เสื่อมสภาพแล้ว ควรปรับนิสัยการรับประทานอาหารให้หลากหลาย อย่ารับประทานอาหารซ้ำๆ เป็นประจำ เพราะมี โอกาสได้รับโลหะหนักชนิดเดิมสะสมปริมาณมากในร่างกาย แม้แต่ผัก และผลไม้ ก็ควรหมุนเวียนรับประทานเช่นกัน แนะนำให้ตรวจระดับสารโลหะหนักในร่างกายเป็นประจำทุกปี ถ้าพบปริมาณที่เกินเกณฑ์ ควรปรึกษาแพทย์เพื่อขับออกอย่างเหมาะสม

บทสรุป

แม้โลหะหนักธาตุที่มีคุณสมบัติความหนาแน่นสูง โลหะหนักที่มีอยู่ตามธรรมชาติแต่ถูกมนุษย์นำมาใช้ในอุตสาหกรรม และกิจกรรมต่าง ๆของมนุษย์จึงเป็นสาเหตุให้ ร่างกายมนุษย์สามารถซึมซับเอาโลหะหนักเข้าสู่ร่างกายได้ทั้งทางการกิน หายใจ และสัมผัสทางผิวหนัง (สถาบันสิ่งแวดล้อมไทย, 2554) พบว่าการกิน ไม่ว่าจะเป็นอาหาร ภาชนะบรรจุอาหาร การสัมผัสกับโรงงานอุตสาหกรรม การรับมลภาวะจากทางอากาศและทางน้ำ ยา และการกลืนสีที่มีส่วนผสมของตะกั่ว ซึ่งเมื่อเนื้อเยื่อของเราเกิดการสะสมโลหะหนักในปริมาณมากๆ จะทำให้เกิดภาวะเป็นพิษจากโลหะหนักและส่งผลกระทบโดยตรงต่อร่างกายของเราได้ [1] ทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว ดังนั้นเราควร ป้องกัน และหลีกเหลี่ยงการสัมผัสโดยตรงกับโลหะหนัก โดยอาจมาจากการทำเหมืองแร่ โรงงานผลิตสารเคมี โรงงานผลิตไฟฟ้าโดยใช้ถ่านหิน การทำแบตเตอรี่ การใช้ปุ๋ยและยากำจัดศัตรูพืชในการเกษตรกรรม แล้วจะถูกปลดปล่อยออกสู่สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศ [29] หากไม่มีการบริหารจัดการกากของเสียที่ดี จะทำให้เกิดการปนเปื้อนโลหะหนักเหล่านี้ในสิ่งแวดล้อมและเข้าสู่ห่วงโซ่อาหารได้ ทำให้เกิดปัญหาการปนเปื้อนในอาหารสูงเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่อนุญาตให้บริโภคได้อย่างปลอดภัย [27]

หากคนหรือสัตว์บริโภคอาหารและน้ำที่มีโลหะหนักปนเปื้อนเป็นเวลานาน ก็จะทำให้เกิดการสะสมและอาจเกิดอันตรายต่อร่างกายได้ โลหะหนักที่ถูกกำหนดไว้ในมาตรฐานอาหารส่วนใหญ่ ได้แก่ สารหนู ตะกั่ว แคดเมียม และปรอท การสะสมของโลหะบางชนิดในร่างกาย ได้รับผ่านอาหาร , อากาศ , น้ำ , ยา , ภาชนะบรรจุอาหาร-เครื่องครัวที่ไม่เหมาะสม หรือแหล่งอื่นๆ รวมถึงการมีกฎหมายที่เข้มแข็งในการปนเปื้อนโลหะหนักใน ดิน น้ำอากาศ รวมถึงในอาหารต่างๆ เพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภค และสิ่งแวดล้อม

เอกสารอ้างอิง

1. ชลธิศักดิ์ ชาวปากน้ำ, จงกล บุญงาม และสิรินทิพย์ พละเจริญ (2555) โลหะหนักในแม่น้ำบางปะกง กรมประมง กระทรวงเกษตรและสหกรณ์
2. ลำไย ฉีรัตนพันธ์ (2561) ผลของโลหะหนักต่อสัตว์หน้าดินจำพวกหอย วารสารวิทยาศาสตร์ มข. 39(3) 375-386
3. สถาบันสิ่งแวดล้อมไทย (2554) เวทีวิชาการเพื่อมาบตาพุด สุขภาพมาบตาพุด: รู้ทันโรค รู้ทันมลพิษ ชีวิตยืนยาว สถาบันสิ่งแวดล้อมไทย ส. เจริญการพิมพ์

4. Al Saad Mohammed Ali, Hatem Abdel Moniem Ahmed, Hanan Abd El-Azim Emara,Muhammad Naeem Janjua, Nada Alhafez 2019 Estimation and Bio-Availability of Toxic Metals between Soils and Plants *Pol. J. Environ. Stud. Vol. 28, No. 1 (2019), 15-24*
5. Alessio L, Campagna M, and Lucchini R (2007) From lead to manganese through mercury: Mythology, science and lessons for prevention. American Journal of Industrial Medicine 50: 779--797.
6. Aschner JL and Aschner M (2005) Nutritional aspects of manganese homeostatis. Molecular Aspects of Medicine 26: 353--362.
7. Aschner M, Lukey B, and Tremblay A (2006) The Manganese Health Research Programme (MHRP): Status report and future research needs and directions. Neurotoxicology 27: 733--736.
8. Aydinal C., Cresser MS. (2009) Distribution of Heavy Metals in Irrigated Vertisol Profiles in Semiarid Regionof Turkey, Polish J. of Environ. Stud. 18 (4), 539.
9. B. Knopf, H. Konig, (2010) Biomethylation of Heavy Metals in Soil and Terrestrial Invertebrates: Soil Heavy Metals, Springer, Berlin/Heidelberg, 2010, pp. 315 – 328.
10. *Baldwin, D. H., J. F. Sandahl, J. S. Labenia andN.L. Scholz (2003). "Sublethal Effects of Copper on Coho Salmon: Impacts on Nonoverlapping Receptor Pathways in the Peripheral Olfactory Nervous System," Environmental Toxicology and Chemistry 22(10): 2266-2274.*
11. Davidson PW, Myers GJ, Weiss B. (2004) Mercury exposure and child development outcomes. Pediatrics 2004;113(4 Suppl):1023-1029.
12. Extreme health USA. (2005). Toxic heavy metals: sources and specific effect. [Online Available: http://www.extremehealthusa.com/source.himl [2005, August 27]
13. Fiola N, Escuderoa C, and Villaescusa (2008) Chromium sorption and Cr(VI) reduction to Cr(III) by grape stalks and yohimbe bark.Bioresource Technology 99: 5030--5036.
14. Harrison, N. (2001) Inorganic contaminants in food, In: Food Chemical SafetyContaminants, Watson, D.H. (Ed.), pp. 148-168, Ltd, first Edition, Woodhead Publishing ISBN 1-85573-462-1, Cambridge.
15. Kevin M. Rice, Ernest M. Walker Jr, Miaozong Wu1, Chris Gillette, Eric R. Blough (2014) Environmental Mercury and Its Toxic Effects J Prev Med Public Health 2014;47:74-83
16. Nenad Živković, Ljiljana Taki ć, Ljiljana Djordjević, Amelija Djordjević, Ivana Mladenović-Ranisavljević, Tatjana Golubović1, Aca Božilov (2019) Concentrations of Heavy Metal Cations and a Health Risk Assessment of Sediments and River Surface Water: A Case Study from a Serbian Mine *Pol. J. Environ. Stud. Vol. 28, No. 3 (2019), 2009-2020*
17. Mohamed A. Hassaan, Ahmed El Nemr, Fedekar F. Madkour (2016) Environmental Assessment of Heavy Metal Pollution and Human Health Risk American Journal of Water Science and Engineering 2016; 2(3): 14-19
18. Moran R 2013 Soil, heavy metals, and human health, in:Soils and human health, edited by: BREVIK E. C. andBURGESS L. C., BOCA RATON F.L., USA, CRC Press. 59, 2013.
19. Oyekunle. J. A., Adekunle. A.S., Ogunfowokan. A. S., Akanni.M. S. and Coker. O. S., (2012). A potentialBiomaker of Environmental Heavy Metal pollutionAssessment. *African Journal of Environmental Scienceand Technology,* 6 (12): 458-463.
20. Pavan Kumar Gautam, Ravindra Kumar Gautam, Sushmita Banerjee, M. C. Chattopadhyaya and J. D. Pandey (2016) Heavy metal in The environment::Fate, transport, toxicity and remediation technologies Nava Science Publishers, Inc. ISBN: 978-1-63484-740-7.
21. Rasheed. A. S. and Amuda. A. K., (2014). Impacts ofArtisanal Mining on some Heavy Metals concentration on surface water in Kutcheri, Zamfara State, NorthWestern Nigeria. Academic Journal of Interdisciplinary Studies: MCSER Publishing, Rome, Italy.
22. Sally Brown, Rufus L. Chaney, Judith G. Hallfrisch, and Qi Xue (2003) Heavy Metals in the Environment. J. Environ. Qual. 32:100–108.
23. Seema Tiwari, I.P. Tripathi and H.L.Tiwari (2013) Effects of Lead on Environment *International Journal of Emerging Research in Management &Technology ISSN: 2278-9359 (Volume-2, Issue-6)*

24. Simone Morais, Fernando Garcia e Costa2 and Maria de Lourdes Pereira (2014) Heavy Metals and Human Health Environmental Health – Emerging Issues and Practice 227-245.

25. Shilu Tong, Yasmin E. von Schirnding and Tippawan Prapamontol (2000)Environmental lead exposure: a public health problem of global dimensions Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78 (9)

26. Shunhong Huang, Cuiyu Yuan, Qian Li, Yi Yang, Chongjian Tang, Kun Ouyang, Bing Wang (2017) Distribution and Risk Assessment of Heavy Metals in Soils from a Typical Pb-Zn Mining Area *Pol. J. Environ. Stud. Vol. 26, No. 3 (2017), 1105-1112*

27. The Agency for Toxic Substances and Disease Registry ATSDR (2016) U.S. Department of Health and Human Services Agency for Toxic Substances and Disease Registry Division of Toxicology and Human Health Services Environmental Medicine Branch.

28. Tiwari Seema and Tripathi I.P (2012) *Lead Pollution -An Overview*, Int. Res. J. Environment Sci., 1(5), 84- 86, 2012.

29. T. Raja Rajeswari and Namburu Sailaja (2014) Impact of heavy metals on environmental pollution National Seminar on Impact of Toxic Metals, Minerals and Solvents leading to Environmental Pollution-2014 Journal of Chemical and Pharmaceutical Sciences 175-181.

30. *Wang Q.R., Cui Y.S., Liu X.M., Dong Y.T, Peter C. (2003)* Soil Contamination and Plant Uptake of Heavy Metalsat Polluted Sites in China. J. Environ. Sci. Heal. A, 38 (5),823, 2003.

31. Zoroddu MA, Schinocca L, Kowalik-Jankowska T, Kozlowski H, Salnikow K, Costa M. (2002)*Molecular mechanismsin nickel carcinogenesis: modeling Ni(II) binding site in histone H4*. Environ Health Perspect. 2002;110 Suppl 5:719-23. Rev.

32. Balk EM, Tatsioni A, Lichtenstein AH, Lau J, and Pittas AG (2007) Effect of chromium supplementation on glucose metabolism and lipids: A systematic review of randomized controlled trials. Diabetes Care 30: 2154--2163.

33. Kasprzak KS, Sunderman FW Jr, Salnikow K. (2003) Nickel carcinogenesis. Mutat Res. 2003;533(1-2):67-97. Rev.

ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา

The Effects of Using Reflective Learning to Enhance nursing student Critical Thinking

ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง[1]* ปาริฉัตร อุทัยพันธ์[3]**

Doungjai Plianbumroong* Parichat Utaipan**

(Received: February 6 ,2020 ; Accepted: March 11 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัดผลก่อนและหลังในกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว เพื่อศึกษาความสามารถด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการทดลองใช้การสอนโดยการเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา ปีการศึกษา 2560 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาการพยาบาลบุคคลทุกช่วงวัยที่มีปัญหาสุขภาพ 2 จำนวน 67 คน เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนการสอน กรณีศึกษา แบบบันทึกการสะท้อนคิด เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามมาตรประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่น 0.82 ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลอง 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ และระยะติดตามประเมิน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง คือ ก่อนการทดลองและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ และ Dependent t-test

Abstract

This one group pre and post test quasi-experimental design aimed to compare Critical Thinking before and after teaching method using Reflective Learning. Purposive sampling was used in this research. The samples were 67 nursing students in the 3rd year, academic year 2017 at Boromarajonani College of Nursing, Yala. Registered for health problem nursing care II. The tools used in the study included lesion plan, case study, and reflective thinking form and tool to collect data: questionnaire of critical thinking behavior was 4 rating scale. Reliabilty Cronbach's alpha value of 0.82. This study separate for 3 steps: 1st for prepare, 2nd for practice and 3rd for evaluation. The questionnaire of critical thinking behavior used 2 time in 1st week and 4th week. The data were analyzed by frequency, percentage, and Dependent T-test.

Key Word: Reflective Learning, Critical Thinking.

[1] ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (บริหารการศึกษา) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา

[2] ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การวัดและประเมินผลการศึกษา) เภสัชกรชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

บทนำ

จุดประสงค์สำคัญของแผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2545-2559 คือการพัฒนาการคิด ดังที่ระบุว่า “การสร้างสังคมไทยให้เป็นสังคมแห่งคุณธรรม ภูมิปัญญา และการเรียนรู้ การพัฒนาสังคมแห่งการเรียนรู้ เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความคิด ความประพฤติ และคุณธรรม โดยมีเป้าหมายที่คนไทยทุกคนมีทักษะและกระบวนการคิด การวิเคราะห์ และการแก้ปัญหา มีความใฝ่รู้ และสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม สามารถพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่องเต็มตามศักยภาพ”[1] เช่นเดียวกับการกำหนดให้การคิดวิเคราะห์ คิดสังเคราะห์ มีวิจารณญาณ มีความคิดสร้างสรรค์ คิดไตร่ตรอง และมีวิสัยทัศน์ เป็นมาตรฐานผลการเรียนรู้ของผู้เรียน เป็น 1 ใน 6 ด้านสำคัญของการจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษาสาขาวิชาชีพพยาบาล โดยสำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (องค์การมหาชน) ทั้งนี้เพราะการสอนให้ผู้เรียนมีความสามารถในการคิดเป็น ทำเป็น และแก้ปัญหาเป็น เป็นเรื่องสำคัญที่ถูกหยิบยกและนำมากล่าวถึงในจุดมุ่งหมายของหลักสูตรการศึกษาหลายระดับและในหลายฉบับ โดยเฉพาะในสังคมยุคปัจจุบันที่กำลังจะก้าวสู่สังคมในศตวรรษที่ 21 ทักษะการเรียนรู้ของผู้เรียนจึงมีความสำคัญที่จะต้องได้รับการพัฒนาให้แตกต่างจากในอดีต อาทิ ผู้เรียนจะต้องมีความสามารถในการผลิตผลงานมีประสิทธิภาพในการสื่อสาร มีความรู้ความสามารถในเรื่องของดิจิทัล และมีความคิดสร้างสรรค์ในการประดิษฐ์คิดค้นสิ่งใหม่ๆ ซึ่งในการประดิษฐ์ผู้เรียนจะต้องมีทักษะสำคัญหลายประการ เช่น ทักษะชีวิตในเรื่องการปรับตัวและการจัดการกับปัญหาที่ซับซ้อน การชี้นำตนเอง ความใฝ่รู้ การคิดสร้างสรรค์ ความกล้าเสี่ยง การคิดอย่างมีเหตุผล เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ ส่วนหนึ่งต้องเกิดจากความสนใจ ตั้งใจของผู้เรียนเองแล้ว ยังต้องอาศัยการกระตุ้น การช่วยให้เกิดการฝึกฝนการคิดวิเคราะห์ คิดวิจารณญาณและการตัดสินใจ และคิดสร้างสรรค์อย่างต่อเนื่อง จากที่กล่าวมาพอจะชี้ให้เห็นว่าการคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นสิ่งที่สำคัญ และจำเป็นสำหรับคนในโลกยุคปัจจุบันและอนาคต เป็นทักษะที่ควรพัฒนาให้ผู้เรียนเป็นลำดับแรกๆ เพื่อเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ตลอดชีวิต แต่กลับพบว่าประเด็นการพัฒนาความสามารถของผู้เรียนในการคิดเป็น คิดวิจารณญาณนั้นยังเป็นประเด็นปัญหาที่ต่อเนื่องของวงการศึกษาไทย อาจเป็นเพราะการส่งเสริมทักษะการคิดหรือความสามารถในการคิดยังไม่ประสบผลสำเร็จที่ควร โดยเฉพาะความสามารถในการคิดระดับสูง (Higher order Thinking) ได้แก่ ทักษะการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินค่า ทักษะการคิดแก้ปัญหา[2] โดยสาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับการคิด และการพัฒนาความสามารถในการคิดของผู้เรียนเกิดจากการจัดการเรียนการสอนที่ยึดครูเป็นศูนย์กลาง เน้นการให้ความรู้ให้ผู้เรียนท่องจำ ไม่ได้ฝึกให้ผู้เรียนเกิดทักษะการคิดและการแก้ปัญหาตลอดระยะเวลาของการอยู่ในวงจรการศึกษา ครูอาจารย์ส่วนใหญ่มีความเคยชินกับการสอนแบบบรรยาย[3] ในการแก้ปัญหาดังกล่าวจึงจำเป็นต้องเริ่มตั้งแต่การทำความเข้าใจผู้สอน ให้เข้าใจถึงศักยภาพและความสามารถของผู้เรียนรายคน การปรับรูปแบบกิจกรรมการเรียนการสอนที่ส่งเสริม และกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดวิเคราะห์ และแก้ปัญหาอย่างมีวิจารณญาณอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้สอนเป็นผู้ให้การสนับสนุนและกระตุ้นการเรียนรู้

การเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด (Reflective Learning) เป็นวิธีการจัดการเยนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ช่วยให้ผู้เรียนแต่ละคนได้ใช้ศักยภาพตนเองในการพิจารณาใคร่ครวญ หรือคิดเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือประเด็นใดประเด็นหนึ่งทบทวนไปมาอย่างถี่ถ้วน โดยการนำความรู้ มาพิจารณา วิเคราะห์ร่วมกับประสบการณ์ที่ได้รับ ทั้งนี้เพื่อเป็นการทบทวนกระบวนการเรียนรู้ของตนเอง เป็นการฝึกการคิดวิเคราะห์ สร้างองค์ความรู้ใหม่ๆ จากการพิจารณาประสบการณ์ที่ได้รับ ช่วยให้เกิดการพัฒนาตนเองไม่หยุดนิ่ง และสามารถฝึกการตัดสินใจในสถานการณ์ที่เหมาะสม ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการคิดแก้ปัญหา และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือแตกต่างไปในทางที่ดีขึ้น

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถในเชิงวิชาชีพ และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องเป็นสำคัญในการให้การดูแลผู้เจ็บป่วย หรือผู้รับบริการ ทั้งในภาวะวิกฤต เฉียบพลัน เรื้อรัง และจนกระทั่งระยะสุดท้าย

ของชีวิต ในปัจจุบันความก้าวหน้าในด้านการคมนาคม การสื่อสารเกิดขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพและการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และต่อเนื่อง ดังนั้นความรู้ความสามารถในวิชาชีพที่ได้จากการเรียนรู้ในเชิงทฤษฎีของนักศึกษาพยาบาลเพียงอย่างเดียวจึงอาจไม่เพียงพอต่อการให้การดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ รวมถึงอาจไม่ก่อให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพได้อย่างทันการเปลี่ยนแปลง หากผู้เรียนไม่ได้รับการฝึกฝนให้เกิดการคิดวิเคราะห์ คิดสร้างสรรค์ และคิดวิจารณญาณจากการจัดการเรียนการสอนที่ผ่านมา แม้ว่าการจัดการศึกษาพยาบาลจะประกอบด้วยการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎี และการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติเพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้และลงมือปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย โดยการเชื่อมโยงความรู้จากห้องเรียนสู่การลงมือปฏิบัติจริง ด้วยหวังให้ผู้เรียนสามารถค้นหาปัญหา วิเคราะห์ สังเคราะห์ แก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และสร้างสรรค์ แต่ยังพบว่า ผู้เรียนส่วนใหญ่ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายของการจัดการศึกษาดังกล่าวได้ จากผลการติดตามประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา ปี พ.ศ. 2559 โดยทำการประเมินจากผู้บังคับบัญชา และเพื่อนผู้ร่วมงานของบัณฑิตที่จบการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลปี พ.ศ. 2558 พบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตตามมาตรฐานผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านทักษะทางปัญญา ที่ว่าด้วยเรื่องของการคิด การวิเคราะห์ การแก้ไขปัญหาได้อย่างมีวิจารณญาณ และการใช้กระบวนการวิจัย นวัตกรรมมาใช้ในการแก้ไขปัญหา ผลการประเมินแม้จะมีค่าคะแนนในระดับดี คือ ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 จากคะแนนเต็ม 5 แต่ยังเป็นค่าคะแนนที่น้อยเป็นอันดับ 2 รองจากด้านความรู้จากทั้งหมด 6 ด้าน และเมื่อทบทวนรูปแบบการจัดการเรียนการสอนในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555 พบว่ารูปแบบการจัดการเรียนการสอนได้มีการปรับเปลี่ยนจากการเรียนการสอนโดยบรรยายเป็นหลัก มาเป็นการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ และแก้ปัญหาด้วยตนเองมากขึ้น เช่น การจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงการวิจัย (research-based teaching) การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (problem-based learning) การจัดการเรียนการสอนโดยใช้หุ่นมนุษย์จำลอง (simulation- based learning) การใช้กรณีศึกษา (case study) การเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด (Reflective Learning) การสอนด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (humanized care teaching) เป็นต้น ซึ่งขึ้นอยู่กับว่าผู้สอนจะเลือกใช้วิธีการใดที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้เรียน และลักษณะวิชา แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสอนโดยการสะท้อนคิดเป็นวิธีการสอนแบบหนึ่งที่สามารถใช้ประเมินความรู้ ทัศนคติ ของผู้เรียนได้อย่างชัดเจน ครอบคลุมไปถึงการประเมินปัญหาการเรียนรู้และการแก้ไขปัญหาของผู้เรียนได้อีกด้วย และยังเป็นวิธีการที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนได้ทบทวนตนเองในทุกแง่มุม อาทิ ความรู้สึกนึกคิดของตนเอง ปัญหาหรือจุดบกพร่องของตนเอง การค้นหาวิธีแก้ไขปัญหา เพื่อหาแนวทางในการปรับปรุง พัฒนาตนเองให้ดีขึ้น ผ่านการเขียนบรรยาย หรือการถ่ายทอดโดยวาจาถึงที่มาของการตัดสินใจกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมใดๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการสอนโดยใช้การสะท้อนคิดเพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนที่จะช่วยพัฒนาให้ผู้เรียนมีความรู้ และทักษะการคิด และสามารถใช้วิถีทางแห่งปัญญาในการพิจารณาตัดสินใจ แก้ไขปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ และช่วยพัฒนาผู้เรียน และพัฒนาวิชาชีพให้เป็นผู้ที่ใฝ่เรียนรู้ตลอดชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

ประเมินความสามารถด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา ปีการศึกษา 2560ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาการพยาบาลบุคคลทุกช่วงวัยที่มีปัญหาสุขภาพ 2 จำนวน 67 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือในเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย มีจำนวน 3 ชุด ดังนี้

1.1 แผนการสอนการพยาบาลบุคคลทุกช่วงวัยที่มีความผิดปกติของการเจริญเติบโตของเซลล์

1.2 วีดีทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการเจริญเติบโตของเซลล์

เรื่อง Wit

1.3 แบบบันทึกการสะท้อนคิด 4 ขั้นตอน ตามแนวทางการสะท้อนคิด (Reflect Further) โดย

ประยุกต์จาก Dirscoll (2007) จากการศึกษากรณีศึกษาเรื่อง Wit

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีจำนวน2ชุดคือแบบสอบถามการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์การเรียนด้วยการสะท้อน เกรดเฉลี่ยสะสมในปี

การศึกษาที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์จากเครื่องมือวิจัย เรื่อง

การวิจัยพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21: การคิดแก้ปัญหาอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง แบบสอบถามชุดนี้มี จำนวน 40 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับตามพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity)

แผนการสอนการพยาบาลบุคคลที่มีความผิดปกติของการเจริญเติบโตของเซลล์ แบบบันทึกการสะท้อน

คิด วีดีทัศน์เรื่อง Wit และแบบสอบถามการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล นำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำเครื่องมือมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความตรงตามวัตถุประสงค์หลังจากนั้นนำมาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามมาทดสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิอัลฟ่าครอนบาร์ช (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.82

การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้ดำเนินการแบ่งเป็นกิจกรรมการเรียนการสอน 3 ครั้งๆ ละ 3 ชั่วโมง โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมผู้เรียนโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขออนุญาตการเข้าร่วมวิจัย และชี้แจงแผนและแนวทางการดำเนินการทดลอง เพื่อส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณผ่านการสะท้อนคิด และประเมินการคิดอย่างมีวิจารณญาณด้วยแบบสอบถามการคิดอย่างมีวิจารณญาณก่อนการทดลอง

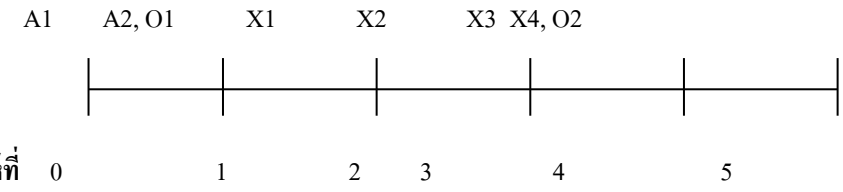
2. ขั้นดำเนินการ แบ่งการดำเนินการ เป็น 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 เป็นการบรรยายสรุปร่วมกับอภิปรายเนื้อหาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีความ
ผิดปกติของการเจริญเติบโตของเซลล์

ครั้งที่ 2 เป็นการมอบหมายให้นักศึกษาดูวีดีทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีความ
ผิดปกติของการเจริญเติบโตของเซลล์เรื่อง Wit

ครั้งที่ 3 เป็นการมอบหมายให้นักศึกษาสะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากการดูวีดีทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับการ
รักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการเจริญเติบโตของเซลล์เรื่อง Wit

มีรูปแบบดำเนินการแสดงดังแผนภูมิ



O1 หมายถึง การรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลลักษณะทั่วไปของนักศึกษา

O2 หมายถึง การรวบรวมข้อมูลภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 ด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

A1 หมายถึง การรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

A2 หมายถึง การเตรียมการ โดยการชี้แจงแผนการจัดการเรียนการสอนโดยการใช้เทคนิควิธีการสะท้อนคิดให้กับนักศึกษา

X1 หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนโดยการบรรยายสรุปร่วมกับการอภิปรายของนักศึกษา เกี่ยวกับเนื้อหาเกี่ยวกับการเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์

X2 หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอน โดยการมอบหมายให้ผู้เรียนดูวีดีทัศน์กรณีศึกษาเรื่อง Wit

X3 หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอน โดยการมอบหมายให้ผู้เรียนสะท้อนคิดสิ่งที่ได้เรียนรู้ (Reflective Thinking) จากกรณีศึกษา เรื่อง Wit

X4 หมายถึง ผู้วิจัยติดตามประเมินผล ครั้งที่ 4 และรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับเกี่ยวกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

3. ขั้นติดตามประเมิน ผู้วิจัยติดตามประเมินการคิดอย่างมีวิจารณญาณด้วยแบบสอบถามการคิดอย่างมีวิจารณญาณหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลการคิดอย่างมีวิจารณญาณของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนด้วยการสะท้อนคิดด้วยสถิติ Dependent T-test ทั้งนี้เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ใช้ประชากรทั้งหมดในการศึกษา ผู้วิจัยจึงมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Dependent T-test โดยพิจารณาการแจกแจงแบบปกติด้วยสถิติ Shapiro-Wilk W test ผลการทดสอบ Shapiro-Wilk W test มีค่านัยสำคัญ เท่ากับ .335 ซึ่งมากกว่าค่าแอลฟา (> .05) แปลความหมายว่าข้อมูลนี้มีการแจกแจงแบบปกติจึงสามารถใช้ Dependent T-test ในการทดสอบสมมติฐานได้

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 9 คน (88.06) มีอายุ 19 ปี จำนวน 39 คน (58.21) รองลงมาอายุ 18 ปี จำนวน 14 คน

(20.90) อายุมากกว่า 20 ปี จำนวน 5 คน (7.46) เกี่ยวกับประสบการณ์การเรียนด้วยการสะท้อนคิด พบว่า ร้อยละ 100 ไม่มีประสบการณ์ และเกรดเฉลี่ยสะสมในปีการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า นักศึกษาจำนวน 43 คน (64.19) มีเกรดเฉลี่ยสะสมในปีการศึกษาที่ผ่านมา อยู่ระหว่าง 3.00 – 3.50

2. พฤติกรรมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ พบว่า นักศึกษา ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการคิดอย่างมี
วิจารณญาณโดยรวมหลังการทดลองสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 55.22 รองลงมาคือ มีพฤติกรรมคงเดิม ร้อยละ 40.30 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่กล่าว คนอื่นๆมักให้ฉันช่วยแก้ปัญหาที่ยากๆให้เสมอ เป็นข้อที่นักศึกษามีพฤติกรรมการคิดอย่างมีวิจารณญาณลดลงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.88 รองลงมา คือข้อ เมื่อฉันได้รับการยกย่อง ชื่นชมจากคนอื่น ฉันจะพิจารณาทบทวนถึงสิ่งที่เกิดขึ้น คิดเป็นร้อยละ 22.88 ส่วนข้อที่มีพฤติกรรมคงเดิมมากที่สุดคือข้อ ฉันมีการฝึกผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 82.89 รองลงมาคือข้อ ฉันใช้ความรู้ทางทฤษฎีมาประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติงาน คิดเป็นร้อยละ 59.70 แสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาจำแนกตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ของนักศึกษาพยาบาลรายข้อและโดยรวม

พฤติกรรมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ	การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังการทดลอง					
	ลดลง		คงเดิม		เพิ่มขึ้น	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.ฉันตระหนักดีว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่มีอิทธิพลต่อการคิดของฉัน ดังนั้นฉันจึงพิจารณาอย่างรอบด้านก่อนตัดสินใจเรื่องใดเรื่องหนึ่ง	1	1.49	14	20.90	52	77.61
2.ฉันจะประเมินข้อบกพร่องของตนเอง แล้วแก้ไขให้ดีขึ้น	3	4.48	12	17.91	52	77.61
3.ฉันฝึกคิดวิธีการที่หลาหลายในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ก่อนจะเลือกปฏิบัติตามวิธีที่คิดว่าดีที่สุด	6	8.96	15	22.39	46	68.66
4.ฉันจะสะท้อนคิดสิ่งต่างๆอย่างมีเหตุผล	3	4.48	20	29.85	44	65.67
5.ฉันจะนำข้อสรุปจากผู้อื่นมาพิจารณาประกอบการปรับปรุงความคิดตนเอง	3	4.48	34	50.75	30	44.78
6.ฉันค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อพัฒนาการคิดตนเองให้ดีขึ้น	9	13.43	19	28.36	39	58.21
7.ขณะปฏิบัติงานฉันคิดตามไปด้วยว่าสิ่งที่ทำอยู่นั้นถูกหรือผิด	5	7.46	32	47.76	30	44.78
8.ฉันทำงานตามแผนงานที่วางไว้	4	5.97	14	20.90	49	73.13
9.ฉันปรับเปลี่ยนความคิดบ้าง เมื่อพบว่ามีวิธีการอื่นที่ดีกว่าวิธีเดิมที่คิดไว้	0	0	23	34.33	44	65.67
10.ฉันพร้อมทบทวนความคิดใหม่ของฉัน เมื่อมีข้อมูลที่ดีกว่า	7	10.45	21	31.34	39	58.21
11.ฉันมุ่งมั่นค้นหาความรู้ที่ดีที่สุดตามที่ตั้งใจ	6	8.96	18	26.87	43	64.18
12.ฉันประเมินข้อมูลซ้ำอยู่เสมอเมื่อมีข้อมูล	6	8.96	34	50.75	27	40.30

ใหม่เข้ามา						
13.ฉันตั้งเป้าหมายในการค้นหาความจริงแต่ละเรื่องไว้	3	4.48	14	20.90	60	89.55
14.ฉันให้การยอมรับพฤติกรรมของบุคคลอื่นที่อาจทำผิด	4	5.97	14	20.90	49	73.13
15.หากมีข้อขัดแย้งเกิดขึ้นภายในกลุ่ม ฉันพยายามฟังเหตุผลของทุกฝ่าย	5	7.46	19	28.36	43	64.18
16.ฉันจะประเมินข้อโต้แย้งของคนอื่นเสมอว่ามีเหตุผลเพียงพอหรือไม่	10	14.93	30	44.78	27	40.30
17.ก่อนการทำงานทุกครั้ง ฉันจะวางแผนให้ดีก่อนการลงมือปฏิบัติ	3	4.48	24	38.52	40	59.70
18.ในการปฏิบัติงาน ฉันจะจัดระบบความคิดอย่างเป็นขั้นตอน	6	8.96	19	28.36	42	62.69
19.เมื่อมีงานเร่งด่วน ฉันจะแยกลำดับความสำคัญของแต่ละงาน	2	2.99	12	17.91	53	79.10

พฤติกรรมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ	การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังการทดลอง					
	ลดลง		คงเดิม		เพิ่มขึ้น	
	จำนวน	คงเดิม	เพิ่มขึ้น	ลดลง	คงเดิม	เพิ่มขึ้น
20.ฉันได้รับมอบหมายให้ตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ เพราะมีความยุติธรรม	10	14.93	40	59.70	17	25.37
21.ฉันได้รับมอบหมายให้เสนอแนวทางใหม่เพื่อใช้ในการทำงานที่ยุ่งยาก ซับซ้อน	6	8.96	20	29.85	41	61.19
22.คนอื่นๆมักให้ฉันช่วยแก้ปัญหาที่ยากๆให้เสมอ	16	23.88	22	32.34	29	43.28
23.เมื่อมีสิ่งใหม่ๆเกิดขึ้นและฉันไม่รู้จัก ฉันจะรีบหาคำตอบเพื่อให้ได้ข้อสรุปอย่างเร่งด่วน	7	10.45	12	17.91	48	71.64
24.ฉันชอบหาคำตอบจากผู้รู้ควบคู่กับการค้นหาคำตอบจากแหล่งข้อมูลอื่นๆประกอบ	8	11.94	19	28.36	40	59.70
25.เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอน มีบางอย่างที่ฉันไม่เข้าใจ ฉันจะรีบหาคำตอบทันทีที่มีโอกาส	3	4.48	20	29.85	44	65.67
26.ฉันจะแสดงออกถึงความรู้สึกมีความสุขจากการที่ได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ	3	4.48	20	29.85	44	65.67
27.ฉันมีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้ทุกเรื่อง	7	10.45	16	23.88	44	65.67
28.ฉันจะมีการเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสียประกอบในการตัดสินใจเรื่องใดๆ	6	8.96	17	25.37	44	65.67
29.เมื่อมีคนไม่เห็นด้วยกับความคิดของฉัน ฉันจะถามหาเหตุผลก่อนการตัดสินใจ	9	13.43	16	23.88	42	62.69
30.ฉันพยายามทำความเข้าใจกับความคิดที่แตกต่างของผู้อื่น	10	14.93	11	16.42	46	68.66
31.ฉันเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ฉันจะไม่ละทิ้ง	4	5.97	20	29.85	43	64.18

ปัญหา แต่จะหาทางแก้ไข						
32.ฉันจะทำงานให้เสร็จตามเวลา แม้จะมีปัญหา อุปสรรค	3	4.48	16	23.88	48	71.64
33.เมื่อฉันได้รับการยกย่อง ชื่นชมจากคนอื่น ฉันจะพิจารณาทบทวนถึงสิ่งที่เกิดขึ้น	15	22.88	17	25.73	35	52.24
34.ฉันสามารถทำงานได้กับคนทุกเพศ ทุกวัย	7	10.45	20	29.85	40	59.70
35.ฉันให้ความสนใจความรู้สึกคนอื่นในการปฏิบัติงานแต่ละครั้ง	7	10.45	14	20.90	46	68.66
36.เมื่อฉันตัดสินใจผิดพลาด ฉันจะทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น และค้นหาคำตอบใหม่ที่คิดว่าเหมาะสม	9	13.43	17	25.37	41	61.19
37.ฉันใช้ความรู้ทางทฤษฎีมาประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติงาน	8	11.94	40	59.70	19	28.36
38.ฉันใช้ประสบการณ์ต่างๆมาประกอบการตัดสินใจ	3	4.48	27	40.30	37	55.22

พฤติกรรมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ	การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังการทดลอง					
	ลดลง		คงเดิม		เพิ่มขึ้น	
	คงเดิม	เพิ่มขึ้น	ลดลง	คงเดิม	เพิ่มขึ้น	ลดลง
39.ฉันมีการฝึกผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง	7	10.45	55	82.89	5	7.46
40.ฉันจะพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น เพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจ	10	14.93	31	46.27	26	38.81
41.โดยรวม	**3**	**4.48**	**27**	**40.30**	**37**	**55.22**

2. ความสามารถด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด

พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล หลังการทดลองการจัดการเรียนการสอนด้วยการสะท้อนคิด สูงกว่าก่อนการจัดการเรียนการสอนด้วยการสะท้อนคิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าที่ 2.73 แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการทดลองการจัดการเรียนการสอนด้วยการสะท้อนคิด

พฤติกรรม	$\overline{X}$	SD	$\overline{D}$	$S.D._d$	t
พฤติกรรมการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล					
ก่อนการทดลอง	19.7	2.6	1.6	3.2	2.73**
หลังการทดลอง	21.3	2.3			

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาความสามารถด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบการสะท้อนคิดผลการศึกษา สามารถอภิปรายตามสมมติฐานได้ดังนี้

จากผลการศึกษา พบว่านักศึกษาพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการคิดอย่างมีวิจารณญาณรายข้อหลังการจัดการเรียนการสอนด้วยการสะท้อนคิด ดังนี้ ส่วนใหญ่มีร้อยละของนักศึกษามีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกี่ยวกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง โดยข้อที่พบว่าร้อยละของนักศึกษามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณมากขึ้น ได้แก่ หัวข้อที่กล่าวว่า ฉันตั้งเป้าหมายในการค้นหาความจริงแต่ละเรื่องไว้ โดยมีจำนวนนักศึกษาที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการส่งเสริมให้เกิดการคิดวิจารณญาณหลังการจัดการเรียนการสอนด้วยการสะท้อนคิด มีจำนวน 60 คน (89.55) รองลงมาคือหัวข้อที่กล่าวว่า เมื่อมีงานเร่งด่วน ฉันจะแยกลำดับความสำคัญของแต่ละงาน จำนวน 53 คน (79.10) มีบางข้อที่พบว่าพฤติกรรมส่วนใหญ่ยังคงเดิม ได้แก่ ข้อที่กล่าวว่าฉันมีการฝึกผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง รองลงมาคือข้อที่กล่าวว่าฉันใช้ความรู้ทางทฤษฎีมาประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติงาน จำนวน 55 คน (82.89)

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ภายหลังการเรียนด้วยการสะท้อนคิดผ่านวีดีทัศน์เรื่อง Wit ในหัวข้อการพยาบาลบุคคลทุกช่วงวัยที่มีปัญหาการเจริญเติบโตของเซลล์ผิดปกติ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หมายถึง พฤติกรรมการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลหลังการทดลองการจัดการเรียนการสอนด้วยการสะท้อนคิดดีกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ว่านักศึกษาพยาบาลมีการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ภายหลังการใช้รูปแบบการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบการสะท้อนคิดในระดับสูงกว่าก่อนการสอน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ปัญหาการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลในภาคทฤษฎี ส่วนใหญ่ใช้รูปแบบการสอนในชั้นเรียนโดยวิธีการบรรยาย การอภิปรายหรือการสาธิต ผู้เรียนไม่ได้พบกับสถานการณ์จริงที่เป็นรูปธรรม ส่งผลให้การฝึกใช้กระบวนการคิด และมีการแสดงความคิดเห็นน้อย เป็นการจัดการสอนเพื่อที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนได้รับสาระการเรียนรู้ครบตามที่หลักสูตรกำหนด มากกว่าการคำนึงถึงการพัฒนาทักษะการคิดขั้นสูงของผู้เรียน นอกจากนี้ผู้เรียนไม่สามารถคิดเชื่อมโยงเชิงบูรณาการความรู้ในห้องเรียนไปสู่การประยุกต์ในการปฏิบัติงานจริงได้ ส่วนการสอนที่จัดให้ผู้เรียนได้ถูกกระตุ้นให้เกิดการสะท้อนคิด (Reflective thinking) จะพัฒนาความสามารถการคิดอย่างมีวิจารณญาณของผู้เรียนได้เพราะเป็นกระบวนการเรียนการสอนที่ให้ผู้เรียนสามารถวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้ด้วยตนเอง เกิดเป็นความเข้าใจในองค์ความรู้อย่างลึกซึ้งเชื่อมโยงความรู้เดิมกับความรู้ใหม่ได้ ผู้เรียนสามารถในการคิดเชื่อมโยงและแก้ปัญหาได้อย่างเป็นระบบ เช่น การศึกษาอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล ในการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพพบว่าผู้สอนมีการใช้วิธีการสอนที่หลากหลาย แต่วิธีการสอนที่ผู้สอนส่วนใหญ่ยังคงนิยมใช้วิธีการสอนบรรยายแบบมีส่วนร่วมประกอบการใช้สื่อ เช่น วีดิทัศน์ สื่อการสอนจากอินเตอร์เนต (YouTube) ส่วนการอภิปรายกลุ่ม การใช้กรณีศึกษา และการใช้ปัญหาเป็นหลัก มีเวลาการอภิปรายในกลุ่มน้อย ผู้เรียนมีโอกาสในการคิดวิเคราะห์วิพากษ์น้อย กลุ่มผู้เรียนมีขนาดใหญ่ โอกาสในการที่จะพัฒนาทักษะการคิดขั้นสูงจึงลดลง และเมื่อประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียนค่อนข้างต่ำ เช่น ผลการเรียนวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ ที่หลักสูตรมีการบูรณาการสาระของวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นกับการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุไว้ด้วยกัน ในมุมมองของผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็นต่อการเรียนการสอนว่า เนื้อหาที่เรียนมีมากแต่เวลาเรียนมีน้อย อาจารย์ต้องเร่งสอน การมี

ส่วนร่วมในขณะสอนกับอาจารย์จึงค่อนข้างน้อย[4] และยังสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยกึ่ง เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน โดยศึกษาในนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ที่เรียนวิชาวิชาจริยศาสตร์ และกฎหมายวิชาชีพการพยาบาล จำนวน 139 คน ที่พบว่า หลังได้รับการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการสะท้อนคิดโดยรวมสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .001) โดย พบว่า พฤติกรรมการสะท้อนคิดทุกด้านสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .001) เรียงตามลำดับ คือ การสะท้อนคิดตามความเข้าใจ การสะท้อนคิดที่ผ่านการคิดใคร่ครวญ การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการสะท้อนคิดตามความเคยชิน ตามลำดับ[5] และยังสอดคล้องกับการศึกษาการสะท้อนคิดหลังเกิดเหตุการณ์ (on action) ของนักศึกษาพยาบาล 221คนโดยใช้ Gibb's model[6] ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาที่ใช้ Model เป็นแนวทางในการสะท้อนคิดมีระดับการเรียนรู้สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ Model และส่วนใหญ่นักศึกษากลุ่มที่ไม่ใช้โมเดลมีผลคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 65 นอกจากนี้ยังพบว่านักศึกษาที่มีระดับการเรียนรู้สูงจะมีระดับการสะท้อนคิดสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.000)

อย่างไรก็ตามการจัดการเรียนการสอนด้วยรูปแบบการสะท้อนคิดอาจไม่ใช่วิธีเดียวที่เหมาะสมในการกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการคิดวิจารณญาณ เพราะการจัดการเรียนการสอนให้เกิดการคิดวิจารณญาณจำเป็นต้องมีขั้นตอนดำเนินการที่ชัดเจน ได้แก่ การกำหนดวัตถุประสงค์การเรียน การตั้งคำถามของผู้สอนที่มีการกระตุ้นผู้เรียนให้เกิดการอภิปรายร่วม การเลือกกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ ประโยชน์ขององค์ประกอบเกี่ยวกับกิจกรรมการเรียน ในการจัดการเรียนการสอนจะต้องมีการทบทวน การปรับปรุง แก้ไขกิจกรรมในชั้นเรียน รวบรวมข้อมูลย้อนกลับจากผู้เรียน ร่วมกับการสะท้อนกลับและการประเมินผู้เรียน การสะท้อนผู้เรียนเปิดโอกาสให้มีการประเมินตนเอง การสะท้อนสิ่งที่เป็นประโยชน์ เพื่อพัฒนาความคิดและการคิดมักเกิดขึ้นในระหว่างวงจรของข้อมูลย้อนกลับ[6]

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการเรียนการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบการสะท้อนคิดสามารถพัฒนาความ

สามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลได้ โดยผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในกิจกรรมต่างๆ ได้ดังนี้

1. ควรมีการสนับสนุนให้มีการนำวิธีการดังกล่าวไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล

2. ควรมีการนำผลการวิจัยที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรให้กับผู้เรียน เพราะทุกกิจกรรมทั้งในและนอกห้องเรียนสามารถเสริมสร้างทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาได้

3. ควรพิจารณาสรรหากิจกรรมการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีการอื่นเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีอยู่แล้วนั้นของผู้เรียนในส่วนของนักศึกษาที่มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงในทางลดลงจากเดิมผู้สอนควรวิเคราะห์หาเหตุปัจจัย เพื่อช่วยในการวางแผนแก้ไขร่วมกับผู้เรียน

4. ควรมีวิธีการประเมินผลผู้เรียนในรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีอื่นร่วมกับการสอนแบบสะท้อนคิด เพื่อให้เกิดความเที่ยงตรง และครอบคลุมสมรรถนะของผู้เรียนมากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ในการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา ในการเป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัย ที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ. (2556, 20 สิงหาคม). แผนพัฒนาการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559. เข้าถึงเมื่อ 2556 จาก http://www.pld.rmutt.ac.th/?wpfb_dl=210

2. ปรณัฐ กิจรุ่งเรือง และวัชรา เล่าเรียนดี. (2554). วิธีการพัฒนารูปแบบการสอนโดยใช้กรณีศึกษาทางศาสตร์การเรียนการสอนเพื่อ ส่งเสริมความสามารถด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาวิชาชีพครู.**วารสารศิลปากรศึกษาศาสตร์วิจัย.** 3 (1,2). 109-121.

3. สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ. (2556, 20 สิงหาคม). แผนพัฒนาการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559. เข้าถึงเมื่อ 2556 จาก http://www.pld.rmutt.ac.th/?wpfb_dl=210

4. ลัดดาวัลย์ ไวยสุระสิงห์ และ สุภาวดี นพรุจจินดา (2554). การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้สภาพจริงเพื่อเสริมสร้างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษา พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชนนี สุพรรณบุรี. **วารสารการพยาบาลและการศึกษา.** 4(3) 63- 67.

5. อัศนี วันชัย อัญชลี แก้วสระศรี อารีย์ กุลจู และนุศรา วิจิตรแก้ว. (2561). ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐานต่อพฤติกรรมการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**. 38(2), 11-19.

6. Gibbs, G. (1 9 8 8 **). Learning by doing: A guide to teaching learning methods**. Oxford: Oxford Brookes University.

7. Duron, R., Limbach, B., & Waugh, W. (2 0 0 6). Critical thinking framework for any discipline. **International Journal of Teaching and Learning in Higher Education.** 117(2), 160-166.

REMOVAL OF CADMIUM (II) ION FROM AQUEOUS SOLUTION USING SWINE BONE

การกำจัดไอออนแคดเมียมออกจากสารละลายด้วยผงกระดูกหมู

ศศิธร เพชรแสน1* ธเรศ ศรีสถิตย์2 อนันญา โพธิ์ประดิษฐ์3

Sasithorn Pechrsan[1*] Thares Srisatit[2] Ananya Popradit[3]

(Received: January 7 ,2020 ; Accepted: February 26 ,2020)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสามารถในการดูดซับของผงกระดูกหมูซึ่งเป็นสารดูดซับทางเลือกที่มีต้นทุนต่ำและมีประสิทธิภาพในการกำจัดแคดเมียมออกจากสารละลาย โดยในขั้นตอนการเตรียมผงกระดูกหมูทำการเตรียมจากการต้มที่อุณหภูมิ 60 80 และ100 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 3 6 และ 9 ชั่วโมง การศึกษาประสิทธิภาพในการดูดซับแคดเมียมจากสารละลาย $CdNO_3$ โดยการทดลองแบบไม่ต่อเนื่อง(แบทช์) ผลจากการศึกษาการดูดซับไอออนแคดเมียมในสารละลาย พบว่า ผงกระดูกหมูที่เตรียมจากการต้มที่อุณหภูมิ 80 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 6 ชั่วโมงมีประสิทธิภาพในการดูดซับดีที่สุด ร้อยละ 79.96 การศึกษาคุณสมบัติทางกายภาพและเคมีของผงกระดูกหมูพบว่าองค์ประกอบหลักคือแคลเซียมไฮดรอกซีอะพาไทต์ เมื่อศึกษาไอโซเทิร์มการดูดซับแคดเมียมพบว่า ผงกระดูกหมูให้ประสิทธิภาพในการกำจัดสูงสุด 22.12 มิลลิกรัมต่อกรัม ที่ความเข้มข้นของสารละลาย $CdNO_3$ เริ่มต้น 10 มิลลิกรัมต่อลิตร pH เริ่มต้น 6±0.1 และความเร็วในการกวน 175 รอบต่อนาที การศึกษาไอโซเทอมของการดูดซับพบว่าผงกระดูกหมูให้ไอโซเทิร์มการดูดซับเป็นแบบแลงเมียร์ (r^2 >0.99) พื้นที่ผิวจำเพาะเท่ากับ 3.49 ตารางเมตรต่อกรัม เมื่อศึกษาโครงสร้างผลึกของผงกระดูกหมูด้วยเครื่อง X-Ray Diffraction Spectrometer (XRD) พบว่าผงกระดูกหมูมีองค์ประกอบหลัก คือ แคลเซียมไฮดรอกซีอะพาไทต์ ($Ca_5(PO_4)_3(OH)$) อัตราส่วนแคลเซียมต่อฟอสฟอรัสเป็น 1.70 ซึ่งขนาดของแคดเมียมไอออนและขนาดของโพรงที่เหมาะสมของสารดูดซับเป็นปัจจัยสำคัญในกระบวนการแลกเปลี่ยนไอออนและกระบวนการดูดซับ ฉะนั้น การศึกษาวิจัยนี้จึงสามารถนำไปพัฒนาเพื่อใช้กับพื้นที่ที่พบการปนเปื้อนแคดเมียมในดินพื้นที่การเกษตร เพื่อเป็นแนวทางหนึ่งที่อาจเป็นไปได้ในการส่งเสริมด้านความปลอดภัยของผลผลิตทางการเกษตร

คำสำคัญ : ไอโซเทิร์มการดูดซับ การดูดซับ แคดเมียม ผงกระดูกหมู

Abstract

The removal capacity of cadmium by swine bone adsorbents was considered a cost effective sorbent and prepared in various temperatures and times have been studied in a single component system agitated batch sorption. Bone powder quality and specification depend on its boiling process. In this study, the swine bone powder were produced at

[1] Ph.D. student Interdisciplinary Program of Environmental Science, Graduated School, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

[1] ผู้อำนวยการวิทยาลัยพัฒนามหานคร มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

[2] Professor Director of Institute of Metropolitan Development, Navamindradhiraj University, Samsen Rd, Dusit, Bangkok, Thailand.

[2] ผู้อำนวยการวิทยาลัยพัฒนามหานคร มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

[3] Lecturer Doctoral program of Environmental Studies, College of Innovative Management, Valaya Alongkorn Rajabhat University, Prathum Thani Klonglung, Thailand

[3] อาจารย์ประจาหลักสูตร หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิตสาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

temperature of 60, 80, 100 °C at 3, 6,9 hrs. with boiling technique. Adsorption study by using swine bone powder adsorb Cd ion from $Cd(NO_3)_2$ solution by batch static method. The results indicated that the removal efficiency of swine bone powder produced at 8 0 °C 6 hrs. gave the highest Cd removal efficiency at 79.96% and was selected for adsorption characteristic and bone powder properties. The Cd removal capacity of bone powder was 20.37 mg/g for 10mg/L and pH 6±0.1 of the initial $Cd(NO_3)_2$ solution concentration, with an agitation speed 175 rpm. Adsorption isotherm of swine bone powder was fitted with Langmuir isotherm (r^2 >0.99). The BET surface area of bone powder was 3.49 m^2/g, while, pore size and chemical properties could be preserved. Crystalline structure (XRD) of bone powder was calcium hydroxyl-apatite with Ca/P ratio is 1.70; the calcium ion and the range of mesopores of the appropriate pore size are the important factors for ion-exchange process and the sorption process. Therefore, this research can be developed to be used in areas where cadmium is found in soil, agricultural areas and to be one of the possible ways to promote the safety of agricultural products.

Keywords: Isotherm, Sorption, Cadmium, Bone adsorbent

Introduction

Cadmiun (Cd) is a toxic heavy metal presents naturally in the environment such as air, soil, water and mining process especially, zinc mining. The beneficial use of Cd in the industrial process causes Cd transport close to human surrounding environmental and can be accumulate in living tissues, causing various diseases and disorders. [1, 2]

Bone is a mixed compound adsorbent in which carbon is distributed throughout a porous structure of hydroxyapatite ($Ca_{10}(PO_4)_6(OH)_2$ or CaHAP). It contains around 76% of CaHAP, which is a major component of teeth bones and phosphate rock.[3] The physical and chemical properties of the CaHAP have been widely reported; the removal mechanism has been suggested to be not only an adsorption effect but also a type of ion-exchange reaction between the ions in solution and the calcium ions of the apatites.[4] In this form, the major compound, CaHAP, in bone has been developed as a treatment for decontaminating polluted water. [5,6,7]

In this study, biological sorbents from swine bone were prepared for remove of cadmium ion from aqueous solution to determined cadmium removal efficiency. Hence, their physical properties and chemical components were also studied.

Research Objectives

To determine the efficiency of swine bone powder for cadmium ion removal from aqueous solution.

Materials and methods

Preparation of bone powder from fresh swine bone

Raw swine bones (Picnic shoulder) were collected and removed, soaked in brined, rinsed with tap water and boiled at 60, 80, 100 °C for 3, 6, 9 hours then rinsed and gotten rid of smell with saline solution, aired dry at room temperature for 2 weeks and in oven at 60°C for 24 hrs, crushed in to small fragment. Bone was powdered and sieved to a 10 0 mesh size (15 0 μm) and kept it in dessicator to prepare for determine the properties of bone powder. The selected physico-chemical properties of the soil and bone powder used in this experiment are presented in Table 1. The Langmuir/Frundlich isotherm is useful for grading the adsorption efficiency of adsorbents [8], and the Langmuir adsorption isotherm was used to

calculate Cd adsorption capacity of bone powder in an aqueoussolution.[9,10,11)]

A batch adsorption experiment was performed in triplicate, and Cd adsorption capacity of bone powder was calculated by using an isotherm model. The equilibrium batch static method was used to study the removal efficiency of bone powder by removing Cd ion from cadmium nitrate ($Cd(NO_3)_2$ solution. An initial concentration of 10 mg/L $Cd(NO_3)_2$ solution was used as Cd ion source. For each batch experimental run, 0.10 g of bone powder was weighed in each 250 mL erlenmeyer flask , 100 mL of $Cd(NO_3)_2$ was transferred to each flask. An initial pH of $Cd(NO_3)_2$ solution was adjusted to pH 6 with 0.1 M of HCl or 0.1 M of NaOH. Then, all flasks were shaken with shaker at a constant shaking speed of 175 rpm at 30, 60, 90, 180, 300 min and 24 h. at the end of desired time, the supernatant were filled with filter paper No.42 and acidified by conc. HNO_3 to pH less than 2 and amount of cadmium (II) ion in solution were analyzed using Atomic Adsorption Spectrophotometer. The amount of Cd (II) ion adsorbed by swine bone was calculated indirectly from the remaining Cd (II) ion concentration in solution. The experiment was run with triplicate for each batch. The removal efficiency of Cd (II) ion [% Cd (II) ion removal] and adsorption capacity (Qe) were calculated according to the equation (2) and (3), respectively. [10)]

$$\% \text{ Cd removal} = \frac{Ci-Ce}{Ce} \text{ X } 100 \quad \text{.....(1)}$$

$$Q = \frac{(Ci-Ce)}{W} \text{ X } V \quad \text{.....(2)}$$

Where Ci and Ce are the initial metal concentration (mg/L) and the metal concentration at the experimental time (mg/L), respectively. V is volume of solution (L) and W is dry sorbent weight (g).

pH influenced study

The bone powder at highest Cd removal efficiency were selected to pH influenced study. The effect of initial pH on adsorption efficiency and isotherm study of adsorbent were done in batch technique. Effect of pH on Cd removal efficiency was determined with initial concentration of 10 mg/L $Cd(NO_3)_2$ solution were adjusted pH in range of 2 to 9 with 0.1 M HCl or 0.1 M NaOH. In addition, was weighed in each 250 mL erlenmeyer flask , 100 mL of $Cd(NO_3)_2$ was transferred to each flask. The batch was stirring at 175 rpm in 60 min contact time, acidified and analyzed Cd in remaining solution.

Isotherm study

To determine adsorption characteristics, the isotherm study of swine bone powder was done by varied $Cd(NO_3)_2$ concentrations into a range of concentration 10-30 mg/L and adjusted pH to 6+0.2. A 0.10 g of bone powder was accuracy transferred to each 100 mL of $Cd(NO_3)_2$ solution in PE bottle. The batch was stirring at 175 rpm in 60 min contact time, acidified and analyzed Cd in remaining solution. Adsorption isotherm models of Cd were calculated by Langmuir (4) and Freundlich (7) adsorption equations as following equations.[9)]

$$\text{Langmuir equation: } q_{el} = \frac{q_{max} K_L C_e}{1+K_L C_e} \quad \text{..... .....(3)}$$

Where q_{eL} is the Langmuir adsorption capacity at each equilibrium (mg/g), C_e is the equilibrium concentration of the metal ion (mg/L), qmax is maximum adsorption capacity (5) and K_L is the Langmuir adsorption constant of the Langmuir equation and (6) can be determined from the linear Plot of C_e/q_e VS Ce as following equations.

$$q_{max} = 1/slope \quad \text{.....(4)}$$

$$K_L = \frac{1}{(q0)(intercept)} \quad \text{..... ..(5)}$$

$$\text{Freundlich equation: } q_{eF} = K_F C_e^{1/n} \quad \text{..... .....(6)}$$

Where q_{eL} is the Freundlich adsorption capacity at each equilibrium (mg/g), C_e are the equilibrium concentration (mg/L), K_F is the Freundlich constant relate to surface heterogeneity. K_F and *n* can be determined from the linear plot of loq q*e* VS log C*e*.

Physical and chemical characteristics of adsorbent

To know the physical and chemical change of swine bone powder due to activation, surface area and average pore size were detected by Brunauer-Emmett-Teller (BET) Surface Area and Porosity Analyzer. Chemical functional groups were analyzed by FT-IR spectrophotometer (Perkin Elmer Spectrum One) and other elements on swine bone powder surfaces, including carbon (C), magnesium (Mg), phosphorus (P), calcium (Ca) and potassium (K) were detected by FT-IR spectrophotometer (Perkin Elmer Spectrum One) and other elements of swine bone surfaces, including carbon (C), magnesium (Mg) were detect by X-ray fluorescence spectrometer (Bruker model S8 Tiger).

Statical analysis

All sorption experiments were conducted at three replicates were used at each batch study. An initial pH of Cd solution was adjusted at the beginning before experiment. Data of percentage of cadmium removal efficiency were analyzed by mean ($\bar{x}$) and standard error (SE). One-way analysis of variance was used to compare the mean of different treatments.

Results and Discussion

Adsorbent characterization

1. Electron micrographs of sorbent

Bone powder was proximately analyzed by random spot of SEM at 3,000 times expanding. The surface of swine bone seemed quite smooth lacking pores [Fig1. (A)] after boiling the bone surface become rough and there are many layers. After sorption of cadmium ion on the surface of the sorbents seemed with less pore presumably, smooth and something coated on surface [Fig1. (B)]. Presumably, because of cadmium ions were adsorbed on the sorbent surface

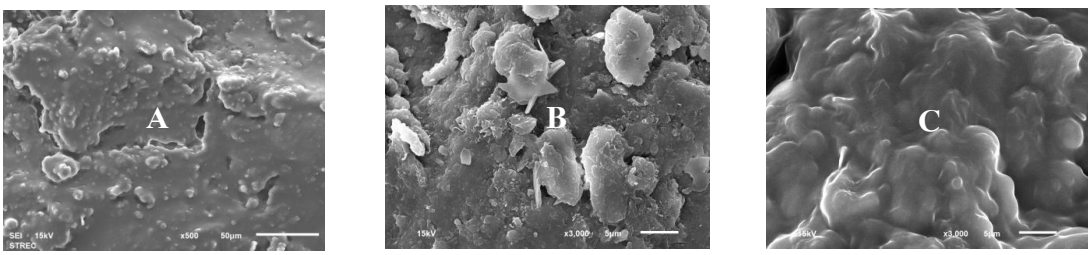


Figure 1 SEM images of (A) Fresh Bone (B) Adsorbent before Cd adsorption (C) Adsorbent after Adsorption

2. Surface area

The surface area of adsorbent BP80-6 were analyzed by BET method. The result in Table 1 showed that boiled bone exhibited higher surface area than fresh swine bone 2.8 times (43.65 to 122.9 Å), while boiled bone was maintained pore volume and average pore size. It can be seen that the boiling temperature can increased surface due to heating can removed organic contents on sorbent surface and increased surface area of sorbent.[12]

Table 1. Physical and chemical properties of swine bone

Items	**Result**	
	Fresh bone	**Boiled bone**
Phosphorus (wt%)	10.43	9.96
Calcium (wt%)	17.88	16.95
Cadmium (wt%)	<0.1	<0.1
Ca/P	1.71	1.70
Bulk density (dry) (kg/m^3)	-	834.85
Specific surface area (m^2/g)	0.86	3.49
Average pore size (A°)	43.65	122.9
Total Pore Volume (cm^3/g)	0.0009	0.0107

3. Element composition

The XRF of swine bone powder showed that calcium and phosphorus were the main element composition of swine bone powder (36.7 and 26.6% respectively). This result corresponds to the result of FTIR and XRD study, indicating that calcium and phosphates group plays an important group of bone.

4. Functional groups on swine bone surface

The present of functional groups involve interact of pollution by various of chemical force such as electrostatic interaction, ion-exchange, chelation/complexation, hydrogen bonding and weak force of Vander Waal forces, are importance for sorption process.[13] Swine bone surface functional group was analyzed by FTIR technique. Fig.

2 shows the functional groups on surface of swine bone in range of spectra between 4000 cm^{-1} to 400 cm^{-1}. The peaks of functional group of swine bone before and after uptake cadmium were quite similar but swine bone before uptake cadmium showed slightly larger area after uptake cadmium. The larger functional groups are at band of hydrocarbon of –CH stretching (2,851-2,918 cm^{-1}), protein and collagen of -C=O, C=C, C=N (1,410-1,745 cm^{-1}), a board and strong band of phosphate, $-PO_4^{3-}$ group (900-1,100 cm^{-1}), carbonate of $–CO_3^{2-}$ (723 cm^{-1}), and a board strong band of calcium in Ca^{2+} form (550-610 cm^{-1}). After boiling protein and collagen peak were reduced by heat. However, the main functional groups, phosphate and calcium groups remained. After cadmium uptake, the peak Ca^{2+} (550-610 cm^{-1}) changed was not strong and board or was substantially lower than that before sorption, suggesting participation Ca^{2+} in the binding of cadmium by adsorbents and some dissolving in the solution.

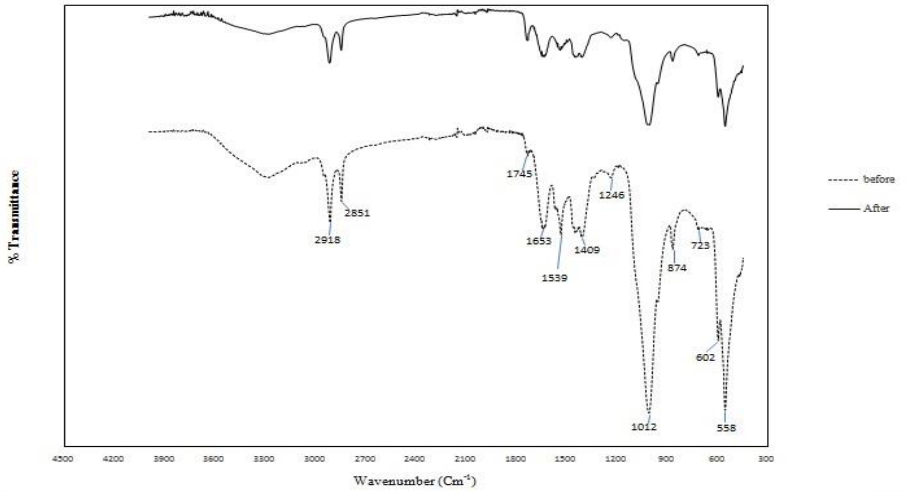


Figure 2 FTIR spectra of swine bone before and after uptake cadmium

5. *Crystalline structure*

X-ray diffraction of bone powder showed the crystalline structure: hexagonal of calcium hydroxyl-apatite ($Ca_{10}(PO4)_3(OH)$) and the size are very close to those of mineral fluor-apatite $Ca_5F(P)_4)_3$and bone material. The three dimensions of hexagonal crystallized of mineral fluor-apatite are a and b = 9.410, c=6.880 Å [14] and bone material hexagonal with cell dimension of a=b=9.423 Å, c=6.875Å (Aoki, 1991). The three dimensions of swine bone crystallized structure before adsorption were a and b length 9.418Å, c was 6.884 Å, and hexagonal angels, alpha and beta was 90.0, gamma was 120.0 (from the comparing to the data base library of the instrument). After the sorption of Cd onto bone adsorbent, the size was bigger (from a=b=9.418 Å to 9.826 Å, c=6.884 Å to 7.353 Å) because of the formation of cadmium phosphate ($Cd_3(PO_4)_3$ or cadmium hydroxyl pyromorphite ($Cd_{10}(PO_4)_3(OH)$) as the XRD patterns show the strong peak intensities at 31.91° (before adsorption) and 32.15° (after adsorption). This results correspond with Ma [15] who use hydroxyl-apatite to remove lead.

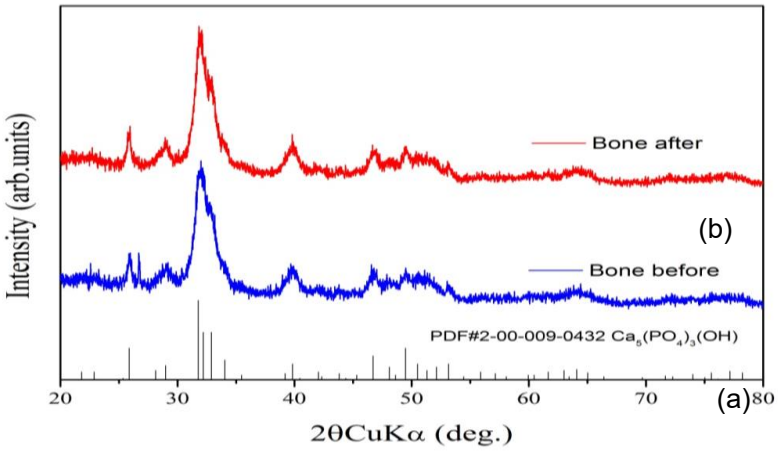


Figure 3 X-ray diffraction patterns of swine bone before adsorption (a) and swine bone after adsorption (b)

Cadmium removal efficiency

Adsorption efficiency of swine bone (60, 80 and 100 °C for 3, 6, and 9 hrs) were compared for Cd removal efficiency by batch equilibrium method. The result indicated that swine bone produced from all temperature can act as effective sorbent with different sorption efficiency (Fig 4). The results of Cd removal efficiency indicated that the adsorbent produced at temperature 80 °C at 6 hrs gave the highest Cd removal efficiency of each swine bone. The high adsorption efficiency of adsorbent produced at boiling temperature 80°C probably occurred from present of complex chemistry on swine bone surface. Low boiling temperature could preserve organic carbon content and aromatic carbon on swine bone surface which importance for surface composition of metal adsorption, while the high boiling temperature could leach surface chemistry such as aromatic carbon composition.[16,17]

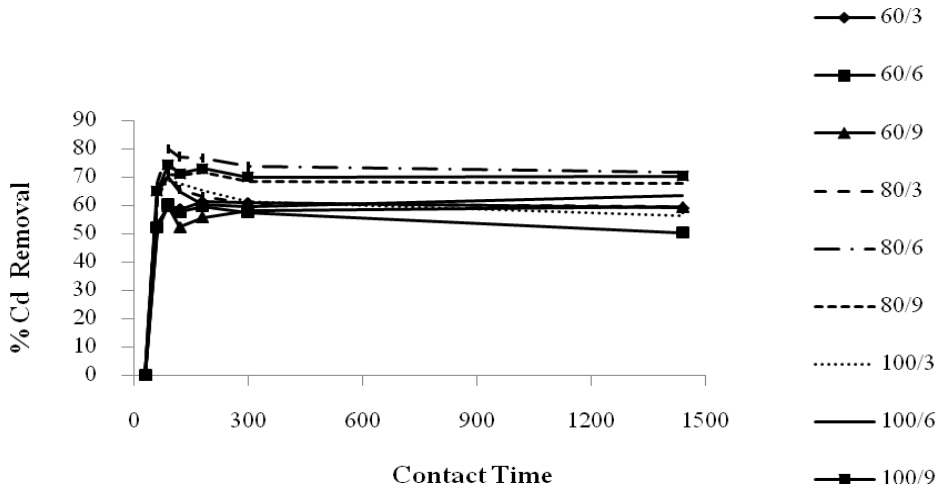


Figure 4 Comparison of Cd removal efficiency of different condition of adsorbent and different contact time

Effect of pH on Cd removal efficiency by swine bone powder

The pH in aqueous solution affects the sorption process via changing in surface charges and ionic strength in aqueous medium. The results (Fig. 5) indicated that at pH 2.0, Cd adsorption efficiency was very low due to the high potential of H^+ to compete with the metal cations for the adsorption sites on the sorbent surface, meanwhile, the heavy metal cations are released under acidic condition[18] The highest percentage of Cd removal was found at pH 5.0-6.0 and then the percentage of cadmium removal slightly decreased from pH 7.0 to pH 9.0. This study gave similar results to the others study of Regmi *et al* [17] and Kolodynska *et al*[19] , at pH 5-6 are the best working solution for Cd removal from aqueous solution.

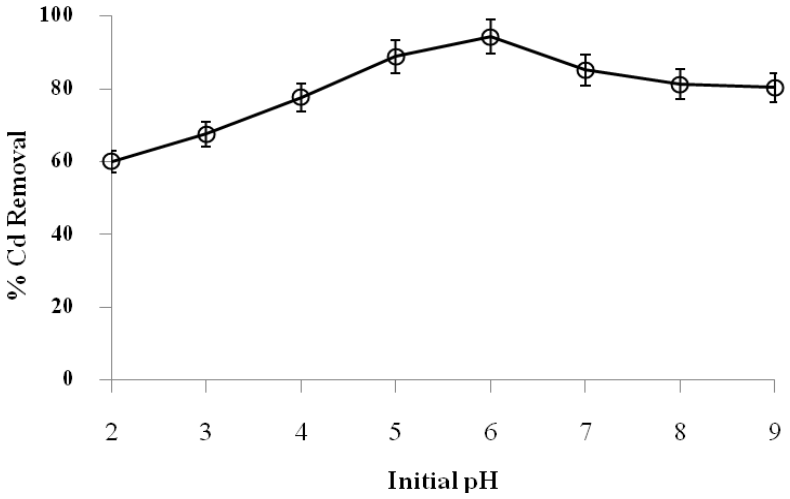


Figure 5 Effects of pH on Cd removal efficiency by swine bone powder

Adsorption Isotherms

Adsorption Isotherms was studied for understanding sorption efficiency and sorption characteristics of Cd on swine bone surface. The results show that, at equilibrium conditions, the Cd removal rate increased with increasing the initial concentration of $Cd(NO_3)_2$. The linear plot of bone powder was Langmuir and Freundlich isotherm show r^2 equal to *0.99* and 0.97 respectively. It was meaning that the sorption characteristics of swine bone powder was fitted to Langmuir isotherm models at study equilibrium concentration. The sorption mechanism of Cd on swine bone powder surface was trended to be monolayer adsorption with chemical adsorption. The two isotherm model constants are shown in Table 2. These agree with Ko *et al*[18] , the studied the sorption equilibrium of $Cd^{2+,}$ Cu^2+ and Zn^{2+} onto bone char and conclude that the Langmuir isotherm was the fit model to the data for metal ions adsorption in all cases.

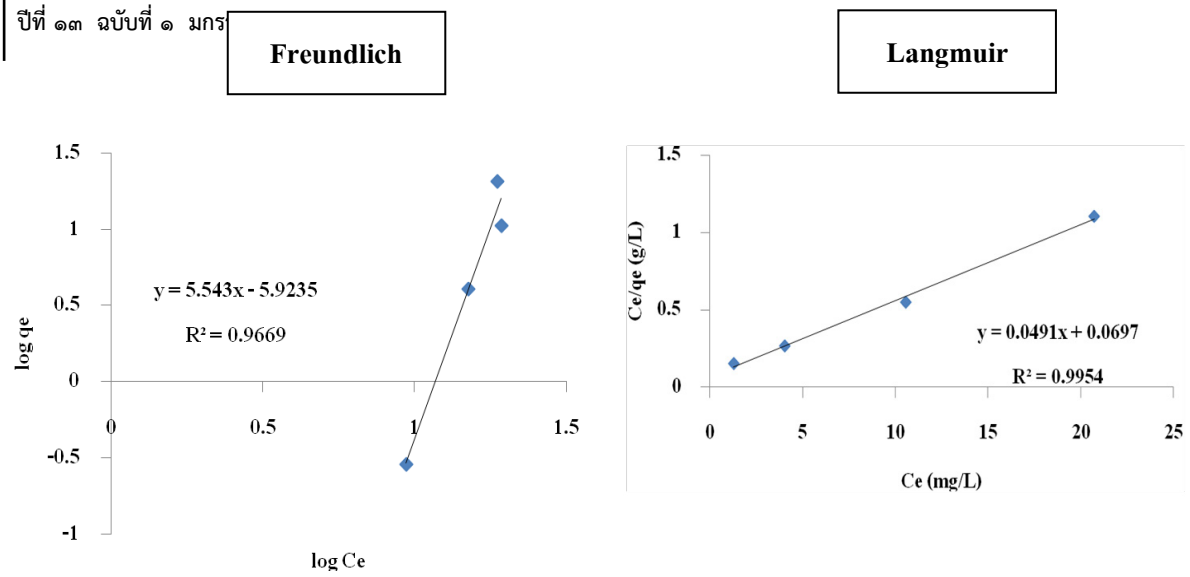


Figure 6 Adsorption isotherms of Cd on swine bone adsorbent

Table 2 Adsorption isotherm of cadmium onto swine bone powder

Freundlich isotherm constants	Langmuir isotherm constants
K_F(L/g) = 8.8	K_L(L/mg) = 0.70
l/*n* = 5.55	q_{max}(mg/g) = 22.12
r^2 = 0.9669	r^2 = 0.9954

Conclusions

The efficiency and capacity of cadmium removal of the swine bone depend on the initial concentration of sorbents, quantities of sorbents, contact time pH and the boiling temperature of sorbents. The removal efficiency of swine bone powder produced at 80 °C 6 hrs at initial pH 5-6 gave the highest Cd removal efficiency at 79.96%. Moreover, the Cd removal efficiency trended to be decreased when pH solution was decreased. The boiling temperature could increase BET surface area as a result of increased specific surface area and average pore size. The removal mechanism processes are diffusion, precipitation, chemi-sorption, physic-sorption and ion-exchange. Ca^{2+}group of the bone components present an important role of the ion-exchange process. Langmuir adsorption isotherm provides a close fit to the Cd removal process (r^2=0.99) and indicated that adsorption characteristics occurred with monolayer adsorption.

Since 2002, a joint research team from the International Water Management Institute and the Department of Agriculture, Thai Government, has reported that there is cadmium (Cd) contaminated paddy fields in northern Thailand. The Cd concentration in unhusked rice (*Oryza sativa* L.) grains ranged from 0.04 to 1.75 mg Cd kg^{-1}, and the rice of more than half of the households contained Cd levels higher than the critical level of 0.4 mg Cd kg^{-1} polished rice.[19] Advantages offered by using swine bone many other adsorbents include low cost, availability as a waste and good efficiency. The study demonstrates that swine bone have the potential to be a useful treatment for metals contaminated soils and reduce the health risk of the villagers or farmers that cultivate at metals contaminated site.

References

1. Haris MRHM, Wahab NAA, Reng CW, Azahari B, Sathasivam K. The sorption of cadmium (II) ions on mercerized rice husk and activated carbon. Turkish Journal of Chemistry 2011; 35: 939-50.

2. Roa KS, Mohapatra M, Anand S, Venkateswarlu P. Review on cadmium removal from aqueous solutions. International Journal of Engineering, Science and Technology 2010; 2(7): 81-103.

3. Cheung C.W., Porter, J.F. and McKay, G. 2001. Sorption kinetics for the removal of copper and zinc from effluents using bone char. Separation and Purification Technology 19: 55–64.

4. Danny, C.K.K., Cheung, C.W., Choy, K.K.H., Porter, J.F., McKay, G., 2004. Sorption equilibria of metal ions on bone char. Chemosphere 54, 273-281.

5. Gabaldon, C., Marzal, P., Ferrer, J., Seco, A., 1996. Single and competitive adsorption of Cd and Zn onto a granular activated carbon. Water Res. 30: 3050-3060.

6. Dabbi, S., Azzi, M., Guardia, M., 1999. Removal of hexavalentchromium from wastewaters by bone charcoal. Fresenius J. Anal.Chem. 363: 404-407.

7. Wilson, J.A., Demis, J., Pulford, L.D., Thomas, S., 2001. Sorption of Cr (III) and Cr (VI) by natural (bone) charcoal. Environ. Geochem. Health. 23: 291-295.

8. Okeola, F. O., and Odebunmi, E. O. (2010). Com parison of freundlich and langmuir isotherms for adsorption of methylene blue by agrowaste derived activated carbon. Advances in Environmental Biology, 4, 329-335.

9. Kolodynska D, Wnetrzak R, Leachy JJ, Hayes MHB, Kwapinski W, Hubicki Z. Kinetic and adsorptive characterization of biochar in metal ions removal. Chemical Engineering Journal 2012; 197(14): 295-305.

10. Tangjuank S, Insuk N, Tontrakoon J, Udeye V. Adsorption of lead (II) and cadmium (II) ions from aqueous solutions by adsorption on activated carbon prepared from cashew nut shell. World Academy of science, Engineering and Technology 2009; 52: 110-16.

11.Trakal L, Šigut R, Šillerová H, Faturíková D, Komárek M.Copper removal from aqueous solution using biochar:Effect of chemical activation. Arabian Journal of Chemistry 2014; 7(1): 43-52.

12. Azargohar R, Dalai AK. Steam and KOH activation of biochar: Experimental and modeling studies.Microporous and Mesoporous Materials 2008; 110(2-3):413-21.

13. Crini G, Badot PM. Sorption processes and pollution:conventional and non-conventional sorbents forpollutant removal from waste. Masters Presses:University of Franche-Comté. 2009; 490.

14.Ma SJ, Traina QY, Logan TJ, Ryan JA. In situ lead immobilization by apatite. Environmental Science and Technology 1993; 28: 1803-10.

15.Song W, Guo M. Quality variations of poultry litter biochargenerated at different pyrolysis temperatures. Journal of Analytical and Applied Pyrolysis 2012; 94(3):138-45.

16.Regmi P, Moscoso JLG. Kumar S, Cao X, Mao J. Schafran G. Removal of copper and cadmium from aqueous solution using swithgrass biochar produced via hydrothermal carbonizatiom process. Journal of environmental management 2012; 109(20): 60-69.

17. Forstner U, Wittmann GTW. Metal pollution in the aquaticenvironment. 2nd ed. Springer-Verlag, Berlin, Hedelberg. 1981; 486.

18. Ko DCK, Cheung CW, Choy KKH, Porter JF, Mckay G.Sorption equilibria of metal ions on bone char. Chemosphere 2004; 54: 273-81.

19.Anongnat S, Pornthiwa K, Kumiko O, and Toru M. Current situation of cadmium-polluted paddy soil, rice and soybean in the Mae Sot District, Tak Province, Thailand. Soil science and plant nutrition 2012; 58(3): 349-359.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

Factors affected for risk of liver fluke disease among people in Kham Muang District, Kalasin Province

วรกร วิชัยโย[1]

Worakorn Wichaiyo[1]

(Received: October 20 ,2019 ; Accepted: December 27 ,2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลไคสแคร์และหาปัจจัยเสี่ยงโดยการวิเคราะห์แบบ Multiple logistic regression กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 411 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า การเลี้ยงแมวในครัวเรือน มีความเสี่ยงต่อโรคถึง 7.22 เท่า ของครัวเรือนที่ไม่ได้เลี้ยงแมว และการเลี้ยงสุนัขก็ยังทำให้มีความเสี่ยงต่อโรคได้ถึง 4.56 เท่า ทำเมนูปลาดิบให้กินภายในครอบครัว ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อโรคถึง 2.89 เท่า ส่วนถ้าไม่มีเวลาทำก็จะมีพฤติกรรมเสี่ยงคืออีกอย่าง นั่นก็คือการซื้อเมนูปลาดิบมาจากตลาดภายในชุมชน ก็ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อโรคถึง 2.54 เท่า แต่ก็ยังพบอีกว่าประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งในกลับกันกับส่งผลต่อการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ 0.55 เท่า

คำสำคัญ: โรคพยาธิใบไม้ตับ,

Abstract

The Cross-sectional analytic study had of this study were to study the factors affected for risk of liver fluke disease among people in Kham Muang District, Kalasin Province. Analysis using the χ^2-test, Odds Ratio and 95%CI. and analysis to find the factors affected for risk of liver fluke disease with the use of multiple statistical logistic regression analysis (p=0.05). The samples consisted of 411 person calculated by the sample size formular stratified random sampling. The data were collected by interview questionnaires. Factors found in the results are as follows: households with a cat were 7.7.2 times more at risk than households without a cat; households with a dog were 4.56 times more at risk than households without a dog; eating raw fish dishes prepared by themselves increases the risk of infection by 2.58 times; eating raw fish dishes prepared by family members increases the risk by 4.74 times; But it also found that the samples have taken anthelmintic drugs effective on protection of liver fluke disease by 0.55 times.

[1] สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับนับได้ว่าเป็นหนึ่งในหลายๆ โรคที่มีความสำคัญทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก รวมถึงองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จัดให้โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ และอาจจะส่งผลให้ป่วยเป็นโรคมะเร็งตับหรือมะเร็งท่อน้ำดีได้ในอนาคตได้ อีกทั้งยังได้รับรองว่าการเป็นพยาธิใบไม้ตับเรื้อรัง หรือ มีการติดเชื้อซ้ำบ่อยๆ ในระยะยาว โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ของโลก ได้รวมถึงประเทศเพื่อนบ้านที่มีการระบาดของโรค เช่น สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว กัมพูชา และตอนใต้ของสาธารณรัฐเวียดนาม สำหรับประเทศไทยเองนั้นนับได้ว่าโรคพยาธิใบไม้ตับยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับต้นๆ ของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ามีความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่สูงมาก ข้อมูลจากการเฝ้าระวังโรคพยาธิใบไม้ตับในปี พ.ศ. 2556 ที่ผ่านมานั้น พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 257 ราย จาก 6 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และพบว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับคิดเป็นอัตราป่วย 0.4 ต่อประชากรแสนคน โดยพบว่าจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุดอันดับแรกคือ สกลนคร 15.4 ต่อ ประชากรแสนคน ขอนแก่น 4.6 ต่อแสนประชากร มุกดาหาร 0.3 ต่อประชากรแสนคน และจังหวัดนครพนม 0.1 ต่อ ประชากรแสนคน ตามลำดับ [1]

จากข้อมูลในปัจจุบันประเทศไทย พบว่ายังมีอุบัติการณ์การเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับสูงที่สุด และในปี พ.ศ. 2552 ทีผ่านมา พบว่าอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับทั้งประเทศ ร้อยละ 8.7 หรือคนไทยประมาณ 6 ล้านคน มีพยาธิใบไม้ตับอยู่ในตัว และพบมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 16.6 โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ “ร้อยแก่นสารสินธุ์” ซึ่งจังหวัดที่พบมากที่สุดไปน้อยที่สุด คือ กาฬสินธุ์ ร้อยละ 27.4 ขอนแก่น ร้อยละ 14.2 ร้อยเอ็ด ร้อยละ 11.8 และมหาสารคาม ร้อยละ 11.6 ตามลำดับ [1] นอกจากนี้ ผลสำรวจความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดที่มีพื้นที่ใกล้เคียงกันกับจังหวัดกาฬสินธุ์คือจังหวัดขอนแก่น พบว่าเชื้อพยาธิใบไม้ตับสามารถมีได้ตั้งแต่เด็กอายุแรกเกิดถึง 14 ปี โดยพบมากขึ้นเป็น 4 เท่าในเด็กอายุ 14-19 ปี [2] พบมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 55-64 ปี มีอัตราป่วย 1.4 ต่อ ประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป และ 45-54 ปี มีอัตราป่วย 1.0 และ 0.8 ต่อ ประชากรแสนคน ตามลำดับ [3] จากอดีตจนถึงปัจจุบันปัญหาของโรคพยาธิใบไม้ตับยังมีอัตราการติดเชื้อที่สูงอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลให้สามารถติดซ้ำหรือกลับมาป่วยซ้ำได้เมื่อรักษาหายแล้ว จึงเป็นการยากที่จะทำการรักษาให้โรคนี้หายขาดได้ อีกทั้งยังพบว่าปัญหาที่สำคัญที่สุด คือ ยังมีพฤติกรรมที่กินปลาดิบหรือนำปลาดิบมาทำอาหารในหลายรูปแบบ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมการกินของคนชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป จำนวน 411 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการการศึกษาวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional analytic study)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ แบ่งได้ดังนี้ คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และแบบสัมภาษณ์ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดย วิธีการตรวจหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือที่
สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item - objective congruence index: IOC) รายข้อ พบว่า แต่ละข้อคำถามมีค่า IOC มากกว่า 0.5 ทุกข้อ และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) จากแบบ

สัมภาษณ์ จำนวน 30 ชุด เพื่อคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.78

การรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 – มีนาคม พ.ศ. 2562 สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ

การวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสถิติที่ใช้คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูง และค่าต่ำ หาปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการวิเคราะห์อย่างหยาบ (Crude analysis) โดยใช้สถิติ χ^2 test โดยการวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariate analysis) ใช้สถิติ Multiple logistic regression analysis กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และการหาอัตราเสี่ยงต่อการป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับนั้นโดยใช้ค่า Odds Ratio (OR) และใช่ค่า 95%CI (ไม่คร่อม 1)

วิธีการคัดเลือกพื้นที่ในการศึกษาและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดคุณลักษณะของตัวอย่างที่จะทำการศึกษา โดยกำหนดเป็นเขตพื้นที่รับผิดชอบในอำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกตัวอย่างพื้นที่ที่จะทำการศึกษาตามกลุ่มประชากรเป้าหมายที่กำหนด โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับสลาก

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มเลือกตัวอย่างพื้นที่ที่จะทำการศึกษา โดยเป็นหมู่บ้านที่มีแหล่งน้ำจืดขนาดใหญ่ที่ประชาชนหาอาหารเพื่อบริโภค มีน้ำขังตลอดทั้งปี และประชาชนมีอาชีพเกษตรกร

ขั้นตอนที่ 4 เลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา โดยกำหนดเกณฑ์และคุณสมบัติดังนี้

1. กำหนดคุณลักษณะของตัวอย่างที่จะทำการศึกษา โดยกำหนดเป็นเขตพื้นที่รับผิดชอบตำบลในเขตอำเภอคำม่วง จำนวน 6 ตำบล

2. สุ่มเลือกตัวอย่างตำบลที่จะทำการศึกษาตามกลุ่มประชากรเป้าหมายที่กำหนด โดยการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับสลาก ได้ตำบลเนินยางเป็นพื้นที่ในการศึกษา

3. สุ่มเลือกตัวอย่างหมู่บ้านที่จะทำการศึกษา โดยเป็นหมู่บ้านที่มีแหล่งน้ำจืดขนาดใหญ่ที่ประชาชนหาอาหารเพื่อบริโภค มีน้ำขังตลอดทั้งปี ซึ่งจากสภาพแวดล้อมทางภูมิศาสตร์ประชาชนตั้งบ้านเรือนอยู่ใกล้แหล่งน้ำ เช่น แหล่งน้ำจืดขนาดใหญ่ หรือห้วยน้ำจืดไหลผ่านทุ่งนา และประชาชนหาปลาที่มีเกล็ดเพื่อบริโภคจากแหล่งห้วย หนองน้ำจืด และลำน้ำชี เป็นส่วนใหญ่ เป็นลักษณะคล้ายคลึงกันในเขตพื้นที่ตำบลเนินยาง

4. สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา โดยกำหนดเกณฑ์และคุณสมบัติดังนี้

4.1 ประชาชนที่บริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

4.2 เพศชายหรือเพศหญิง มีอายุระหว่าง 30 ขึ้นไป

4.3 ไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ

4.4 อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ 6 เดือนขึ้นไป

4.5 ยินดีให้ความร่วมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง 30 ปีขึ้นไป อ.คำม่วง จ.กาฬสินธุ์ มีทั้งหมด จำนวน 18,199 คน คน นำมาคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรคำนวณ Taro Yamane (1973) ได้ 391 คน โดยกำหนดให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง เพิ่ม 5% เพื่อป้องกันการ drop out = 391X5%

= 19.55

= 20 คน

= 391+20

รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น = 411 คน

ผลการศึกษา

ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 411 คน **พบว่า** ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป จำนวน 411 คน แยกเป็นประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

เพศ ของกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก พบว่าเป็นเพศหญิง จำนวน 231 คน ร้อยละ 55.0 และ เพศชาย จำนวน 180 คน ร้อยละ 45.0 ตามลำดับ **อายุ(ปี)** ส่วนมากอายุระหว่าง 30-39 ปี จำนวน 77 คน ร้อยละ 19.25, อายุระหว่าง 40-49 ปี จำนวน 96 คน ร้อยละ 24.00, อายุระหว่าง 50-59 ปี จำนวน 114 คน ร้อยละ 25.75 และอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 124 คน ร้อยละ 31.00 ตามลำดับ

สถานภาพ ส่วนมากจะมีสถานภาพสมรส จำนวน จำนวน 337 คน ร้อยละ 81.50, สถานภาพโสด จำนวน 39 คน ร้อยละ 9.75 และสถานภาพเป็นหม้าย หย่า แยก จำนวน 35 คน ร้อยละ 8.75 ตามลำดับ

ระดับการศึกษา ส่วนมากจะอยู่ระดับประถมศึกษา จำนวน 274 คน ร้อยละ 65.75, มัธยมศึกษา จำนวน 95 คน ร้อยละ 23.75, อนุปริญญาขึ้นไป จำนวน 25 คน ร้อยละ 6.25 และไม่ได้เรียน จำนวน 17 คน ร้อยละ 4.25 ตามลำดับ

อาชีพหลัก ส่วนมากจะประกอบอาชีพทำนา จำนวน 293 คน ร้อยละ 70.50, รับจ้าง จำนวน 49 คน ร้อยละ 12.25, ค้าขาย จำนวน 39 คน ร้อยละ 9.75 และทำอาชีพอื่นๆ จำนวน 30 คน ร้อยละ 7.50 ตามลำดับ

อาชีพรองหรืออาชีพเสริม ส่วนมากจะประกอบอาชีพทำนา จำนวน 86 คน ร้อยละ 21.50, อาชีพอื่นๆ จำนวน 85 คน ร้อยละ 21.25, รับจ้าง จำนวน 63 คน ร้อยละ 15.75 และทำอาชีพค้าขาย จำนวน 11 คน ร้อยละ 2.75 ตามลำดับ **รายได้** ส่วนมากจะมีรายได้ 7,001 บาท ขึ้นไป จำนวน 259 คน ร้อยละ 64.75, ต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 90 คน ร้อยละ 22.50, 5,001-6,000 บาท จำนวน 40 คน ร้อยละ 10.00 และ 6,001-7,000 บาท จำนวน 22 คน ร้อยละ 2.75 ตามลำดับ

ความพอใช้ของรายได้ ส่วนมากไม่พอใช้จ่ายต่อเดือน จำนวน 217 คน ร้อยละ 51.5 มีพอใช้จ่ายต่อเดือน จำนวน 194 คน ร้อยละ 48.5 ต้องกู้ยืมเพื่อใช้จ่าย จำนวน 114 คน ร้อยละ 28.5 ตามลำดับ

จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (คน) มากกว่า 5 คน จำนวน 236 คน ร้อยละ 56.25 และมี 1-4 คน จำนวน 175 คน ร้อยละ 43.75 ตามลำดับ

เคยตรวจพยาธิใบไม้ตับ ส่วนมากพบว่าเคยตรวจ จำนวน 215 คน ร้อยละ 51.00 และไม่เคยตรวจ จำนวน 196 คน ร้อยละ 49.00 ตามลำดับ

เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ ส่วนมากพบว่าเคยกินยา จำนวน 218 คน ร้อยละ 51.75 และไม่เคยกินยา จำนวน 193 คน ร้อยละ 48.25 ตามลำดับ

ญาติร่วมสายโลหิตเป็นโรคพยาธิ ส่วนมากพบว่าไม่มีญาติเคยป่วย จำนวน 266 คน ร้อยละ 66.50 และมีญาติเคยป่วยจำนวน 145 คน ร้อยละ 33.50 ตามลำดับ

แหล่งที่อยู่อาศัยติดแหล่งน้ำ ส่วนมากพบว่าไม่ติดแหล่งน้ำ จำนวน 277 คน ร้อยละ 66.50 และติดแหล่งน้ำ จำนวน 134 คน ร้อยละ 33.50 ตามลำดับ

พื้นที่ทำไร่/ทำนาติดแหล่งน้ำ ส่วนมากพบว่าติดแหล่งน้ำ จำนวน 296 คน ร้อยละ 74.00 และไม่ติดแหล่งน้ำ จำนวน 115 คน ร้อยละ 26.00 ตามลำดับ

ตาราง 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยใช้สถิติ multiple logistic regressions

ตัวแปร	n (411)	OV Risk group n (%)	Adj OR	95% CI OR_{adj}		p-value
				Low	Up	
เพศ						0.175
หญิง	231	130 (64.55)	1	-	-	

ตาราง 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยใช้สถิติ multiple logistic regressions

ตัวแปร	n (411)	OV Risk group n (%)	Adj OR	95% CI OR_{adj}		p-value
				Low	Up	
ชาย	180	142 (72.22)	0.49	0.61	1.78	
อายุ (ปี)						0.450
30-39	77	59 (76.62)	1	-	-	
40-49	96	59 (61.46)	1.50	0.83	3.97	
50-59	114	73 (70.87)	1.75	0.87	6.27	
>=60	124	81 (65.32)	1.11	0.39	6.79	
สถานภาพ						0.337
สมรส	337	212 (65.03)	1	-	-	
หม้าย หย่า แยก	35	28 (80.00)	1.25	0.25	6.46	
โสด	39	32 (82.05)	2.02	0.45	9.34	
ระดับการศึกษา						0.478
ไม่ได้เรียน	17	10 (58.82)	1	-	-	
ประถมศึกษา	274	172 (65.40)	1.34	0.37	5.52	
มัธยมศึกษา	95	73 (76.84)	0.97	0.17	4.98	
อนุปริญญาขึ้นไป	25	17 (68.00)	2.67	0.28	30.29	
อาชีพหลัก						0.007*
ค้าขาย	39	20 (51.28)	1	-	-	
ทำนา	293	194 (68.79)	3.85	1.27	12.02	
รับจ้าง	49	37 (75.51)	0.41	0.07	2.11	
อาชีพอื่นๆ	30	21 (70.00)	10.52	1.64	76.55	
อาชีพรองหรืออาชีพเสริม						0.019*
ค้าขาย	11	6 (54.55)	1	-	-	
ทำนา	97	70 (81.40)	11.13	1.93	41.43	
รับจ้าง	63	42 (66.67)	5.01	0.82	19.78	
อาชีพอื่นๆ	85	54 (63.53)	3.23	0.44	10.31	
เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ						
ไม่เคย	193	137 (70.98)	1	-	-	0.031*
เคย	218	135 (65.22)	0.83	0.37	0.98	
ที่บ้านเลี้ยงแมว						
ไม่เลี้ยง	363	231 (65.63)	1	-	-	0.020*
เลี้ยง	48	41 (85.42)	10.00	1.32	26.11	
ที่บ้านเลี้ยงสุนัข						
ไม่เลี้ยง	124	66 (53.23)	1	-	-	0.008*

ตาราง 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยใช้สถิติ multiple logistic regressions

ตัวแปร	n (411)	OV Risk group n (%)	Adj OR	95% CI OR_{adj}		p-value
				Low	Up	
เลี้ยง	287	206 (74.64)	3.88	1.27	6.23	
พี่ น้องทำเมนูดิบ						
ไม่ได้ทำ	339	217 (64.01)	1	-	-	0.037*
ทำ	72	55 (68.00)	3.64	1.22	18.87	
เมนูดิบซื้อมาจากตลาด						
ซื้อ	271	157 (60.38)	1	-	-	0.043*
ไม่ซื้อ	140	115 (82.14)	5.33	1.04	9.12	

***มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05**

จากตาราง 1 พบว่า อาชีพหลัก ทำนา มีความเสี่ยงต่อโรคเป็น 3.85 เท่า (95% CI.= 1.27-12.02) และอาชีพอื่นๆ มีความเสี่ยงต่อโรคถึง 10.52 เท่า (95% CI.= 1.64 76.55) อาชีพรองหรืออาชีพเสริม ทำนา มีความเสี่ยงต่อโรคถึง 11.13 เท่า (95% CI.= 1.93-41.43) เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ มีความเสี่ยงต่อโรคถึง 0.83 เท่า (95% CI.= 0.37-0.98) ที่บ้านเลี้ยงแมว มีความเสี่ยงต่อโรคถึง 10.00 เท่า (95% CI.= 1.32-26.11) เลี้ยงสุนัข มีความเสี่ยงต่อโรคถึง 3.88 เท่า (95% CI.= 1.27-6.23) พี่ น้องทำเมนูดิบ มีความเสี่ยงต่อโรคถึง 3.64 เท่า (95% CI.= 1.22-18.87) เมนูดิบซื้อมาจากตลาด มีความเสี่ยงต่อโรคถึง 5.33 เท่า (95% CI.= 1.04-9.12)

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ แบบลอจิสติก เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยใช้สถิติ multiple logistic regressions

Variables	Coefficient	Adj. OR	95% CI for OR_{adj}		p-value
			Lower	Upper	
เลี้ยงแมว	1.95	7.22	1.34	38.29	0.022*
เลี้ยงสุนัข	1.56	4.56	1.14	19.85	0.025*
ทำเมนูปลาดิบด้วยตนเอง	0.95	2.89	1.27	5.49	0.019*
ซื้อเมนูปลาดิบมาจากตลาด	0.85	2.54	1.08	5.87	0.027*
เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ	-0.83	0.45	0.24	0.78	0.027*
ค่าคงที่		0.14	0.02	2.07	0.137

Control by age, sex, education and status

Goodness of fit : Pearson chi - square p-value = 0.380 Hosmer-Lemeshow Chi-square:p-value = 0.7432 (ข้อมูลเข้ากับ Model ได้ดี)

จากตาราง 2 ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จากการวิเคราะห์แบบ Multiple logistic regression กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 จากการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบลอจิสติก พบว่า มีเพียง 1 ปัจจัยเท่านั้นที่เป็นปัจจัยในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนปัจจัยที่เหลืออีก 4 ปัจจัยเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรค โดยมีรายละเอียดของปัจจัย ดังนี้ ซึ่งประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานั้น

พบว่ามีการเลี้ยงแมวในครัวเรือน มีความเสี่ยงต่อโรคถึง 7.22 เท่า ของครัวเรือนที่ไม่ได้เลี้ยงแมว และการเลี้ยงสุนัขก็ยังทำให้มีความเสี่ยงต่อโรคได้ถึง 4.56 เท่า ทำเมนูปลาดิบให้กินภายในครอบครัว ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อโรคถึง 2.89 เท่า ส่วนถ้าไม่มีเวลาทำก็จะมีพฤติกรรมเสี่ยงคืออีกอย่าง นั่นก็คือการซื้อเมนูปลาดิบมาจากตลาดภายในชุมชน ก็ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อโรคถึง 2.54 เท่า แต่ก็ยังพบอีกว่าประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งในกลับกันกับส่งผลต่อการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ 0.55 เท่า

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จากการวิเคราะห์แบบ Multiple logistic regression กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 จากการใช้รูปแบบการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ แบบลอจิสติก พบว่า มีเพียง 1 ปัจจัยเท่านั้นที่เป็นปัจจัยในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนปัจจัยที่เหลืออีก 4 ปัจจัยเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรค โดยมีรายละเอียดของปัจจัย ดังนี้ ซึ่งประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานั้น พบว่ามีการเลี้ยงแมวในครัวเรือน มีความเสี่ยงต่อโรคถึง 7.00 เท่า ของครัวเรือนที่ไม่ได้เลี้ยงแมว สอดคล้องกับผลการศึกษา [15] ศึกษาพบว่าตัวแก่ของพยาธิใบไม้ตับ *O. viverrini* อาศัยอยู่ในท่อน้ำดีในตับของโฮสต์เฉพาะ เช่น คน สุนัข แมว มีหอยน้ำจืด Bithynia species เป็นโฮสต์ตัวกลางลำดับที่หนึ่ง ปลาน้ำจืดกลุ่มปลาวงศ์ตะเพียนเป็นโฮสต์ตัวกลางลำดับที่สอง พยาธิใบไม้ตับติดต่อสู่คนโดยการกินปลาดิบๆ สุกๆ ซึ่งมีระยะติดต่อ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค เกี่ยวกับระบบตับและทางเดินน้ำดี เช่น ถุงน้ำดีอักเสบ ตัวเหลือง นิ่วในถุงน้ำดี ตับม้ามโต และหลักฐานทางระบาดวิทยาและในสัตว์ทดลองพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ดังนั้นการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันยังคงมีความสำคัญโดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยง และสอดคล้องกับ [23] ได้รายงานพบว่าการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในแมวร้อยละ 35.51 จากแมว 214 ตัว และจากการศึกษาของ [24] พบว่าพยาธิใบไม้ตับสามารถดำรงชีวิตเผ่าพันธุ์โดยต้องมีโฮสต์กึ่งกลาง (Intermediate Host) ซึ่ง คน สุนัข และแมวเป็นโฮสต์จำเพาะ จากผลการสำรวจในหมู่ล้านในอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น พบว่าแมวมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากกว่าสุนัขถึงร้อยละ 36.4 และ 3.9 ตามลำดับ และการประกอบอาหารหรือการทำเมนูปลาดิบด้วยตนเอง **สอดคล้องกับการศึกษา** [16] ศึกษาหนอนพยาธิในลำไส้ในกาประชุมชนบ้านทุ่งบอน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีพฤติกรรมการการป้องกันการติดเชื้อหนอนพยาธิในลำไส้ ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมบริโภคกุ้งดิบ ประหลาดดิบ ปูดิบ/ปูดอง และอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 43.13, 34.38, 20.62, 19.38 และ 3.75 ตามลำดับ ส่วนถ้าไม่มีเวลาทำก็จะมีพฤติกรรมเสี่ยงคืออีกอย่าง นั่นก็คือการซื้อเมนูปลาดิบมาจากตลาดภายในชุมชน ก็ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อโรคถึง 2.33 เท่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ [21] ศึกษาพบว่า การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีความสัมพันธ์กับจากการรับประทานปลาดิบหรือผลิตภัณฑ์จากปลาดิบ เป็นประเพณีและความนิยมของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือโดยเฉพาะอย่างยิ่งเขตชนบทของประเทศไทย

สอดคล้องกับการศึกษาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสู่คน โดยการศึกษาของ [25] พบว่า อาหารเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากที่สุด คือ ก้อยปลา และรองลงมาคือ ปลาส้ม ปลาจ่อม ปลาย่างที่ปรุงไม่สุก แต่ก็ยังพบอีกว่าประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งในกลับกันกับส่งผลต่อการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ 0.43 เท่า หรือคนที่ไม่เคยกินยาถ่ายพยาธิมีความเสี่ยงป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับถึง 2.33 เท่า ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษา **Pungpak et al. (1985)** ได้ศึกษา Studies on the chemotherapy of human Opisthorchiasis: Effective dose of Praziquantel in heavy infection เป็นการศึกษาในผู้ป่วยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่มีไข่พยาธิมากกว่า 10,000 per gramme of faeces จ้านวน 96 ราย ที่โรงพยาบาลในกรุงเทพ โดยให้ยาพราซิควอนเทล ขนาด 50 mg per kg body weight หลังจากอาหารเช้า แล้วสังเกตอาการที่โรงพยาบาล 48 ชั่วโมง แล้วนัดตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ ตรวจร่างกาย

อาการทางคลินิก หรืออาการข้างเคียงของยา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย 68 คน มาตามนัดเมื่อครบ 60 วัน อัตราการรักษาหายร้อยละ 97.0 อีก 2 คน ยังพบไข่พยาธิใบไม้ตับเนื่องจากกลับไปกินปลาดิบอีกหลังจากให้การรักษา และสอดคล้องกับ **[8]** ได้ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ตำบลน้ำรัด อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ พบว่า ปัจจัยด้านการบริโภค คือ การรับประทานปลาดิบ หรือ ปลาสุก ๆ ดิบ ๆ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 3.67, 95% CI = 1.04 –11.05) **[20]** ได้ศึกษาระบาดวิทยาของโรคพยาธิใบไม้ตับในอำเภอ เขตชนบท ของสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว โดยการสุ่มอย่างง่ายจำนวน 13 ชุมชน ชุมชนละ 15 ครัวเรือน ได้สัมภาษณ์และตรวจอุจจาระด้วยวิธี Kato—Katz technique จำนวนทั้งหมด 814 คน พบว่า อัตราความชุกสูงถึงร้อยละ 58.5 ในระดับชุมชนอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีความสัมพันธ์กับการบริโภคปลาดิบ (r = 0.76, P = 0.003) โรคพยาธิใบไม้ตับมีความเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

สิ่งที่สำคัญในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ นั้นก็คือการคืนข้อมูลให้กับประชาชนร่วมกันค้นหาวิธีการต่างๆ เพื่อทำให้ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและเข้ามาร่วมในการแก้ไขปัญหาเช่นการรณรงค์การทำกินสุก 100 เปอร์เซ็นต์ อร่อยและปลอดภัย มีสุขภาพที่ดี ปลอดจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าการกินอาหารเมนูปลาดิบ และจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับบุคคลที่เป็นคนปรุงอาหารดิบ และญาติพี่น้องที่ร่วมกันทำอาหาร เช่น สามีเป็นคนทำ แต่ให้ภรรยาเป็นคนชิมทั้งที่อาหารยังไม่สุก ส่งผลให้โอกาสเป็นโรคพยาธิเพิ่มมากขึ้น และที่สำคัญการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินที่เหมาะสม ต้องได้รับการขยายต่อถึงขั้นตอนหรือวิธีการในการปรุงอาหาร หรือการเลือกกินอาหารเมนูปลาดิบจากท้องตลาดเช่น ปลาจ่อม ปลาส้ม ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้ เพราะใช้ระยะเวลาเพียงไม่กี่วันก็สามารถกินได้

การเลี้ยงแมวและการเลี้ยงสุนัขสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับได้อย่างไร ตัวแมวและสุนัขจะกินปลาตัวเป็นเป็นหรือเศษปลาที่เหลือจากการนำมาประกอบอาหาร โดยเฉพาะในหัวปลาจะมีเซอคาเรียอาศัยอยู่ในบริเวณโคนครีบหน้าของปลาเป็นจำนวนมากและในบริเวณครีบหางปลา จากนั้น แมวก็จะกินเศษปลาที่เหลือซึ่งจะมีไข่ของพยาธิอาศัยอยู่ จากนั้นตัวพยาธิก็จะไปอาศัยอยู่ในท่อน้ำดีของแมวจากนั้นก็จะขับถ่ายอุจจาระออกมาสู่แหล่งน้ำที่อยู่ในบริเวณใกล้บ้านจากนั้นไข่พยาธิใบไม้ตับก็จะไปอาศัยอยู่ในตัวหอยน้ำจืดเป็น host ลำดับที่หนึ่งแล้วปลาก็กินหอยจากนั้นคนก็กินปลาอีกครั้ง ส่งผลทำให้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอีกครั้ง ประกอบกับชุมชนจากการศึกษาพบว่าในชุมชนยังไม่มีระบบการจัดการขยะมูลฝอยที่ถูกต้องและยังไม่มีทั้งขยะภายในชุมชนทำให้คนในชุมชนต้องโยนเศษปลาทิ้งโดยให้แมวทำหน้าที่จัดการเศษปลาที่เหลือแทน การทำเมนูปลาดิบเอง กับ สมาชิกในครอบครัวทำเมนูปลาดิบ พบว่า จากวัฒนธรรมการกินอาหารของคนอีสานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยโดยส่วนใหญ่จะกินอาหารพร้อมกันเลยหลายคนหรือนั่งล้อมวงกินข้าวด้วยกันซึ่งเวลาทำอาหาร โดยเฉพาะเมนูปลาดิบ เช่น ก้อยปลา เป็นเมนูที่ทำได้ง่ายไม่ต้องใช้เวลาในการประกอบอาหารนานเกินไปและไม่ต้องก่อไฟให้เสียเวลาที่ต้องทำให้สุกก่อนกิน ดังนั้นเมื่อก้อยปลาทำเสร็จก็จะชักชวนกันกินพร้อมพร้อมกันและถือว่าเป็นเรื่องปกติในการกินดิบซึ่งถือว่าเป็นวัฒนธรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้องเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ สอดคล้องกับการกินอาหารเมนูปลาดิบที่ซื้อมาจากตลาด เช่น ส้มปลาหรือปลาจ่อม ซึ่งอาหารเมนูประดิษฐ์ที่ซื้อมาจากตลาดส่วนใหญ่อยากใช้เวลาทำเพียง 3-4 วัน ก็สามารถนำมากินได้ และเนื่องด้วยความเชื่อของคนอีสานคิดว่าความเปรี้ยวจากการทำอาหารให้อาหารเมนูปลาดิบเหล่านี้จะทำให้ไข่พยาธิใบไม้ตับฝ่อหรือตายไปได้ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วความเปรี้ยวเหล่านี้ จะไม่สามารถทำให้ไข่พยาธิใบไม้ตับตายได้ แต่ยังเพิ่มโอกาสทำให้ผู้ที่กินสามารถติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้เร็วขึ้นเช่นกัน อีกทั้งการซื้ออาหารเมนูปลาดิบจากตลาดด้วยวัฒนธรรมการกินของคนอีสานแล้วไม่ว่าจะเป็นทำเมนูปลาดิบเองหรือซื้อมาจากตลาดก็ตามก็จะนำมากิน

ด้วยกันในครอบครัว หรือในสมาชิกในครอบครัวกินร่วมกัน

การไม่เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับได้อย่างไร จากความเชื่อของคนอีสานที่ว่าการมีร่างกายที่แข็งแรงสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติเช่นการทำไร่ทำสวนจึงไม่มีความจำเป็นต้องกินยาถ่ายพยาธิก็ได้และสืบเนื่องกับการที่ตนเองไม่เคยไปรับการตรวจอุจจาระเพื่อค้นหาไข่พยาธิ จึงคิดว่าไม่จำเป็นต้องกินยาถ่ายพยาธิก็ได้ซึ่งมีความเชื่อในความคิดนี้เป็นสิ่งที่ไม่ค่อยถูกต้องเพราะทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับได้มากขึ้นเช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

1.กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. ปรสิตหนอนพยาธิทางการแพทย์ ทฤษฎีและปฏิบัติการ. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.

2.พนัชพร จันทะผอง และคณะ. ความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องการติดชื้อพยาธิใบไม้ตับในนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนปลายในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น. ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.

3.ธนพร หล่อปิยานนท์. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2552. สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.

4. Wang YC, Ho RC, Feng CC, Namsanor J, Sithithaworn P. An ecological study of Bithynia snails, the first intermediate host of Opisthorchis viverrini in northeast Thailand. Acta Trop. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2015 Jan; 141(Pt B):244-52.

5.เทพอุทิศ กั้วสิทธิ์ และนพคุณ ภักดีณรงค์. ระบาดวิทยาและความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการติดเชื้อในกลุ่ม ประชากร และการตรวจพบตัวอ่อนพยาธิระยะเมตาเซอร์คาเรียของพยาธิใบไม้ลำไส้ขนาดเล็ก Phaneropsolus bonnei ในตัวอ่อนแมลงปอ (แมงระงำ) ที่อาศัยอยู่ตามชุมชนรอบเขื่อนลำปาว จังหวัดกาฬสินธุ์. คณะแพทยศาสตร์. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2556.

6.สมหมาย ขาวผิว. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงและความชุกของพยาธิใบไม้ตับในปลาตะเพียนขาวแถบลุ่มแม่น้ำชี อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสัตวแพทย์สาธารณสุข. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.

7. Upatham ES VV, Kurathong S, Brockelman WY, Menaruchi A, Saowakontha S, Intarakhao C and Vajrasthira S, Warren KS. Morbidity in relation to intensity of infection in Opisthorchiasis viverrini: study of a community in Khon Kaen, Thailand. Khon Kaen, Thailand. : Am J Trop Med Hyg. Nov; 1982.

8.อินทรา เทียมแสน. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ตำบลรัดน้ำ อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่. การค้นคว้าอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.

9.สัญชัย ปิยะพงษ์กุล. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่ อำเภอ ศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.

10.วรรณวิภา มาลัยทอง และคณะ. ผลของการใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ชุมชนบ้านเหล่าอ้อย หมู่ที่ 5 ตำบลหนองสังข์ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว. นักเรียนแพทย์ทหารวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า; 2552.

11.วนิดา โชควาณิชย์พงษ์ และคณะ. การสำรวจพฤตกรรมและทัศนคติการบริโภคปลาดิบ และการเกิดมะเร็งท่อ น้ำดี. กรุงเทพฯ: สถานบันมะเร็งแห่งชาติ; 2552.

12.Hesham Al-Mekhlafi M SJ, Atiya AS, Ariffin WAW, Mahdy AKM, et al.. Pattern and predictors of soil- transmitted helminth re-infection among Aboriginal school children in rural peninsular Malaysia. Malaysia. 2008.

13.บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์; 2551.

14. กิตติพงษ์ พรมพลเมือง. (2557). *ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู*. การศึกษาอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

15. ณัฏฐวุฒิ แก้วพิทูลย์. (2553). พยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 12(1), 49-63.

16. ณัฏฐวุฒิ แก้วพิทูลย์ และสรญา แก้วพิทูลย์ (2553). หนอนพยาธิในลำไส้ในประชาชนบ้านทุ่งบอน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการ มอบ, 12(1), 49-63

17. วิลาวัณย์ ภูมิดอนมิ่ง. (2559). กรรมวิธีการผลิตอาหารพื้นบ้านที่ทำจากปลาวงศ์ปลาตะเพียนให้ปลอดพยาธิใบไม้ตับ โดยการใช้อุณหภูมิแช่แข็งกำจัดระยะติดต่อของพยาธิใบไม้ตับที่อยู่ในปลา. คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ ภาควิชาจุลชีววิทยาและปรสิตวิทยา. มหาวิทยาลัยนเรศวร.

18. ศิริลักษณ์ สุดาเดช. (2556). *การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตำบลศรีสมเด็จ อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด*. ขอนแก่น: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น.

19. สุขสันติ ประกอบวงษ์ และงามพิศ ศิริเวชธำรง. (2555). *โรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี เป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขในภาคอีสาน*. ใน: การประชุมวิชาการเครือข่ายวิจัยเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภายใต้เครือข่ายสหวิทยาการเพื่อการวิจัยและพัฒนาแห่งราชบัณฑิตยสถานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 13 ธันวาคม 2555, ณ สุรสัมมนาคาร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี, ม.ป.ท.: ม.ป.พ. ไม่มีเลขหน้า.

20. Sayasone S. Odermatt, et al. Epidemiology of Opisthorchis viverini in a rural district of southern Lao PDR. **Transaction of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**. 2007; 101(1): 40-7.

21. Kaewpitoon, N., Kaewpitoon, S.J. & Pengsaa, P. (2008). Opisthorchiasis in Thailand: review and current status. **World J Gastroenterol, 14**(15), 2297-302.

22. Sayason, S. & Odermatt, P. et al. (2007). Epidemiology of Opisthorchis viverrini in a rural district of southern Lao POR. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 101**(1), 40-7.

23. Aunpromma s. Tangkawattana p, Papirom P, Kanjampa P, Tesana S, Sropa B, et al. High prevalence of Opisthorchis viverrini infection in reservoir hosts in four districts of Khon Kean Province, an opisthorchiasis endemic area of Thailand. Parasitology international. 2012; 61(1): 60-4.

24.Enes JE, Wages AJ, Malone JB, Teasana S. Provence of Opisthorchis viverrini infection in the canine and feline hosts in tree villages, Khon Kean Province, northeastern Thailand. The Southeast Asian journal of tropical medicine and public health. 2010; 41 (1): 36-42

25. Prasonwatana J, Laummaunun wai P, Boonmars T, Pinlaor S. Viable in northeastern Thai cyprinid fish dishes- - as part of a rational program for control of O. viverrrini-associated cholangiocarcinoma. Parasitology research. 2013; 112(3): 1323-7.

26. Pungpak S, Bunnag D, Harinasuta T. Studies on the chemotherapy of human opisthorchiasis: effective dose of praziquantel in heavy infection. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 1985 Jun;16(2):248–52.

การพัฒนาระบบตะกร้าอัจฉริยะสามใบสำหรับการคิดอย่างเป็นระบบด้วยสุนทรียสนทนา

The Development of Three Smart Basket Systems for Systems Thinking with Dialogue

นนทชัย ด่านภักดี [1] วีระชาติ ยุทธชาวิทย์ [2] ภาคิน ตัณฑ์ณรงค์ [3]

Nontachai Danpakdee[1] Werachat Yudthachawit[2] Phakhin Tannarong[3]

(Received: January 30 ,2020 ; Accepted: March 12 ,2020)

บทคัดย่อ

เทคนิคตะกร้าสามใบ เป็นการสะท้อนคิดเชิงสร้างสรรค์ หมายถึงการใคร่ครวญไตร่ตรองในเหตุการณ์ หรือปรากฏการณ์ที่เราประสบเพื่อนำมาเป็นบทเรียนในชีวิตประจำวันได้ทุกเรื่องทุกเวลา ผู้วิจัยแลเห็นประโยชน์ในการนำเทคนิคตะกร้าสามใบมาประยุกต์เข้ากับระบบสารสนเทศที่มีความทันสมัย การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบตะกร้าอัจฉริยะสามใบสำหรับการคิดอย่างเป็นระบบด้วยสุนทรียสนทนา ศึกษาประสิทธิภาพของระบบตะกร้าอัจฉริยะสามใบสำหรับการคิดอย่างเป็นระบบด้วยสุนทรียสนทนา การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อให้ได้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในรูปแบบเว็บแอพพลิเคชั่นที่เข้าถึงผู้ใช้ได้หลายช่องทาง ผ่านเครือข่ายอินเตอร์เน็ต รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพของระบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้เข้าร่วมอบรมการใช้งานระบบ ได้แก่ อาจารย์ บุคลากร และเจ้าหน้าที่ จำนวน 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ t-test แสดงการเปรียบเทียบรายคู่ ผลการวิจัยพบว่า ระบบตะกร้าอัจฉริยะสามใบสำหรับการคิดอย่างเป็นระบบด้วยสุนทรียสนทนาที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมีผลการประเมินประสิทธิภาพของระบบอยู่ในระดับที่มีประสิทธิภาพมาก ค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมอยู่ที่ 4.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 0.39 และคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพของผู้ใช้งานทุกช่วงอายุไม่แตกต่างกัน สรุปได้ว่าระบบตะกร้าอัจฉริยะสามใบสำหรับการคิดอย่างเป็นระบบด้วยสุนทรียสนทนาที่พัฒนาขึ้นมาสามารถใช้งานได้จริง เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้ สะดวกในการใช้งาน ประหยัดทรัพยากรที่เป็นกระดาษ และเกิดประโยชน์แก่องค์กร

คำสำคัญ : เทคนิคตะกร้าสามใบ; ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ; สุนทรียสนทนา; การคิดเชิงระบบ

Abstract

The Three Basket Technique is a reflective technique in creative thinking system, which means pondering over events in daily life. The researchers has anticipated the benefits of the application between the Three Basket Technique and the modern information technology system. This research was aimed to develop and to study the efficiency of the Three Basket Technique for systems thinking by dialogues. This study is a research and development for the application website, expected to be easily achieved by users in various ways from internet. The data was collected by questionnaires about opinions on efficiency of the developed systems. The samples were 30 systems trainees included lecturers, staffs, and officers. The data analysis was conducted by descriptive statistics, and compared two sets of observation by paired sample t-test. The results were found that the Three Basket Technique for systems thinking by dialogue developed by the researchers has had the 'good' efficiency ($\bar{x}$= 4.38, SD= 0.39). The average of the using efficiency in various age groups is not statistically significant. In conclusion, The Three Basket Technique for systems thinking by dialogue is practical with good efficiency. The system is satisfied for the users' need, convenient, economical, and useful.

[1] นักวิชาการคอมพิวเตอร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

[2] ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

[3] เจ้าพนักงานห้องสมุด วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

Keywords : Three Basket Technique, Information Technology System, Dialogue, Systems Thinking

บทนำ

ปัจจุบันการใช้ชีวิตประจำวัน การเรียนหนังสือ การทำงาน จะเกิดการคิดอยู่ตลอดเวลาโดยไม่สามารถนับเป็นครั้งได้ การคิดคือพื้นฐานของการวิเคราะห์ เรียบเรียงและประมวลผลข้อมูล เพื่อนำข้อมูลนั้นไปใช้ในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ การเกิดภาวะทางอารมณ์ เช่น การโดนกดดัน ปีบคั้น ประสิทธิภาพในการตัดสินใจจะลดลง ทำให้เกิดความสับสน ความคิดพุ่งซ่าน ทำให้การตัดสินใจขาดประสิทธิภาพ ไม่เป็นเหตุเป็นผล และเกิดการกระทำไปตามอารมณ์

เทคนิคตะกร้าสามใบ เป็นการสะท้อนคิดเชิงสร้างสรรค์ หมายถึงการใคร่ครวญไตร่ตรองในเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ที่เราประสบเพื่อนำมาเป็นบทเรียนในชีวิตประจำวันได้ทุกเรื่องทุกเวลา ขอเพียงเราไม่มีอคติ ปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์เดิมสู่กระบวนทัศน์ใหม่ โดยตะกร้าใบที่ 1) รู้สึกอย่างไรบ้างต่อเหตุการณ์นั้นๆ ตะกร้าใบที่ 2) เหตุการณ์นั้นได้สะท้อนสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วว่ามีประเด็นอะไรบ้างที่ทำให้เราได้เรียนรู้ และ ตะกร้าใบที่ 3) การเรียนรู้ที่เราได้จะถูกนำไปใช้ประยุกต์ใช้อย่างสร้างสรรค์ในการเรียนรู้ใหม่ นวัตกรรมใหม่ได้อย่างไร

คณะผู้ทำวิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญของปัญหาการคิด และวิธีการคิดอย่างสร้างสรรค์และการคิดอย่างเป็นระบบด้วยเทคนิคตะกร้าสามใบ มาศึกษาและพัฒนาระบบตะกร้าอัจฉริยะสามใบสำหรับการคิดอย่างเป็นระบบ เพื่อนำเทคโนโลยีสารสนเทศในยุคไทยแลนด์ 4.0 เป็นวิสัยทัศน์เชิงนโยบาย ที่เปลี่ยนเศรษฐกิจแบบเดิมไปสู่เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม การเข้าถึงเครือข่ายการเข้าสู่สังคมออนไลน์ ผ่านเครือข่ายอินเตอร์เน็ต ซึ่งต้องยอมรับว่าอินเตอร์เน็ตมีบทบาทสำคัญในการใช้ชีวิตประจำวันในปัจจุบันไปแล้ว ทั้งด้านการสื่อสาร การพูดคุย หรือการค้นหาความรู้ สามารถผ่านเครือข่ายอินเตอร์เน็ตที่เชื่อมต่อกันทั่วโลก สามารถใช้งานได้ตลอดเวลา อีกทั้งเทคโนโลยีโทรศัพท์มือถือที่พัฒนาให้สามารถใช้อินเตอร์เน็ตได้ ทำให้สามารถใช้อินเตอร์เน็ตได้ไม่ว่าจะอยู่ที่ใด หรือเวลาใด ดังนั้นการพัฒนาระบบตะกร้าอัจฉริยะสามใบสำหรับการคิดอย่างเป็นระบบ ต้องมีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ด้วยสุนทรียสนทนา (Dialogue) เพื่อให้เกิดความประสิทธิภาพในการใช้พื้นที่ในการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ที่ทุกคนมีความเสมอภาค ไม่มีผู้นำหรือผู้ตาม เปิดอิสระและไม่ปิดกั้นความคิด เปิดใจรับฟังซึ่งกันและกัน จึงเป็นที่มาในการพัฒนาระบบตะกร้าอัจฉริยะสามใบสำหรับการคิดอย่างเป็นระบบด้วยสุนทรียสนทนา ในรูปแบบเว็บแอปพลิเคชั่นที่ตอบสนองเครื่องมือในการเข้าถึงด้วยคอมพิวเตอร์ สมาร์ทโฟน หรือแท็บเล็ต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบตะกร้าอัจฉริยะสามใบสำหรับการคิดอย่างเป็นระบบด้วยสุนทรียสนทนา
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของระบบตะกร้าอัจฉริยะสามใบสำหรับการคิดอย่างเป็นระบบด้วยสุนทรียสนทนา

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

บุคลากรผู้ผ่านการเข้าร่วมอบรมการใช้ระบบตะกร้าอัจฉริยะสามใบสำหรับการคิดอย่างเป็นระบบด้วยสุนทรียสนทนารวมทั้งหมด 30 คน ด้วยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

การศึกษาวิเคราะห์ ออกแบบและพัฒนาระบบ

ในการพัฒนาระบบตะกร้าอัจฉริยะสามใบสำหรับการคิดอย่างเป็นระบบด้วยสุนทรียสนทนาเพื่อที่จะบรรลุตามตถุประสงค์ และสร้างประสิทธิภาพที่ดีให้กับระบบที่พัฒนาขึ้นมา ผู้พัฒนาต้องศึกษากระบวนการทำงานของเทคนิคตะกร้าสามใบที่ใช้เอกสารในการวิเคราะห์ข้อมูลทราบถึงเทคนิคให้มีความเข้าใจเพื่อทราบถึงปัญหา หรือสาเหตุที่ต้องมีขั้นตอนต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการใช้เทคนิคตะกร้าสามใบ เพื่อนำมาพัฒนาแก้ไขปัญหาในระบบที่พัฒนาให้มากที่สุด รวมถึงการประยุกต์ใช้หลักทางสถิติในการคำนวณ โดยเป็นไปตามลักษณะของวงจรการพัฒนาระบบ (Systems Development Life Cycle : SDLC) ประกอบไปด้วยระยะต่างๆ ดังนี้ ระยะที่ 1 : การวางแผน

โครงการ (Project Planning) ระยะที่ 2 : การวิเคราะห์ (Analysis) ระยะที่ 3 : การออกแบบ (Design) ระยะที่ 4 : การนำไปใช้ (Implementation) ระยะที่ 5 : การบำรุงรักษา (Maintenance)

ระยะที่ 1 : การวางแผนโครงการ (Project Planning) จัดเป็นกระบวนการพื้นฐานของความเข้าใจเพราะเหตุใด ทำไม ระบบสารสนเทศจึงสมควรสร้างขึ้นมา และมีการกำหนดทีมงานในการพัฒนาระบบนี้อย่างไร การเริ่มต้นโครงการ (Project Initiate) จะต้องมีการกำหนดคุณค่าของระบบที่มีต่อองค์กร เช่น ระบบใหม่จะช่วยลดการใช้กระดาษหรือเพิ่มรายได้ให้แก่องค์กรได้อย่างไร โดยคำเรียกร้องให้พัฒนาระบบอาจมาจากนอกเขตพื้นที่ของแผนกพัฒนาระบบก็ได้ เช่น มาจากหน่วยงานในองค์กร (เช่น งานการเงิน ฝ่ายวิจัย ฝ่ายวิชาการ เป็นต้น) คำร้องของระบบ (System Request) เป็นคำร้องขอระบบความต้องการที่เป็นบทสรุปย่อๆ จากนั้นแผนกพัฒนาระบบก็จะทำงานร่วมกับเจ้าของระบบ เพื่อศึกษาความเป็นไปได้

ระยะที่ 2 : การวิเคราะห์ (Analysis) จะตอบคำถามว่า ใคร (Who) เป็นผู้ใช้ระบบ มีอะไรบ้าง (What) ที่ต้องทำ ทำที่ไหน (Where) และเมื่อไร (When) ระยะนี้ทีมงานจะศึกษาระบบงานปัจจุบัน พร้อมระบุแนวทางในการปรับปรุงกระบวนการที่ดีขึ้น เพื่อพัฒนาเป็นแนวคิดสำหรับระบบใหม่ขึ้นมา สิ่งสำคัญของระยะนี้คือ การรวบรวมความต้องการ (Requirements Gathering) นักวิเคราะห์สามารถรวบรวมความต้องการต่างๆ ได้จากการสังเกตการณ์ทำงาน การสัมภาษณ์ แบบสอบถาม การอ่านเอกสารที่เกี่ยวข้อง เป็นระยะที่จะได้พบปะกับผู้ใช้ในระดับต่างๆ ทำให้ทราบถึงกระบวนการทำงาน ปัญหาที่เกิดขึ้น แนวทางแก้ไขโดยผู้ใช้ มาสรุปเป็นข้อกำหนดที่ชัดเจน นำแนวคิดและแบบจำลองมารวมเป็นเอกสารที่เรียกว่า ข้อเสนอระบบ (System Proposal) เพื่อเสนอแก่ผู้สนับสนุนโครงการ หรือผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ

ระยะที่ 3 : การออกแบบ (Design) เป็นการตัดสินใจว่า ระบบจะดำเนินการไปได้อย่างไร (How) ในด้านการจัดหาอุปกรณ์ฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์ โครงสร้างเครือข่ายที่จะใช้ กลยุทธ์การจัดหาระบบ จะต้องได้รับการพัฒนาขึ้นมาเป็นอันดับแรก เพื่อจะได้สร้างความกระจ่างเกี่ยวกับแนวทางในการพัฒนาระบบ ต่อมาก็จะทำการออกแบบสถาปัตยกรรมของระบบ ออกแบบเอาต์พุตและยูสเซอร์อินเตอร์เฟซที่จะเกี่ยวข้องกับการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้กับระบบ ส่วนการออกแบบฐานข้อมูลเพื่อให้รู้ว่าต้องมีข้อมูลอะไรบ้าง ที่ต้องจัดเก็บไว้ในฐานข้อมูล และสุดท้ายคือการออกแบบโปรแกรมเพื่อนำไปใช้กับการเขียนโปรแกรมด้วยภาษาคอมพิวเตอร์ในระยะการนำไปใช้ต่อไป

ระยะที่ 4 : การนำไปใช้ (Implementation) เป็นระยะที่เกี่ยวข้องกับการสร้างระบบ การทดสอบและการติดตั้งระบบ การฝึกอบรมการใช้งาน เพื่อเตรียมความพร้อมต่อการใช้ระบบสารสนเทศให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กรดังที่คาดหวัง การสร้างระบบเป็นขั้นตอนแรกของระยะนี้ โดยเมื่อสร้างระบบแล้วจะต้องทำการทดสอบเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าสามารถดำเนินงานตรงตามที่ออกแบบไว้หรือไม่ เมื่อระบบใหม่ได้รับการติดตั้งแล้ว ก็จะต้องทำการประเมินผลระบบภายหลังการติดตั้งด้วย เพื่อประเมินการทำงานของระบบใหม่ว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ผู้ใช้มีความพึงพอใจมากน้อยเพียงใด

ระยะที่ 5 : การบำรุงรักษา (Maintenance) ระยะนี้ใช้เวลายาวนานที่สุดเมื่อเทียบกับระยะอื่นๆ ที่ผ่านมา เนื่องจากระบบจะต้องได้รับการบำรุงรักษาตลอดระยะเวลาที่มีการใช้งาน ระยะนี้สามารถเพิ่มเติมคุณสมบัติใหม่ๆ เข้าไปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานให้กับระบบได้ เช่น ผู้ใช้งานเพิ่งค้นพบปัญหาจากระบบ จะต้องได้รับการแก้ไขให้ถูกต้องเพื่อสนับสนุนงานผู้ใช้ อีกทั้งแรงกดดันที่มาจากสภาพแวดล้อม และเทคโนโลยี ก็จัดเป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้องค์กรต้องหันมาปรับปรุงระบบ

หลังจากการพัฒนาระบบตะกร้าอัจฉริยะสามใบ คณะผู้วิจัยได้จัดการอบรมการใช้งานระบบ โดยมีการสัมภาษณ์ และสนทนาแบบเจาะประเด็นด้วยการเชิญผู้ร่วมเข้าอบรมการใช้งานระบบตะกร้าอัจฉริยะสามใบ พร้อมร่วมแสดงความคิดเห็น ปรึกษาหาข้อเสนอแนะเพื่อใช้เป็นแนวทางในพัฒนาระบบให้ดียิ่งขึ้น โดยกำหนดการ

ดำเนินการอบรมการใช้งานและทดสอบระบบมีจำนวนผู้เข้ารับการอบรมจำนวน 30 คน ได้แก่ นักวิจัย อาจารย์ เจ้าหน้าที่

การอบรมการใช้งานและทดลองระบบตะกร้าอัจฉริยะสามใบ ผู้วิจัยจะได้ข้อเสนอแนะ รวมถึงปัญหาในการใช้งานจากผู้เข้าร่วมการอบรม เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขระบบให้มีความสมบูรณ์ ตรงตามจุดประสงค์ และเป้าหมายของผู้ใช้งานมากยิ่งขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามวัดประสิทธิภาพระบบตะกร้าอัจฉริยะสามใบสำหรับการคิดอย่างเป็นระบบด้วยสุนทรียสนทนา แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการใช้งานตรงกับความต้องการ ด้านการทำงานได้ตามหน้าที่ ด้านความง่ายต่อการใช้งาน ด้านประสิทธิภาพ และด้านความปลอดภัยของข้อมูล

โดยมีเกณฑ์ประมาณค่าการให้ผลคะแนนของประสิทธิภาพระบบตามความคิดเห็น ดังนี้

5 คะแนน	มีประสิทธิภาพมากที่สุด
4 คะแนน	มีประสิทธิภาพมาก
3 คะแนน	มีประสิทธิภาพปานกลาง
2 คะแนน	มีประสิทธิภาพน้อย
1 คะแนน	มีประสิทธิภาพน้อยที่สุด

และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกับเกณฑ์ประเมินแล้วแปลผลตามช่วงดังต่อไปนี้

ช่วงคะแนน	ระดับความคิดเห็น
4.51 - 5.00	มีประสิทธิภาพมากที่สุด
3.51 - 4.50	มีประสิทธิภาพมาก
2.51 - 3.50	มีประสิทธิภาพปานกลาง
1.51 - 2.50	มีประสิทธิภาพน้อย
0.00 - 1.50	มีประสิทธิภาพน้อยที่สุด

การประเมินและวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ทางสถิติเป็นชุดโปรแกรมสถิติเพื่อสังคมศาสตร์ เพื่อการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวนนับ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน เพื่อพิสูจน์หาความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean) เมื่อได้รับแบบสอบถามและแบบประเมินกลับคืนมาเรียบร้อยแล้วดังนี้

1) วิเคราะห์เกี่ยวกับประสิทธิภาพระบบซึ่งเป็นลักษณะเกณฑ์ประมาณค่า (Rating Scale) วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) พร้อมแปลผลคะแนนประสิทธิภาพระบบ

2) วิเคราะห์เกี่ยวกับการเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการประเมินประสิทธิภาพระหว่างสายงาน ได้แก่ กลุ่มสายสอน และกลุ่มสายสนับสนุนด้วย Independent Sample T-test ว่ามีค่าเฉลี่ยการให้ผลการประเมินประสิทธิภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ ที่ค่านัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05

4. **หนังสือรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์**เลขที่ 621031 ลว.21 สิงหาคม 2562 ออกโดยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ผลการวิจัย

1. ประสิทธิภาพระบบตะกร้าอัจฉริยะสามใบสำหรับการคิดอย่างเป็นระบบด้วยสุนทรียสนทนา แบ่งเป็น

ด้านการใช้งานตรงกับความต้องการ (Functional Requirement) พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับประสิทธิภาพด้านการใช้งานตรงกับความต้องการ คือ 4.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.42 โดยค่าเฉลี่ยของระดับประสิทธิภาพที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ หัวข้อการเรียกใช้งานเมนูที่ต้องการ เช่น เรียกดูหัวข้อเรื่องของตนเอง ที่ค่าเฉลี่ย 4.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.45

ด้านการทำงานได้ตามหน้าที่ (Function) พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับประสิทธิภาพด้านการทำงานได้ตามหน้าที่ คือ 4.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.57 โดยค่าเฉลี่ยของระดับประสิทธิภาพที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ หัวข้อความถูกต้องของการทำงานระบบในภาพรวม ที่ค่าเฉลี่ย 4.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.49 รองลงมาคือ ความถูกต้องของระบบในการปรับปรุงข้อมูล เช่น ข้อมูลการ

โหวตความคิดเห็นสามารถการแก้ไขได้ ที่ค่าเฉลี่ย 4.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.57 หัวข้อ

ด้านความง่ายต่อการใช้งาน (Usability) พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับประสิทธิภาพด้านความง่ายต่อการใช้งาน คือ 4.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.45 โดยค่าเฉลี่ยของระดับประสิทธิภาพที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ หัวข้อความสะดวกในการเข้าใช้งานระบบ เช่น สามารถเข้าสู่ระบบด้วยชื่อผู้ใช้ และรหัสผ่านของตนเองด้วย Username และ Password เดียวกับระบบสารสนเทศหลักของวิทยาลัยฯ ที่ค่าเฉลี่ย 4.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.51

ด้านประสิทธิภาพ (Performance) พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับประสิทธิภาพด้านประสิทธิภาพ คือ 4.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.53 โดยค่าเฉลี่ยของระดับประสิทธิภาพที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ความเร็วในการคำนวณ และประมวลผล ที่ค่าเฉลี่ย 4.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.56

ด้านความปลอดภัยของข้อมูล (Security) พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับประสิทธิภาพด้านความปลอดภัยของข้อมูล คือ 4.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.38 โดยค่าเฉลี่ยของระดับประสิทธิภาพที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ หัวข้อการกำหนดสิทธิ์การเข้าใช้ระบบ เช่น การใช้ชื่อผู้ใช้งาน (Username) และรหัสผู้ใช้งาน (Password) กำหนดสิทธิ์การเข้าใช้ระบบ ที่ค่าเฉลี่ย 4.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.51

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการประเมินประสิทธิภาพระหว่างสายงานพบว่า สายงานต่างกันมีผลการประเมินประสิทธิภาพไม่ต่างกัน

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาและพัฒนาระบบตะกร้าอัจฉริยะสามใบสำหรับการคิดอย่างเป็นระบบด้วยสุนทรียสนทนาในครั้งนี้ นับเป็นการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงความคิด การแบ่งปันประสบการณ์ แบ่งปันความคิด การแสดงออกทางความคิดอย่างเป็นระบบ โดยผ่านระบบสารสนเทศที่พัฒนาในรูปแบบเว็บแอพพลิเคชั่น (Web Application) บนเครื่องแม่ข่าย เพื่อนำระบบไปใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการความรู้ ฝึกการคิดอย่างเป็นระบบ

โดยผลการศึกษาประสิทธิภาพระบบระบบตะกร้าอัจฉริยะสามใบสำหรับการคิดอย่างเป็นระบบด้วยสุนทรียสนทนาที่พัฒนาขึ้นบนเทคโนโลยีสารสนเทศทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการใช้งานตรงกับความต้องการ ด้านการทำงานได้ตามหน้าที่ ด้านความง่ายต่อการใช้งาน ด้านประสิทธิภาพ และด้านความปลอดภัยของข้อมูล พบว่า ผลคะแนนการประเมินประสิทธิภาพเฉลี่ยอยู่ในระดับมีประสิทธิภาพมาก และในทุกด้านอยู่ในระดับมีประสิทธิภาพมากเช่นเดียวกัน และจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของผลการประเมินประสิทธิภาพระหว่างสายสอนและสายสนับสนุน พบว่า ค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพของสายสอนไม่แตกต่างจากสายสนับสนุน ระบบจึงมีความยืดหยุ่น เหมาะสมและใช้งานง่ายทั้งสองสายงาน

ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรเตรียมความพร้อมในด้านอุปกรณ์เทคโนโลยีเพื่อให้รองรับกับระบบสารสนเทศ

2. ควรเตรียมความพร้อมให้บุคลากรในการศึกษาเทคนิคตะกร้าสามใบ และการใช้งานระบบสารสนเทศเบื้องต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรให้มีการพัฒนาระบบอยู่สม่ำเสมอให้สอดคล้องเทคโนโลยีปัจจุบัน

2. ควรมีการพัฒนาเพิ่มเติมในส่วนของการนำหลักการคำนวณทางสถิติเข้ามาร่วมกับการวิเคราะห์ความคิดเห็น ทัศนคติของผู้ใช้งาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณ ดร.มกราพันธุ์ จูฑะรสก ที่ให้ความกรุณาข้อแนะนำและแนวทางการเขียนบทความ รวมถึงเป็นผู้ให้แนวคิด ผลักดัน และสละเวลาในการเป็นวิทยากรจนทำให้เกิดผลงานวิจัยและนำมาเขียนบทความวิชาการเผยแพร่ฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

มกราพันธุ์ จูฑะรสก. (2551). **การคิดอย่างเป็นระบบ: การประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน**. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.

มกราพันธุ์ จูฑะรสก และ อณิษฐา จูฑะรสก. (2560). **กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยตะกร้า 3 ใบ.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ บริษัท แดเน็กซ์ อินเตอร์ คอร์ปอเรชั่น จำกัด.

มกราพันธุ์ จูฑะรสก, วัชรี อมรโรจน์วรวุฒิ และ ศักดิ์ชรินทร์ นรสาร. (2552). **การพัฒนาหลักสูตรการพัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบสำหรับอาจารย์พยาบาลในการประชุมวิชาการวิจัยทางการศึกษาระดับชาติ ครั้งที่ 13. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา (สกศ.).** นนทบุรี : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล.

สมจิตร อาจอินทร์ และงามนิจ อาจอินทร์. (2549).**หลักการวิเคราะห์และออกแบบระบบฐานข้อมูล.** ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

สมศักดิ์ โชคชัยชุติกุล. (2551). **Insight PHP ฉบับสมบูรณ์**. กรุงเทพฯ: โปรวิชั่น.

วิเชียร เปรมชัยสวัสดิ์. (2547). **ระบบฐานข้อมูล.** กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น)

โอภาส เอี่ยมสิริวงศ์. (2555). **การวิเคราะห์และออกแบบระบบ.** กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น.

อำไพ พรประเสริฐสกุล. (2544). **การวิเคราะห์และออกแบบระบบ.** กรุงเทพฯ: ออฟเซทเพรส.

ผลการอบรมการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

The effects of traffic accident prevention training on knowledge, attitude and practice in traffic accident prevention of the staff at Boromarajonani College of Nursing, KhonKaen.

กล้วยไม้ ธิพรพรรณ[1] กิตติภูมิ ภิญโย[1] ปิยนุช ภิญโย[1] ประภัสศรี ชาวงษ์[1] ณรงค์ คำอ่อน[1] วิรุฬจิตรา อุ่นจางวาง[2]

Klauymai Thipornphan, Kittiphoom Phinyo, Prapatsri Shawong, Piyanuch Phinyo, Narong Kam-on, wiroonjitra aunchangwang

(Received: January 30 ,2020 ; Accepted: March 12, 2020)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ศึกษาหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการอบรม (One Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ก่อนและหลังการอบรมการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร ประชากร ประกอบด้วย อาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ปีการศึกษา 2560 จำนวน 490 คน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง คือ อาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ที่เข้ารับการอบรมการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ย กรณีทราบประชากร ได้จำนวน 193 คน เพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 200 คน ได้รับแบบสอบถามกลับคืน 200 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบวัดความรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร 3) แบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร และ 4) แบบสอบถามการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการอบรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางการจราจร

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษา จำนวน 177 คน (ร้อยละ 88.50) เป็นอาจารย์และเจ้าหน้าที่ จำนวน 23 คน (ร้อยละ 11.50) ความรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรก่อนการอบรมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 87 คน (ร้อยละ 43.50) ความรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรหลังการอบรมอยู่ในระดับสูง จำนวน 141 คน (ร้อยละ 70.50) ความรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *p < 0.05, Paired t-test=0.96 ทัศนคติต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร ก่อนการอบรม อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ =3.63, SD=0.97) หลังการอบรม อยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ =4.31, SD=0.85) ทัศนคติต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *p<0.05, Paired t-test=0.746 การปฏิบัติตัวต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรก่อนการอบรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ =3.30, SD=0.92) หลังการอบรมอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ =4.55, SD=0.49) การปฏิบัติตัวต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *p < 0.05, Paired t-test = 0.656 ข้อเสนอแนะ ผู้บริหารควรให้ความสำคัญ ให้การส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมโครงการต่อเนื่อง

คำสำคัญ อุบัติเหตุทางการจราจร

Abstract

This study was quasi-experimental research using one group pretest-posttest design to compare knowledge, attitude and practice on traffic accident prevention of the staffat Boromarajonani College of Nursing, KhonKaen before and after attendingthe accident prevention training. The population consisted of 490 lecturers, staff and nursing students at Boromarajonani College of Nursing, KhonKaen in the academic year 2017. The purposive sampling method was used to select the samples, including lecturers,staff and nursing students who attended the training to prevent traffic accidents and voluntarily participated in the study.The sample size was determined using the estimation of themeanof finite population. A total of 193 people were obtained.In order to prevent data incompleteness, the researcher increased the sample size to 200 people and 200 questionnaires were submitted back, representing 100%.The instruments consisted of 1) general information, 2) the testof traffic accident prevention knowledge, 3) the questionnaire of traffic accident prevention attitude, and 4) the questionnaire of traffic accident prevention practice. The data werecollected before and after thetraffic accident prevention training.

[1] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

[2] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

The study indicated that most of the samples were students: 177 people (88.50%),23 lecturers (23.50%) and23 staff (23.50%). Before attending the training, 87 people (43.50%)had the knowledge about traffic accident prevention at a moderate level. However, after attending the training,141 people (70.50%)hadthe knowledge about traffic accident prevention at a high level. Therefore, the knowledge about traffic accident prevention after attending the training was statistically significanthigher than before attending the training(*p < 0.05, Paired t-test=0.96).The attitude toward traffic accident prevention before training was at a moderate level ($\overline{X}$ =3.63, SD=0.97)while that of after training was at a high level($\overline{X}$ =4.31, SD=0.85). The attitude toward traffic accident prevention after attending the training was statistically significant higher than before attending the training (*p<0.05, Paired t-test=0.746).The practice of traffic accident prevention trainingbefore training was at a moderate level($\overline{X}$ =3.30, SD=0.92)while that of after training was at a high level ($\overline{X}$ = 4.55, SD = 0.49). The practice of traffic accident prevention after attending the training was statistically significant higher than before attending the training (*p < 0.05, Paired t-test=0.656). Recommendations The administratorsshould continueproviding support forthis activity.

Keyword: traffic accident

บทนำ

อุบัติเหตุการจราจรเป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บ สูญเสียทรัพย์สิน สูญเสียชีวิต และพิการ ในประเทศไทยในปี 2554 ของทีมแผนงานสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุจราจรระดับจังหวัด (สอจร.) พบว่าภาพรวมของสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยด้านการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อแสนประชากรค่าเฉลี่ยของประเทศอยู่ที่ 20.81 ต่อแสนประชากร จังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อรถจดทะเบียน 10,000 คันสูงสุดสิบอันดับแรก ได้แก่ นครปฐม สมุทรสาคร สระแก้ว สุพรรณบุรี แพร่ ภูเก็ต สระบุรี ระนอง ตราด และ อุทัยธานี ด้วยอัตรา 46.30, 43.68, 34.27, 34.08, 33.57, 32.78, 32.56, 31.55, 31.53 และ 31.09 ต่อแสนประชากร ภาคตะออกเฉียงเหนือมีอัตราการตายด้วยอุบัติเหตุจราจรทางถนนสูงสุดที่ 26.50 ต่อแสนประชากร สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศถึง 5.69 ต่อแสนประชากร โดยมีรายงานการเกิดอุบัติเหตุ 3,132 ครั้ง ผู้เสียชีวิต 468 คน ผู้บาดเจ็บ 29,494 ราย อัตราการเกิดอุบัติเหตุ 177.34 ต่อแสนประชากร จังหวัดขอนแก่น มีอัตราการเสียชีวิต 7.11 ต่อรถจดทะเบียน 10,000 คัน อัตราการบาดเจ็บด้วยอุบัติเหตุจราจร 1,670.04 ครั้งต่อแสนประชากร เป็นอันดับ 2 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือรองจากมุกดาหาร 1709.14 ครั้งต่อแสนประชากร สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุในจังหวัดขอนแก่น เกิดจากรถจักรยานยนต์มากที่สุด 23,863 ครั้ง รองลงมา เป็นรถสี่ล้อ รถบรรทุก และรถโดยสารขนาดใหญ่ จากข้อมูลศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2561) [1] มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตในช่วงสงกรานต์ ระหว่างวันที่ 11-17 เมษายน 2561 พบว่ามีผู้บาดเจ็บ 27,708 ราย เสียชีวิต 450 ราย โดยจังหวัดขอนแก่น มีการบาดเจ็บสูงสุดอันดับที่ 4 ของประเทศ จำนวน 797 ราย เสียชีวิต 8 ราย ผลกระทบที่เกิดจากการเกิดอุบัติเหตุแต่ละครั้งไม่ได้ทำให้เกิดเฉพาะการบาดเจ็บและสูญเสียชีวิตเท่านั้น แต่ยังส่งผลให้ทรัพย์สินเสียหาย การจราจรขาดความคล่องตัว นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความสูญเสียต่างๆ ทางสังคมที่ไม่สามารถวัดหรือตีค่าเป็นเงินได้ เช่น ภาพพจน์ของการเป็นเมืองท่องเที่ยว ความปลอดภัยในการเดินทาง เป็นต้น ดังนั้นการลดอุบัติเหตุการตายบนท้องถนนจึงนับเป็นวาระสำคัญระดับชาติของประเทศ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ตั้งอยู่ที่หมู่ 2 ตำบลบ้านเป็ด ถนนเลี่ยงเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น มีนักศึกษาจำนวนมากกว่า 400 คน/ปี สภาพการณ์การจราจร คือ มีถนนเลี่ยงเมืองเป็นถนน 4 เลน เข้าสู่ตัวเมือง มีถนนสายตรงแยกจากถนนเลี่ยงเมืองที่มีขนาดกว้าง มีความยาวประมาณ 1.9 กม. มีซอยเล็กๆ จำนวนมาก มีหลายจุดที่เป็นจุดตัด ส่วนทางตรงมีโรงเรียนประถมศึกษา ร้านค้า และศูนย์เด็กเล็ก ที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง นักศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ใช้รถจักรยานยนต์เดินทางผ่านถนนเลี่ยงเมืองเข้าสู่เมืองเพื่อกลับบ้าน เดินทางสู่ชุมชน หมู่ 1 หมู่ 2 หมู่ 3 และ หมู่ 18 เพื่อฝึกปฏิบัติงาน และซื้ออาหาร พบว่าปี 2558-ปัจจุบัน มีนักศึกษาเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ 25 ราย ได้รับ

บาดเจ็บ สมองกระทบกระเทือน 1 ราย ขาหัก 2 ราย แขนหัก 2 ราย ที่เหลือมีแผลถลอกตามร่างกาย ส่งผลกระทบต่อการเรียน ร่างกาย และจิตใจตามมา

จากปัญหาความสำคัญดังกล่าว งานปกครองวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น จึงได้จัดอบรมการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร ประกอบด้วย สถานการณ์ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน กฎจราจร วินัยจราจร กฎหมายรถจักรยานยนต์ รถยนต์ที่ควรรู้ พรบ.รถ การขับขี่ปลอดภัย และด้วยความเห็นร่วมกันระหว่างผู้บริหารเทศบาลบ้านเป็ดและอาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น จึงร่วมกันวางแผนการดำเนินการสำรวจจุดเสี่ยง ด้วยฮิยาริโมเดล (Hiyari Hotto Model) ในพื้นที่บ้านเป็ด หมู่ 1 หมู่ 2 หมู่ 3 และ หมู่ 18 ร่วมกับเทศบาลบ้านเป็ด เพื่อให้มีการนำข้อมูลไปใช้ในการแก้ไขจุดเสี่ยงให้เกิดประโยชน์ต่อนักศึกษา ประชาชนในพื้นที่ และขยายผลในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

จากการทบทวนงานวิจัย ยังไม่พบการศึกษาความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ของบุคลากรในหน่วยงานภาครัฐ พบเพียงการศึกษาเกี่ยวกับหมวกนิรภัย ของ บรรจง พลไชยและอุทัยวรรณ สุกิมานิล[2] ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ ทัศนคติและพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยนครพนม พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการใช้หมวกนิรภัย และทัศนคติต่อการใช้หมวกนิรภัยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =3.73,3.62, SD=0.89,0.84) พฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.16, SD=0.78) ปราณี ทองคำ ทวี ทองคำ และจีราพร หิรัญรัตนธรรม[3] ศึกษาปัจจัยด้านคุณลักษณะและรูปแบบการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย สายสามัญและอาชีวศึกษาที่ขับขี่จักรยานยนต์จาก 10 โรงเรียนในเขตเทศบาลเมืองสุราษฎร์ธานี พบว่านักเรียนมีพฤติกรรมไม่สวมหมวกนิรภัย(ร้อยละ58) บุบผา ลาภทวี[4] ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของผู้บาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้บาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ จำนวน 110 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายที่บังคับใช้หมวกนิรภัยระดับปานกลาง(ร้อยละ 55.5) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ α=0.05 ได้แก่การมีหมวกนิรภัยเป็นของตนเอง ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ประสบการณ์ในการขับขี่ การเป็นเจ้าของรถ การมีใบอนุญาตขับขี่ ประสบการณ์ได้รับอุบัติเหตุ ประสบการณ์การกระทำความผิด และความรู้เกี่ยวกับกฎหมายที่ใช้บังคับหมวกนิรภัยของ เลอศักดิ์ ศิริรูป[5] ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ในเขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนบ่อพลอย อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 59.33) อายุ อาชีพ และทัศนคติเกี่ยวกับการสวมหมวกนิรภัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ส่วนเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน การเคยได้รับอุบัติเหตุ และความรู้เกี่ยวกับหมวกนิรภัย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตามกฎหมายจราจรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ผลการอบรมการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่นเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ของนักศึกษา อาจารย์ เจ้าหน้าที่และผู้ที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันอุบัติเหตุจราจรของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ก่อนและหลังการอบรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจร

วิธีการวิจัย

เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบศึกษาหนึ่งกลุ่ม วัดผลของโปรแกรมก่อน

และหลังการได้รับโปรแกรมการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันอุบัติเหตุจราจรของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือน สิงหาคม 2560 ถึงเดือนกรกฎาคม 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) คือ บุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ประกอบด้วยอาจารย์ เจ้าหน้าที่สายสนับสนุน และนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2560 จำนวนทั้งหมด 490 คน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ อาจารย์ เจ้าหน้าที่สายสนับสนุน และนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ที่เข้ารับการอบรม การป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักความน่าจะเป็น ตามสูตรการประมาณค่าเฉลี่ยกรณีทราบประชากร

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) บุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ประกอบด้วยอาจารย์ เจ้าหน้าที่สายสนับสนุน และนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2560 2) เข้าร่วมการอบรม การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางการจราจร ที่วิทยาลัยฯจัดขึ้น 3) มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1) บุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ที่ลาออก ลาศึกษาต่อ หรือย้ายไปอยู่ที่อื่น 2) ไม่ได้เข้าร่วมการอบรม การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางการจราจร ที่วิทยาลัยฯจัดขึ้น 3) ไม่สมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ จำนวน 4 ตัวเลือก

ส่วนที่ 3 ทัศนคติ ต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 อันดับตัวเลือก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ **ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)** ของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ความครอบคลุมข้อรายการ สำนวนภาษาและให้ข้อเสนอแนะต่างๆ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาปรับปรุงแก้ไข **ความเที่ยง (Reliability)** ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นในแต่ละด้าน ดังนี้ แบบวัดความรู้ หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: KR–20) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.701 แบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.867

แบบสอบถามการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.762

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบ ความรู้ ทัศนคติต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร และการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร ก่อนและหลังการอบรม โดยใช้ t-test Pair (t-test dependent)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมวิจัย โดยยึดหลักการเคารพความเป็นบุคคล (Principle of Respect of human dignity) โดยการขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง และการสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย มีการแจ้งให้กลุ่มประชากรทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ทุกครั้งโดยไม่ปิดบังข้อมูล รวมถึงการตอบแบบสอบถามและบันทึกข้อมูลการวิจัยเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมไม่มีการระบุชื่อ สกุล ที่บ่งชี้ตัวบุคคลได้ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย หลักผลประโยชน์ (Principle of Beneficence) โดยขั้นตอนการดำเนินการวิจัยไม่มีอันตรายที่จะทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ ชีวิตและทรัพย์สินแต่อย่างใด หลักความยุติธรรม (Principle of Justice) โดยการแจ้งให้กลุ่มประชากรทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกครั้งโดยไม่ปิดบังข้อมูล รวมถึงการให้ข้อมูลประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมแก่ทุกคนอย่างเท่าเทียม

สรุปและอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 180 คน (ร้อยละ 90) เพศชายจำนวน 20 คน (ร้อยละ 10) มีอายุเฉลี่ย 22.50 ปี (SD = 0.83) อายุมากที่สุด 55 ปี อายุน้อยที่สุด 18 ปี เป็นนักศึกษา จำนวน 177 คน (ร้อยละ 88.50) เป็นอาจารย์และเจ้าหน้าที่ จำนวน 23 คน (ร้อยละ 11.50) ใช้รถยนต์ จำนวน 42 คน (ร้อยละ 21) ผู้ที่ใช้รถยนต์ มีใบอนุญาตขับขี่รถยนต์ จำนวน 42 คน (ร้อยละ 100) ใช้รถจักรยานยนต์ 178 คน (ร้อยละ 89) ผู้ที่ใช้รถจักรยานยนต์มีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ จำนวน 116 คน (ร้อยละ 65.16) ผู้ใช้รถจักรยานยนต์สวมหมวกนิรภัยทุกครั้ง จำนวน 146 คน (ร้อยละ 82.02) สวมเป็นบางครั้ง จำนวน 32 คน (ร้อยละ 18) เคยถูกจับกุมความผิดเกี่ยวกับวินัยจราจร จำนวน 63 คน (ร้อยละ 31.5) สาเหตุส่วนใหญ่ คือ ไม่สวมหมวกนิรภัย รองลงมาเป็น ไม่มีใบอนุญาตขับขี่ ไม่มี พรบ.รถ และขับรถย้อนศร ตามลำดับ เคยได้รับอุบัติเหตุทางการจราจร จำนวน 39 คน (ร้อยละ 19.5) รวมทั้งหมดจำนวน 52 ครั้ง

2. ความรู้ด้านการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร

2.1 ความรู้ด้านการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรก่อนการอบรมการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 87 คน (ร้อยละ 43.5) รองลงมา คือ มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 79 คน (ร้อยละ 39.5) และระดับสูง จำนวน 34 คน (ร้อยละ 17)

2.2 ความรู้ด้านการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรหลังการอบรมการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ อยู่ในระดับสูง จำนวน 141 คน (ร้อยละ 70.5) รองลงมา มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 50 คน (ร้อยละ 25) และระดับต่ำ จำนวน 9 คน (ร้อยละ 4.5)

2.3 เปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรของบุคลากร ก่อนและหลังการอบรมการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร พบว่าความรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรของบุคลากร หลังอบรมมากกว่าก่อนการอบรมการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *p < 0.05, Paired t-test=0.96

3. ทัศนคติต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร

3.1 พบว่าทัศนคติต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร ก่อนการอบรมการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ =3.63, SD=0.97) ส่วนทัศนคติต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรหลังการอบรมการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ =4.31, SD=0.85)

3.2 เปรียบเทียบทัศนคติต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรของบุคลากร ก่อนและหลังการอบรมการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร พบว่าทัศนคติต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรของบุคลากร หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *p < 0.05, Paired t-test=0.746

4. การปฏิบัติตัวต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร

4.1 พบว่าการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรก่อนการอบรมการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ =3.306, SD=0.920) ส่วนการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรหลังการอบรมการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ =4.551, SD=0.499)

4.2 เปรียบเทียบการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรของบุคลากร ก่อนและหลังการอบรมการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร พบว่าการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรของบุคลากร หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *p < 0.05, Paired t-test = 0.656

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ก่อนและหลังการอบรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางการจราจร ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรของบุคลากรหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *p < 0.05, Paired t-test=0.96 ทัศนคติต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรของบุคลากรหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *p < 0.05, Paired t-test=0.746 และการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรของบุคลากร หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *p<0.05, Paired t-test=0.656 สอดคล้องกับ Bloom [6] ที่กล่าวว่าความรู้เป็นขั้นแรกของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจดจำอาจจะโดยการนึกได้ มองเห็น ได้ยิน หรือ ได้ฟังและเป็นขั้นตอนที่นำไปสู่พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเข้าใจ และ Roger [7] กล่าวว่าทัศนคติเป็นดัชนีชี้ว่าบุคคลนั้นคิด รู้สึกอย่างไรกับคนรอบข้าง วัตถุ สิ่งแวดล้อม ตลอดจนสถานการณ์ต่างๆ ทัศนคติมีรากฐานมาจากความเชื่อที่อาจส่งผลถึงพฤติกรรมในอนาคตได้ ทัศนคติ เป็นความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึก ความเชื่อ การรับรู้ของบุคคลกับแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมโต้ตอบในทางใดทางหนึ่งต่อเป้าหมาย ทัศนคติเป็นเรื่องของจิตใจ ท่าที ความรู้สึกนึกคิดและความโน้มเอียงของบุคคล ที่มีต่อข้อมูลข่าวสารและการปฏิบัติต่อสิ่งที่ได้รับมา การที่บุคคลมีทัศนคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดต่างกัน ก็เนื่องมาจากบุคคลมีความเข้าใจ มีความรู้สึกหรือมีแนวความคิดแตกต่างกัน ซึ่งส่วนประกอบทางด้านความคิด หรือ ความรู้ ความเข้าใจ จึงนับได้ว่าเป็นส่วนประกอบขั้นพื้นฐานของทัศนคติ ซึ่ง Katz Daniel [8] กล่าวว่า บุคคลทุกคนจะอาศัยทัศนคติ เป็นเครื่องยึดถือสำหรับการปรับพฤติกรรมของตนให้เป็นไปในทางที่จะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนสูงที่สุดและให้มีผลเสียน้อยที่สุด ดังนั้นทัศนคติ จึงสามารถเป็นกลไกที่จะสะท้อนให้เห็นถึงเป้าหมายที่พึงประสงค์และที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้แนวโน้มของพฤติกรรมเป็นไปในทางที่ต้องการมากที่สุด ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่า หลังการอบรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางการจราจร ผู้เข้ารับการอบรมจะมีความรู้มากขึ้น ส่งผลให้มีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรมากขึ้น ซึ่ง Skinner [9] กล่าวว่า พฤติกรรมมนุษย์ถูกควบคุมโดยเงื่อนไขแห่งการเสริมแรง และเงื่อนไขแห่งการลงโทษ สอดคล้องกับประกาศวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เมื่อวันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2559 เรื่อง มาตรการองค์กร การสวมหมวกนิรภัย 100% ที่กำหนดให้อาจารย์ เจ้าหน้าที่ นักศึกษาและผู้ที่เกี่ยวข้องได้ปฏิบัติ เพื่อความปลอดภัย และเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ประชาชน โดย 1) ผู้ขับขี่รถต้องมีใบอนุญาตขับขี่ 2) ผู้ขับขี่และผู้ซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ต้องสวมหมวกนิรภัยทุกครั้งในการเข้า-ออกวิทยาลัย กรณีไม่สวมหมวกนิรภัย รปภ. จะให้ลงชื่อที่ป้อมยาม และให้ยืมหมวกนิรภัยไปใช้ก่อนออกนอกวิทยาลัยและนำมาคืนหลังกลับเข้ามาที่วิทยาลัย ให้อาจารย์ปกครองติดตามข้อมูล นักศึกษาที่ไม่ปฏิบัติจะดำเนินการโดย ครั้งที่ 1 ตักเตือน ครั้งที่ 2 ภาคทัณฑ์ ครั้งที่ 3 เป็นต้นไปจะถูกหักคะแนนความประพฤติครั้งละ 1 คะแนน ส่วนอาจารย์ และเจ้าหน้าที่ที่ไม่ปฏิบัติจะแจ้งหัวหน้างานเพื่อตักเตือนและเป็นข้อมูลในการพิจารณาความดีความชอบ

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้พบว่าความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร ของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น หลังการ

อบรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางการจราจรจะสูงกว่าก่อนการอบรมทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *p < 0.05 ดังนั้นผู้บริหารควรให้ความสำคัญ ให้การส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมโครงการต่อเนื่องทุกปีเพื่อพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เจาะลึก การสอบถามปัญหาของอาจารย์ เจ้าหน้าที่และนักศึกษาต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาต่อไป

2. ควรศึกษาวิเคราะห์องค์ประกอบต่างๆที่อาจมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร ของอาจารย์ เจ้าหน้าที่และนักศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือและการสนับสนุนจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์วิทยา ชาติบัญชาชัย ผู้อำนวยการศูนย์ความร่วมมือองค์การอนามัยโลก และประธานแผนงานสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุจราจรระดับจังหวัด นายแพทย์สมคิด เลิศสินอุดม ผู้อำนวยการศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤติบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น นางนิตยาภรณ์ สีหาบัว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤติบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นที่ปรึกษางานวิจัย ขอขอบคุณนักศึกษา อาจารย์และเจ้าหน้าที่ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมและตอบแบบสอบถาม ท้ายสุดขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. ข้อมูลศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรระบบบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข PHEM (Public Health Emergency Management) และการใช้งานระบบ WEB EOC ในการรองรับภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System) กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขปี 2561. สืบค้นเมื่อ 30 สิงหาคม 2561 จาก http://pher.moph.go.th/wordpress/เอกสาร โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ. 2561.

2. บรรจง พลไชยและอุทัยวรรณ สุกิมานิล. การศึกษาพฤติกรรมและปัญหาการสวมหมวกนิรภัยของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยนครพนม. **วารสารวิจัยสธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**; 5(1): 45-54. 2555.

3. ปราณี ทองคำ ทวี ทองคำ และจีราพร หิรัญรัตนธรรม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่ขับขี่รถจักรยานยนต์ในเขตเทศบาลเมืองสุราษฎร์ธานี. **วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษศาสตร์**; 14(2): 272 – 288. 2551.

4. บุบผา ลาภทวี. **ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของผู้บาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.** 2555.

5. เลอศักดิ์ ศิริ. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ในเขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนบ่อพลอย อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด. ตราด: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด.** 2552.

6. Bloom, B. S. **Handbook on formation and Summative Evaluation of Student Learning**. New York: Mc. Graw-Hill Book Company. 1960.

7. Roger, D. **The psychology of adolescence**. New York: Applton Century-Crofts. 1978.

8. Katz Daniel. **The Functional Approach to the Study of Attitudes**. Princeton University. 1960.

9. Skinner, B. F. **Beyond freedom and dignity**. New York: Vintage Books. 1972.

การศึกษารูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพที่ 1

The study and suggest to implementation of long term care model for elderly with dependent, National Health Insurance Health Region 1.

ชาลี เอี่ยมมา[1] , รัชนีวัลย์ ปาณฐูป[2]

(Received: January 30 ,2020 ; Accepted: March 15 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา และเสนอแนะแนวทางการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เขตสุขภาพที่ 1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และสุ่มแบบแบ่งชั้น ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่ง ชาติ เขต 1 เชียงใหม่ , สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาว(CM) เขตสุขภาพที่ 1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การประชุมกลุ่ม และใช้แบบสอบถาม โดยส่วนที่ 2 และ 3 มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.831 และ 0.872 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เขตสุขภาพที่ 1 มีการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพและมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว อยู่ระหว่างร้อยละ 80 – 100 ความสามารถและความคิดเห็นของ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ในการปฏิบัติงาน ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.42 S.D. = 0.195 และ$\bar{X}$ = 4.26 S.D.=0.711) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะในการดูแล ควรเน้นการดูแลทั้งกาย ใจ และสวัสดิการทางสังคม โดยใช้แนวคิดชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ ประกอบด้วย การบริการสุขภาพในชุมชน การบริการสังคมในชุมชน รวมถึงการจัดระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข, ผู้สูงอายุ, ภาวะพึ่งพิง

ABSTRACT

The survey research was to study and suggest to implementation of long term care model for elderly with dependent, Health Region 1. The samples selected by purposive and stratified sampling were the responsible work of elderly in Health Region 1, Provincial health office, Local government and care managers Collected data by focus group and questionnaire had Cronbach's alpha coefficient part 1 and 2 0.831, 0.872 respective. Data were analyzed by descriptive and content analysis.

The result found that the Implementation of long term care model for elderly with dependent, Health Region 1 were screening health and classify group of elderly for long term care 80 – 100 percentage. Ability and opinion of care managers were high level ($\bar{X}$ = 4.42 S.D. = 0.195 and $\bar{X}$ = 4.26 S.D.= 0.711) respective.

The suggest were focus on long term care of health mental and social welfare. Base on community care consists of health services, home health care and social service including continuous of long term care.

Keywords : implementation of long term care model, elderly, elderly with dependent

[1] นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองตรวจราชการสาธารณสุข

[2] ผู้ช่วยผู้อำนวยการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 1 เชียงใหม่

บทนำ

สังคมผู้สูงอายุหรือสังคมสูงวัย (ageing society) เป็นสถานการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก ประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงอายุแล้วเช่น ญี่ปุ่น ประเทศทางตะวันตก ได้มีการเตรียม การเข้าสู่สังคมสูงอายุมาหลายปี นักวิชาการระบุว่าประเทศต่าง ๆ เหล่านั้นมีการวางแผนนโยบายแผนงานและบริการต่าง ๆ เตรียมการประเทศเข้าสู่สังคมสูงอายุเป็นเวลากว่า 100 ปี ปฏิบัติมาเป็นระยะและสามารถเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างเป็นขั้น ตอนและเกิดปัญหาขึ้นน้อย แต่เมื่อพิจารณาถึงประเทศไทยมีเวลาเตรียมการเข้าสู่สังคมสูงอายุในปี 2548 เพียง 20 ปีเท่านั้น ซึ่งนับว่าเป็นระยะเวลาที่สั้นมากดังนั้นจึงเป็นสภาวะการที่ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษและเร่งด่วน[1] ในระดับประชาคมอาเซียน 10 ประเทศ มีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเช่น เดียวกัน ใน พ.ศ. 2559 มีจำนวน 3 ประเทศที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุแล้ว คือ ประเทศสิงคโปร์ (ร้อยละ 18.7) ประเทศไทย (ร้อยละ 16.5) และประเทศเวียดนาม (ร้อยละ 10.7) โดยมีแนวโน้มว่าประชา กรโลกจะมีอายุสูงขึ้นเรื่อย ๆ การสูงอายุของประ ชากรจึงเป็นปรากฏการณ์ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรทั่วโลกอยู่ในปัจจุบันและในอนาคตข้างหน้า ผู้สูงอายุของประเทศไทยใน พ.ศ. 2560 มีจำนวนทั้งสิ้น 11,312,447 คน เป็นชายร้อยละ 44.94 และหญิง ร้อยละ 55.06 โดยจำแนกตามกลุ่มช่วงวัย โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยต้น (60 - 69 ปี) ร้อยละ 57.4 กลุ่มวัยกลาง (70 - 79 ปี) ร้อยละ 29 และกลุ่มวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 13.6[2]

วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้านเป็น ไปในทางลบและเสื่อมถอย รวมทั้งการป่วยเป็นโรคเรื้อรังต่าง ๆ นอกจากปัญหาทางด้านร่างกายแล้วผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปรับตัวได้ไม่ดีอาจเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจควบคู่กันไปด้วย สังคมผู้สูงอายุส่งผลกระทบอย่งกว้างขวาง ทั้งในระดับครัวเรือน และระดับมหภาค ได้แก่ ผลต่อผลผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ รายได้ต่อหัวประชากร การออมและการลงทุน งบประมาณรัฐบาล การจ้างงานและผลิตภาพแรงงานในระดับจุลภาค การบริการด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะในด้านสุขภาพและการเงิน[3] อัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุหรืออัตราการพึ่งพิง เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี 2537 เป็น 10.7 ในปี 2545 เป็น 14.3 และในปี 2550 เพิ่มขึ้นเป็น 16.0 หมายถึง ประชากรวัยแรงงาน 100 คน ต้องรับภาระในการเลี้ยงดูผู้สูง อายุ 16 คน อัตราการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ มีแนวโน้มลดลง จากในปี 2537 เป็น 9.3 ปี 2545 ลดลงเป็น 7.3 และ ในปี 2550 เป็น 6.3 หมายถึง คนวัยแรง งาน 6 คน ที่มีศักยภาพที่จะดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุ 1 คน มีจำนวนลดลง วัยแรงงานจะต้องรับภาระผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังในครัว เรือนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากในปี 2537 เป็นร้อยละ 3.6 ปี 2545 เป็นร้อยละ 6.3 ปี 2550 เพิ่มเป็นร้อยละ 7.7 ทั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุ ที่อยู่ลำพังในครัวเรือนร้อยละ 43.3 มีปัญหาที่พบมากคือ รู้สึกเหงา ร้อยละ 51.2 ไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 27.5 ต้องเลี้ยงชีพด้วยตนเอง หรือมีปัญหาทางการเงิน ไม่มีคนช่วยทำงานบ้าน และอื่น ๆ เป็นร้อยละ 15.7, 5.2 และ 0.4 ตามลำดับ[4]

ปัญหาสุขภาพในวัยสูงอายุส่งผลให้การช่วย เหลือตนเองลดลง และการพัฒนาเทคโนโลยีทาง ด้านการแพทย์และการพยาบาลและการสาธารณ สุข ทำให้การตาย หรือการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น มีอายุยืนยาวขึ้น อย่างไรก็ตามผู้รอดชีวิตเหล่านั้นมักมีภาวะทุพพลภาพหลงเหลืออยู่ ส่งผลให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ ร้อยละ 18.9 มีปัญหานาน กว่า 6 เดือน ความชุกจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นและพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 7 ของผู้สูงอายุไทยจะมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง หรือ พึ่งพาผู้อื่นปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คาดการณ์ปี 2553, 2563, และ 2573 จะมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง 499,837 คน, 741,766 คน และ 1,103,754 คน ตามลำดับ โดยร้อยละ 85.2 ของการพึ่งพิงมีสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะจากโรคไม่ติดต่อ[4] สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรข้างต้น สะท้อนถึงแนวโน้มและขนาดของปัญหาต่าง ๆ ในผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นตามไปด้วย เป็นเรื่องที่ท้าทายในการดำเนินงานที่จะทำอย่างไรให้

ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวไปพร้อมกับการมีสุขภาวะที่ดีควบคู่ไปด้วยกัน เนื่องจากผู้สูงอายุมีระบาดวิทยาของโรค ลักษณะทางคลินิก ระยะเวลาการเจ็บป่วย ตลอดจนวิธีการดูแลรักษาแตกต่างไปจากกลุ่มวัยอื่น จัดได้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพสูง ความชราภาพเลี่ยงไม่ได้ แต่มีทฤษฎีเชื่อว่าภาวการณ์เจ็บ ป่วย สามารถป้อง กันและชะลอได้ กล่าวคือ อายุที่ยืนยาวเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุจะเป็นจำนวนปีที่มีสุขภาพดี (The Compression of mobility)[5]

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จำแนก กลุ่มผู้สูงอายเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามศักยภาพ จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living) มุ่งตอบสนองการทำกิจกรรมพื้นฐาน คือ การแต่งตัว การเดิน การอาบ น้ำ การซื้อสินค้าอุปโภคบริโภค การเตรียมอาหารและการดูแลที่พักอาศัย[4] โดยแบ่งกลุ่มดังนี้ กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้เรียกว่า กลุ่มติดสัง คม กลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างเรียกว่า กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเรียกว่า กลุ่มติดเตียง จากการประเมินคัดกรองสุขภาพ ผู้สูง อายุจำนวน 6,394,022 คน ในปี 2558 กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ร้อยละ 79 (5 ล้านคน) คือ ผู้สูง อายุติดสังคมหรือกลุ่มที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ และอีกร้อยละ 21 (1.3 ล้านคน) คือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือ เรียกว่า กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง และต้องการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคม[6]

ดังกล่าวข้างต้นจำเป็นต้องมีมาตรการแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุในมุมมองที่กว้างขึ้น ไม่เฉพาะเชิงการแพทย์เท่านั้น โดยให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ของร่างกายต่อสิ่งแวดล้อมในสังคมมากขึ้น ตามคำนิยามสุขภาพขององค์การอนามัยโลก เป็นภาวะสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญหามิใช่เพียงการปราศจากโรคเท่านั้น ดังจะเห็นได้จากมีนโยบายด้านผู้สูงอายุของประเทศไทยให้ความสำคัญกับประชากรวัยสูงอายุ โดยได้ตรากฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ การทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ พร้อมทั้งกำหนดกลไกและหน่วยงานรับผิดชอบที่ชัดเจน เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนดำเนินงานที่ครอบคลุมทุกมิติของการดำเนินชีวิตในผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงเกิดระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care, LTC) ขึ้นมารอง รับ คือ การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก เนื่องมาจากภาวะการณ์เจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำ เสมอ ต่อเนื่อง เพื่อให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระเท่าที่จะเป็นได้ โดยอยู่บนฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ แนวคิดในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว พัฒนามาจากต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีอยู่ โดยในขณะนี้เป็นที่ยอมรับว่า ท้องถิ่น เป็นกลไกหลักในการบูรณาการการจัดบริการต่าง ๆ สู่ชุมชน ปัจจุบันกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ จากความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุข ภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นกลไกหลัก ในการสนับสนุนการดำเนินงานต่าง ๆในชุมชน ขณะเดียวกันยังมีเครือข่ายสุขภาพอยู่ในชุมชนที่สามารถสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งในทุกพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม[4]

ในปัจจุบันรัฐบาลได้สนับสนุนงบประมาณ ให้แก่ สปสช.สำหรับดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการทางการแพทย์ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ให้แก่ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยมีกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สปสช. และอปท. ร่วมกันดำเนินการ เป้าหมายการดำเนินงาน มุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยมีเป้าหมายสำคัญคือป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่แข็งแรงเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง และ

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการปฐมภูมิ และได้รับการบริการดูแลด้านสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยการมีส่วนร่วมของครอบ ครัว ชุมชนและท้องถิ่น ให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม

เขตสุขภาพที่ 1 ได้ดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมใน 8จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย พะเยา ลำปาง ลำพูน แพร่ น่าน และแม่ฮ่องสอน โดยจัด บริการในอปท. ที่มีความพร้อม และแสดงความจำนงเข้าร่วมดำเนินงาน ในปีงบประมาณ 2559-2562 จำนวน 498 แห่ง

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบ ด้วย การดูแลที่บ้าน ในชุมชนและในหน่วยบริการทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข การให้บริการสาธารณสุขและบริการสังคมจะมุ่งเน้นในการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพจากหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลให้การบริการดูแลสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพ เป็นไปตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่สถานพยาบาล ชุมชน และครอบ ครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียง มีคุณ ภาพชีวิตที่ดี เข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม อีกทั้งยังเป็นการสร้างความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ ควบคู่ไปกับการพัฒนาทีมหมอครอบ ครัวและอาสาสมัครในชุมชนอีกด้วย

ทั้งนี้การดำเนินงานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของแต่ละหน่วยบริการสุขภาพ เขต 1 เป็นการดำเนินงานตามเกณฑ์การการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่ายังไม่ปรากฏการ ศึกษาการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเฉพาะ ซึ่งเป็นการดำเนินการมาได้ระยะเวลาหลายปี ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาเรื่องดังกล่าว โดย เพื่อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่ง พิง จากผลการสังเคราะห์การศึกษาวิจัย สำหรับวางแผนการบริหารจัดการสำหรับในการพัฒนาระบบการดูแลระยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูง อายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสามารถทำให้ทราบถึงบริบทของการดำเนินงานที่ผ่านมาในพื้นที่ รวมทั้งคุณค่า และคุณประโยชน์ที่ส่งผลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เขตสุขภาพที่ 1
2. เพื่อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เขตสุขภาพที่ 1

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) นี้รวบรวมข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Method) ประชากรในการศึกษาได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูง อายุ ในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่ ,สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care manager: CM) เขตสุขภาพที่ 1 กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposing sampling) จำนวน 20คน และในการตอบแบบสอบถาม คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนของประชา กร เท่ากับ300 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) สำหรับการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับประเด็นการดำเนินงานระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. แบบสอบถามความคิดเห็นการดำเนิน งานตามรูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยพัฒนาตามองค์ประกอบการดำเนินงานตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)[6] ประกอบด้วย 3 ส่วน มีลักษณะข้อคำถามเป็นเลือก ตอบ และแบบประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง และระดับต่ำ[8]

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย ความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง มีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 1.00 ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม ในส่วนที่ 2 ด้าน ความ สามารถในการปฏิบัติงาน และส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อระบบการดูแลระยะยาว โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.831 และ 0.872 ตามลำดับ

วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาวิจัยตามขั้นตอน โดยคำนึงถึงจริยธรรมของการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ หมายเลข 11/2562 เมื่อวันที่ 1พฤศจิกายน 2562 ดังนี้ จัดส่งหนังสือขอความร่วมมือในกลุ่มตัวอย่าง อธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และเครื่องมือในการวิจัย แก่ผู้เข้าร่วมโครงการ อธิบายประโยชน์ ของงานวิจัย เน้นถึงความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และขอคำยินยอมการเข้าร่วมโดยเอกสารการยินยอม และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่เก็บได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ระหว่างการเก็บข้อมูล รวมถึงหลีกเลี่ยงวิธีการที่จะก่อให้เกิดความเครียดหรือวิตกกังวลต่อผู้เข้าร่วมโครงการ

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัว อย่าง โดยเทคนิคสนทนากลุ่ม (Focus Group Technique: FGT) ใช้การสัมภาษณ์กลุ่มในการเก็บข้อมูล โดยการฟังและเรียนรู้จากกลุ่มเป้าหมาย มีปฏิสัมพันธ์โดยการเผชิญหน้ากัน[9] และใช้แบบสอบถาม ในกลุ่มตัวอย่าง CM เพื่อเน้นกลุ่มเป้าหมายที่ขนาดกว้างขึ้น โดยเลือกแสดงความคิดเห็นตามข้อรายการที่กำหนดให้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

1. การดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่ง พิง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 1 ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดพะเยา จังหวัดลำปาง จัง หวัดลำพูน จังหวัดแพร่ จังหวัดน่าน และจังหวัดแม่ฮ่องสอน ระหว่างปีพ.ศ. 2559-2562 มีแนว โน้มของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจำนวน 852,140 คน คิดเป็นร้อยละ 19.52, 911,243 คน คิดเป็นร้อยละ 20.79, 948,324 คน คิดเป็นร้อยละ 22.0 และ 984,184 คน คิดเป็นร้อยละ 23.34 จังหวัดที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เรียง ลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ คือ จังหวัดเชียงราย มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 22.10, จังหวัดลำ ปาง มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 21.98, จัง หวัดแพร่ มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 21.95 , จังหวัดลำพูน มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 21.85

จากการประเมินระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ปี 2562 พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมคิดเป็นร้อยละ 94.35 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านคิดเป็นร้อยละ 1.97 และกลุ่มติดเตียงคิดเป็นร้อยละ 0.51 ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุม ชนผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 เขตสุขภาพที่ 1 มีพื้นที่ตำ บลที่มีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) จำนวน 606 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 78.80

การดำเนินงานตามองค์ประกอบการดำเนิน งานตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย

การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพและมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว พบว่าผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยงหัวใจและหลอดเลือด สุขภาพช่องปากและฟัน การคัดกรองสุขภาพทางตา การทดสอบสภาพสมอง การประเมินภาวะซึมเศร้า การคัดกรองข้อเข่าเสื่อม การคัดกรองภาวะหกล้ม การคัดกรองภาวะกลั้นปัสสาวะ การประเมินภาวะทุพโภชนาการ และ ปัญหาการนอน พบว่ามีการคัดกรองสุขภาพผู้สูง อายุ และจัดกลุ่มผู้สูงอายุอยู่ระหว่างร้อยละ 80 – 100 มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) จำนวนทั้งหมด 968 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 6,408 คน

ส่วนที่ 2 ปัญหา / อุปสรรค/ ปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงในการดำเนินงานระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปัญหา / อุปสรรค/ ปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ราย ละเอียดดังนี้

ด้านบุคลากร

1. บุคลากรมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบบ่อย ส่งผลให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง

2. บุคลากรที่รับผิดชอบหรือเกี่ยวข้องขาดความเข้าใจและการดำเนินงานของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน

3. ตำบลที่เป็นพื้นที่ห่างไกล บนภูเขา การเดินทางลำบากทำให้ผู้สูงอายุมีการจัดกิจกรรมร่วมกันน้อย ไม่สม่ำเสมอ

4. ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ไม่ครอบคลุมทุกหน่วยบริการสุขภาพ

5. อสม.และ CG มีความขัดแย้ง และเกี่ยงกันดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากกลุ่ม CG ได้ค่าตอบแทน อสม.ไม่ได้ค่าตอบแทน

6. คณะอนุกรรมการ LTC บางพื้นที่ยังขาดความมั่นใจในการใช้จ่ายงบประมาณกองทุน LTC ด้านการบริหารจัดการ

1. อปท. ที่ยังไม่เข้าร่วมโครงการ LTC ไม่เข้าใจกฎระเบียบและประกาศ ไม่มั่นใจ กังวลใจไม่กล้าโอนเงิน LTC จากกองทุนฯ ให้หน่วยจัดบริการ กลัวการตรวจสอบการเงินจาก สตง.

2. การประสานระดับพื้นที่ระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขกับท้องถิ่น

3. มีการเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ได้น้อย ระเบียบการใช้เงินกองทุน LTC/เงินบำรุงหน่วยบริการสาธารณสุข ไม่ชัดเจนตรงประเด็นกับการดำเนินงาน

4. อปท./เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ขาดความมั่นใจในการจัดทำระเบียบการเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC

5. แนวทางจัดอบรม CM และ CG รายใหม่เพิ่มและทดแทนในพื้นที่ตำบล LTC ยังไม่ชัดเจน

2. ความคิดเห็นการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่าง CM ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 87.67 อายุระหว่าง 36-45 ปี ร้อยละ 53.00 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 82.00 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 88.33 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 87.33 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานผู้สูงอายุ มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 68.00

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในภาพรวมพบว่า ความ สามารถในการปฏิบัติงานของ CM อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.42 S.D. =0.195) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า CM มีความสามารถในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับ สูงทุกข้อ โดยข้อที่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติงานระดับมากที่สุด คือ การประเมินประ เภทผู้สูงอายุตาม ADL ร้อยละ 71.67 **ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้จัดการ**

ระบบ (Care Manager) ในภาพรวมพบว่า ความคิดเห็นของ CM ต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=4.26 S.D.=0.711) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ความคิดเห็นที่สามารถปฏิบัติได้ดีในระดับมากที่สุดคือ ความสามารถในการบริหารจัดการระบบ LTC ในชุมชนของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่ง พิง ร้อยละ 54.00

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาสรุปได้ว่า การดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เขตสุขภาพที่ 1 มีการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพและมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว อยู่ระหว่างร้อยละ 80 – 100 มี CM และ CG หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ในการให้ความช่วย เหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ยังพบปัญหาในการดำเนินงานในด้านบุคลากร และในด้านการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาว ด้านสา ธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ความสามารถของ CM ในการปฏิบัติงาน ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในภาพรวมพบว่า ความ สามารถในการปฏิบัติงานของ CM อยู่ในระดับสูง และความคิดเห็นของ CM ต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข อยู่ในระดับสูง เช่นกัน

ผลจากการศึกษา สามารถอภิปรายผลได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 80-100 ได้เข้าสู่ในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข อาจมีผลมาจากความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของCM ที่มีอยู่ในระดับสูง และระดับความคิดเห็นของ CM ที่มีต่อระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณ สุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งบทบาทของ CM มีดังนี้ 1) จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการ ได้รับการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก 2) ประเมิน คัดกรองผู้สูงอายุ 3) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care Plan, Weekly Plan 4) จัดทำ Care conference 5) ประสานการปฏิบัติงาน การดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแล 6) Team building 7) บริหารจัดการและควบคุมกำกับ CG และ 8) ทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงและจัดทำแผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ตามจริยธรรมของCM [4] จะเห็นได้ว่า CM เป็นกุญแจสำคัญในการเชื่อมต่อประสานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างเครือข่าย เข้าไว้ด้วยกัน

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. การเสริมสร้างความรู้และความตระ หนักในเรื่อง สังคมสูงอายุ มีความจำเป็นต้องสื่อ สารให้เกิดการรับรู้และความเข้าใจในคนทุกกลุ่มวัยในการร่วมกันดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

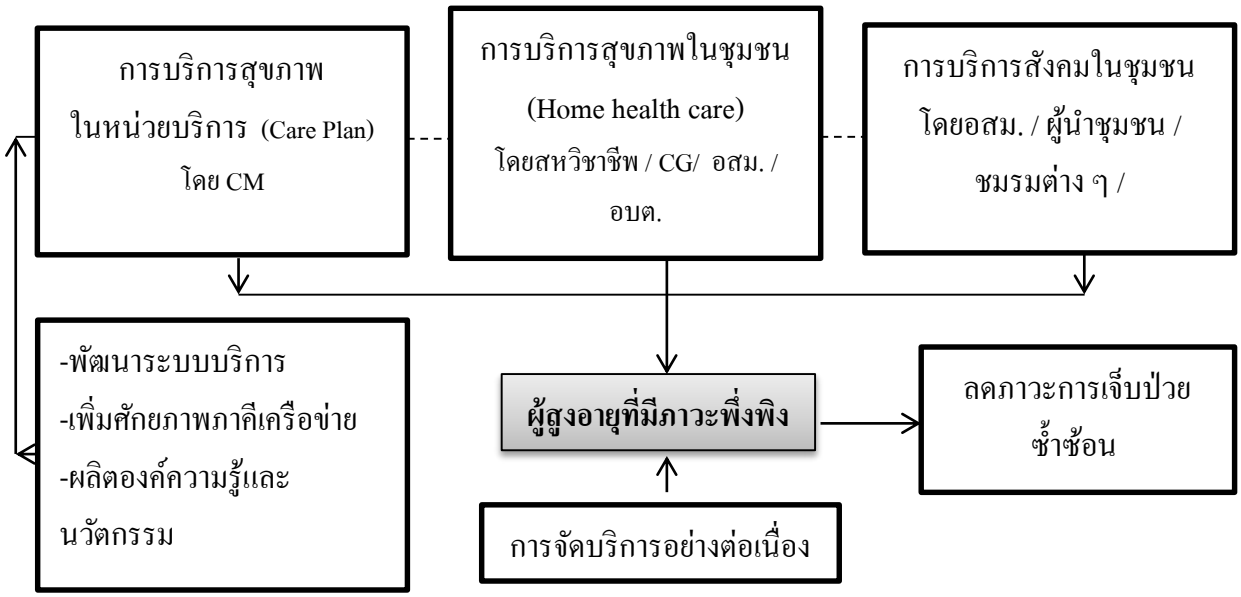
1. การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีการบูรณาการภารกิจ องค์ความรู้ งบประมาณ รวมทั้งการติดตามกำกับดูแล ความก้าวหน้าของการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2. ส่งเสริมสนับสนุน สร้างความเข้าใจการขับเคลื่อนการนำน โยบายสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ตลอดจนภาคีเครือข่ายโดยเฉพาะชุมชน และท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรเน้นการดูแลทั้งกาย ใจ และสวัสดิการทางสังคม จากภาครัฐ, ครอบครัว, CM, CG ที่มีคุณภาพ ให้ความสำคัญกับการเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้าน การดูแลที่บ้าน การส่งเสริมสุขภาพเฉพาะโรค การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐานในการให้ บริการ (Community care) การเชื่อมโยงกับหน่วยบริการสุขภาพ มุ่งใช้ศักยภาพของชุมชนและทรัพยากรในชุมชนเพื่อดำเนินงาน ประกอบด้วย การบริการสุขภาพในชุมชน เช่น การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การจัดบริการเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยชุมชน ท้องถิ่น การบริการสังคมในชุมชน เช่น การจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การช่วยเหลือตามศักยภาพ รวมถึงการจัดระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง จุดประสงค์เพื่อคงสภาพผู้สูงอายุให้ได้นานที่สุด

รวมถึงลดภาวะการเจ็บป่วยซ้ำซ้อน ในผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง รายละเอียดดังภาพ ประกอบ 1



ภาพประกอบ 1

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เอกสารอ้างอิง

1. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. **บริการท้องถิ่นเพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ.** ซัน แพคเก็จจิ้ง (2014) จำกัด กรุงเทพฯ, 2560.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. **มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ.** ฉบับปรับปรุง. บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน) กรุงเทพฯ , 2562.
3. กรมอนามัย. **คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.** ศูนย์สื่อสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, นนทบุรี, 2555.
4. กรมอนามัย. **การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว.** สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ, 2556.
5. Polit, D.F. & Beck, C.T. **Essentials of Nursing Research: appraising Evidence for Nursing Practice**. Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia, 2006.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). **คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.** สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กรุงเทพฯ, 2559.
7. Stufflebeam, D. L. and Shikfield, A. J. **Evaluation Theory, Models and applications.** John Wiley and Sons, Inc., California, 2007.
8. Best, John W. **Research in Education.** 3rd ed. Prentice Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1977.
9. สุวิมล ว่องวานิช. **การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น**. พิมพ์ครั้งที่3. บริษัทวี. พริ้นท์ กรุงเทพฯ, 2558.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในพื้นที่ตำบลอ่างศิลา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

Factors Related To The Emotional Quotient Of Junior High School Students In Ang Sila Sub-district , Mueang District, Chonburi Province

พรพรรณ หาญณรงค์[1], ภัทราพร ฐิรโฆไท[1], ยงยุทธ ศรีบุญครอง[1],สิริยากรณ์ พลบุตร[1] สุทธิดาภรณ์ หอมอ่อน[1] และปรีชา สุวรรณทอง[2]

,Phornphan Hannarong[1], Pattraporn Tirakotai[1], Yongyut Sriboonkrong[1] Siriyakron Phollabuth[1] ,Sutthidaporn Hom-on[1] and Preecha Suvarnathong[2]

(Received: February 19 ,2020 ; Accepted: March 11 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในพื้นที่ตำบลอ่างศิลา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ในการวิจัย คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนอ่างศิลาพิทยาคม ตำบลอ่างศิลา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ปีการศึกษา 2561จำนวน 337 คน โดยคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการคำนวณของ Krejcie & Morgan และ ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป, แบบสอบถามประเมินภาวะสุขภาพจิต และแบบสอบถามประเมินระดับความฉลาดทางอารมณ์ จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติ Chi-Square

ผลการวิจัย พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีระดับความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับปกติ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการควบคุมอารมณ์อยู่ในระดับสูง ในขณะที่ด้านการตัดสินใจและแก้ปัญหา ด้านสัมพันธภาพ ด้านภูมิใจในตนเอง ด้านการสร้างแรงจูงใจให้ตนเอง ด้านการรับผิดชอบ ด้านสุขสงบทางใจ ด้านความพึงพอใจในชีวิต และด้านการเห็นใจผู้อื่น มีระดับความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับปกติ ตามลำดับ นักเรียนที่มีเพศ ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา วิธีการอบรมเลี้ยงดู และภาวะทางสุขภาพจิตต่างกัน มีระดับความฉลาดทางอารมณ์ต่างกัน ส่วนนักเรียนที่มีผู้ให้การอบรมเลี้ยงดู อาชีพผู้ให้การอบรมเลี้ยงดู ระดับการศึกษาของผู้ให้ การอบรมเลี้ยงดู ลำดับการเกิด สถานภาพสมรสของบิดามารดา การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของนักเรียน และรายได้ของผู้ให้การอบรมเลี้ยงดูต่างกัน มีระดับความฉลาดทางอารมณ์ไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : ความฉลาดทางอารมณ์, นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น, จังหวัดชลบุรี

ABSTRACT

This research is a survey research. The purposes of this research are to study the level of Emotional Quotient and factor related to the Emotional Quotient of junior high school students in Ang Sila Sub-district area, Mueang District, Chonburi Province. The representative sample used in this study was 337 junior high school students of Angsilapittayakom school in Ang Sila Sub-district, Mueang District, Chonburi province in Semester 2 academic year 2561. In case, sample size adjustment is used Krejcie & Morgan method and chosen by simple random sampling. Collect data using questionnaires Which consists of 3 parts are General information questionnaire, Mental health assessment questionnaire and Questionnaire assessing the level of Emotional Quotient. Analyze the frequency, percentage, mean, standard deviation And test the relationship using statistics Chi-Square

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

2 วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

The results showed that most of the participants had an Emotional Quotient level at a normal level. When considering each aspect, it was found that emotional control At a high level for decision making and problem, solving relationship, self-esteem, motivation for oneself, responsibility, peace of mind, life satisfaction and the sympathy of others with the level of Emotional Quotient at a normal level, respectively. Students with personal factors for sex, educational achievement, parenting methods and different mental health conditions have different levels of Emotional Quotient As for students with personal factors at grade level, parenting provider, parenting career, education level of parenting providers, order of birth of students, marital status of parents, participation in student activities and the income of the parenting provider is different There is no difference in the level of Emotional Quotient.

Keywords: Emotional Quotient, Student of Junior high school, Chonburi Province

บทนำ

ความฉลาดทางอารมณ์หรือเชาวน์อารมณ์ตรงกับภาษาอังกฤษว่า Emotional Quotient หรือ EQ เป็นรูปแบบหนึ่งของความฉลาดทางสังคมที่ประกอบด้วยความสามารถในการรับรู้อารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง และผู้อื่น สามารถแยกความแตกต่างของอารมณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งองค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ที่สำคัญมี 3 ด้าน คือ ดี เก่ง และสุข ซึ่ง ดี หมายถึง ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ความต้องการของตนเอง รู้จักเห็นใจผู้อื่นมีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม เก่ง หมายถึง ความสามารถในการรู้จักตนเอง มีแรงจูงใจ สามารถตัดสินใจแก้ปัญหา มีการแสดงออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และ สุข หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุข ภูมิใจในตนเอง พึงพอใจในชีวิต มีความสงบทางใจ (กรมสุขภาพจิต, 2556) ซึ่งทั้งด้านดี เก่ง และมีสุข ล้วนเป็นสิ่งที่ต้องได้รับการพัฒนาอยู่เสมอ

ในสังคมไทยปัจจุบันทุกภาคส่วนตระหนักถึงความสำคัญในการแก้ไขปัญหาความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) มาตลอด จากการดำเนินงานที่ผ่านมาได้ทำการสำรวจความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ปี พ.ศ. 2554 เป็นการสำรวจสถานการณ์ระดับความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ของเด็กนักเรียนไทยอายุ 6-11 ปี ระดับประเทศ โดยใช้ขนาดตัวอย่างจำนวน 5,325 คน จากกรุงเทพมหานคร และจังหวัดใน 4 ภาค รวม 10 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี ระยอง สมุทรสาคร อุตรดิตถ์ นครสวรรค์ นครราชสีมา ร้อยเอ็ด กระบี่ ปัตตานี ใช้แบบทดสอบวัดความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ฉบับกรมสุขภาพจิตสำหรับเด็กอายุ 6-11 ปี โดยมีครูเป็นผู้ประเมิน วิเคราะห์ผลเป็นค่าเฉลี่ยและร้อยละ พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เด็กนักเรียนไทย อายุ 6-11 ปีมีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ คือ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 45.12 จากค่าคะแนนเฉลี่ยปกติเท่ากับ 50-100 โดยคะแนนเฉลี่ยขององค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน คือ ดี เก่ง สุข อยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาองค์ประกอบย่อยในแต่ละด้าน พบว่า การปรับตัวต่อปัญหามีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 46.65 การควบคุมอารมณ์ 46.50 การยอมรับถูกผิด 45.65 ความพอใจในตนเอง 45.65 ความใส่ใจและเข้าใจอารมณ์ผู้อื่น 45.42 การรู้จักปรับใจ 45.23 และที่เป็นจุดอ่อนมาก ได้แก่ ความมุ่งมั่นพยายาม ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 42.98 รองลงมาคือความกล้าแสดงออก 43.48 และความริ่นเริงเบิกบาน 44.53 คะแนน ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เฉลี่ยแต่ละรายภาคพบว่า ภาคใต้ มีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เฉลี่ยสูงสุดอยู่ที่ 45.95 ซึ่งใกล้ค่าปกติมากที่สุด รองลงม คือ ภาคเหนือ 45.84 กรุงเทพมหานคร 45.62 ภาคกลาง 44.38 และต่ำสุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 44.04 (สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต, 2555) ต่อมาในปี พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดให้เด็กไทย ความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 70 จึงมีการสำรวจสถานการณ์ความฉลาดทางอารมณ์ ในเด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศ จำนวน 23,274 คน พบว่าเด็กไทยมีระดับความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 77.1 (กรมสุขภาพจิต,2559) และในปี พ.ศ. 2561 จังหวัดชลบุรี ได้มี การสำรวจสถานการณ์ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ในเด็กไทยระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 พบว่ามีระดับความฉลาดทางอารมณ์ (EQ)

อยู่ในเกณฑ์ปกติ แบ่งออกเป็นด้านดี ร้อยละ 77.2 ด้านเก่งร้อยละ 74.3 % ด้านสุขร้อยละ 84.7 % สำหรับปัญหาด้านที่พบมากที่สุด คือพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น (กองตรวจราชการ, 2561) จากข้อมูลสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ทราบว่าควรส่งเสริมพัฒนากิจกรรมการมีสมาธิ ในเด็กระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนาสู่วัยรุ่นต่อไป

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 12 - 15 ปี อยู่ในช่วงวัยแรกรุ่น เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสติปัญญา เจ้าอารมณ์ มีอารมณ์รุนแรง ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีพอ มีการปรับตัวหลายด้านพร้อมๆกัน มีความอ่อนไหวสูง สังคมและสิ่งแวดล้อมจึงมีผลกระทบต่อการปรับตัวและการตัดสินใจ ลักษณะอารมณ์ดังกล่าวจึงมีความคิดเห็นขัดแย้งกับผู้ใหญ่ได้ง่ายทำให้วัยรุ่นคิดว่าผู้ที่เข้าใจตนเองดีที่สุดคือ เพื่อนในวัยเดียวกัน เนื่องจากมีความคิดเห็นที่เป็นไปในทางเดียวกันยอมรับซึ่งกันและกัน จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก 2 ประการคือ 1) พันธุกรรมและพื้นฐานอารมณ์ ซึ่งพันธุกรรมเป็นตัวกำหนดให้มนุษย์แต่ละคนมีลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ที่แตกต่างกัน พื้นอารมณ์ที่ติดตัวมาแต่กำเนิด ก็เป็นส่วนสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมอารมณ์และบุคลิกภาพ คนที่มีพื้นอารมณ์ดี จะสามารถรับแรงกระแทกได้โดยไม่กระทบกระเทือนมาก แต่คนที่พื้นฐานอารมณ์ที่ไม่ดีจะเป็นคนที่อ่อนไหวง่ายเปราะบาง ไม่ทนต่อการถูกกระทบกระทั่ง 2) สภาพแวดล้อมและการเลี้ยงดู ซึ่งการเลี้ยงดูในสภาพที่เหมาะสม สามารถพัฒนาและควบคุมพื้นฐานทางอารมณ์ด้านลบได้ก็สามารถช่วยส่งเสริมพื้นฐานอารมณ์ด้านบวกให้โดดเด่นยิ่งขึ้น (กรมสุขภาพจิต,2548)

จากการศึกษาข้อมูล กลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในพื้นที่ตำบลอ่างศิลา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ยังไม่มีการศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์ คณะผู้วิจัยจึง มีความสนใจที่จะศึกษาความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น เพื่อทราบถึงระดับความฉลาดทางอารมณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความฉลาดทางอารมณ์ ผลจากการศึกษา ดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนหรือกำหนดนโยบายเพื่อการส่งเสริมระดับความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในพื้นที่ตำบลอ่างศิลา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในพื้นที่ตำบลอ่างศิลา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Study)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่ตำบลอ่างศิลา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 746 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตพื้นที่ตำบลอ่างศิลา จำนวน 260 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Krejcie&Morgan การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) และการจับสลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ แบบประเมิน Thai General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย เพื่อใช้ประเมินภาวะสุขภาพจิต และใช้แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เกณฑ์อายุ 12 - 17 ปี ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เพื่อประเมินความฉลาดทางอารมณ์ โดยทำเป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 สอบถามข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 11 ข้อ

ตอนที่ 2 สอบถามเพื่อแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต Thai General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย จำนวน 12 ข้อ โดยใช้แบบประเมิน Thai General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย

ตอนที่ 3 สอบถามเพื่อประเมินระดับความฉลาดทางอารมณ์ มีจำนวน 52 ข้อ โดยใช้แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เกณฑ์อายุ 12 - 17 ปี ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยการนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะ โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of iterm objective congruence : IOC) จากนั้นจึงนำเครื่องมือไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 คน แล้วทำการประมวลผลวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธีของ Cronbach เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามมีค่าเท่ากับ 0.7

ระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัย คณะผู้วิจัยจะดำเนินกิจกรรม 2 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 11 – 22 กุมภาพันธ์ 2562 โดยคณะผู้วิจัยจะเข้าไปดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ชี้แจงรายละเอียดแก่นักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ การวิจัยและประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา โดยใช้ค่าความถี่ (frequencies) และค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับระดับความฉลาดทางอารมณ์ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัย การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี ตามเอกสารรับรองหมายเลข 3/62 เมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2562

ผลการศึกษา

1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.9 และเพศหญิงร้อยละ 42.1 ระดับการศึกษามีสัดส่วนใกล้เคียงกันคือ ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 34.4 ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 34.1 และระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 31.5 ตามลำดับ ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง (2.51 – 3.00) ร้อยละ 32.6 รองลงมาคือระดับดี (3.01 – 3.50) ร้อยละ 23.4 และน้อยที่สุดคือระดับอ่อน (1.00 – 2.00) ร้อยละ 11.9 ตามลำดับ ลำดับการเกิดเป็นบุตรคนที่ 1 ร้อยละ 49.6 บุตรคนที่ 2 ร้อยละ 35.0 บุตรคนที่ 3 ร้อยละ 12.8 และอื่นๆ ร้อยละ 2.7 ตามลำดับ สถานภาพสมรสของบิดา – มารดา ของผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนมากอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 54.9 รองลงมาคือแยกกันอยู่หรืออย่าร้าง ร้อยละ 40.1 และเสียชีวิต ร้อยละ 5.0 ตามลำดับ ผู้ให้การอบรมเลี้ยงดูส่วนมากคือมารดา ร้อยละ 61.1 รองลงมาคือบิดา ร้อยละ 23.7 และบุคคลอื่น ร้อยละ 15.1 ตามลำดับ อาชีพของผู้ให้การอบรมเลี้ยงดูส่วนมากคือ รับจ้าง ร้อยละ 51.9 รองลงมาคือ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 32.6 และส่วนน้อยคือ อาชีพประมง/เกษตรกร ร้อยละ 1.5 ตามลำดับ ระดับการศึกษาของผู้ให้การอบรมเลี้ยงดูอยู่ที่ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 32.9 รองลงมาคือมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 19.0 และระดับการศึกษาอื่นๆ ร้อยละ 6.8 ตามลำดับ วิธีการอบรมเลี้ยงดูที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ส่วนมากคือ เลี้ยงดูแบบเอาใจใส่มีเหตุผล ร้อยละ 76.6 เลี้ยงดูแบบตามใจ ร้อยละ 12.2 และเลี้ยงดูแบบคุมเข้มงวด ร้อยละ 11.3 ตามลำดับ รายได้ของผู้ให้การอบรมเลี้ยงดูส่วนมากอยู่ที่ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 45.4 ช่วง 10,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 32.3 และส่วนน้อยที่มีรายได้มากกว่า 30,000 บาท ร้อยละ 7.7 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยของผู้ให้การอบรมเลี้ยงดูคือ 16,413 บาท รายได้สูงที่สุดอยู่ที่ 150,000 บาท และรายได้ต่ำที่สุดอยู่ที่ 400 บาท การมีส่วนร่วมให้กิจกรรมของนักเรียนส่วนมาก เข้าร่วมกิจกรรมในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.4 เข้าร่วมน้อยร้อยละ 24.0 เข้าร่วมทุกครั้งร้อยละ 15.7 และไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 3.9 ตามลำดับ ภาวะสุขภาพจิตนักเรียนมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 57.9 อยู่ในเกณฑ์ผิดปกติ ร้อยละ 42.1

2. ระดับความฉลาดทางอารมณ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีระดับความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 56.1 รองลงมาคือต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 32.3 และอยู่ในเกณฑ์สูง ร้อยละ 11.6

ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระดับความฉลาดทางอารมณ์เป็นรายด้าน คือ ด้านดี ด้านเก่ง และด้านสุข พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีระดับความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยด้านดี มีระดับความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าเกณฑ์มากที่สุดร้อยละ 18.4 รองลงมาคือด้านเก่งร้อยละ 17.8 และด้านสุขร้อยละ 17.5 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาด้านย่อย ซึ่งมีทั้งหมด 9 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอารมณ์ตนเอง ด้านการเห็นใจผู้อื่น ด้านการรับผิดชอบ ด้านการสร้างแรงจูงใจให้ตนเอง ด้านการตัดสินใจและแก้ปัญหา ด้านสัมพันธภาพ ด้านภูมิใจในตนเอง ด้านความพึงพอใจในชีวิตและด้านสุขสงบทางใจ พบว่า มี 8 ด้าน ที่ส่วนใหญ่มีระดับความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ยกเว้นด้านการควบคุมอารมณ์ตนเองที่ส่วนใหญ่มีระดับความฉลาดทางอารมณ์ อยู่ในเกณฑ์สูงร้อยละ 49.6 โดยด้านย่อยที่มีผู้เข้าร่วมวิจัยประเมินต่ำกว่าเกณฑ์มากที่สุด ได้แก่การเห็นใจผู้อื่น ร้อยละ 25.5 รองลงมาคือด้านสุขสงบทางใจ ร้อยละ 18.1 และด้านการรับผิดชอบ ร้อยละ 16 ตามลำดับ

3. ความสัมพันธ์ของระดับความฉลาดทางอารมณ์กับปัจจัยด้านต่างๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัย

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความฉลาดทางอารมณ์กับเพศของผู้เข้าร่วมวิจัย

	ความฉลาดทางอารมณ์ (n=337)			
เพศ	**ต่ำกว่าเกณฑ์**	**ปกติ**	**สูง**	**รวม**
ชาย	75(38.5)	103(52.8)	17(8.7)	**195(100)**
หญิง	34(23.9)	86(60.6)	22(15.5)	**142(100)**
รวม	**109(32.3)**	**189(56.1)**	**39(11.6)**	**337(100)**

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 $\chi^2 = 9.492$, df = 2, P-value = 0.008 , Cramer's V = 0.168

จากตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความฉลาดทางอารมณ์กับเพศ ของผู้เข้าร่วมวิจัย พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยเพศหญิงมีระดับความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 60.6 และเพศชายมีระดับความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 52.8 และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความฉลาดทางอารมณ์กับเพศของผู้เข้าร่วมวิจัย พบว่าระดับความฉลาดทางอารมณ์กับเพศของผู้เข้าร่วมวิจัยมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความฉลาดทางอารมณ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เข้าร่วมวิจัย

	ความฉลาดทางอารมณ์ (n=337)			
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	**ต่ำกว่าเกณฑ์**	**ปกติ**	**สูง**	**รวม**
อ่อน (1.00 – 2.00)	21(52.5)	18(45.0)	1(2.5)	**40(100)**
พอใช้ (2.01 – 2.50)	33(53.2)	27(43.6)	2(3.2)	**62(100)**
ปานกลาง (2.51 – 3.00)	32(29.1)	65(59.1)	13(11.8)	**110(100)**
ดี (3.01 – 3.50)	21(26.6)	48(60.7)	10(12.7)	**79(100)**
ดีมาก (3.51 – 4.00)	2(4.3)	31(67.4)	13(28.3)	**46(100)**
รวม	**109(32.3)**	**189(56.1)**	**39(11.6)**	**337(100)**

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 $\chi^2 = 47.582$, df = 8, P-value < 0.001 , Cramer's V = 0.266

ตาราง 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความฉลาดทางอารมณ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เข้าร่วมวิจัย พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับดีมาก (3.51 – 4.00) มีระดับความฉลาดทางอารมณ์อยู่

ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 67.4 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับดี (3.01 – 3.50) มีระดับความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 60.7 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง (2.51 – 3.00) มีระดับความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 59. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับพอใช้ (2.01 – 2.50) มีระดับความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติน้อยที่สุด ร้อยละ 43.6 ตามลำดับ และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความฉลาดทางอารมณ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เข้าร่วมวิจัย พบว่า ระดับความฉลาดทางอารมณ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เข้าร่วมวิจัยมีความสัมพันธ์กันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความฉลาดทางอารมณ์กับวิธีการอบรมเลี้ยงดูของผู้เข้าร่วมวิจัย

	ความฉลาดทางอารมณ์ (n=337)			
วิธีการอบรมเลี้ยงดู	**ต่ำกว่าเกณฑ์**	**ปกติ**	**สูง**	**รวม**
แบบเอาใจใส่มีเหตุผล	76 (29.4)	147 (57.0)	35 (13.6)	**258(100)**
แบบคุมเข้มงวด	20 (52.6)	16 (42.1)	2 (5.3)	**38(100)**
แบบตามใจ	13 (31.7)	26 (63.4)	2 (4.9)	**41(100)**
รวม	**109 (32.3)**	**189 (56.1)**	**39 (11.6)**	**337(100)**

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 $\chi^2 = 11.040$, df = 4 , p-value = 0.026 , Cramer's V = 0.128

จากตาราง 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความฉลาดทางอารมณ์กับวิธีการอบรมเลี้ยงดูของผู้เข้าร่วมวิจัย พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบตามใจมีระดับความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 63.4 ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ มีเหตุผล มีระดับความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 57.0 และได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบคุมเข้มงวด มีระดับความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติน้อยที่สุด ร้อยละ 42.1 ตามลำดับ และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความฉลาดทางอารมณ์กับวิธีการอบรมเลี้ยงดูของผู้เข้าร่วมวิจัย พบว่า ระดับความฉลาดทางอารมณ์กับวิธีการอบรมเลี้ยงดูของผู้เข้าร่วมวิจัยมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความฉลาดทางอารมณ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้เข้าร่วมวิจัย

	ความฉลาดทางอารมณ์ (n=337)			
ภาวะสุขภาพจิตผู้เข้าร่วมวิจัย	**ต่ำกว่าเกณฑ์**	**ปกติ**	**สูง**	**รวม**
อยู่ในเกณฑ์ปกติ	44 (22.6)	117 (60.0)	34 (17.4)	**195(100)**
อยู่ในเกณฑ์ผิดปกติ	65 (45.8)	72 (50.7)	5 (3.5)	**142(100)**
รวม	**109 (32.3)**	**189 (56.1)**	**39 (11.6)**	**337(100)**

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 $\chi^2 = 28.699$, df = 2, p-value = 0.000 , Cramer's V = 0.292

จากตาราง 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความฉลาดทางอารมณ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้เข้าร่วมวิจัย พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ผิดปกติมีระดับความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 45.8 และผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติมีระดับความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 22.6 และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความฉลาดทางอารมณ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้เข้าร่วมวิจัย พบว่า

ระดับความฉลาดทางอารมณ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้เข้าร่วมวิจัย มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยซึ่งเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นส่วนใหญ่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับปกติ โดยพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ได้แก่ เพศ ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา วิธีการอบรมเลี้ยงดู และภาวะสุขภาพจิต และพบว่าปัจจัยที่ไม่ส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ ได้แก่ ระดับชั้นของนักเรียน อาชีพผู้ให้การอบรมเลี้ยงดู รายได้ของผู้อบรมเลี้ยงดู และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของนักเรียน สามารถอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความฉลาดทางอารมณ์กับเพศ พบว่า ระดับความฉลาดทางอารมณ์กับเพศมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทาง (p-value = *0.008*) เนื่องมาจากเพศเป็นสรีรวิทยาที่ถูกกำหนดขึ้นมาแต่กำเนิดมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมที่จะดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งในด้านการเรียนรู้ต่อตนเอง ผู้อื่นและสังคมซึ่งบุคคลในแต่ละเพศก็จะมีความรู้ความสามารถและความเข้าใจที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับความถนัดและความชอบส่วนบุคคลที่จะพัฒนาตนเองและระดับความฉลาดทางอารมณ์ต่อไปให้ดีขึ้นได้ (กรมสุขภาพจิต,2548) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ โยธิน พวงพิลา, ศุภกฤต คะเชนทร, กันยารัตน์ ชิราวุฒิ และเบญญาภา ประกอบแสง (2560) ได้ศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยการปรับตัวในโรงเรียนที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ พบว่า เพศ อายุ ระดับชั้น ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน อาชีพของผู้ปกครอง และสถานภาพสมรสของบิดามารดา และการปรับตัวในโรงเรียนมีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มลภา อุไทยธุราทร, ศุภลักษณ์ สัตย์เพริศพราย, อรวรรณ เมฆกมล (2553) ได้ศึกษาปัจจัยที่ผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 ในจังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ปัจจัยทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความฉลาดทางอารมณ์ ได้แก่ ด้านปัจจัยส่วนบุคคล 3 ปัจจัย คือ เพศ ลำดับที่เกิด ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และงานวิจัยของ ประภาศ ปานเจี้ยง (2558) ที่ได้ศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดสงขลา พบว่านักศึกษามีความฉลาดทางอารมณ์กลุ่มตัวอย่างใน 9 ด้าน อยู่ในระดับสูง นักศึกษาที่มีเพศ ระดับชั้น สถาบัน ระดับเกรดเฉลี่ย และสภาพการอบรมเลี้ยงดูต่างกัน มีระดับความฉลาดทางอารมณ์ต่างกัน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความฉลาดทางอารมณ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน พบว่าระดับความฉลาดทางอารมณ์ด้านดีกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Azita Joibari and Niloufar Mohammadtaheri (2011) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษาในเมือง Tehran พบว่าระหว่างองค์ประกอบหลักของความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ โยธิน พวงพิลา, ศุภกฤต คะเชนทร, กันยารัตน์ ชิราวุฒิ และเบญญาภา ประกอบแสง (2560) ได้ศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยการปรับตัวในโรงเรียนที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ พบว่า เพศ อายุ ระดับชั้น ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน อาชีพของผู้ปกครอง และสถานภาพสมรสของบิดามารดา และการปรับตัวในโรงเรียนมีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานวิจัยของ มลภา อุไทยธุราทร, ศุภลักษณ์ สัตย์เพริศพราย, อรวรรณ เมฆกมล (2553) ได้ศึกษาปัจจัยที่ผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 ในจังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ปัจจัยทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความฉลาดทางอารมณ์ ได้แก่ ด้านปัจจัยส่วนบุคคล 3 ปัจจัย คือ เพศ ลำดับที่เกิด ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและงานวิจัยของ ประภาศ ปานเจี้ยง (2558) ที่ได้ศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์ ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดสงขลา พบว่านักศึกษามีความฉลาดทางอารมณ์กลุ่มตัวอย่างใน 9 ด้าน อยู่ในระดับสูง นักศึกษาที่มีเพศ ระดับชั้นปี สถาบัน ระดับเกรดเฉลี่ย และสภาพการอบรมเลี้ยงดูต่างกัน มีระดับความฉลาดทางอารมณ์ต่างกัน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนกับวิธีการอบรมเลี้ยงดู ผลการศึกษาพบว่าความฉลาดทางอารมณ์กับระดับวิธีอบรมเลี้ยงดูมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจาก การเลี้ยงดูในสภาพที่เหมาะสมกับอารมณ์ สามารถจะช่วยพัฒนากล่อมเกลาและควบคุมพื้นอารมณ์ ด้านลบได้ ขณะเดียวกันก็สามารถจะส่งเสริมพื้นอารมณ์ด้านบวกให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไป เปรียบได้กับพื้นที่บางหากไม่ได้รับการสร้างเสริมเติมเต็มให้แข็งแรงขึ้น พื้นนั้นก็จะอยู่ในสภาพเดิมที่ง่ายต่อการผุพังเมื่อได้รับ แรงกระแทก เด็กที่มีพื้นอารมณ์ไม่ดี ถ้าไม่ได้รับการเลี้ยงดูที่เข้าใจก็อาจจะไปกระตุ้นให้อารมณ์ที่ไม่ดี เหล่านั้นเติบโตจนฝังรากลึกไร้การควบคุม กลายเป็นปัญหาทั้งต่อตนเองและสังคมที่เกี่ยวข้อง แต่ถ้าพ่อแม่เข้าใจสามารถจะชดเชยหรือควบคุมส่วนที่ด้อยไม่ให้มีอิทธิพลหรือเป็นปัญหาในการดำเนินชีวิต โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์และคณะ (2561) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตนะ บัวสนธ์และคณะ (2553) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ในภาพรวมทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การอบรมเลี้ยงดูแบบมีเหตุผล การอบรมเลี้ยงดูแบบปล่อยตามใจ และงานวิจัยของ ประภาศ ปานเจี้ยง (2558) ที่ได้ศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดสงขลา พบว่านักศึกษามีความฉลาดทางอารมณ์กลุ่มตัวอย่างใน 9 ด้าน อยู่ในระดับสูง นักศึกษาที่มีเพศ ระดับชั้น สถาบัน ระดับเกรดเฉลี่ย และสภาพการอบรมเลี้ยงดูต่างกัน มีระดับความฉลาดทางอารมณ์ต่างกัน

4. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนกับภาวะสุขภาพจิตของนักเรียน พบว่าความฉลาดทางอารมณ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมจินดา ชมพูนุท และ วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว ได้ศึกษาเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิต ความฉลาดทางอารมณ์ ความเครียดและความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิต ความฉลาดทางอารมณ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ปีที่ 3 และปีที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.316 , -.198 และ -.337 ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะ

1.จากผลการวิจัยพบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน มีผลต่อระดับความฉลาดทางอารมณ์โดยรวม ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตั้งแต่ 2.51 ขึ้นไป ส่วนมากจะมีระดับความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งผู้ให้การอบรมเลี้ยงดูและสถานศึกษา ควรร่วมกันปลูกฝัง สนับสนุนและสร้างแรงจูงใจให้นักเรียนรักในการเรียน

2. จากผลการวิจัยพบว่า วิธีการอบรมเลี้ยงดู มีผลต่อระดับความฉลาดทางอารมณ์โดยรวม ซึ่งผู้ให้การอบรมเลี้ยงดู ควรให้ความสำคัญต่อรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่รับฟังเหตุผลจากนักเรียนและกำหนดขอบเขตของพฤติกรรมไว้อย่างมีเหตุผล เนื่องจากวิธีการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่มีเหตุผลดังกล่าว ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีสัดส่วนของระดับความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าเกณฑ์น้อยที่สุด และมีสัดส่วนของระดับความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์สูงมากที่สุด

3. จากผลการวิจัยพบว่า ภาวะสุขภาพจิตมีผลต่อความฉลาดทางอารมณ์โดยรวม ซึ่งผู้ให้การอบรมเลี้ยงดูและสถานศึกษา ควรร่วมกันดูแลเอาใจใส่นักเรียน ส่งเสริมกิจกรรมต่าง ๆ ให้นักเรียนรู้สึกมีความมั่นใจในตนเอง มีความสุข ผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล

4. จากผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้เข้าร่วมวิจัย มีผลต่อระดับความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุข ผู้เข้าร่วมวิจัยยิ่งมีส่วนร่วมในกิจกรรมยิ่งมีระดับความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุขอยู่ในเกณฑ์ปกติจนถึงอยู่ในเกณฑ์สูง ซึ่งผู้ในการอบรมเลี้ยงดู ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้นักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมกับทางโรงเรียนให้มากที่สุด และสถานศึกษาควรจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยของนักเรียน มีกิจกรรมที่น่าสนใจ มีแรงดึงดูดให้นักเรียนเข้าร่วมกิจกรรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณหทัยรัตน์ ตติยานนท์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่างศิลา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่

อำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงาน คณะครูโรงเรียนอ่างศิลาพิทยาคม ที่ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกสถานที่ในการดำเนินการวิจัย ตลอดจนผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน คณะผู้วิจัยขอขอบเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2544). **ความหมายของความฉลาดทางอารมณ์.** URL http://www.nanabio.com/Research/image%20research/research%20work/EQ/EQ%2001.html สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2562

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **คู่มือความฉลาดทางอารมณ์.** URL https://www.dmh.go.th/download/ebooks/EQ11.pdf สืบค้นเมื่อวันที่ 9 มกราคม 2562

กรมสุขภาพจิต.กระทรวงสาธารณสุข.(2558). **เชาวน์อารมณ์ E.Q. (Emotional Quotient).** URL http://www.benjama.ac.th/2015/index.php/student?download=94:e-q สืบค้นเมื่อวันที่ 9 มกราคม 2562

กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). **แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561** URL http://webcache.googleusercontent.com สืบค้นเมื่อวันที่ 9 มกราคม 2562

โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์ และคณะ (2561) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อต้นทุนชีวิตของนักศึกษาปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา วารสารพยาบาลตำรวจ 2562;11(1):198-205

ประภาศ ปานเจี้ยง. (2558). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์และรูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาในจังหวัดสงขลา.** มหาวิทยาลัยหาดใหญ่ สงขลา 2558

มลภา อุไทยธุราทร, ศุภลักษณ์ สัตย์เพริศพราย และอรวรรณ เมฆกมล. (2553). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดกาญจนบุรี **วารสารวิชาการศึกษาศาสตร์คณะศึกษาศาสตร์.** ปีที่ 14 (ฉบับที่ 1) 18 2553

โยธิน พวงพิลา, ศุภกฤต คเชนทร, กันยารัตน์ ชิราวุฒิ และเบญญาภา ประกอบแสง. (2560). **ปัจจัยที่มีผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 อำเภอวารินชำราบ จังหวัดบลราชธานี** URL http://www.journal.msu.ac.th/upload/articles/article2025_78110.pdf สืบค้นเมื่อวันที่ 9 มกราคม 2562

รัตนะ บัวสนธ์และคณะ. (2553). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยนเรศวร.** URL https://www.tci-thaijo.org/index.php/edujournal_nu/article/view/9216 สืบค้นเมื่อวันที่ 9 มกราคม 2562

สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต. (2555). **EQ เด็กไทยต่ำกว่าเกณฑ์.** URL https://forums.dmh.go.th/ index.php?topic=6726.0 สืบค้นเมื่อวันที่ 9 มกราคม 2562

สมจินดา ชมพูนุท และวรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว. (2555). พลังสุขภาพจิต ความฉลาดทางอารมณ์ และความเครียดของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย** ปีที่ 26 (ฉบับที่ 2) 53 2555

อภิญญา ยุทธชาวิทย์และวีระชาติ ยุทธชาวิทย์. (2558). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ของวัยรุ่น** URL https://tci-thaijo.org/index.php/TDNJ/article/view/73042 สืบค้นเมื่อวันที่ 11 มกราคม 2562

Azita Joibari and Niloufar Mohammadtaheri. (2011). **The Study of Relation Between Emotional Intelligence and Students' Academic Achievement of High Schools in Tehran City.** URL https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042811028382 สืบค้นเมื่อวันที่ 11 มกราคม 2562

Nicholas R. and scott D. scheer. (2005). **An Exploration of adolescent Emotional intelligence in relation to Demographic characteristics. Adolescence.** URL https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1451884 สืบค้นเมื่อวันที่ 11 มกราคม 2562

การศึกษามาตรฐานร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภท 1 เพื่อพัฒนาความพร้อมสู่โครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย

A Study of Standard of Drugstores Type 1 to Develop the Readiness to Decrease Overcrowding Project of Service Units in the National Health Insurance System According to the Minister of Public Health Policy, Nong Khai Province

ไพรัตน์ ประทุมทอง[1] , เยาวลักษณ์ บุญจันทร์[2] , ปิยะมาศ ปรีชาฎก[3]

Pairatana Pratumtong , Yaowalak Boonchan , Piyamas Preechadok

(Received: February 18 ,2020 ; Accepted: March 20 ,2020)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามาตรฐานร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภท 1 เพื่อพัฒนาความพร้อมสู่โครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่าง คือ ร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภท 1 ของจังหวัดหนองคาย จำนวน 39 แห่ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบ Independent Sample t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความพร้อมในการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice: GPP) หมวดที่มีความพร้อมมากที่สุด คือ หมวดที่ 2 อุปกรณ์ ส่วนหมวดที่มีความพร้อมน้อยที่สุด คือ หมวดที่ 3 บุคลากร ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.56 (S.D. = 0.70) และ 4.13 (S.D. = 0.85) ตามลำดับ ความพร้อมในการปฏิบัติตามเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการ พบว่า ข้อที่มีความพร้อมมากที่สุด คือ ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการ หรือจัดบริการผ่านช่องทางที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิ ส่วนข้อที่มีความพร้อมน้อยที่สุด คือ มีระบบสารสนเทศ ที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายหน่วยบริการ และ/หรือเครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศของสำนักงาน ที่พร้อมใช้งาน และส่งข้อมูลหรือรายงานตามที่สำนักงานกำหนดและการจัดการรักษาความลับของข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล ตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.79 (S.D. = 0.41) และ 2.49 (S.D. = 0.88) ตามลำดับ ผลการทดสอบโดย Independent Sample t – test พบว่า ระดับการศึกษา และความเกี่ยวข้องกับร้านยา มีผลต่อความพร้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาที่ได้ใช้เป็นข้อมูลในการเตรียมความพร้อมและเป็นแนวทางในการพัฒนายกระดับมาตรฐานร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1 ของจังหวัดหนองคาย เพื่อเข้าสู่โครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ต่อไป

คำสำคัญ: มาตรฐานร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภท 1, ความพร้อม, โครงการลดความแออัด, ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Abstract

This research was action research. The purpose of this study was to a study of standard of drugstores Type 1 to develop the readiness to decrease overcrowding project of service units in the National Health Insurance System according to the Minister of Public Health policy. The sample group is the drugstore type 1 of Nong Khai province, amount 39 places data were collected by interviewing and analyzing data by frequency, percentage, mean, standard deviation and Independent Sample t – test.

The results showed that the Good Pharmacy Practice (GPP) readiness was the most readily available category, which was Category 2. The equipment with the least readiness was Category 3. 4.56 (SD = 0.70) and 4.13 (SD = 0.85) respectively, in ord er to

[1] หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

[2] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

[3] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

perform according to the audit criteria for registration as a joint service unit, it was found that the items are very ready most Which is located in an area that is convenient to receive services or provide services through a channel that facilitates access to rights services, while the least readiness is to have information systems linked to the network of service units and / Or information technology network of the office that is ready to use and send the data or report as specified by the office and managing the confidenti ality of health information. The personal data according to the law on personal data protection, the average value is 4.79 (SD = 0.41) and 2.49 (SD = 0.88) respectively, the test results by Independent Sample t-test It was found that the educational level and the association with the drugstore had a significant effect on the readiness at the level of 0.05. The results of the study were used as preparation information and as a guideline for the development of standard of drugstores Type 1 of Nong Khai province to develop the readiness to decrease overcrowding project of service units in the National Health Insurance System according to the Minister of Public Health policy.

Keywords: Standard of Drugstores Type 1, Readiness, Decrease Overcrowding Project, National Health Insurance System

บทนำ

ร้านขายยาเป็นสถานประกอบการที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพ และจัดเป็นหน่วยบริการหนึ่งของระบบสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ซึ่งประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว เสียค่าใช้จ่ายน้อย และมีความใกล้ชิดกับคนในชุมชน ร้านขายยามีการพัฒนาบทบาทและรูปแบบการให้บริการมาอย่างต่อเนื่อง นอกเหนือจากการจำหน่ายยา และผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยแล้ว ร้านขายยายังเป็นที่พึ่งด้านสุขภาพของคนในชุมชน รวมทั้งเป็นแหล่งให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนแนะนำและส่งต่อไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตามความเหมาะสม [1] ดังนั้น ร้านขายยาควรเป็นสถานบริการที่ทำให้ประชาชนมั่นใจถึงมาตรฐานและความปลอดภัยจากการใช้ยา รวมถึงยาซึ่งมีทั้งคุณและโทษถ้าใช้ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะยาแผนปัจจุบัน ประเภทยาอันตรายที่ต้องส่งมอบโดยเภสัชกร ต้องให้ถูกโรค ถูกคน ถูกขนาด ถูกวิธี และถูกเวลา ถ้าผู้บริโภคไม่ได้รับการส่งมอบจากเภสัชกร อาจมีผลกระทบจากการใช้ยาไม่ถูกต้องและเกิดอันตรายได้ เช่น การแพ้ยา การได้รับยาเกินขนาดจนเกิดอาการพิษ การเกิดอาการข้างเคียงจากยา หรือได้รับยาไม่ถูกโรคจนอาการป่วยไม่ทุเลา และเกิดเชื้อดื้อยา ซึ่งส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของประชาชนและสังคมอีกด้วย[2] การเพิ่มบทบาทและรูปแบบการให้บริการของเภสัชกรในร้านขายยาซึ่งอยู่ใกล้ชิดชุมชนจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งจะช่วยลดความแออัดให้กับหน่วยบริการภาครัฐ และเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ ตลอดจนผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

จากนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอยรับยาของผู้ป่วยที่โรงพยาบาล โดยให้มารับยาที่ร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติเห็นชอบโครงการดังกล่าว ตามข้อเสนอดำเนินงานเพื่อรองรับนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงสาธารณสุขได้แจ้งนโยบายดังกล่าวให้หน่วยงานทุกแห่งรับทราบและให้การสนับสนุนการดำเนินการเพื่อขับเคลื่อนนโยบาย[3] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษามาตรฐานร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภท 1 เพื่อพัฒนาความพร้อมสู่โครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ของร้านขายยาที่ยังไม่สามารถปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน จำนวน 39 แห่ง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการเตรียมความพร้อมและเป็นแนวทางในการพัฒนายกระดับมาตรฐานร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1 ของจังหวัดหนองคาย เพื่อเข้าสู่โครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษามาตรฐานร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภท 1 เพื่อพัฒนาความพร้อมสู่โครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษามาตรฐานร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภท 1 เพื่อพัฒนาความพร้อมสู่โครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือน กันยายน – พฤศจิกายน 2562 โดยมีขั้นตอนในการศึกษา ดังต่อไปนี้

1. สำรวจข้อมูลทั่วไปและลักษณะของร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภท 1 ของจังหวัดหนองคาย

2. เตรียมความพร้อมของบุคลากรในการสร้างความเข้าใจต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์การตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice : GPP) สำหรับร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภท 1

3. การกำหนดวิธีการประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice: GPP) สำหรับร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภท 1 ร่วมกับบุคลากร

4. สำรวจความพร้อมในการปฏิบัติตามเกณฑ์การตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice: GPP) สำหรับร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภท 1

5. สำรวจความพร้อมในการปฏิบัติตามเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

6. สร้างความเข้าใจเกณฑ์การตรวจประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice: GPP) สำหรับร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภท 1 กับร้านยา

7. สรุปผลการดำเนินงาน

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภท 1 ของจังหวัดหนองคาย จำนวน 61 แห่ง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 39 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และความเกี่ยวข้องกับร้านยา

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับลักษณะของร้านยา ได้แก่ สถานที่ตั้งของร้านขายยา รูปแบบในการจัดตั้งร้านขายยา และระยะเวลาในการดำเนินกิจการ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความพร้อมในการเข้าสู่โครงการลดความแออัด แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ความพร้อมในการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice: GPP) สำหรับร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภท 1

ตอนที่ 2 ความพร้อมในการปฏิบัติตามเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตรวจสอบคุณภาพแบบสัมภาษณ์ด้านความตรงตามเนื้อหาโดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน (สาธารณสุขนิเทศก์ เขต 8 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย และรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย) คำนวณหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่ามากกว่า 0.5 ทุกข้อ และทำการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.89 ผู้วิจัยใช้แบบประมาณค่า 5 ระดับ[4] โดยใช้เกณฑ์แปลความหมายค่าเฉลี่ย ดังนี้[5]

ระดับ 5 ค่าเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง ปฏิบัติได้ทันที

ระดับ 4 ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง ปฏิบัติได้ภายในเวลา 3 เดือน

ระดับ 3 ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง ปฏิบัติได้แต่ใช้เวลามากกว่า 3 – 6 เดือน

ระดับ 2 ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง ปฏิบัติได้แต่ใช้เวลามากกว่า 6 เดือน – 1 ปี

ระดับ 1 ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง ปฏิบัติได้แต่ใช้เวลามากกว่า 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และลักษณะของร้านยา นำมาวิเคราะห์หาค่าความถี่ และค่าร้อยละ ข้อมูลที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) รายข้อของตัวแปร นำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลที่หาค่าความแตกต่างกันระหว่าง 2 ตัวแปรที่เป็นอิสระต่อกัน วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Independent Sample t – test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและลักษณะของร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภท 1 จังหวัดหนองคาย จำนวน 39 แห่ง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 22 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 56.41 อายุ 40 – 49 ปี จำนวน 17 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 43.59 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 32 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 82.05 ความเกี่ยวข้องกับร้านยาเป็นผู้ดำเนินกิจการจำนวน 30 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 76.92 สถานที่ตั้งของร้านขายยาตั้งอยู่อำเภอเมือง จำนวน 20 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 51.28 รูปแบบในการจัดตั้งร้านขายยา เป็นแบบเจ้าของคนเดียว จำนวน 37 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 94.87 และระยะเวลาในการดำเนินกิจการ 1 – 10 ปี จำนวน 20 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 51.28

2. ความพร้อมในการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice: GPP) สำหรับร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภท 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพร้อมในการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice: GPP) สำหรับร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภท 1

เกณฑ์ประเมินความพร้อมในการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice: GPP)	$\overline{X}$	S.D.	ระดับความพร้อม
หมวดที่ 1 สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน	4.14	0.81	ปฏิบัติได้ภายในเวลา 3 เดือน
หมวดที่ 2 อุปกรณ์	4.56	0.70	ปฏิบัติได้ทันที
หมวดที่ 3 บุคลากร	4.13	0.85	ปฏิบัติได้ภายในเวลา 3 เดือน
หมวดที่ 4 การควบคุมคุณภาพยา	4.36	0.69	ปฏิบัติได้ภายในเวลา 3 เดือน
หมวดที่ 5 การปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน	4.17	0.78	ปฏิบัติได้ภายในเวลา 3 เดือน
ภาพรวม	**4.25**	**0.78**	**ปฏิบัติได้ภายในเวลา 3 เดือน**

จากตาราง 1 ความพร้อมในการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice: GPP) สำหรับร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภท 1 ของจังหวัดหนองคาย พบว่าภาพรวมมีความพร้อมอยู่ในระดับปฏิบัติได้ภายในเวลา 3 เดือน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.25 (S.D. = 0.78) เมื่อพิจารณาเป็นรายหมวด พบว่า หมวดที่มีความพร้อมในการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice: GPP) ในระดับปฏิบัติได้ทันที ค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ หมวดที่ 2 อุปกรณ์ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.56 (S.D. = 0.70) ส่วนหมวดที่มีความพร้อมในระดับปฏิบัติได้ภายในเวลา 3 เดือน ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ หมวดที่ 3 บุคลากร ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.13 (S.D. = 0.85)

สำหรับร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภท 1 ที่มีความพร้อมมากที่สุด จำแนกรายข้อ พบว่า ข้อที่ปฏิบัติได้ทันที ในหมวดที่ 1 สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน คือ ข้อ 1.4 สถานที่ขายยาตั้งอยู่ในสถานที่ซึ่งประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงได้ มีทะเบียนบ้านที่ออกให้โดยส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ในกรณีที่เป็นอาคารชุด ต้องมีพื้นที่ อนุญาตให้ประกอบกิจการไม่ใช่ที่พักอาศัย จำนวน 31 แห่ง (ร้อยละ 79.49) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.79 (S.D. = 0.41) หมวดที่ 2 อุปกรณ์ คือ ข้อ 2.4 มีเครื่องชั่งน้ำหนัก

สำหรับผู้มารับบริการ 1 เครื่อง จำนวน 35 แห่ง (ร้อยละ 89.74) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.90 (S.D. = 0.31) หมวดที่ 3 บุคลากร คือ ข้อ 3.1 เภสัชกรเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการให้การบริการทางเภสัชกรรมชุมชน จำนวน 30 แห่ง (ร้อยละ 76.92) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.77 (S.D. = 0.43) หมวดที่ 4 การควบคุมคุณภาพยา คือ ข้อ 4.1 มีการคัดเลือกยา และจัดหายาจากผู้ผลิต ผู้นำเข้า ผู้จำหน่ายที่ถูกต้องตามกฎหมายว่าด้วยยา และมีมาตรฐานตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต จัดเก็บ และการขนส่ง จำนวน 34 แห่ง (ร้อยละ 87.18) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.87 (S.D. = 0.34) และหมวดที่ 5 การปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน คือ ข้อ 5.12 ไม่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ จำนวน 38 แห่ง (ร้อยละ 97.44) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.97 (S.D. = 0.16)

สำหรับร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภท 1 ที่มีความพร้อมน้อยที่สุด จำแนกรายข้อ พบว่า ข้อที่ปฏิบัติได้แต่ใช้เวลามากกว่า 3 – 6 เดือน ในหมวดที่ 1 สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน คือ ข้อ 1.7 สถานที่ขายยา มีสภาพเหมาะสมต่อการรักษาคุณภาพยา โดยในพื้นที่ขายยาและเก็บสำรองยาต้องมีการถ่ายเทอากาศที่ดี แห้ง สามารถควบคุมอุณหภูมิให้ไม่เกิน 30 องศาเซลเซียส และสามารถป้องกันแสงแดดไม่ให้ส่องโดยตรงถึงผลิตภัณฑ์ (เช่น มีการติดเครื่องปรับอากาศ) จำนวน 22 แห่ง (ร้อยละ 56.41)ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.49 (S.D. = 0.60) หมวดที่ 2 อุปกรณ์ ปฏิบัติได้ภายในเวลา 3 เดือน คือ ข้อ 2.6 มีอุปกรณ์สำหรับดับเพลิง 1 เครื่อง จำนวน 19 แห่ง (ร้อยละ 48.72) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 (S.D. = 0.83) หมวดที่ 3 บุคลากร ปฏิบัติได้แต่ใช้เวลามากกว่า 3 – 6 เดือน คือ ข้อ 3.2 พนักงานร้านยา มีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายยา และงานที่ได้รับมอบหมาย จนสามารถปฏิบัติงานได้ดี และผ่านการอบรมอย่างต่อเนื่องและเพียงพอ จำนวน 15 แห่ง (ร้อยละ 38.46) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.05 (S.D. = 0.86) หมวดที่ 4 การควบคุมคุณภาพยา ปฏิบัติได้ภายในเวลา 3 เดือน คือ ข้อ 4.6 จัดให้มีระบบเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดหาจัดการคลังสินค้าและการจำหน่ายให้ถูกต้องเป็นปัจจุบันสามารถสืบย้อนได้ จำนวน 37 แห่ง (ร้อยละ 94.87) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 (S.D. = 0.23) และหมวดที่ 5 การปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ปฏิบัติได้ภายในเวลา 3 เดือน คือ ข้อ 5.5 มีกระบวนการในการป้องกันการแพ้ยาซ้ำของผู้มารับบริการที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสม จำนวน 21 แห่ง (ร้อยละ 53.85) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 (S.D. = 0.78)

3. ความพร้อมในการปฏิบัติตามเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ภาพรวมมีความพร้อมอยู่ในระดับปฏิบัติได้ภายในเวลา 3 เดือน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.81 (S.D. = 0.98) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีความพร้อมในระดับปฏิบัติได้ทันที ค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ข้อ 5 ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการ หรือจัดบริการผ่านช่องทางที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิ จำนวน 31 แห่ง (ร้อยละ 79.49) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.79 (S.D. = 0.41) ส่วนข้อที่มีความพร้อมอยู่ในระดับปฏิบัติได้แต่ใช้เวลามากกว่า 6 เดือน–1 ปี ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 7 มีระบบสารสนเทศ ที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายหน่วยบริการ และ/หรือเครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศของสำนักงาน ที่พร้อมใช้งาน และส่งข้อมูลหรือรายงานตามที่สำนักงานกำหนดและการจัดการรักษาความลับของข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล ตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 15 แห่ง (ร้อยละ 38.46) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.49 (S.D. = 0.88)

4. การเปรียบเทียบความแตกต่างของความพร้อมในการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice: GPP) สำหรับร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภท 1 จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและลักษณะของร้านยา

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของความพร้อมในการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice: GPP) สำหรับร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภท 1 จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและลักษณะของร้านยา

ข้อมูลทั่วไปและลักษณะของร้านขายยา		n	$\overline{X}$	S.D.	t	p-value
เพศ						
	ชาย	17	4.22	0.33	-0.654	0.517
	หญิง	22	4.27	0.24		

อายุ						
	1 – 40 ปี	9	4.29	0.35	0.480	0.634
	41 ปีขึ้นไป	30	4.24	0.26		
ระดับการศึกษา						
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	4	3.98	0.31	-2.158	0.038*
	ปริญญาตรีขึ้นไป	35	4.28	0.26		
ความเกี่ยวข้องกับร้านยา						
	เป็นผู้ดำเนินกิจการ	30	4.15	0.24	-9.232	0.001*
	เป็นทั้งผู้ดำเนินกิจการและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	9	4.59	0.05		
สถานที่ตั้งของร้านขายยา						
	อำเภอเมือง	20	4.30	0.24	1.030	0.310
	อำเภออื่นๆ	19	4.21	0.31		
รูปแบบในการจัดตั้งร้านขายยา						
	เจ้าของคนเดียว	37	4.26	0.28	0.315	0.754
	นิติบุคคล (บริษัทจำกัด / ห้างหุ้นส่วนจำกัด)	2	4.19	0.24		
ระยะเวลาในการดำเนินกิจการ						
	1 – 10 ปี	20	4.37	0.23	2.968	0.005*
	11 ปีขึ้นไป	19	4.13	0.27		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของความพร้อมในการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice: GPP) สำหรับร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภท 1 จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและลักษณะของร้านยา พบว่า ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้องกับร้านยา และระยะเวลาในการดำเนินกิจการ มีความพร้อมในการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice: GPP) สำหรับร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภท 1 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้ ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปมีความพร้อมมากกว่าระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ความเกี่ยวข้องกับร้านยาโดยเป็นทั้งผู้ดำเนินกิจการและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการมีความพร้อมมากกว่าเป็นเพียงผู้ดำเนินกิจการ และระยะเวลาในการดำเนินกิจการ 1 – 10 ปี มีความพร้อมมากกว่าระยะเวลาในการดำเนินกิจการ 11 ปีขึ้นไป ส่วนเพศ อายุ สถานที่ตั้งของร้านขายยา และรูปแบบในการจัดตั้งร้านขายยา มีความพร้อมในการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice: GPP) สำหรับร้านขายยาแผนปัจจุบัน ประเภท 1 ไม่แตกต่างกัน

5. เปรียบเทียบความแตกต่างของความพร้อมในการปฏิบัติตามเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและลักษณะของร้านยา

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของความพร้อมในการปฏิบัติตามเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและลักษณะของร้านยา

ข้อมูลทั่วไปและลักษณะของร้านขายยา		n	$\overline{X}$	S.D.	t	p-value
เพศ						
	ชาย	17	3.80	0.65	-0.120	0.905

	หญิง	22	3.82	0.51		
เพศ						
	ชาย	17	3.80	0.65	-0.120	0.905
	หญิง	22	3.82	0.51		
อายุ						
	1 – 40 ปี	9	3.97	0.62	0.949	0.349
	41 ปีขึ้นไป	30	3.77	0.55		
ระดับการศึกษา						
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	4	3.25	0.44	-2.195	0.035*
	ปริญญาตรีขึ้นไป	35	3.88	0.55		
ความเกี่ยวข้องกับร้านยา						
	เป็นผู้ดำเนินกิจการ	30	3.58	0.43	-11.335	0.001*
	เป็นผู้ดำเนินกิจการและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	9	4.58	0.13		
สถานที่ตั้งของร้านขายยา						
	อำเภอเมือง	20	3.88	0.51	0.752	0.457
	อำเภออื่นๆ	19	3.74	0.63		
รูปแบบในการจัดตั้งร้านขายยา						
	เจ้าของคนเดียว	37	3.82	0.58	0.161	0.873
	นิติบุคคล (บริษัทจำกัด / ห้างหุ้นส่วนจำกัด)	2	3.75	0.01		
ระยะเวลาในการดำเนินกิจการ						
	1 – 10 ปี	20	3.95	0.48	1.558	0.128
	11 ปีขึ้นไป	19	3.67	0.63		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของความพร้อมในการปฏิบัติตามเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและลักษณะของร้านยา พบว่า ระดับการศึกษา และความเกี่ยวข้องกับร้านยา มีความพร้อมในการปฏิบัติตามเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้ ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปมีความพร้อมมากกว่าระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี และความเกี่ยวข้องกับร้านยาโดยเป็นทั้งผู้ดำเนินกิจการและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการมีความพร้อมมากกว่าเป็นเพียงผู้ดำเนินกิจการ ส่วนเพศ อายุ สถานที่ตั้งของร้านขายยา รูปแบบในการจัดตั้งร้านขายยา และระยะเวลาในการดำเนินกิจการ มีความพร้อมในการปฏิบัติตามเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่แตกต่างกัน

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การประเมินความพร้อมในการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice: GPP) สำหรับร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภท 1 ของจังหวัดหนองคาย พบว่า ภาพรวมมีความพร้อมอยู่ในระดับปฏิบัติได้ภายในเวลา 3 เดือน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.25 (S.D. = 0.78) เมื่อพิจารณาเป็นรายหมวด พบว่า หมวดที่มีความพร้อมในการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice: GPP) ในระดับปฏิบัติได้ทันที มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ หมวดที่ 2 อุปกรณ์ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.56 (S.D. = 0.70) ส่วนหมวดที่มีความพร้อมอยู่ในระดับปฏิบัติได้ภายในเวลา 3 เดือน มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ หมวดที่ 3 บุคลากร ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.13

(S.D. = 0.85) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มาตรฐานที่ร้านขายยามีความพร้อมมากที่สุดสามารถปฏิบัติได้ทันที ได้แก่ ข้อ 5.12 ไม่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ จำนวน 38 แห่ง (ร้อยละ 97.44) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.97 (S.D. = 0.16) เนื่องจากร้านขายยาส่วนใหญ่ไม่มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ภายในร้าน นอกจากนี้เป็นเกณฑ์มาตรฐานที่สามารถปฏิบัติได้ง่ายหรือปรับปรุงแก้ไขได้ภายในเวลารวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อินทริยา อินทพันธุ์ (2558)[6] คัมภีร์ ตันภูมิประเทศ และธีรยา วรปาณิ (2558)[7] และ วิวัฒน์ ถาวรวัฒนยงค์ และคณะ (2559)[8] ส่วนมาตรฐานที่ร้านขายยาส่วนใหญ่ มีความพร้อมน้อยที่สุดสามารถปฏิบัติได้แต่ใช้เวลามากกว่า 3–6 เดือน ได้แก่ ข้อ 3.2 พนักงานร้านยามีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายยา และงานที่ได้รับมอบหมายจนสามารถปฏิบัติงานได้ดี และผ่านการอบรมอย่างต่อเนื่องและเพียงพอ จำนวน 15 แห่ง (ร้อยละ 38.46) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.05 (S.D. = 0.86) เนื่องจากยังไม่มีหน่วยงานที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดอบรมพนักงานร้านยาเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายยา หรือกรอบในการปฏิบัติหน้าที่สิทธิและหน้าที่ของพนักงานร้านยาให้มีแนวทางการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิวัฒน์ ถาวรวัฒนยงค์ และคณะ (2559)[8]

สำหรับความพร้อมในการปฏิบัติตามเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ภาพรวมมีความพร้อมอยู่ในระดับปฏิบัติได้ภายในเวลา 3 เดือน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.81 (S.D. = 0.98) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า เกณฑ์ที่ร้านขายยามีความพร้อมมากที่สุดสามารถปฏิบัติได้ทันที ได้แก่ ข้อ 5 ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการ หรือจัดบริการผ่านช่องทางที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิ จำนวน 31 แห่ง (ร้อยละ 79.49) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.79 (S.D. = 0.41) เนื่องจากร้านขายยาส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในแหล่งชุมชนที่ผู้รับบริการเข้าถึงได้ง่าย ใช้บริการได้สะดวกและรวดเร็ว ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการและไม่ต้องสูญเสียรายได้จากการทำงานที่ต้องมารอรับบริการนาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ระพีพรรณ ฉลองสุข และคณะ (2550)[9] และ บังอร ศรีพานิชกุลชัย และคณะ (2556)[10] ส่วนเกณฑ์ที่ร้านขายยามีความพร้อมน้อยที่สุดสามารถปฏิบัติได้แต่ใช้เวลามากกว่า 6 เดือน–1 ปี ได้แก่ ข้อ 7 มีระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายหน่วยบริการ และ/หรือเครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศของสำนักงานที่พร้อมใช้งานและส่งข้อมูลหรือรายงานตามที่สำนักงานกำหนดและการจัดการรักษาความลับของข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 15 แห่ง (ร้อยละ 38.46) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.49 (S.D. = 0.88) เนื่องจากร้านขายยายังไม่ได้มีบทบาทในการเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ จึงไม่มีระบบที่เชื่อมโยงข้อมูลกับเครือข่ายหน่วยบริการอย่างเป็นระบบ ส่วนการจัดการรักษาความลับของข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล เนื่องจากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550[11] มาตรา 7 ทำให้การส่งต่อข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลระหว่างหน่วยบริการของรัฐกับร้านขายยาทำได้ไม่สะดวก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ บังอร ศรีพานิชกุลชัย และคณะ (2556)[10] และ พยอม สุขเอนกนันท์ และคณะ (2560)[12]

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ปัญหาในหมวดสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันที่เป็นปัญหาสำคัญของร้านขายยา คือ มีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณในการจัดสถานที่ให้มีสภาพเหมาะสมต่อการรักษาคุณภาพยา โดยพื้นที่ขายยาและเก็บสำรองยาต้องมีอากาศถ่ายเทดี แห้ง สามารถควบคุมอุณหภูมิให้ไม่เกิน 30 องศาเซลเซียส และสามารถป้องกันแสงแดดไม่ให้ส่องโดยตรงถึงผลิตภัณฑ์ (เช่น มีการติดเครื่องปรับอากาศ) ดังนั้น ควรหาแนวทางปฏิบัติร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและร้านขายยา เพื่อให้ร้านขายยาสามารถปรับปรุงสถานที่ให้มีความเหมาะสมตามเกณฑ์ มีการควบคุมสภาพแวดล้อมการเก็บรักษา ไม่ให้ยาเสื่อมสภาพจากความร้อน ความชื้น และแสงแดด

2. ผลการวิจัยในหมวดอุปกรณ์ พบว่า ร้านขายยาบางแห่งไม่เห็นความจำเป็นและความสำคัญของการมีอุปกรณ์สำหรับดับเพลิง เพราะต้องใช้งบประมาณในการลงทุนเพื่อจัดซื้ออุปกรณ์เพิ่ม เนื่องจากร้านขายยามีขนาดเล็ก ดังนั้น ควรสร้างความตระหนักให้ร้านขายยาเห็นความสำคัญของการมีอุปกรณ์สำหรับดับเพลิงเนื่องจากถือเป็นอุปกรณ์ขั้นพื้นฐาน

ที่ร้านขายยาแผนปัจจุบันจะต้องมีเพื่อสนับสนุนให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้มารับบริการ

3. ผลการวิจัยในหมวดบุคลากร พบว่า พนักงานร้านยาไม่ได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่องและเพียงพอ ดังนั้น ควรมีหน่วยงานที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดอบรมให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้พนักงานร้านยามีความรู้และความเข้าใจในกฎหมาย กรอบในการปฏิบัติหน้าที่ สิทธิตลอดจนหน้าที่ของตน เพื่อไม่ให้กระทำผิดตามกฎหมายว่าด้วยยา

4. ผลการวิจัยในหมวดการควบคุมคุณภาพยา พบว่า ร้านขายยาบางแห่งมีปัญหาการจัดให้มีระบบเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดหาจัดการคลังสินค้าและการจำหน่ายให้ถูกต้องเป็นปัจจุบันสามารถสืบย้อนได้ ดังนั้น ควรมีแนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อให้ร้านขายยาสามารถปฏิบัติได้ง่ายและสะดวก

5. ผลการวิจัยในหมวดการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน พบว่า ร้านขายยาบางแห่งยังไม่มีกระบวนการในการป้องกันการแพ้ยาซ้ำของผู้มารับบริการที่มีประสิทธิภาพเหมาะสม เนื่องจากไม่มีการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ หรือการซักประวัติการแพ้ยาทำได้ไม่ครบถ้วนหรือครอบคลุม เนื่องจากผู้มารับบริการมีจำนวนมาก หรือมีความรีบเร่ง หรือผู้มารับบริการไม่ใช่ผู้ป่วย ดังนั้น ควรสร้างความตะหนักพร้อมทั้งมีแนวทางหรือขั้นตอนการปฏิบัติที่สะดวกและรวดเร็ว

6. ผลการวิจัยความพร้อมในการปฏิบัติตามเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ร้านขายยามีอุปสรรคในด้านระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายหน่วยบริการและ/หรือเครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศของสำนักงานที่พร้อมใช้งาน และส่งข้อมูลหรือรายงานตามที่สำนักงานกำหนดและการจัดการรักษาความลับของข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาระบบสารสนเทศโดยมีแนวทางและขอบเขตที่ชัดเจนพร้อมใช้งานเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างเครือข่ายหน่วยบริการและร้านขายยา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษารูปแบบการบริหารจัดการเครือข่ายระหว่างหน่วยบริการและร้านยา เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาโครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ของจังหวัดหนองคาย ให้มีความเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลต่อไป

2. ควรมีการศึกษาความต้องการของผู้รับบริการในการเข้าร่วมโครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของร้านขายยาในการเข้าร่วมโครงการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี โดยเฉพาะคำแนะนำที่มีคุณค่าจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ นายแพทย์สวัสดิ์ อภิวัจนีวงศ์ สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 8 นายแพทย์วิศณุ วิทยาบำรุง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย และนายมะณู บุญศรีมณีชัย รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย และที่สำคัญขอขอบพระคุณ ผู้ประกอบการร้านขายยาจังหวัดหนองคาย เจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขทุกท่าน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. อริสรา นภดลลดาภรณ์. ศักยภาพความพร้อมและการให้ความสำคัญของผู้ประกอบการร้านยาแผนปัจจุบันที่มีต่อเกณฑ์มาตรฐานร้านยาของสภาเภสัชกรรม : กรณีศึกษาร้านยาแผนปัจจุบัน ในอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานีที่ยังไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยา. (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
2. พิมลวรรณ อ่อนประเสริฐ. แนวทางการพัฒนาร้านยาเข้าสู่มาตรฐานร้านยาคุณภาพจังหวัดยะลา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2558.

3. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาเภสัชกรรม และสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย). คู่มือการดำเนินงานโครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1 ตามนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข สำหรับ สปสช.เขต. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://drive.google.com/file/d/1GiTKM_YoVDf4qMJDFM1Y3FniooauBXGR/view
4. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์; 2549.
5. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2545.
6. อินทริยา อินทพันธุ์. การประเมินการปฏิบัติตามกฎกระทรวงว่าด้วยการอนุญาตและการกำหนดสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดลำพูน. วารสารเภสัชกรรมไทย 2558; 7(2): 94-104.
7. คัมภีร์ ตันภูมิประเทศ, ธีรยา วรปาณี. ความคิดเห็นและการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีการปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ.2557 ในจังหวัดตาก. วารสารอาหารและยา 2558; 22(2): 25-32.
8. วิวัฒน์ ถาวรวัฒนยงค์, ชนิกา อยู่กลั่นเถื่อน, พัชรินทร์ ปัญญาเครือ, รวิวรรณ นาครินทร์, เอกสิทธิ์ อธิตระกูลเลิศ. ความคิดเห็นของผู้ประกอบการร้านยาในจังหวัดนครปฐมต่อประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีการปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ.2557. Thai Bull Pharm Sci 2016; 11(2): 27-44.
9. ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย, วิชัย สันติมาลีวรกุล. การศึกษาเปรียบเทียบระบบบริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่โรงพยาบาลกับที่ร้านยาคุณภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550; 1: 249-61.
10. บังอร ศรีพานิชกุลชัย, ทิพาพร กาญจนราช, รักษวร ใจสะอาด, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, ชนัตถา พลอยเลื่อมแสง, ดวงทิพย์ หงส์สมุทร, และคณะ. ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการเข้าถึงบริการทางเภสัชกรรมที่ดีอย่างเท่าเทียมในสถานบริการทุกระดับ. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา 2556.
11. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. [อินเทอร์เน็ต]. 2553. [เข้าถึงเมื่อ 8 มิ.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%CA71/%CA71-20-9999-update.htm
12. พยอม สุขเอนกนันท์, สุนทรี วัชรดำรงกุล, สันติภาพ สุขเอนกนันท์, สุระรอง ชินวงศ์, สุชาดา สูรพันธุ์, วิวัฒน์ ถาวรวัฒนยงค์, และคณะ. ความพร้อมและการตัดสินใจของร้านยาแหล่งฝึกในการร่วมให้บริการตามกรอบบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560; 11: 64-76.

ผลการใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองและสติบำบัดต่อสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

The effects of Cognitive Stimulation program and Mindfulness based Therapy and Counseling with Mild Cognitive Impairment King Narai Hospital

สุกัญญา โรจน์ประเสริฐ[1]

Sukunya Rojhprasert

(Received: February 7 ,2020 ; Accepted: February 28 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองและสติบำบัดต่อสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่รับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ได้รับการวินิจฉัยว่ามีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้นจำนวน 30 คน เก็บข้อมูลระหว่าง ตุลาคม 2560-ตุลาคม 2562 ทำกิจกรรมตามโปรแกรม (1)พัฒนาศักยภาพสมอง(MCI) 6 ครั้งทุก 2สัปดาห์ และ(2)สติบำบัด(MBTC)8 ครั้งทุกสัปดาห์ ประเมินซ้ำสัปดาห์ที่ 24เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่ แบบทดสอบMOCA, IADLและแบบบันทึกพฤติกรรมบันทึกทุกครั้งที่ทำกิจกรรมวิเคราะห์เปรียบเทียบครั้งแรกและครั้งสุดท้าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired T-Test ผลการศึกษาพบว่า1)หลังการใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองและสติบำบัดมีค่าสมรรถภาพสมอง (แบบทดสอบMOCA) สูงกว่าก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(t=10.894, p=.000) 2)ค่าเฉลี่ยของแบบทดสอบIADLหลังได้รับการฝึก(mean=24.00, SD.=9.318) ต่ำกว่าก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(t=3.864, p=.001) 3)ค่าเฉลี่ยของแบบบันทึกพฤติกรรม การพัฒนาศักยภาพสมอง(MCI)ครั้งที่6(mean=20.00, SD.=1.947)สูงกว่าครั้งที่1อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(t=17.268, p=.000) และ4) ค่าเฉลี่ยของแบบบันทึกพฤติกรรมสติบำบัด(MBTC)ครั้งที่8 (mean=20.00, SD.=1.947)สูงกว่าครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=17.268, p=.000)

คำสำคัญ : โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง/โปรแกรมสติบำบัด/สมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น

Abstract

The purpose of the quasi-experimental research was to investigate the effect of a cognitive stimulation program and mindfulness on the cognitive functions of ageing with mild cognitive impairment. A sample of 30 older adults with mild cognitive impairment the geriatric clinic of King Narai hospital and was assigned into the experimental during October 2017 to October 2019. The experimental group participated in the cognitive stimulation program, including (1) develop brain capacity 6 times in eve ry 2 weeks and (2) 8 times of Mindfulness Based-Therapy and Counseling (MBTC) in every week. The group received routine care in 24th week. The research instrument for collecting the data included the Montreal Cognitive Assessment (MOCA), the Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) and behavior assessment, which compare the first activity with the last one. The data were analyzed using the paired T-test. The result showed that

The findings were as follows: 1)The mean score for the cognitive function of the experimental group after participating in the MOCA was statistically significantly greater than before attending the program (t=10.894, p=.000). 2) The mean score for the cognitive function of the experimental group after participating in the IADL (mean=24.00, SD.=9.318) was statistically significantly lower than before attending the program (t=3.864, p=.001) 3) the mean score of the cognitive function in the 6th MCI participation (mean=20.00, SD.=1.947) was statistically significantly greater than before attending the program (t=17.268, p=.000) and 4) the mean score of the

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

cognitive function in the 8th MBTC participation (mean=20.00, SD.=1.947) was statistically significantly greater than before attending the program (t=17.268, p=.000)

Keyword: the cognitive stimulation program/the mindfulness/mild cognitive impairment.

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุและมีแนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 10 ในปีพ.ศ.2548 เป็นร้อยละ 16.5 ในปีพ.ศ.2559 [5] ซึ่งมีการคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ.2564ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์คือมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปี มากกว่าร้อยละ 20 [8] ส่วนหนึ่งเป็นผลจากวิทยาการด้านการแพทย์และการพัฒนางานด้านสาธารณสุข [17,2] วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม นำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพจากการศึกษาและสำรวจของประชากรไทยยืนยันชัดเจนว่าโรคที่เป็นปัญหาในผู้สูงอายุคือ โรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะสมองเสื่อมเริ่มพบมากในผู้สูงอายุ ซึ่งจากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกในระยะเวลาอีกสองทศวรรษข้างหน้าตั้งแต่ พ.ศ. 2560 ภาวะสมองเสื่อมจะเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด อาการที่เด่นที่สุดของภาวะสมองเสื่อมคือ การสูญเสียความทรงจำและสมรรถนะสมองที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวันภาวะสมองเสื่อมที่มีสาเหตุจากความเสื่อมของร่างกาย เกิดมีอาการที่เป็นความบกพร่องของความสามารถของสมอง (cognitive function) เช่น หลงลืม หลงทาง ความคิด การตัดสินใจผิดปกติ และเมื่อการดำเนินโรคเป็นมากขึ้นจะส่งผลต่อพฤติกรรม อารมณ์ การคัดกรองผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จึงมีความสำคัญที่นำไปสู่การดูแลรักษาที่เหมาะสม ชลอความเสื่อมของสมอง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ประจำจังหวัดลพบุรีในภาคกลาง มีคลินิกผู้สูงอายุเปิดให้บริการตรวจคัดกรองสุขภาวะและปรึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุทุกวัน คลินิกผู้สูงอายุ(ความจำ)เปิดบริการตรวจรักษาทุกวันพุธ มีผู้รับการรักษาต่อเนื่องในคลินิกรวมทั้งสิ้น 430 คน

โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่ทีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้น(Cognitive Stimulation in people with Mild Cognitive Impairment) เป็นการฝึกสมองอย่างมีแบบแผนเฉพาะเจาะจง[7] ที่จะสามารถคงสภาพสมองในผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น โดยฝึกเฉพาะเจาะจงประกอบด้วย 6 กิจกรรมครั้งละ2-3ชั่วโมง ทุก2สัปดาห์ คือกิจกรรมที่1 ชื่อนั้นสำคัญไฉนเป็นการฝึกความใส่ใจในชื่อ จำจุดเด่นท่าทาง ฝึกความจำรายละเอียดบนใบหน้า ทบทวนความจำเกี่ยวกับชีวิตที่เกิดมาเป็นการฝึกความจำระยะยาว การฝึกภาษาในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรมที่2 ความจำสั้นและยาวเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มองความรู้สึกในเหตุการณ์ ฝึกจำเสียง ฝึกความใส่ใจรู้ทันตัวรบกวน กิจกรรมที่3 การรับรู้มิติสัมพัทธ์ ฝึกความเข้าใจในทิศทาง ฝึกความใส่ใจในการสังเกตวัตถุ สิ่งของ กิจกรรมที่4 ความจำภาพและตัวเลข เป็นการดึงความทรงจำเก่ามาสร้างจินตนาการในการเขียนภาพ เล่าบรรยายองค์ประกอบภาพด้วยการให้เหตุผลการวางแผน ฝึกการใช้ภาษาในคำอธิบาย ฝึกการจำภาพแผนที่เชื่อมโยงเป็นมิติสัมพัทธ์กิจกรรมที่5 การจัดของ จัดการความคิดเป็นการให้เหตุผล การวางแผนโดยใส่ใจในรายละเอียด กิจกรรมที่ 6 การใช้จ่ายอย่างมีสติเป็นการฝึกใส่ใจรายละเอียด ฝึกจำสิ่งของ และวางแผนคำนวณตัวเลขกิจกรรมทั้ง 6 นี้ทางสำนักผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ได้ออกเป็นคู่มือ[7] เพื่อนำไปใช้กับผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้นที่ทำให้สามารถฟื้นตัวกลับคืนสู่สภาพปกติมากที่สุดและชลอความเสื่อมของสมองให้ช้าลง

สติบำบัด (Mindfulness based therapy and Counseling:MBTC) เป็นการพัฒนาแนวคิดจากพุทธศาสนานำหลักการเรื่องสติ สมาธิมาพัฒนาไม่เน้นเรื่องศาสนาโดยยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์ (2559)[4] ประกอบด้วย 8กิจกรรม ครั้งละ 1.5-2 ชั่วโมงทุกสัปดาห์ ประกอบด้วย 1)การจัดการกับความว้าวุ่นใจ2)ดำเนินชีวิตอย่างมีสติ 3)รู้จักปล่อยวางอารมณ์ 4) รู้ทันความคิดและปล่อยวาง 5)ทบทวนสัมพันธภาพใหม่ 6)

ปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น 7)เมตตาและให้อภัย 8)ชีวิตต้องเดินหน้า ถ้าจิตวิทยาแนวสติอธิบายว่าความคิดของจิตขั้นพื้นฐานชอบสะสมสิ่งลบจนกลายเป็นอารมณ์และความเครียด ทว่าสมาธิกับสติเป็นจิตขั้นสูงกว่าที่ไม่สะสมความคิดลบแต่มีความสงบมั่นคงสมดุลยภาพด้วยกลไกและสภาวะที่ต่างกัน สมาธิเป็นจิตที่พัก ว่างจากความคิดทั้งปวง ที่เกิดจากการฝึกให้จิตหยุดคิด โดยตั้งมั่นกับสิ่งเดียวเช่นลมหายใจ ขณะที่สติเป็นจิตที่ทำงานโดยอยู่กับกิจที่ทำในปัจจุบัน การฝึกโดยรู้ลมหายใจบางส่วนรู้ในกิจที่ทำอย่างต่อเนื่องทั้งกิจภายนอก(กาย)และภายใน(จิต)จึงเข้าใจในความเป็นอนิจจัง ลดความยึดติดกับความคิดและความรู้สึกลบ พัฒนาการปล่อยวาง ทำให้เป็นอิสระจากความทุกข์ต่างๆ กรมสุขภาพจิตได้นำมาใช้เพื่อลดความเครียดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการบำบัดความผิดปกติทางอารมณ์ (วิตกกังวล ซึมเศร้า) และการติดสารเสพติด ผู้วิจัยสนใจนำกิจกรรมทั้ง 2 มาใช้ร่วมกันเพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง (MCI) และสติบำบัด (MBTC) ต่อสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองและสติบำบัดต่อสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองและสติบำบัดต่อสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้นกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่รับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (9Q น้อยกว่า 7 คะแนนค่าคะแนน MMSE ปกติ) คะแนนMOCAน้อยกว่า25 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลระหว่าง ตุลาคม 2560-ตุลาคม 2562 ทำกิจกรรมตามโปรแกรม (1)พัฒนาศักยภาพสมอง(MCI) 6 ครั้ง ครั้งละ2-3 ชั่วโมงทุก 2สัปดาห์ (2) สติบำบัด(MBTC) 8 ครั้งครั้งละ 1.5-2 ชั่วโมงทุกสัปดาห์ ประเมินซ้ำสัปดาห์ที่ 24 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่ แบบทดสอบ MOCA, IADL, 9Q, 20Q, TGDS และแบบบันทึกพฤติกรรมบันทึกทุกครั้งที่ทำกิจกรรม วิเคราะห์เปรียบเทียบครั้งแรกและครั้งสุดท้ายของแบบบันทึกพฤติกรรมพัฒนาศักยภาพสมอง (MCI)และสติบำบัด(MBTC) ด้วยสถิติเปรียบเทียบ Paired T-Test

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่รับการรักษาต่อเนื่องที่คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชจำนวน 430 คน

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับการคัดกรองและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้นจำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ให้ความร่วมมือในกิจกรรมตลอด (ผู้เข้าร่วมสามารถบอกเลิกเมื่อไรก็ได้) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ที่มีความบกพร่องของสมองระยะต้น พูดคุยรู้เรื่อง อ่านออกเขียนได้ MMSE Thai – 2002 อยู่ในเกณฑ์ปกติ (คือไม่ได้เรียนหนังสือคะแนน ≤14 เรียนหนังสือประถม 4 คะแนน ≤17เรียนสูงกว่าประถม4คะแนน≤22) และ 9Q น้อยกว่า 7 คะแนน แบบทดสอบMOCA น้อยกว่า 25 คัดกรองผู้สูงอายุทั้งหมดที่รับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ รพ.พระนารายณ์มหาราช จำนวน 430 คน เริ่มต้นจากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2Q ได้0 คะแนนไม่ต้องทำ 9Q (ถ้าได้คะแนน1 หรือ2 ประเมินต่อด้วย 9Q คะแนนไม่เกิน7)ประเมินต่อด้วย MMSE Thai-2002 ถ้าปกติคัดกรองต่อด้วย MOCAคะแนนน้อยกว่า25 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ที่มีความบกพร่องของสมองระยะต้น ได้ผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าทั้งหมด 30 คนนำมาแบ่งกลุ่มย่อยโดยการสุ่มอย่างง่าย ได้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน ทำกิจกรรมตามโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมอง (MCI) 6 ครั้งและสติบำบัด(MBTC) 8 ครั้ง ดังนี้

สัปดาห์	วันจันทร์กลุ่ม 1	วันอังคารกลุ่ม 2	วันพฤหัสบดีกลุ่ม 1	วันศุกร์กลุ่ม 2
1	ชื่อนั้นสำคัญไฉน	ชื่อนั้นสำคัญไฉน	จัดการกับความว้าวุ่นใจ	จัดการกับความว้าวุ่นใจ
2	-	-	ดำเนินชีวิตอย่างมีสติ C	ดำเนินชีวิตอย่างมีสติ

3	ความจำสั้นและยาว	ความจำสั้นและยาว	รู้จักปล่อยวางอารมณ์	รู้จักปล่อยวางอารมณ์
4	-	-	รู้ทันความคิดและปล่อยวาง	รู้ทันความคิดและปล่อยวาง
5	การรับรู้มิติสัมพัทธ์	การรับรู้มิติสัมพัทธ์	ทบทวนสัมพันธภาพใหม่	ทบทวนสัมพันธภาพใหม่
6	-	-	ปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น	ปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น
7	ความจำภาพและตัวเลข	ความจำภาพและตัวเลข	เมตตาและให้อภัย	เมตตาและให้อภัย
8	-	-	ชีวิตต้องเดินหน้า	ชีวิตต้องเดินหน้า
9	การจัดของ จัดการความคิด	การจัดของ จัดการความคิด	-	-
11	การใช้จ่ายอย่างมีสติ	การใช้จ่ายอย่างมีสติ	-	-
24	ประเมินซ้ำ	ประเมินซ้ำ	-	-

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้น (Cognitive Stimulation in People with Mild Cognitive Impairment: MCI) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2559)

1.2 คู่มือสติบำบัด (Mindfulness-Based Therapy and counseling:MBTC)ของกรมสุขภาพจิต (2559)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

2.1 MMSE-Thai2002 [13] เป็นแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทยทดสอบสมองในการทำหน้าที่ด้านการรับรู้เวลา สถานที่ ความตั้งใจ การคำนวณ ความจำระยะสั้น การใช้ภาษาและมิติสัมพันธ์ มีจุดตัดของคะแนนคือไม่ได้เรียนหนังสือคะแนน≤14 เรียนหนังสือประถม4คะแนนมากกว่า ≤17 เรียนสูงกว่าประถม4คะแนน ≤ 22, MOCA Test[14]เป็นเครื่องมือเพื่อการคัดกรองสมองเสื่อมสามารถประเมินสมรรถภาพสมองได้แก่ความสัมพันธ์ระหว่างทิศทางสิ่งแวดล้อม ความจำระยะสั้น การบริหารจัดการ ความใส่ใจ ภาษา การรับรู้เวลาสถานที่ บุคคล มีคะแนน0-30จุดตัดของคะแนนน้อยกว่า25, IADL, TGDS, 2Q [10] เป็นแบบประเมินซึมเศร้าในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ถ้าตอบว่ามีข้อใดข้อหนึ่งหมายความว่ามีความเสี่ยง, 9Qแบบประเมินภาวะซึมเศร้าต่อจากกลุ่มที่ประเมิน 2Q แล้วพบความเสี่ยง ถ้าคะแนน< 7 ไม่มีอาการโรคซึมเศร้า 7-12 ซึมเศร้าระดับน้อย13-18 ซึมเศร้าระดับปานกลาง ≥19 ซึมเศร้าระดับรุนแรงแบบประเมินวิเคราะห์ความเครียด 20 ข้อ (20Q ของกรมสุขภาพจิต)เป็นแบบประเมินความเครียดด้วยตนเองถ้าได้คะแนน0-5แสดงว่าตอบไม่จริงไม่แน่ใจคำถาม 5 คะแนน6-17แสดงว่าปกติ ไม่เครียด คะแนน18-25แสดงว่าเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย คะแนน26-29แสดงว่าเครียดปานกลาง คะแนน30แสดงว่าเครียดมาก TGDS เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้า คะแนน0-4 ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน5-10 ซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนน 11-15 เป็นโรคซึมเศร้า[6]

2.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปได้แก่อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย

2.3 แบบบันทึกพฤติกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ในเรื่องการถามคำถาม การตอบคำถาม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การช่วยเหลือผู้อื่น การมีส่วนร่วมในกิจกรรม ความตั้งใจปฏิบัติ คำตอบประเมินเป็นคะแนน โดยมีหลักในการให้คะแนนแบบประเมินค่าดังนี้มากที่สุด ให้5 คะแนนมากให้ 4 คะแนนปานกลาง ให้ 3 คะแนนน้อยให้ 2 คะแนนและน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนนแบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมได้นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่คล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำผลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ซึ่งการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นแบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมนี้มีความเชื่อมั่นเท่ากับ.944 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ ค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป[1]

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.สถิติเชิงพรรณนาข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกพฤติกรรมได้แก่ จำนวนความถี่ ร้อยละ

2.วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนIADL, MOCA, 9Q, 20Q, TGDS, แบบบันทึกพฤติกรรมกิจกรรม MCI, MBTC ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติเปรียบเทียบ paired T-test

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1.ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงร้อยละ 73.3 อายุเฉลี่ย 73.13 ปี (สูงสุด86ปี ต่ำสุด 60ปี) ส่วนใหญ่อายุ 70-80 ปี สถานภาพสมรสหม้ายร้อยละ 53.3 รองลงมาคือโสดร้อยละ 26.7 ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 20 ทุกคนมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค (DM, HT, Asthma, HPL) ร้อยละ13.4 มีโรคเรื้อรังเพียงโรคเดียว ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่มากกว่า 20 ร้อยละ 80 ดัชนีมวลกายมากกว่า30ร้อยละ20 ช่วยเหลือตัวเองได้ร้อยละ 70 ร้อยละ 66.7ไม่มีความเครียด ที่เหลือมีความเครียดเล็กน้อย แบบสอบถามความเครียด 20Q และTGDSปกติไม่เครียด

2. ข้อมูลจากแบบทดสอบIADLก่อนการทดลอง พบว่าคะแนน 16-20 หมายถึงช่วยเหลือตัวเองได้ดี มากที่สุด ร้อยละ 53.3 คะแนน 21-35 หมายถึงช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลางร้อยละ 16.7 คะแนน 36-48 หมายถึงช่วยเหลือตัวเองได้น้อยถึงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลยร้อยละ30 และหลังการทดลองพบว่าคะแนนแบบทดสอบ IADL16-20 มากที่สุดเพิ่มเป็นร้อยละ 63.3 คะแนน 21-35 ลดลงเหลือร้อยละ 10.0 คะแนน 36-48 ลดลงเหลือร้อยละ 26.7คะแนนแบบทดสอบ 9Q, 20Q, TGDS เป็นแบบทดสอบความเครียดทั้งก่อนและหลังคะแนนต่างกันเล็กน้อยและอยู่อยู่ในเกณฑ์ไม่เครียด คะแนนแบบทดสอบ MOCA หลังการทดลองพบว่ามีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คิดเป็นร้อยละ 23.3

3. ค่าเฉลี่ยของแบบทดสอบ MOCA หลังได้รับการฝึก (mean=21.33,SD.=3.346) สูงกว่าก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=10.894,p=.000) ค่าเฉลี่ยของแบบทดสอบ 9Q หลังได้รับการฝึก(mean=1.57, SD.=2.315) ต่ำกว่าก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=2.811,p=.009) ค่าเฉลี่ยของแบบทดสอบความเครียด20ข้อหลังได้รับการฝึก (mean=4.27,SD.=1.701) ต่ำกว่าก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=5.517,p=.000)ค่าเฉลี่ยของแบบทดสอบTGDS หลังได้รับการฝึก(mean=3.97, SD.=1.189)ต่ำกว่าก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=2.641, p=.013)ค่าเฉลี่ยของแบบIADLหลังได้รับการฝึก(mean=24.00,SD.=9.318)ต่ำกว่าก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(t=3.864,p=.001) ค่าเฉลี่ยของแบบบันทึกพฤติกรรมการพัฒนาศักยภาพสมอง(MCI)ครั้งที่6(mean=20.00,SD.=1.947)สูงกว่าครั้งที่1อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(t=17.268, p=.000)ค่าเฉลี่ยของแบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมสติบำบัด(MBTC)ครั้งที่8 (mean=20.00,SD.=1.947) สูงกว่าก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=17.268,p=.000) จะพบว่าคะแนนเฉลี่ยของ MOCA หลังการทำกิจกรรม แบบบันทึกพฤติกรรม MCI ครั้งที่ 6 และ MBTC ครั้งที่8 สูงกว่ากิจกรรมครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนแบบทดสอบ 9Q,20Q,TGDS และIADL หลังกิจกรรมคะแนนเฉลี่ยต่ำลงนั่นคือไม่เครียด การมีส่วนร่วมในกิจกรรมตามแบบบันทึกพฤติกรรมมากขึ้น ตั้งใจปฏิบัติมากขึ้น เคลื่อนไหวได้สะดวกขึ้นส่งผลให้ค่าคะแนน IADLลดลงซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองและสติบำบัดสามารถใช้ร่วมกัน ในการทำกิจกรรมนอกจากจะกระตุ้นสมองที่ทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยMOCA เพิ่มขึ้นแล้วยังส่งผลในเรื่องการช่วยเหลือกันเป็นการใช้ชีวิตในสังคมที่ปรับขึ้นอย่างชัดเจนตามแบบบันทึกพฤติกรรมของทั้ง การพัฒนาศักยภาพสมอง(MCI)และสติบำบัด(MBTC)กิจกรรมการเคลื่อนไหวในการพัฒนาศักยภาพสมอง(MCI)ช่วยให้คะแนนIADL ลดลง แสดงให้เห็นว่าการเคลื่อนไหวจากกิจกรรมช่วยกระตุ้นให้กล้ามเนื้อสามารถเคลื่อนไหวและแข็งแรงมากขึ้น ส่งผลให้คะแนนIADLลดลงสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นดังตาราง 5

ตาราง 1 แสดงค่าคะแนนเปรียบเทียบก่อนและหลังด้วยสถิติวิเคราะห์ Paired T-test

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value
	mean	SD	mean	SD			
IADL	25.80	10.463	24.00	9.318	29	3.864	.001
TGDS	4.50	2.013	3.97	1.189	29	2.641	.013

9Q	2.13	3.093	1.57	2.315	29	2.811	.009
MOCA	17.10	4.964	21.33	3.346	29	10.894	.000
20Q	5.13	1.889	4.27	1.701	29	5.517	.000
พฤติกรรมMCI ครั้งที่ 6	13.00	1.911	17.60	1.302	29	10.136	.000
พฤติกรรมMBTC ครั้งที่ 8	13.76	2.062	20.00	1.947	29	17.268	.000

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอภิปรายผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง (MCI) และสติบำบัด (MBTC)ในผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้นเมื่อได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง(MCI) ครบ 6 ครั้ง สติบำบัด (MBTC) ครบ 8 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยของแบบทดสอบ MOCA มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.000 คือก่อนกิจกรรมคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า15 คิดเป็นร้อยละ 33.3 และคะแนน16-20คิดเป็นร้อยละ 33.3คะแนน21-24 คิดเป็นร้อยละ 33.3 หลังกิจกรรมไม่พบผู้มีคะแนนน้อยกว่า 15 คะแนน 16-20 คิดเป็นร้อยละ50.0 คะแนน 21-24 คิดเป็นร้อยละ26.7 และคะแนนมากกว่า 25 ร้อยละ 23.3 แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรม MCI และ MBTC ร่วมกันส่งผลให้ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัย MCI เมื่อประเมินซ้ำหลังกิจกรรมอยู่ในเกณฑ์ปกติถึงร้อยละ 23.3 และมีค่าคะแนนแบบบันทึกพฤติกรรม MCIครั้งที่ 6 สูงกว่าครั้งแรก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 มีค่าคะแนนแบบบันทึกพฤติกรรม MBTC ครั้งที่ 8 สุดสูงกว่าครั้งแรก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 อธิบายได้ว่าโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง (MCI) มีการกระตุ้นสมองในส่วนความใส่ใจ (attention) มิติสัมพันธ์ (visuospatial) ความจำ (memory) การให้เหตุผล การวางแผน(executive function) ใช้ภาษา (language) ทุกครั้งจะมีการทบทวนกิจกรรมครั้งก่อนทั้งหมดเป็นการกระตุ้นความจำ (memory) การสังเกตใส่ใจรายละเอียดเป็นความใส่ใจ (attention) การเชื่อมโยงการจำแผนที่เป็นมิติสัมพันธ์ (visuospatial) การเชื่อมโยงตัวเลขการจำเป็นกลุ่ม การวางแผนเป็นการฝึกการใช้เหตุผลการวางแผน (executive function) และสามารถพูดแสดงความคิดเห็นเป็นการใช้ภาษา (language) สมองส่วนต่างได้รับการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนสติบำบัด (MBTC) ทุกครั้งจะมีการทบทวนกิจกรรมครั้งก่อนทั้งหมดเป็นการกระตุ้นความจำ (memory) การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆใส่ใจในรายละเอียด(attention) การรู้เท่าทันความคิดตามความเป็นจริงเป็นการวางแผนเป็นการฝึกการใช้เหตุผลการวางแผน (executive function) และสามารถพูดแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นการใช้ภาษา(language) การฝึกสมาธิและสติที่จะอยู่กับปัจจุบันเกิดการตระหนักรู้ เข้าใจพร้อมยอมรับและปล่อยวางอารมณ์และลดความคิดลบ[4,12,11,16] การฝึกสมาธิสติส่งผลดีต่อการเปลี่ยนแปลงของสมองการทำงานของสมองซีกซ้ายดีขึ้น เกิดการพัฒนาอารมณ์ด้านบวกมากขึ้น จิตใจสงบ ชีพจรช้าลง ความดันโลหิตลดลง[9] การฝึกสมาธิและสติช่วยลดการตอบสนองจากต่อมหมวกไต ทำให้ต่อมหมวกไตสร้างฮอร์โมนอะดรีนาลีน (Adrenaline) นอร์อะดีนาลีน (Noradrenaline) และฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) ลดลง กระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาทเอ็นดอร์ฟิน (Endorphins) ทำให้จิตใจผ่อนคลาย[3] การฝึกสมาธิและสติอย่างต่อเนื่องช่วยในการรู้คิดการเกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่ยืดหยุ่น ขจัดอารมณ์ด้านลบ[15] เพิ่มการคิดบวก

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งต่อไปควรต้องมีกลุ่มเปรียบเทียบที่เป็นกลุ่มควบคุมเพื่อให้เห็นผลของสติบำบัดชัดเจนขึ้นโดยการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผศ.พญ.ดาวชมพู นาคะวะโร สำหรับคู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้น นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ สำหรับคู่มือสติบำบัดและการอบรมการเรียนรู้สติ

บำบัด จนสามารถได้รับใบประกาศนียบัตรเป็นผู้บำบัดอิสระและเป็นแรงบันดาลใจในการนำสติบำบัด (MBTC) มาใช้ร่วมกับกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้น (MCI) และขอขอบคุณรศ.ดร.จิรเนาว์ ทัดศรีที่เป็นผู้ชี้แนะและเป็นกำลังใจอย่างสูง ขอขอบคุณคุณกรรณิกา ฉ่ำพึ่งรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลที่มีส่วนในการชี้แนะและตรวจสอบ สุดท้ายขอขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านโดยเฉพาะอย่างยิ่งเจ้าหน้าที่สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี คุณแม่ คุณพ่อ คุณตา คุณยายที่ยินดีและให้ความร่วมมือในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2553). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.** กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.

2.ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). **การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ.** ขอนแก่น;คลังนานาวิทยา.

3.มรรยาท รุจิวิชชญ์. (2556). **การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต.** (พิมพ์ครั้งที่2 ฉบับปรับปรุง).ปทุมธานี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

4.ยงยุทธ วงศ์กิรมย์ศานติ์. (2559). **คู่มือสติบำบัด.**กรมการแพทย์.บริษัทบียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด.

5.สถาบันวิจัยประชากรไทยและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. (2559). ประชากรประเทศไทยพ.ศ. 2559. **สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล**.สืบค้นจาก http.//www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/th/gazette.aspx

6.สมชาย จักรพันธุ์, ม.ล.และคณะ. (2547). **การพัฒนาแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง สำหรับประชาชน.** สืบค้นจาก www.klb.dmh.go.th/index.php?m=RSS1123

7.สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. (2558). **รายงานการวิจัยการพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้น.** กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข.

8.สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย. (2556). **คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.** นนทบุรี: กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุสำนักส่งเสริมสุขภาพ.

9.แฮนสันและเมนดิอัส. (2558). **สมองแห่งพุทธะ.**(ณัชร สยามวาลา,ผู้แปล). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนพับลิชชิ่ง.

10.Department of Mental Health, Ministry of Public Health. **Guideline for using mental health tools for health personnel in community hospitals (Chronic diseaseclinic).** Nonthaburi: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand; 2015.

11.Ferszt, G. G.,Miller,R.J.,Hickey, J.E., Maull, F.,& Crisp, K.(2015). **The Impact of a mindfulness based program on perceived stress, anxiety, depression and sleep of incarcerated woman**,International journal of environmental research and public health,12(9), 11594-11607

12.Himelstein,S., Hastings,A., Shapiro,S., & Heery,M. (2012). **Mindfulness training for self-regulation andstress with incarcerated youth A pilot study Probationjournal,**59(2),151-165.

13.Institute of Geriatric Medicine. **The Mini Mental State Examination-Thai version** (MMSE-Thai 2002). Nonthaburi: Department of medical service; 2002. Available from: www.pswhc.org/news/upload_file/201303111007437.pdf

14.Muangpaisan W. Dementia: Prevention, **Assessment and care: Department of preventive and social medicine Faculty of medicine**. Siriraj hospital, Bangkok: Pappim; 2013: 69-11.

15.Kabat-Zinn,J.(2003). **Mindfulness-based intervevtions in cortext:past,present,and future. Clinical psychology: Science and Practice,**10(2),144-156.

16.Xu,W.,Jia,K.,Lui,X.,&Hofmann,S.G.(2016). **The effects of mindfulness training on emotional health in chinese Long- term male prison inmates.Mindfulness,** 7(5), 1044-1051.

17.World Health Organization. (2015) . **World report on ageing and health:** World Health Organization.Retriedved from:/ / www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/

อุบัติเหตุจราจรทางถนนในพื้นที่จังหวัดสกลนคร ปี พ.ศ. 2556-2560

Road Traffic Accident in Sakon Nakhon Province During 2013-2017

รณเสฏฐ แป้มจำนัก[1] เลิศชัย เจริญธัญรักษ์[2]

Ronnaset Paemchamnak[1] Lertchai Charerntanyarak[2]

(Received: February 25 ,2020 ; Accepted: March 21 ,2020)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา วิทยาการระบาดของอุบัติเหตุจราจรทางถนนในจังหวัดสกลนคร ระหว่างปี พ.ศ.2556-2560 จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุ อัตราบาดเจ็บ อัตราตาย การเกิดอุบัติเหตุจำแนกรายอำเภอ ประเภทของพาหนะ ลักษณะถนน และสภาพแวดล้อม โดยใช้แหล่งข้อมูล 3 แห่ง จาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร สถานีตำรวจจังหวัดสกลนคร และบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จังหวัดสกลนคร

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรทางถนนทุกประเภท (รหัส ICD10 = V01-V89) ในจังหวัดสกลนคร ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2556 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2560 มีจำนวน 56,909 คน เสียชีวิต 1,329 คน อัตราการบาดเจ็บ และอัตราตาย มีค่าเท่ากับ 500.00-1,375.34 และ 20.01-26.67 คนต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ปี พ.ศ.2560 มีอัตราการบาดเจ็บ (1,375.34 คนต่อประชากรแสนคน) และอัตราการตาย (26.67 คนต่อประชากรแสนคน) สูงที่สุดในรอบ 5 ปี อัตราการบาดเจ็บและการตายในเพศชายมากกว่าในเพศหญิง คือ 4.87-5.27 : 1 และ 9.62-13.14 : 1 ส่วนกลุ่มอายุ 15-24 ปี มีอัตราการบาดเจ็บสูงที่สุด และอัตราการตาย สูงที่สุดในกลุ่มอายุ 15-24 ปี และ 10-14 ปี เดือนธันวาคมของแต่ละปี พบว่ามีอัตราการบาดเจ็บและอัตราการตายมากที่สุด ช่วงเวลาการเกิดการบาดเจ็บและตายของการเกิดอุบัติเหตุคือ 15:00-23.59 น. นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการตายมักพบใน 8 อำเภอ และการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนนแล้วทำให้มีอัตราการบาดเจ็บและการตาย มักพบในถนนสายรองและผู้ใช้รถจักรยานยนต์ (รหัส ICD10 = V20-V29) มีอัตราการบาดเจ็บและตายมากที่สุด

คำสำคัญ อุบัติเหตุทางถนน

Abstracts

A retrospective descriptive study aimed to study the epidemiology of road traffic accidents in Sakon Nakhon province during 2013-2017 by age group, gender, and type of traffic accidents, timing of the accident, injury and death rates, occurrence accidents by districts, vehicles, roads and environment. Data collections were got from 3 sources; Sakon Nakhon provincial health office, Sakon Nakhon police station, and road accident victim's protection company limited in Sakon Nakhon.

The results found that the traffic accident victims (ICD10 code: V01-V89) during 2013-2017 were 56,909 people including 1,329 deaths. The injury rate and death rate were 500.00-1,375.34 and 20.01-26.67 per 100,000 people, respectively. In 2017, there were the highest of death rate as 1,375.34 per 100,000 people) and highest of injury rates as 26.67 per 100,000 people. The ratio of injury and death rate for males were higher than females as 4.87-5.27: 1 and 9.62-13.14:1, respectively. The highest injury rate was occurred in the age group of 15-24 years. More, the highest death rate was occurred in the age group of 15-24 and 10-14 years and occurred in December of each year. The period of accidence time was 15:00-23.59 h. The road accidents occurred frequently in 8 districts. Most injury and death rate were found in the minor road. Motorcycle users by ICD10 code V20-V29 were found in the highest of injury and death rates.

Keyword: Road Traffic Accident

[1] วุฒิการศึกษา ตำแหน่ง หน่วยงาน

2 รศ. หน่วยงาน

บทนำ

ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรเป็นอันดับ 2 ของโลก รองจากประเทศลิเบีย จำนวน 24,237 คน (อัตราตาย 36.2 ต่อประชากรแสนคน) ซึ่งจากสถิติแล้วเป็นอันดับที่ 1 ในทวีปเอเชียและภูมิภาคอาเซียน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2559) ภายใต้ทศวรรษแห่งการดำเนินการด้านความปลอดภัยทางถนน (ระหว่างปี 2554-2563) สหประชาชาติมีจุดมุ่งหมายร่วมกันเพื่อลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน โดยมีข้อกำหนด 5 เสาหลัก คือ 1) การจัดการความปลอดภัยทางถนน 2) ถนนและการคมนาคมที่ปลอดภัยมากขึ้น 3) ยานพาหนะที่ปลอดภัยมากขึ้น 4) ผู้ใช้ถนนที่ปลอดภัยมากขึ้น 5) การตอบสนองหลังการชน (World Health Organization, 2558) ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศสมาชิก และมีการกำหนดมาตรการป้องกันอุบัติเหตุ 8 ข้อ คือ 1) ส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยทุกคน 2) ลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้วขับขี่ยานพาหนะ 3) แก้ไขปัญหาจุดเสี่ยงจุดอันตราย 4) ปรับพฤติกรรมของผู้ขับขี่ยานพาหนะให้ใช้ความเร็วตามกฎหมายกำหนด 5) ยกระดับมาตรฐานยานพาหนะให้ปลอดภัย 6) พัฒนาสมรรถนะของผู้ใช้รถใช้ถนนให้ปลอดภัย 7) พัฒนาการแพทย์ฉุกเฉิน การรักษาและการฟื้นฟูผู้บาดเจ็บ 8) พัฒนาระบบบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนของประเทศให้มีความเข้มแข็ง แต่ยังพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามมาตรการ คือ 1) ปัญหาจากคน 2) ปัญหาจากถนน 3) ปัญหาจากรถ 4) การบังคับใช้กฎหมาย และ 5) ด้านบริหารจัดการ ซึ่งผลจากสถิติการเกิดอุบัติเหตุจราจรย้อนหลัง 5 ปี พ.ศ. 2554-2559 ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยมีจำนวนการเกิดอุบัติเหตุ 244,362 ครั้ง ผู้ได้รับบาดเจ็บจำนวน 279,102 คน ปี พ.ศ. 2555 = 251,942 ครั้ง 287,537 คน ปี พ.ศ. 2556 = 250,558 ครั้ง 283,292 คน ปี พ.ศ. 2557 = 251,126 ครั้ง 283,679 คน ปี พ.ศ. 2558 = 272,670 ครั้ง 310,870 คน และ ปี พ.ศ. 2559 = 291,969 ครั้ง 332,456 คน ตามลำดับ นอกจากนี้ผลที่ตามมาจากอุบัติเหตุยังส่งผลให้เกิดความพิการและเสียชีวิต มีจำนวนผู้พิการ 479; 433; 510; 910; 738 และ 1,095 คน ตามลำดับ และผู้เสียชีวิต 10,514; 10,561; 10,078; 9,832; 9,636 และ 10,363 คน ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน, 2560) ที่ทำให้ประเทศต้องใช้งบประมาณ จำนวนถึง 232,855 ล้านบาท หรือประมาณ ร้อยละ 2.81 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมทั้งประเทศ เมื่อปี พ.ศ. 2550 เป็นค่ารักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ที่ต้องเป็นภาระเลี้ยงดูของครอบครัว ทั้งการดูแลต่อเนื่อง และเสียโอกาสในการประกอบอาชีพ ที่จะเป็นกำลังหลักของครอบครัว และพัฒนาประเทศชาติ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2556)

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอาณาเขตติดต่อกับหลายประเทศในอาเซียน และมีเส้นทางคมนาคมเชื่อมระหว่างภูมิภาคจากทะเลจีนใต้สู่ทะเลอันดามัน ในการขนส่งสินค้าการเกษตรหรืออุตสาหกรรมอื่น ๆ ซึ่งมีสองเส้นทางหลักที่เป็นเส้นทางคมนาคมขนส่งผ่านพื้นที่จังหวัดสกลนคร คือเส้นทางสู่จังหวัดบึงกาฬ และเส้นทางสู่จังหวัดนครพนม นอกจากเป็นเส้นทางการค้าแล้ว สกลนครยังมีสถานที่ท่องเที่ยวสำคัญโดยเฉพาะทางด้านสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ ประวัติศาสตร์ สังคม การเมือง ศาสนา และวัฒนธรรม ทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่นที่ต้อนรับนักท่องเที่ยวเข้าสู่จังหวัดอย่างต่อเนื่องในเทศกาลต่าง ๆ และเป็นจังหวัดที่เชื่อมต่อกับสถานที่ท่องเที่ยวของจังหวัดใกล้เคียง ซึ่งมีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดอื่น คือ ทิศเหนือจรดจังหวัดบึงกาฬและจังหวัดหนองคาย ทิศตะวันออกจรดจังหวัดมุกดาหารและจังหวัดนครพนม ทิศใต้จรดจังหวัดกาฬสินธุ์ ทิศตะวันตกจรดจังหวัดอุดรธานี (สารานุกรมเสรี, 2559) จึงทำให้มีการใช้เส้นทางคมนาคมขนส่งนี้เพิ่มมากขึ้นทุกปี ส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่จังหวัดสกลนครเพิ่มขึ้น ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (EOC) จังหวัดสกลนคร ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลอุบัติเหตุ รวมถึงมีการสอบสวนกรณีมีการเสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2559 พบการเกิดอุบัติเหตุ 14,217 ครั้ง มีผู้ได้รับบาดเจ็บ 16,790 คน และอัตราตาย 25.61 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งยังไม่ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะยาว เพื่อใช้ประโยชน์จากข้อมูลนี้ในการวางแผนระดับจังหวัด ตามหลักวิทยาการระบาดในการจัดการข้อมูล

อุบัติเหตุทางถนนจึงเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อประเทศอย่างต่อเนื่องยาวนาน และสมควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนจริงจัง ซึ่งคณะรัฐมนตรี มีมติเมื่อวันที่ 29 กันยายน 2552 เห็นชอบให้ดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนเป็นวาระแห่งชาติและกำหนดให้ปี 2554-2563 เป็นปี “ทรรศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน” (Decade of Action for Road Safety) กำหนดเป้าหมายตามมาตรฐานสากลให้สามารถลดอัตราให้สามารถลดอัตราการเสียชีวิตของคนไทยจากอุบัติเหตุทางถนนลงในอัตราที่ต่ำกว่า 10 คนต่อแสนประชากรคน ภายใต้แนวทาง “ประชารัฐ” เพื่อให้ทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และภาคประชาสังคม ได้เข้ามาร่วมรับผิดชอบต่อกระบวนการขับเคลื่อนภารกิจการป้องกัน และแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย ทั้งร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมกำหนดแนวทาง ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผลการดำเนินงาน

การควบคุมป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนนั้นจะต้องมีความเข้าใจที่ถูกต้องและชัดเจนเกี่ยวกับลักษณะการเกิดอุบัติเหตุซึ่งมีลักษณะเฉพาะในแต่ละพื้นที่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิทยาการระบาดของอุบัติเหตุจราจรทางถนน ที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงของสภาพเศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่จังหวัดสกลนคร ซึ่งยังไม่มีการนำเสนอข้อมูลระยะยาวในช่วงปี พ.ศ. 2556-2560 เพื่ออธิบายวิทยาการระบาดของการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนน ได้ชัดเจนขึ้น ทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ อันจะนำไปสู่การกำหนดพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และนำไปใช้ในการวางมาตรการป้องกันควบคุมการเกิดอุบัติเหตุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สินในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาวิทยาการระบาดการเกิดอุบัติเหตุจราจรในพื้นที่จังหวัดสกลนคร ปี พ.ศ.2556-2560 ตามลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

1. อัตราบาดเจ็บในประชากรตามบุคคล เวลา และถานที่

2. อัตราตายในประชากรตามบุคคล เวลา และสถานที่

3. ประเภทการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนน จำแนกตามลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) โดยศึกษาวิทยาการระบาดของอุบัติเหตุจราจรทางถนนในประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ รูปแบบการเกิดอุบัติเหตุจราจร ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุ หรือรายเดือนในรอบปี อัตราบาดเจ็บและอัตราตายจากอุบัติเหตุจราจร การกระจายของอุบัติเหตุรายอำเภอ ประเภทของพาหนะ และลักษณะถนนที่ประสบอุบัติเหตุ ปี พ.ศ. 2556-2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นกลุ่มประชากรผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรทางถนนในพื้นที่จังหวัดสกลนคร ตามคดีอุบัติเหตุจราจร ข้อมูลการขอสินไหมทดแทนจากการประสบอุบัติเหตุจราจร และข้อมูลโรค ที่ได้จากการวินิจฉัยตามรหัส ICD 10 ตั้งแต่ V01-V89 ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2556-31 ธันวาคม 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ ดังนี้

1. ข้อมูลผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ได้จากการประมวลข้อมูล 43 แฟ้ม โดยใช้แฟ้ม Accident จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ปี 2556-2560 (1 มกราคม 2556-31 ธันวาคม 2560) ในรูปแบบไฟล์ Microsoft excel

2. ข้อมูลคดีอุบัติเหตุจราจร ฐานข้อมูลคดีความจากการจำหน่ายและสรุปรายงานคดีประจำปี 2556-2560 จากสถานีตำรวจภูธรจังหวัดสกลนคร ออกแบบไฟล์ Microsoft excel ในการบันทึกรวบรวมข้อมูลตามตัวแปร

3. ฐานข้อมูลการขอรับสินไหมทดแทนกรณีอุบัติเหตุจราจร สรุปการจ่ายสินไหมทดแทนผู้ประสบภัยจากอุบัติเหตุจราจร ในพื้นที่จังหวัดสกลนครจากบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ สาขาจังหวัดสกลนคร ปี

2556-2559 ส่งออกข้อมูลจากโปรแกรมในรูปแบบไฟล์ Microsoft excel

4.ข้อมูลประชากรในพื้นที่จังหวัดสกลนคร ปี พ.ศ. 2556-2560 ซึ่งเป็นข้อมูลประชากรปลายปี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์จากฐานข้อมูลประชากรปลายปีในเว็บไซต์ (Website) ของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย โดยผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือแบบบันทึกข้อมูลประชากรที่ใช้ในการศึกษาตามกรอบแนวคิดและจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5. ข้อมูลจำนวนผู้ขอใบอนุญาตขับขี่สะสมรายปี จากสำนักงานขนส่งจังหวัดสกลนคร ปี พ.ศ. 2556-2560 ซึ่งเป็นข้อมูลยอดการขอมีใบอนุญาตขับขี่รถทุกประเภทในพื้นที่จังหวัดสกลนคร เพื่อนำมาปรับอัตรา ก่อนทำการเปรียบเทียบอัตราส่วนระหว่าเพศชายและเพศหญิง โดยผู้วิจัยได้สร้างแบบบันทึกข้อมูลโดยโปรแกรมในรูปแบบไฟล์ Microsoft excel บันทึกข้อมูลผู้ขอใบอนุญาตขับขี่

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด อัตรา อัตราส่วน

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัย ขอนแก่น โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) เลขที่ HE612106 ลงวันที่ 21 มีนาคม 2561

ผลการศึกษา

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2556-31 ธันวาคม 2560 พบรายงานผู้ประสบอุบัติเหตุได้รับบาดเจ็บ ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร 56,909 ราย และตาย 1,329 ราย ผลการศึกษาวิทยาการระบาด ดังนี้

1. การกระจายการเกิดอุบัติเหตุตามลักษณะบุคคล (Person)

1.1 เพศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 อัตราบาดเจ็บ พบโดยอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเมื่อทำการปรับอัตราแล้วอยู่ระหว่าง 4.87-5.27:1 ส่วนอัตราบาดเจ็บเพศชายมากกว่าเพศหญิงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี (อัตราบาดเจ็บเพศชาย ระหว่าง 656.96-1,820.21 และเพศหญิง ระหว่าง 343.55-933.66) อัตราตาย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเมื่อทำการปรับอัตราแล้วอยู่ระหว่าง 9.62-13.14:1 เพศชายมีแนวโน้มการตายเพิ่มขึ้นส่วนเพศหญิงเริ่มลดลงในปี พ.ศ. 2560 (อัตราตายเพศชาย ระหว่าง 33.31-45.43 และเพศหญิง ระหว่าง 6.75-10.71) ในขณะอัตราตายที่เพศหญิงมีแนวโน้มลดลง แต่เพศชายยังคงมีอัตราตายเพิ่มมากขึ้นทุกปี

อายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 อัตราบาดเจ็บ เมื่อพิจารณาแยกกลุ่มอายุ พบว่า อัตราบาดเจ็บสูงสุดในกลุ่มอายุ 15-24 ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุ 10-14 ปี และกลุ่มอายุ 55-64 ปี ตามลำดับ อัตราตาย พบว่า อัตราตายสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 10-14 ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุ 15-24 ปี และกลุ่มอายุ 25-34 ปี ตามลำดับ ยกเว้นในปี 2559 พบว่า กลุ่มอายุ 15-24 ปี มีอัตราตายสูงที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 10-14 ปี และกลุ่มอายุ 25-34 ปี ตามลำดับ

การกระจายการเกิดอุบัติเหตุตามเวลา (Time)

อัตราบาดเจ็บและอัตราตายรายปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 อัตราบาดเจ็บรายปี อัตราบาดเจ็บอยู่ระหว่าง 500.00-1,375.34 ต่อประชากรแสนคน เมื่อพิจารณาอัตราบาดเจ็บรายปี พ.ศ. 2556-2560 พบอัตราบาดเจ็บสูงสุดในปี พ.ศ. 2560 อัตราบาดเจ็บ 1,375.34 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเป็นปีที่มีการบาดเจ็บมากที่สุด อัตราตายรายปี อัตราตาย 20.01-26.67 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งอัตราตายแสดงถึงความเสี่ยงต่อการตายจากอุบัติเหตุจราจรของประชากร และความรุนแรงของอุบัติเหตุจราจรที่เพิ่มมากขึ้นในพื้นที่จังหวัดสกลนคร เมื่อพิจารณาอัตราตายสูงที่สุดในปี พ.ศ. 2560 อัตราตาย 26.67 ต่อประชากรแสนคน แต่น้อยกว่าภาพรวมของประเทศไทย 0.74 เท่า

อัตราบาดเจ็บและอัตราตายรายเดือน ในแต่ละปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 อัตราบาดเจ็บรายเดือน อัตราบาดเจ็บ อยู่ระหว่าง 28.63-381.18 ต่อประชากรแสนคน โดย

มีอัตราบาดเจ็บสูงสุดในเดือนธันวาคมของทุกปี อัตราตายรายเดือน อยู่ระหว่าง 0.89-3.44 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2556 อัตราตายสูงสุดเท่ากันสามเดือนคือ เดือนเมษายน มิถุนายน และธันวาคม 2.22 ต่อประชากรแสนคน

อัตราบาดเจ็บและอัตราตายตามช่วงเวลา ในแต่ละปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 อัตราบาดเจ็บ อยู่ระหว่าง 11.56-257.06 ต่อประชากรแสนในช่วงเวลา 18.00-20.59 น. 126.29 ต่อประชากรแสนคน โดยมีอัตราตายอยู่ระหว่าง 0.88-7.24 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ ช่วงเวลา 21.00-23.59 น. (120.36) และช่วงเวลา 15.00-17.59 น. (118.94)

การกระจายการเกิดอุบัติเหตุตามสถานที่ (Place)

อัตราบาดเจ็บและอัตราตายจำแนกตามอำเภอที่เกิดอุบัติเหตุ ในแต่ละปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 ทั้ง 18 อำเภอ ในพื้นที่จังหวัดสกลนครพบ อัตราบาดเจ็บ 227.69-3,038.76 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2556 สูงที่สุด คืออำเภอภูพาน อัตราบาดเจ็บ 1,009.58 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ อำเภออากาศอำนวย (734.01) และอำเภอเต่างอย (647.03) ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2557-2560 อัตราบาดเจ็บสูงที่สุด ได้แก่ อำเภอเมือง 1,222.15, 2,866.18, 3,038.76 และ 2,605.17 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2560 เป็นปีที่มีอัตราบาดเจ็บสูงที่สุดแต่ละอำเภอส่วนใหญ่มีอัตราบาดเจ็บมากกว่า 1,000 ต่อประชากรแสนคน โดยมี 10 อำเภอที่มีอัตราบาดเจ็บมากกว่า 1,000 ต่อประชากรแสนคน เมื่อพิจารณาอัตราตายโดยใช้ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดให้พื้นที่ดำเนินการป้องกันการตายจากอุบัติเหตุจราจรตามนโยบายทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน คือมีอัตราตายน้อยกว่า 18 ต่อประชากรแสนคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) ซึ่งในปี พ.ศ. 2556-2560 มีอำเภอที่มีอัตราตายมากกว่า 18 ต่อประชากรแสนคน จำนวน 6, 8, 11, 15 และ 10 อำเภอ ตามลำดับ พบอำเภอที่มีอัตราตายมากกว่า 18 ต่อประชากรแสนคน ต่อเนื่อง มากกว่าร้อยละ 50 ในรอบ 5 ปี จำนวน 10 อำเภอ ได้แก่ เมือง กุสุมาลย์ พรรณานิคม พังโคน นิคมน้ำอูน คำตากล้า อากาศอำนวย สว่างแดนดิน และโคกศรีสุพรรณ ซึ่งใน 10 อำเภอ มีอัตราตายสูงต่อเนื่องสูงสุด 3 อำเภอ คือ เมือง พังโคน และคำตากล้า (100%) รองลงมาคือ กุสุมาลย์ วานรนิวาส (80%) และพรรณานิคม นิคมน้ำอูน สว่างแดนดิน โคกศรีสุพรรณ (60%)

ร้อยละผู้บาดเจ็บและตายจำแนกตามสถานที่เกิดอุบัติเหตุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 มีผู้บาดเจ็บและตายจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร ทั้งในสถนนสายหลัก และถนนสายรอง พบว่าทุกปีผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดอุบัติเหตุบนถนนสายรอง ร้อยละ 58.39, 56.16, 52.34, 50.98 และ 52.21 ตามลำดับ และทุกปีผู้ตายส่วนใหญ่เกิดอุบัติเหตุบนถนนสายรอง ร้อยละ 56.44, 53.81, 58.03, 58.28 และ 56.58 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การกระจายการเกิดอุบัติเหตุตามลักษณะบุคคล (Person)

เพศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 พบผู้บาดเจ็บอัตราส่วนเพศชายมากกว่าเพศหญิงทุกปี มีค่าระหว่าง 4.87-5.27:1 ซึ่งอัตราส่วนผู้ตายเพศชายมากกว่าเพศหญิงเช่นเดียวกัน โดยมีค่าระหว่าง 9.62-13.14:1 เมื่อพิจารณาอัตราบาดเจ็บและอัตราตายเพศชายมากกว่าเพศหญิงอย่างชัดเจนทุกปี ในประเทศไทยเพศชายมีจำนวนการเกิดอุบัติเหตุสูงกว่าเพศหญิงทั้งนี้อาจเป็นเพราะเพศชายเป็นผู้ขับขี่ยานพาหนะทุกประเภทได้มากกว่าเพศหญิงและเป็นการขับขี่เป็นระยะทางไกลมากกว่า [1] สอดคล้องกับการศึกษาของ นครคำ แสงจันทร์ (2553)[2] ภาวิณี เอี่ยมตระกูล และคณะ (2551)[3] Shotar et al. (2014)[14] Pathak et al. (2014)[13] ที่พบว่าผู้ประสบอุบัติเหตุเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง อดิศักดิ์ พงษ์พูลผล ศักดิ์, พิณรัตน์ นุชโพธิ์ (2553)[6] สรุปว่าเพศชายมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุมากกว่าเพศหญิง สัดส่วนเพศชายเกิดอุบัติเหตุจากการใช้รถจักรยานยนต์มากกว่าเพศหญิง พิมพ์ภา เตชะกมลสุข, ณัฐปราง นิตยสุทธิ์ และกาญจนีย์ ดำจาดแก้ว (2559) สัดส่วนเพศชายเกิดอุบัติเหตุมากกว่าเพศหญิง Moafian et al. (2013)[11] ผู้ตายส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งการที่เพศชายมีอัตราบาดเจ็บและอัตราตายมากกว่าเพศหญิงเนื่องมาจากเพศชายเป็นหัวหน้าและเป็นผู้นำครอบครัว ที่มีหน้าในการดูแลจัดการงานและภาระกิจของครอบครัว ต้องเดินทางอยู่ตลอดเวลา อีกทั้งอาชีพรับจ้างขับรถส่วนใหญ่

เป็นอาชีพที่ผู้ชายทำมากกว่าตั้งแต่รถขนาดเล็กอย่างจักรยานยนต์ รถยนต์ จนถึงรถบรรทุกขนาดใหญ่ นอกจากนี้พฤติกรรมเพศชายที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขับรถเร็ว ประมาท และพฤติกรรมด้านความปลอดภัยที่น้อยกว่าเพศหญิงเป็นเหตุให้ประสบอุบัติเหตุได้รับบาดเจ็บและตายมากกว่าเพศหญิง จะเห็นได้จากอัตราบาดเจ็บและอัตราตายเพศชายมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี (อัตราบาดเจ็บ 656.96, 956.06, 1558.18, 1640.30 และ 1082.21 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และอัตราตาย 33.31, 34.25, 38.23, 40.42 และ45.43 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ) ส่วนอัตราบาดเจ็บเพศหญิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่อัตราตายมีแนวโน้มลดลง (343.55, 472.10, 823.39, 842.38 และ 933.66 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และอัตราตาย 6.75, 7.60, 10.22, 10.71 และ 8.04 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ)

อายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 อัตราบาดเจ็บสูงสุดในกลุ่มอายุ 15-24 ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุ 10-14 ปี และกลุ่มอายุ 55-64 ปี ตามลำดับ ส่วนอัตราตายสูงสุดในกลุ่มอายุ 10-14 ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุ 15-24 ปี และกลุ่มอายุ 25-34 ปี ตามลำดับ ยกเว้นในปี 2559 พบว่า กลุ่มอายุ 15-24 ปี มีอัตราตายสูงที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 10-14 ปี และกลุ่มอายุ 25-34 ปี ตามลำดับ เมื่อพิจารณาสัดส่วนอัตราบาดเจ็บจำแนกตามกลุ่มอายุ กลุ่มอายุ 15-24 ปี มีแนวโน้มอัตราบาดเจ็บเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ส่วนอัตราตาย กลุ่มอายุ 15-24 ปี และ 10-14 ปี เป็น 2 กลุ่มอายุที่มีอัตราตายสูงที่สุด และแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี และเมื่อพิจารณาโครงสร้างประชากรโดยพิจารณาตามสัดส่วนประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุพบกลุ่มอายุ 0-24 ปี มีสัดส่วนประชากรลดลง ส่วนประชากรกลุ่มอายุ 25-44 ปี และกลุ่มอายุ 45 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น วัยรุ่นเกิดอุบัติเหตุบ่อยที่สุด ซึ่งเป็นวัยที่ชอบเสี่ยง ชอบทดลอง ขาดการพิจารณาอย่างรอบคอบ และผู้สูงอายุซึ่งการรับรู้ช้า มีความเฉื่อยชาตกใจง่าย จึงควรหลีกเลี่ยงการขับรถในถนนที่มีการจราจรคับคั่งและควรมีการตรวจสมรรถภาพการขับขี่ประจำทุกปี [1] สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงโฉม ศิริพานิช, กาญจนีย์ ดำนาคแก้ว และอวยพร คำวงศ์ศา (2552)[5] พบว่ากลุ่มอายุ 15-19 ปี มีสัดส่วนบาดเจ็บรุนแรงสูงที่สุด รองลงมากลุ่มอายุ 20-24 ปี และอายุ 25-29 ปี ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุจราจรกรณีชนท้าย พบช่วงอายุที่ประสบอุบัติเหตุมากที่สุด คือ อายุระหว่าง 18-30 ปี รองลงมา คือ อายุระหว่าง 31-40 ปี และอายุระหว่าง 41-50 ปี [3] การศึกษาของ Singh et al. (2005) และ Dondona et al. (2006)[7] ผลคือ ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่อายุ 21-30 ปี รองลงมาคืออายุ 31-40 ปี ตามลำดับ กลุ่มอายุน้อยกว่า 24 ปี ได้รับบาดเจ็บและตาย และเสี่ยงต่อการบาดเจ็บตายเป็น 2.36 เท่า เมื่อเทียบกับ กลุ่มอายุ 55 ปีขึ้นไป [10] กลุ่มอายุ 18-29 ปี เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการประสบอุบัติเหตุ [12] การที่วัยเด็กและวัยรุ่น (อายุระหว่าง 10-24 ปี) เป็นช่วงอายุที่ประสบอุบัติเหตุได้รับบาดเจ็บและตายมากที่สุด เนื่องจากวัยเด็กเป็นวัยที่วุฒิภาวะในการตัดสินใจยังน้อย ขับขี่ก่อนวัยอันเหมาะสม วัยรุ่นเป็นวัยที่มีความคึกคะนอง ขับด้วยความเร็ว และทั้งสองวัยนี้มีพฤติกรรมด้านความปลอดภัยที่ไม่ดีเพราะไม่นิยมสวมหมวกนิรภัย อีกทั้งนิยมดัดแปลงยานพาหนะเพื่อให้มีเสียงดัง ใส่วงล้อและยางใหม่ที่มีขนาดเล็กลง รวมถึงการดัดแปลงอื่น ๆ เพื่อให้เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเดียวกันซึ่งอาจส่งผลต่อระบบความปลอดภัยของยานพาหนะด้วย จะเห็นได้จากอัตราบาดเจ็บของกลุ่มอายุ 15-24 ปี คือ 742.99, 1279.57, 2391.71, 2649.43 และ 2922.22 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และกลุ่มอายุ 10-14 ปี คือ 630.77, 775.37, 1301.42, 1345.46 และ 1551.74 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และอัตราตาย กลุ่มอายุ 10-14 ปี คือ 36.04, 43.08, 44.74, 40.84 และ 44.94 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และอัตราตาย กลุ่มอายุ 15-24 ปี คือ 33.91, 39.84, 45.72, 41.83 และ 46.22 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

การกระจายการเกิดอุบัติเหตุตามเวลา (Time)

อัตราบาดเจ็บและอัตราตายรายปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 พบอัตราบาดเจ็บสูงสุดในปี พ.ศ. 2560 (1,375.34 ต่อประชากรแสนคน) ซึ่งเป็นปีที่มีการบาดเจ็บมากที่สุด รองลงมาคือ ปี พ.ศ. 2559 (1,240.17) และ 2558 (1,189.97) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ซึ่งในปี พ.ศ. 2557-2558 มีอัตราบาดเจ็บสูงกว่าภาพรวมประเทศไทย ส่วนอัตราตายสูงที่สุดในปี

พ.ศ. 2560 (26.67 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมาคือ ปี พ.ศ. 2559 (25.52) และ 2558 (24.19) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 จังหวัดสกลนครมีอัตราตายน้อยกว่าอัตราตายภาพรวมประเทศไทยทุกปี แต่มีอัตราตายสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดตามนโยบายทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2560 ซึ่งมีอัตราตายเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากข้อมูลผู้ประสบอุบัติเหตุที่ได้รับบาดเจ็บและตายเป็นจำนวนมากในแต่ละปี และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น สำหรับในปี พ.ศ. 2556-2557 ที่พบข้อมูลการบาดเจ็บและตายน้อยเป็นเพราะการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน เนื่องจากยังไม่มีโนบายในการจัดการข้อมูลที่จริงจัง จึงส่งผลต่อการอัตราบาดเจ็บและอัตราตายที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ส่วนในปี พ.ศ. 2558-2560 ที่เริ่มมีนโยบายการจัดการข้อมูลที่เข้มข้น ทำให้บันทึกข้อมูลได้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น

อัตราบาดเจ็บและอัตราตายรายเดือน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 ผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรมีผู้บาดเจ็บ และตายทุกเดือน อัตราบาดเจ็บ อยู่ระหว่าง 28.63-381.18 ต่อประชากรแสนคน โดยทุกปีพบอัตราบาดเจ็บสูงสุดในเดือนธันวาคม ส่วนอัตราตายอยู่ระหว่าง 0.89-3.44 ต่อประชากรแสนคน อัตราตายมีแนวโน้มสูงในเดือนธันวาคมของทุกปีเช่นเดียวกับอัตราบาดเจ็บ สอดคล้องกับการศึกษาวิทยาการระบาดเจ็บและตายจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนในประเทศไทย ซึ่งพบว่าเดือนธันวาคมมีอุบัติเหตุและผู้บาดเจ็บมากที่สุด อัตราตายไม่สอดคล้องเนื่องจากผู้ตายสูงสุดในเดือนเมษายน [5] อัตราบาดเจ็บสอดคล้องกับการศึกษาทางระบาดวิทยาการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนในผู้ใช้รถจักรยานยนต์และการทบทวนมาตรการเกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายของ พิมพ์ภา เตชะกมลสุข, ณัฐปราง นิตยสุทธิ์ และกาญจนีย์ (2559) มีผู้ได้รับบาดเจ็บและตายสูงสุดในเดือนธันวาคม ไม่สอดคล้องกับการศึกษาการบาดเจ็บรุนแรงจาการใช้รถจักรยานยนต์ ปี พ.ศ. 2554 มีผู้ตายสูงสุดในเดือนมกราคม (อรัฐา รังผึ้ง และคณะ, 2555) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Pathal et al. (2014)[13] ช่วงเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคม มีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรมากที่สุด ไม่สอดคล้องกับการศึกษาวิทยาการระบาดเจ็บและตายจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนในประเทศไทย ซึ่งพบว่าเดือน อัตราตายสูงสุดในเดือนเมษายน [5] การที่มีผู้ได้รับบาดเจ็บและตายจากอุบัติเหตุจราจรในเดือนธันวาคม มากที่สุดของทุกปีในพื้นที่จังหวัดสกลนครเป็นผลมาจากมีวันหยุดหลายช่วงในวันสำคัญกลุ่มวัยรุ่นไม่ได้ไปเรียนหนังสือจึงจับกลุ่มกันและขับขี่ยานพาหนะเสี่ยงจึงเกิดอุบัติเหตุ สกลนครมีเทศกาลแห่ดาวในเดือนธันวาคมของทุกปีซึ่งเป็นเทศกาลสำคัญของการท่องเที่ยวระดับประเทศ ทำให้ประชาชนในพื้นที่และนอกพื้นที่เดินทางมาร่วมงานเทศกาลจำนวนมาก จึงเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และในเดือนนี้ของทุกปีวันหยุดในเทศกาลปีใหม่ที่วัยรุ่น และวัยแรงงาน ที่ไปทำงานต่างถิ่นจะเดินทางกลับบ้านเป็นจำนวนมาก เมื่อกลับมาถึงบ้านหลังจากการทำงานเพื่อหาเงินมาจุนเจือครอบครัวจึงมีการสังสรรค์ เฉลิมฉลอง โดยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กระทั่งเมา หรือง่วง หรือเหนื่อยล้า แล้วขับขี่ยานพาหนะทำให้เสี่ยงต่อการประสบอุบัติเหตุได้รับบาดเจ็บและตาย

อัตราบาดเจ็บและอัตราตายตามช่วงเวลา ตั้งแต่ปี พ.ศ. -2560 อุบัติเหตุจราจรที่ทำให้มีผู้บาดเจ็บ และตายทุกช่วงเวลา อัตราบาดเจ็บ อยู่ระหว่าง 11.56-257.06 ต่อประชากรแสนคน มีอัตราบาดเจ็บสูงขึ้นในช่วงเวลาตั้งแต่ 15.00-17.59 น.เป็นต้นไป และสูงสุดในช่วงเวลา 21.00-23.59 น. จนถึงเวลา 00.00-02.59 น. อัตราตายสูงสุดในช่วงเวลา 15.00-17.59 น. ใน ปี พ.ศ. 2556, 2558 และ 2559 และอัตราตายสูงสุดในช่วงเวลา 18.00-20.59 น. ในปี พ.ศ. 2558 และ 2560 สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์ภา เตชะกมลสุข, ณัฐปราง นิตยสุทธิ์ และกาญจนีย์ (2559) ที่พบอุบัติเหตุเกิดขึ้นทุกช่วงเวลา เกิดเหตุมากในช่วง 15.00-23.59 น.และเกิดมากที่สุดในช่วง 19.00-19.59 น. สอดคล้องกับการศึกษาการศึกษาวิทยาการระบาดเจ็บและตายจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนในประเทศไทย ของ แสงโฉม ศิริพานิช, กาญจนีย์ ดำนาคแก้ว และอวยพร คำวงศ์ศา (2552)[5] ช่วงเวลา 18.00-23.59 น. เป็นช่วงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุดทุกปี สอดคล้องกับการศึกษาการบาดเจ็บรุนแรงจาการใช้รถจักรยานยนต์ ปี พ.ศ. 2554 ช่วงเวลาการเกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่ คือ ช่วงเวลา 18.07-20.00 น. (อรัฐา รังผึ้ง และคณะ, 2555)

สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐ นิยมอุดมวัฒนา และคณะ (2542 อ้างในอลงกรณ์ ศรีเลิศ, 2558) การเกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่ในช่วงเวลา 19.00-22.59 น. สอดคล้องกับการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุจราจรกรณีชนท้ายที่พบว่าช่วงเวลากลางคืนเป็นช่วงเวลาที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุมากกว่ากลางวัน [3] สอดคล้องกับการศึกษาของ Lankarani et al. (2014)[9] สรุปช่วงเวลาที่ผู้ประสบอุบัติเหตุได้รับบาดเจ็บจากการประสบอุบัติเหตุช่วงเวลากลางคืน ผู้ตายช่วงเวลาเช้ามีความแตกต่างนัยสำคัญทางสถิติจากช่วงเวลากลางวัน (p-value <0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pathak et al. (2014)[13] มีผู้ได้รับบาดเจ็บในช่วงเวลา 18.00-22.00 น. มากที่สุด การที่มีผู้บาดเจ็บและตายจากการประสบอุบัติเหตุในช่วงเวลา 18-20.59 น. และ 21.00-23.59 น. เป็นเพราะว่าเป็นช่วงเวลาหลังการเลิกงานที่ประชาชนจะเดินทางกลับจากที่ทำงาน นักเรียนนักศึกษากลับจากโรงเรียน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มียานพาหนะจำนวนมาก ประกอบกับเป็นช่วงเวลาที่พระอาทิตย์ตกแสงสว่างเริ่มมีไม่เพียงพอ ส่งผลต่อประสิทธิภาพการขับขี่ และช่วงเวลาหลังจากการสังสรรค์ หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุได้เช่นกัน

การกระจายการเกิดอุบัติเหตุตามสถานที่ (Place)

อำเภอที่เกิดอุบัติเหตุ ทั้ง 18 อำเภอ ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร มีอัตราบาดเจ็บในแต่ละอำเภอ ในแต่ละปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 อย่างต่อเนื่อง มีบางอำเภอที่พบมีอัตราบาดเจ็บ >1000 ต่อประชากรแสนคน ต่อเนื่องหลายปีซึ่งเป็นอำเภอขนาดใหญ่ เช่น เมือง บ้านม่วง สว่างแดนดิน ส่วนอัตราตายมีอำเภอที่มีอัตราตายสูงต่อเนื่องหลายปีมากถึง 10 อำเภอ โดยเป็นอำเภอขนาดใหญ่ และอำเภอที่เป็นเส้นทางผ่านเพื่อเชื่อมต่อการคมนาคมระหว่างจังหวัดใกล้เคียงในการกระจายสินค้า การท่องเที่ยว และการขนส่งวัตถุดิบทางการเกษตร ได้แก่ เมือง กุสุมาลย์ พรรณานิคม พังโคน นิคมน้ำอูน คำตากล้า อากาศอำนวย สว่างแดนดิน และโคกศรีสุพรรณ ที่มีถนนสายหลัก คือ ทางหลวงหมาย 22 จากจังหวัดอุดรธานีผ่านอำเภอสว่างแดนดิน พังโคน พรรณานิคม จนถึงเมืองสกลนคร เชื่อมต่อถึงอำเภอกุสุมาลย์เข้าสู่จังหวัดนครพนม ส่วนอำเภอโคกศรีสุพรรณ มีทางหลวงหมายเลข 223 ที่เป็นเส้นทางเชื่อมสู่อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม เป็นเส้นทางการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมและพระพุทธศาสนา ที่มีประชาชนจำนวนมากเดินทางผ่านไปเพื่อสักการะบูชาองค์พระธาตุพนม ณ วันพระธาตุพนมวรมหาวิหาร และเส้นทางผ่านอำเภอวานรนิวาสกับคำตากล้า คือ ทางหลวงหมายเลข 222 เป็นเส้นทางเชื่อมสู่จังหวัดบึงกาฬ ซึ่งมีการคมนาคมขนส่งทั้งสินค้า สู่ตลาดอินโดจีน จึงมียานพาหนะผ่านเป็นจำนวนมาก เช่นเดียวกับอำเภออากาศอำนวย มีทางหลวงหมายเลข 2235 และ 2094 เชื่อมสู่จังหวัดบึงกาฬ รวมทั้งที่อำเภออากาศอำนวยมีประเพณีแข่งขันพายเรือประจำปีทุกปี จึงเป็นส่วนหนึ่งของการความเสี่ยง เมื่อทำการวิเคราะห์ตามทฤษฎีของ William Haddon Jr. (1970 อ้างใน ณัฐกานต์ ไวยเนตร, ม.ป.ป.) ที่อธิบายการบาดเจ็บโดยการนำความถี่ของการบาดเจ็บมาผนวกกับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ เรียกว่า Haddon's Matrix ใช้การวิเคราะห์การบาดเจ็บได้ทุกชนิด โดยการควบคุมป้องกันอุบัติเหตุในสถานที่ที่แตกต่างกันต้องประยุกต์ใช้แนวทางของ Haddon's Matrix ในการควบคุมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ และพิการหรือตาย โดยใช้แนวทางการสร้างเครือข่ายสหสาขาวิชาชีพในการดำเนินการร่วมกัน ตั้งแต่การกำหนดนโยบายระดับประเทศ การบังคับใช้กฎหมาย การกำหนดมาตรฐานของยานพาหนะ การสร้างมาตรการทางสังคมของผู้ใช้รถใช้ถนน และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมสภาพถนน รวมถึงความสม่ำเสมอในการดำเนินการ เพื่อให้เกิดผลที่ยั่งยืน การประยุกต์ใช้ Haddon's Matrix (ณัฐกานต์ ไวยเนตร, ม.ป.ป.) การที่พื้นที่อำเภอที่เส้นทางผ่านสำคัญที่มีผู้ตายจากอุบัติเหตุสูงต่อเนื่อง และเชื่อมต่อกับจังหวัดใกล้เคียงจึงต้องดำเนินการเพื่อป้องกันอุบัติเหตุของทุกอำเภอที่เสี่ยงสูงเหล่านี้ อย่างต่อเนื่องเพื่อลดการบาดเจ็บและตายของผู้สัญจรผ่าน และประชาชนในพื้นที่

สถานที่เกิดอุบัติเหตุ ในแต่ละปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 มีการเกิดอุบัติเหตุทำให้มีผู้บาดเจ็บและตาย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดเหตุบนถนนสายรองมากกว่าถนนสายหลัก ซึ่งเป็นการเกิดอุบัติเหตุบนถนนที่ผิวการจราจรไม่ค่อยดี ช่องจราจรแคบ ไม่มีช่องจราจรสำหรับรถจักรยานยนต์ (ไหล่

ทาง) เส้นทางโค้ง แสงสว่างไม่เพียงพอ สัญลักษณ์จราจรหรือป้ายเตือน จึงเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้มากกว่าถนนสายหลักที่สภาพผิวจราจร อุปกรณ์เตือนและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุได้มากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ยศวดี นิรารมย์ (2556) ศึกษาพบว่า ถนนเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบการจราจร หากถนนมีการออกแบบที่ไม่ได้มาตรฐานตามหลักวิศวกรรมหรือมีสภาพชำรุด และการบำรุงรักษาที่ดีอาจเป็นสาเหตุให้เกิดอุบัติเหตุจราจรได้ โดยปัจจัยด้านท้องถนนที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุจราจร ประกอบด้วย ความกว้างผิวการจราจร, ความกว้างไหล่ทาง, ระยะมองเห็นในทางโค้งแนวราบ, จำนวนช่องจราจร, อุปกรณ์กั้นข้างทาง, เครื่องหมายจราจร, ป้ายจราจร, สัญญาณไฟจราจร, สิ่งอำนวยความสะดวกคนเดินเท้า, สภาพผิวถนนและไฟส่องสว่างบนถนน เป็นต้น ซึ่งในแต่ละอำเภอของจังหวัดสกลนครมีทางหลวงชนบท ถนนในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเส้นทางเกษตร จำนวนมาก ซึ่งเป็นถนนสายรองที่ยังไม่ได้รับการพัฒนาให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสมสำหรับการคมนาคมหรือสัญจรผ่านได้อย่างสะดวก หากมีความจำเป็นต้องเข้าพื้นที่การเกษตรหรือผ่านเส้นทางต้องใช้ความคุ้นชินเส้นทาง ชำนาญในพื้นที่โดยเฉพาะ รวมทั้งใช้ความระมัดระวังเป็นอย่างมาก

ประเภทการบาดเจ็บและตายจำแนกตามรหัส ICD10 (V01-V89)

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 ในแต่ละปี พบผู้ประสบอุบัติเหตุเป็นผู้ใช้รถจักรยานยนต์บาดเจ็บในอุบัติเหตุขนส่ง (V20-V29) มากที่สุด (69.97-75.81%) รองลงมาคือ ผู้ใช้รถจักรยานบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการขนส่ง (V10-V19) (7.17-10.70%) และผู้ใช้รถยนต์บาดเจ็บในอุบัติเหตุการขนส่ง (V40-V49) (5.59-7.29%) ตามลำดับ ผู้ประสบอุบัติเหตุที่ผู้ตายส่วนใหญ่ตายด้วยรหัส V20-V29 มากที่สุด (67.24-72.89) รองลงมาคือ V40-V49 (12.89-13.82) และ V01-V09 (3.56-4.48) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์ภา เตชะกมลสุข, ณัฐปราง นิตยสุทธิ์ และกาญจนีย์ (2559) ยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุคือ ระหว่างรถจักรยานยนต์กับรถจักรยานยนต์ และรถจักรยานยนต์กับปิกอัพ เป็นสองกลุ่มที่เป็นผู้ได้รับบาดเจ็บ ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษา Jha et al. (2004)[8] ยานพาหนะที่ประสบอุบัติเหตุมากที่สุด คือ รถจักรยานยนต์ รองลงมา คือ รถบรรทุก และรถยนต์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Pathal et al. (2013)[13] รถจักรายานยนต์เป็นยานพาหนะที่ประสบอุบัติเหตุมากที่สุด รองลงมา คือ คนเดินเท้า จากสถิติจำนวนการจดทะเบียนรถใหม่และสะสม มียอดการจดทะเบียนรถจักรยายนต์มากที่สุดทั้งระดับประเทศและระดับจังหวัด (สำนักงานขนส่งทางบก, 2561) รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะที่มีผู้คนนิยมใช้ที่มากกว่ายานพาหนะประเภทอื่น เนื่องจากความสะดวกสบาย ความคล่องตัวในการเข้าออกในสถานที่ต่าง ๆ รวมถึงการใช้เดินทางไปในสถานที่ใกล้บ้าน เช่น การเดินทางไปตลาด การเดินทางไปทำงาน การเดินทางไปส่งลูกหลานที่โรงเรียน การเดินทางไปติดต่อราชการ และการเดินทางอื่น ๆ อีกทั้งกลุ่มประชาชนผู้มีรายได้น้อยจะใช้รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะหลักเนื่องจากราคาไม่สูงมาก มีกำลังความสามารถซื้อมาใช้ได้ ที่สำคัญอีกกลุ่ม คือ กลุ่มวัยรุ่นนิยมใช้รถจักรยานยนต์เพื่อให้กลุ่มเพื่อนยอมรับเข้ากลุ่ม โดยจะนำมาดัดแปลงตามความนิยมของกลุ่ม ซึ่งการขับขี่รถจักรยานยนต์ต้องใช้ความชำนาญของผู้ขับขี่ การทรงตัวที่ดี หากผู้ขับขี่เสียการทรงตัวสามารถทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย และพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการสวมหมวกนิรภัยที่น้อยทำให้เสี่ยงต่อการบาดเจ็บรุนแรงที่ศีรษะและตายได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมการขับขี่ด้วยความเร็วและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนขับขี่ก็เป็นอีกสาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้มาก

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. อัตราบาดเจ็บและตายสูงสุด เป็นเพศชาย และกลุ่มอายุ 10-24 ปี ในทุกปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2556-2560 จึงควรมีมาตรการเฝ้าระวังพิเศษสำหรับการป้องกันกลุ่มเด็กเยาวชน และวัยรุ่น เพศชาย ที่เสี่ยงต่อการประสบอุบัติเหตุ

2. รูปแบบการบาดเจ็บตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 มีผู้ประสบอุบัติเหตุสูงสุดในเดือนธันวาคม ส่วนผู้ตายจะสูงในเดือนเมษายน และธันวาคม ของเกือบทุกปี และช่วงเวลาที่ได้รับบาดเจ็บและตายเป็นช่วงเวลา 15.00-23.59 น. ซึ่ง

เป็นช่วงเวลาที่เดินทางกลับบ้านจากสถานศึกษา ที่ทำงาน จึงควรกำหนดมาตรการให้เหมาะสมในแต่ละเดือน และช่วงเวลาที่มีการเกิดอุบัติเหตุมากที่สุด เพื่อช่วยป้องกันรวมถึงลดการบาดเจ็บและตายได้

3. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 พบอัตราอัตราบาดเจ็บ ในบางอำเภอที่มีอัตราบาดเจ็บสูงต่อเนื่อง ซึ่งเป็นอำเภอขนาดใหญ่ เช่น เมือง บ้านม่วง สว่างแดนดิน ส่วนอัตราตายมีอำเภอที่มีอัตราตายสูงต่อเนื่องมากถึง 10 อำเภอ โดยเป็นอำเภอขนาดใหญ่ และอำเภอที่เป็นเส้นทางผ่านเพื่อเชื่อมต่อการคมนาคมระหว่างจังหวัดใกล้เคียงในการกระจายสินค้า การท่องเที่ยว และการขนส่งวัตถุดิบทางการเกษตร ได้แก่ เมือง กุสุมาลย์ พรรณานิคม พังโคน นิคมน้ำอูน คำตากล้า อากาศอำนวย สว่างแดนดิน และโคกศรีสุพรรณ ที่มีถนนสายหลักจากจังหวัดอุดรธานีผ่านอำเภอสว่างแดนดิน พังโคน พรรณานิคม จนถึงเมืองสกลนคร ส่วนกุสุมาลย์และโคกศรีสุพรรณ เป็นเส้นทางเชื่อมสู่จังหวัดนครพนม และเส้นทางอำเภอวานรนิวาสกับคำตากล้า เป็นเส้นทางเชื่อมสู่จังหวัดบึงกาฬ จึงต้องกำหนดให้อำเภอดังกล่าวมีมาตรการป้องกัน และการเข้มงวดในการกวดขันวินัยจราจร เพื่อความปลอดภัยของผู้สัญจรผ่านพื้นที่อำเภอนั้น ๆ

4. พบผู้ประสบอุบัติเหตุที่บาดเจ็บและตาย เป็นผู้ใช้รถจักรยานยนต์ รหัส V20-V29 สูงสุด ใน พ.ศ. 2556-2560 การเพิ่มมาตรการเฝ้าระวังในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ สร้างวินัยในการใช้ถนนร่วมกัน การจัดการพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ขับรถเร็ว เมาแล้วขับ เป็นต้น รวมถึงการเพิ่มพฤติกรรมความปลอดภัย เช่น การสวมหมวกนิรภัย การสวมใส่ชุดป้องกัน เป็นต้น เพื่อช่วยลดการบาดเจ็บที่รุนแรงอันส่งผลต่อการตาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.ศึกษาปัจจัยพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ยานพาหนะที่มีผลต่อการเกิดการอุบัติเหตุทำให้ถึงตาย

2.ศึกษาการพัฒนารูปแบบระบบบันทึกข้อมูลในการจัดเก็บและการจัดการฐานข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดและนำมาวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุได้

3. ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันอุบัติเหตุระดับอำเภอ ระดับตำบล และหมู่บ้าน

4. ศึกษาการตระหนักรู้และทัศนคติของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุ ของผู้ขับขี่ และประชาชนในพื้นที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง

เอกสารอ้างอิง

1.จุฬาภรณ์ โสตะ และคณะ. **สวัสดิศึกษา.** ขอนแก่น: ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2541

2.นครคำ แสงจันทร์. **การประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกบการเกิดอุบัติเหตุจราจรตามถนน ณ ที่เมืองไกสอนพมวิหาร แขวงสะหวันนะเขต ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว** [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.

3.ภาวิณี เอี่ยมตระกูล และคณะ. **รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์**. โครงการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัย เสี่ยงที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุจราจรกรณีชนท้าย [ออนไลน์] 2551 [อ้างเมื่อ 31 ตุลาคม 2560]. จาก: http://www.roadsafetythai.org/node/56.

4.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายละเอียดตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2560 : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2559

5.แสงโฉม ศิริพานิช, กาญจนีย์ ดำนาคแก้ว และอวยพร คำวงศ์ศา. วิทยาการระบาดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนในประเทศไทย. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข** ต.ค.-ธ.ค.2552; 3(4).

6.อดิศักดิ์ พงษ์พูลผลศักดิ์, พิณรัตน์ นุชโพธิ์. การศึกษาอุบัติเหตุจราจรทางถนนในประเทศไทยโดยใช้กำการหาความสัมพันธ์ของ Data Mining [ออนไลน์] 2553 [อ้างเมื่อ 31 ตุลาคม2560]. จาก http//tar.thailis.or.th/bitstream/123456789/87/1/CIT2007_10.pdf.

7.Dondona R, Kumar G A, Raj T S, Dandona L. Patterns of road traffic injuries in a vulnerable population in Hyderabad, India. **Injury Prevention** 2006; 12: 183-188.

8.Jha Nilambar, Srinivasa D.K., Roy Gautam, Jagdish S. Epidemiological study of road traffic accident cases: a study from south India. **Indian J of Community Medicine** 2004; 119: 1

9.Lankarani Kamran B., Heydari Seyed Taghi, Aghabeigi Mohammad Reza, Moafian Moafian, Hoseinzadeh Amin, Vossoughi Mehrdad The impact of environmental factor on traffic accidents in Iran. **J Injury & Violenec** 2014; 6(2): 64-71

10.Mehmandar Mohammadreza, Soori Hamid, Amiri Mosa, Norouzirad Reza, & Khabzkhoob Mehdi. Risk factor for fatal and nonfatal road crashes in Iran. **Iran Red Crescent Med J** 2014; 16(8): e10016.

11.Moafian Ghasem, Aghaveigi Mohammed Reza, Heydari Seyed Taghi, Hoseinzadeh Amin, Lankarani Kamran Bagheri, & Sarikhani Yaser. An epidemiologic survey of road traffic accidents in Iran: analysis of driver-related factors. **Chinese J of Traumatology** 2013;16(3): 140-144

12.Neto Otaliba Libanio Morais, Andrade Ana Lucia, Guimaraes Rafael Alvse, Mandacaru Polyana Maria Pimenta, & Tobias Gabriela Camargo. Regional disparities in road traffic injury and their determinants in Brazil, 2013. **Inernational J for Equity in Health** 2016; 15: 142.

13.Pathak SM, Jindal AK, YSM, Verma AK, & Mahen A. An epidemiological study of road traffic accident case admitted in a tertiary care hospital. **Medical J Armed Forces India** 2014; 70: 32-35.

14.Shotar Ali M., Alzyoud Sulaina A., Obeidat Jamal, & Alhawamdeh Khalid. Road traffic accident casual ties in the north of Jordan: An epidemiology study. **European Scientific J September 2014**; 10(26): 1857-7881.

การประเมินระบบเฝ้าระวังผู้ที่มีอาการเข้าได้กับนิยามผู้ป่วย(Under Patient Investigation : PUI) โรคติดเชื้อไวรัส Zika ของโรงพยาบาลระยอง

Assessment of surveillance system under the Patient Investigation (PUI) Zika virus infection in Rayong Hospital.

ประภาส ผูกดวง[1] เวสารัช วรุตมะพงศ์พันธุ์[1]

Prapart Phookduang , Wesaratch Waruttamapongphan

(Received: March 3 ,2020 ; Accepted: March 30 ,2020)

บทคัดย่อ

การศึกษาระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัส **Zika** ของจังหวัดระยองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบเฝ้าระวังโรค (รง.506) คุณลักษณะการใช้ประโยชน์จากระบบเฝ้าระวังของโรคติดเชื้อไวรัส **Zika**ใน โรงพยาบาลระยอง และเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรค (รง.506) ของโรคติดเชื้อไวรัส **Zika** เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (**Cross-sectional study)** ในโรงพยาบาลระยอง ขนาด **550** เตียง วิเคราะห์ข้อมูลโดยข้อมูลเชิงปริมาณ พรรณนาข้อมูลด้วย จำนวน ร้อยละ ตามตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา และ ข้อมูลเชิงคุณภาพ พรรณนาการจัดกลุ่มข้อมูล และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตามตัวแปรดังนี้ ความยอมรับในระบบเฝ้าระวัง ความยากง่ายของระบบเฝ้าระวัง ความยืดหยุ่นของระบบเฝ้าระวัง ความยั่งยืนและการใช้ประโยชน์จากระบบเฝ้าระวัง

ผลการศึกษาพบว่า มีการจัดระบบการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัส **Zika** ของโรงพยาบาลและ โรงพยาบาลสาขา การรายงานจะแบ่งออกเป็น 2 ช่องทาง คือ ช่องทางที่ 1 คือ เมื่อแพทย์ให้การวินิจฉัยแล้วและนำเข้าข้อมูลทาง **Electronic** และตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา เพื่อการสอบสวนโรคเบื้องต้น หลังจากนั้นบันทึกข้อมูลลงในระบบ รง.506 ช่องทางที่ 2 คือ ทุกแผนก โรงพยาบาล และโรงพยาบาลสาขา เมื่อแพทย์วินิจฉัยสงสัย หรือ พบผู้ป่วย จะโทรศัพท์ให้กลุ่มงาน เวชกรรมสังคมตรวจสอบ และรายงานไปยังศูนย์ระบาดวิทยาของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง รพ.สต. และเทศบาล พื้นที่รับผิดชอบที่ผู้ป่วยพักอาศัย ทาง **E-mail Line (**ส่วนตัว) โทรสาร โทรศัพท์ทันที สำหรับโรงพยาบาลเอกชนจะแจ้งข้อมูลให้กับศูนย์ระบาดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

ส่วนข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอกที่มารับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลระยองมีจำนวนผู้ป่วยที่มีนิยามเข้าได้กับรหัส **ICD** 10 ดังนี้ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 22 ธันวาคม 2560 จำนวน 2,185 ราย พบผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันติดเชื้อไวรัส **Zika** และได้รายงานโรคตามระบบ รง.506 จำนวน 24 ราย (1.09%) ผู้ป่วยที่มีนิยามตรงกับโรคแต่ไม่มีการรายงานจำนวน 102 ราย (4.66%) ความไวของระบบเฝ้าระวังอยู่ในระดับ ค่อนข้างต่ำ (19.04%) ค่าพยากรณ์บวกมีค่าสูง (100%) เวชระเบียนที่ได้จากการทบทวน มีความถูกต้องของตัวแปรดังนี้ เพศ อายุ ที่อยู่ปัจจุบัน ประเภทผู้ป่วย วันที่เริ่มป่วย และวันที่ป่วย มีความถูกต้อง 100 %

คำสำคัญ **:** ระบบเฝ้าระวัง **,** ไวรัส **Zika**

Abstract

This study of Zika virus infection surveillance system Rayong Province. Aimed to studied Disease surveillance system (Ror. 506) Utilization feature from Zika virus infection surveillance system in Rayong hospital. And development of disease surveillance system (Ror. 506) of Zika virus by Cross-sectional study in Rayong hospital , 550 beds. Data were analyzed by quantitative data namely frequency , percentage followed study variable and qualitative data by group data

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

analyzed by quantitative data namely frequency , percentage followed study variable and qualitative data by group data and content analysis followed variable that Acceptance of surveillance systems , The difficulty of the surveillance system , The flexibility of the surveillance system and Sustainability and utilization of surveillance systems.

The study found that establishing a surveillance system for Zika virus of hospitals and Hospital branch. The reporting is divided into 2 channels which are Channel 1 when the doctor has made a diagnosis and imported the data via Electronic and examined by epidemiological officials for initial disease investigation. After that, data was recorded in the Ror 506 system. Channel 2 all departments in hospitals and branch hospitals. When doctors diagnose suspicions or find patients, they will call the social medicine work group for examination. And report to the epidemiology center of the Muang District Public Health Office , Tambol Health Promoting Hospital and the municipality responsible for where the patient lives via the E-mail Line (private), fax, telephone immediately For private hospitals, information will be provided to the outbreak center of the Rayong Provincial Health Office. Data from inpatient medical records and outpatients who come to receive medical treatment at Rayong Hospital.

The number of patients that are defined to be compatible with the ICD 10 code as follows from 1 January to 22 December 2017, 2,185 cases. There were 24 confirmed cases of Zika virus and 506 cases (1.09%) reported in the RN system. (1.09%) There were 102 cases (4.66%) without definitions. The sensitivity of the surveillance system is relatively low (19.04%). Positive forecasting values are high (100%). Medical records obtained from reviews The accuracy of the variables as follows: gender, age, current address Patient type Sick day and sick day 100% accurate

Keyword : surveillance system , Zika virus

บทนำ

การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเป็นเครื่องมือและจำเป็นในการวิเคราะห์สถานการณ์ของโรค เป็นมาตรการสำหรับเป็นเครื่องมือในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ทำให้สามารถเข้าใจสถานการณ์ของโรคอย่างแท้จริง ทั้งยังช่วยให้สามารถติดตามสถานการณ์ของโรคได้ทันแต่เหตุการณ์ ที่เกิดขึ้น [3] โรคติดเชื้อไวรัส Zika เกิดขึ้นโดยมียุงลายเป็นพาหะ นำโรค พบครั้งแรกที่ประเทศอูกานด้าเมื่อปี พ.ศ.2490 ในลิง โดยในขณะนั้นมีการศึกษาวงจรการเกิดโรคไข้เหลือง จึงมีการค้นพบเชื้อไวรัส Zika ขึ้นมา โรคติดเชื้อไวรัส Zika พบมีการติดต่อในคนตั้งแต่ พ.ศ. 2495 ในประเทศอูกานด้า สาธารณรัฐทานซาเนีย และมีรายงานพบการระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัส Zika ในพื้นที่ของทวีปแอฟริกา เอเชีย หมู่เกาะแปซิฟิกและอเมริกา ทั่วโลกมีแนวโน้มการระบาดของโรคจะแพร่กระจายไปยังประเทศใหม่ ๆ เนื่องจากการเดินทางที่สะดวกและรวดเร็ว นอกจากนั้นยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำโรค ยังมีกระจายอยู่ในหลายทวีปทั่วโลก [2]

จากรายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัส Zika ปี พ.ศ.2559 มีผู้ป่วย 36 รายและตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 20 พฤศจิกายน 2560 มีผู้ป่วยจำนวน 55 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลระยอง 24 ราย [3] ซึ่งโรคติดเชื้อไวรัส Zika มีความสำคัญในหญิงตั้งครรภ์เพราะหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ ลูกที่อยู่ในครรภ์มีโอกาสเป็นโรคสมองเล็ก (Microcephaly) ได้โดยเด็กที่คลอด ถึงแม้ว่าจะไม่เสียชีวิตแต่จะเป็นภาระของผู้เลี้ยงดูและภาระของประเทศที่จะต้องเลี้ยงดูเด็กกลุ่มนี้ในผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อมีโอกาสเป็นโรคเส้นประสาทแปรปรวนกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Guillain-Barre Syndrome) ได้ ถึงแม้ว่าจะไม่เสียชีวิตแต่ก็เป็นภาระของครอบครัวได้เช่นกัน[4] นอกจากนี้โรคติดเชื้อไวรัส Zika มียุงลายเป็นพาหะนำโรคเช่นเดียวกับ โรคไข้เลือดออกซึ่งจะพบยุงลายได้ทุกพื้นที่ ทุกคนคือกลุ่ม

เสี่ยงต่อโรคและมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีความเข้มข้น ในการควบคุมโรคเพื่อลดผลกระทบและการแพร่กระจายของเชื้อโรค [2] ที่สำคัญจังหวัดระยองยังไม่เคยมีการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัส Zika มาก่อนและมีการรายงานถูกต้องครบถ้วนหรือไม่ เพื่อช่วยในการตรวจจับการระบาด และสำหรับป้องกัน ควบคุมโรค

การศึกษาระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัส Zika ของจังหวัดระยองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบเฝ้าระวังโรค (รง.506) คุณลักษณะการใช้ประโยชน์จากระบบเฝ้าระวังของโรคติดเชื้อไวรัส Zikaใน โรงพยาบาลระยอง และเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรค (รง.506) ของโรคติดเชื้อไวรัส Zika สำหรับเป็นต้นแบบและใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าระวังโรคกับโรงพยาบาลอื่นๆในจังหวัดระยองต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เชิงปริมาณ (Qualitative study) และเชิงคุณภาพ (Quantitative study)

1.ชี้แจงและประสานงาน การดำเนินงานเพื่อศึกษาข้อมูลและการเก็บข้อมูลภาคสนาม

2.คัดเลือกระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อที่จะดำเนินการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัส Zika ของโรงพยาบาลระยอง

3.ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังโรค ได้แก่ เจ้าหน้าที่เวชระเบียน เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล ของศูนย์ข้อมูลคอมพิวเตอร์ ที่ใช้บันทึกประวัติการรักษาและให้บริการรักษาพยาบาล เจ้าหน้าที่เวชกรรมสังคม เจ้าหน้าที่ห้องตรวจโรคอายุรกรรมผู้ป่วยนอก เจ้าหน้าที่ หออภิบาลผู้ป่วยในทางอายุรกรรมและกุมารเวช และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์

4.การศึกษาเชิงคุณภาพโดยสัมภาษณ์ รูปแบบการรายงานโรคโดยใช้แผนผัง (Flow Chart) ในการให้อธิบายการรายงานและเฝ้าระวังโรค

5.การศึกษาเชิงปริมาณ โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้านิยามการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัส Zika ที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลระยอง

6.วิเคราะห์ข้อมูล ตามคุณลักษณะของระบบการเฝ้าระวังและอธิบายผลการวิเคราะห์ข้อมูล

7.สรุปผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอ

เกณฑ์การคัดเลือกสถานที่ดำเนินการศึกษา

โรงพยาบาลระยอง ขนาด 550 เตียง จำนวน 1 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

1. ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพยาบาล ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัส Zika จากระบบการเฝ้าระวัง (รง.506)

2. ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้จากการค้นประวัติการรักษาย้อนหลัง (Active Case Finding) โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระยอง ที่กำหนดเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ตามรหัสโรค ICD-10 ตามกลุ่มโรคดังนี้

A09 Dengue fever

A92.8 Other specified mosquito-borne viral fever

3. ข้อมูลผู้ป่วยโรคอื่นๆ ที่ดำเนินการทบทวนเพิ่มเติม (Inclusion Disease) ซึ่งมีอาการใกล้เคียงกับโรคติดเชื้อไวรัส Zika ตามรหัสโรค ICD10 ดังนี้

A09 Dengue fever

A92 Chikungunya virus disease

B05.1-B05.9 Measle

B06.1-B06.9 Rubella

B09.1-B09.9 Viral unspecified characterized by skin and mucous membrane lesion

G61.0 Guillain-Barre syndrome

L30.9 Dermatitis, unspecific

Q02 Microcephaly

R21 Maculopapular rash

ระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้เข้ารับการรักษาโรคตามรหัส ICD 10 ที่ระบุไว้ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 22 ธันวาคม 2560

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

1. ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มีการบันทึกการวินิจฉัยและรักษาโรคตามรหัส ICD 10

2. เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่ดำเนินการศึกษา (Inclusion Criteria) ตามเกณฑ์นิยามของโรคติดเชื้อไวรัส Zika ดังนี้

-ผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อไวรัส Zika

-ผู้ป่วยที่มีอาการตามนิยามรหัส ICD 10 แต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าโรคติดเชื้อไวรัส Zika และไม่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์

3. ทบทวนข้อมูลผู้ป่วยที่เข้าได้ตามรหัส ICD 10 และนิยามของโรค

4. นำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียน ดำเนินการวิเคราะห์ค่าความไว ค่าพยากรณ์บวก ความถูกต้อง และความเป็นตัวแทน

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

คุณลักษณะเชิงคุณภาพของระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัส Zika โรงพยาบาลระยองได้ดำเนินการของระบบเฝ้าระวัง ความยากง่าย ความยืดหยุ่น การยอมรับ ความยั่งยืน และการนำไปใช้ประโยชน์จากการเฝ้าระวัง โดยการสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่เวชระเบียน เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลของศูนย์ข้อมูลคอมพิวเตอร์ที่ใช้บันทึกประวัติการรักษา และให้บริการรักษาพยาบาล เจ้าหน้าที่เวชกรรมสังคม เจ้าหน้าที่ห้องตรวจโรคอายุรกรรมผู้ป่วยนอก เจ้าหน้าที่หออภิบาลผู้ป่วยในทางอายุรกรรม และกุมารเวช และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ พรรณนาข้อมูลด้วย จำนวน ร้อยละ ตามตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ พรรณนาการจัดกลุ่มข้อมูลและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตามตัวแปร ดังนี้ ความยอมรับในระบบเฝ้าระวัง ความยากง่ายของระบบเฝ้าระวัง ความยืดหยุ่นของระบบเฝ้าระวัง ความยั่งยืนและการใช้ประโยชน์จากระบบเฝ้าระวัง

ผลการศึกษา

การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัส Zika นี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เชิงปริมาณ (Qualitative study) และเชิงคุณภาพ (Quantitative study) ซึ่งการศึกษาเชิงปริมาณ โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้านิยามการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัส Zika ที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลระยอง ขนาด 550 เตียง สำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยสัมภาษณ์ รูปแบบการรายงานโรคโดยใช้แผนผัง (Flow Chart) ในการให้อธิบาย การรายงาน และเฝ้าระวังโรค วิเคราะห์ข้อมูล ตามคุณลักษณะของระบบการเฝ้าระวังและอธิบายผลการวิเคราะห์ข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพยาบาลที่ได้รับการวินิจฉัย โรคติดเชื้อไวรัส Zika จากระบบการเฝ้าระวัง (รง.506) และข้อมูลผู้ป่วยที่ได้จากการค้นประวัติ การรักษาย้อนหลัง (Active Case Finding) โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลระยอง ที่กำหนดเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ตามรหัสโรค ICD-10 ตามกลุ่มโรค คือ A09 - Dengue fever และ A92.8 - Other specified mosquito-borne viral fever นอกจากนี้ยังได้ทบทวนเพิ่มเติม (Inclusion Disease) ในกลุ่มมีอาการใกล้เคียงกับโรคติดเชื้อไวรัส Zika ตามรหัสโรค ICD10 คือ A92 - Chikungunya virus disease, B05.1 - B05.9 – Measle, B06.1 - B06.9 – Rubella, B09.1 - B09.9 Viral unspecified characterized by skin and mucous membrane lesion, G61.0 - Guillain-Barre syndrome, L30.9 - Dermatitis, unspecific, Q02 – Microcephaly และ R21 - Maculopapular rash รวมจำนวน 2,185 รายระยะเวลาที่

ดำเนินการศึกษา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 22 ธันวาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ พรรณนาข้อมูลด้วย จำนวน ความถี่ ร้อยละ ตามตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา คือ ข้อมูลเชิงคุณภาพ พรรณนาการจัดกลุ่มข้อมูล และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ตามตัวแปรดังนี้ ความยอมรับในระบบเฝ้าระวัง ความยากง่ายของระบบเฝ้าระวัง ความยืดหยุ่นของระบบเฝ้าระวัง ความยั่งยืนและการใช้ประโยชน์จากระบบเฝ้าระวัง โดยใช้นิยามดังนี้ 1.ผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีผื่น (Maculopapular Rash) และมีอาการอย่างน้อย 1 ใน 3 อาการ ดังนี้ ไข้ ปวดข้อ ตาแดง 2.หญิงตั้งครรภ์ที่มีไข้ (Fever) และมีอาการอย่างน้อย 2 ใน 3 อาการ ดังนี้ ปวดศีรษะ ปวดข้อ ตาแดง 3.หญิงตั้งครรภ์ที่มีผื่น (Maculopapular Rash) ที่อาศัยอยู่หรือมีประวัติเดินทางเข้าไปในตำบลที่พบผู้ป่วยยืนยันและยังอยู่ในระยะเวลาควบคุมโรค สำหรับผู้ป่วยทั่วไปใช้นิยามดังนี้ ในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีอาการดังนี้ 1.มีผื่น (Maculopapular Rash) ร่วมกับอาการอย่างน้อย 1 ใน 3 อาการ ดังนี้ ไข้ ปวดข้อ ตาแดง 2.ไข้ (Fever) ร่วมกับอาการ อย่างน้อย 2 ใน 3 อาการ ดังนี้ ปวดศีรษะ ปวดข้อ ตาแดง 3.มีผื่น (Maculopapular Rash) ที่อาศัยอยู่หรือมีประวัติเดินทางเข้าไปในตำบลที่พบผู้ป่วยยืนยันและยังอยู่ในระยะเวลาควบคุมโรค ในกลุ่มผู้ ที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ใช้นิยามและอาการดังนี้ 1.ผู้ป่วยรายเดียวที่พบทั้ง 3 อาการ ได้แก่ ไข้ ผื่น (Maculopapular Rash) และตาแดง 2.ผู้ป่วยที่กลุ่มก้อนตั้งแต่สองรายขึ้นไปที่มีอาการ ดังนี้ 1) มีผื่น ร่วมกับอาการอย่างน้อย 1 ใน 3 อาการ ดังนี้ ไข้ ปวดข้อ ตาแดง หรือ 2) ไข้ ร่วมกับ อาการอย่างน้อย 2 ใน 3 อาการ ดังนี้ ปวดศีรษะ ปวดข้อ ตาแดง 3.มีผื่น (Maculopapular Rash) ที่อาศัยอยู่หรือมีประวัติเดินทางเข้าไปในตำบลที่พบผู้ป่วยยืนยันและยังอยู่ในระยะเวลาควบคุมโรค

นอกจากนี้ ทารกที่มีศีรษะเล็ก (Neonatal Microcephaly) และ/หรือ พบ Brain Calcificatio หมายถึง ทารกที่คลอดมาไม่เกิน 1 เดือน และวัดรอบศีรษะแล้วมีค่าความยาวเส้น รอบวงต่ำกว่า 3 Percentile ของค่าปกติในเพศและกลุ่มอายุครรภ์ของทารกนั้น (Fenton Curve) โดยกุมารแพทย์เป็นผู้วินิจฉัย และ/หรือ พบหินปูนจับในเนื้อสมอง (Intracranial Calcification) และผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (Guillain-Barre Syndrome) ผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทอักเสบอื่นๆ ภายหลังการติดเชื้อ หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากการอักเสบเฉียบพลันของเส้นประสาท หลายๆ เส้นพร้อมกัน Demyelinating Polyradiculoneuropathy จนก่อให้เกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงเฉียบพลัน ซึ่งในรายที่รุนแรง อาจถึงขั้นเป็นอัมพาต และอาจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือ ผู้ที่มาด้วยอาการแขนขาอ่อนแรง 2 ข้างอาจจะมีชาหรือไม่ก็ตาม ทั้งนี้อาจจะหายใจไม่ได้เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้น โดยแพทย์เป็นผู้วินิจฉัย

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ค่าความไว (Sensitivity) หมายถึง สัดส่วนของ การรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัส Zika และถูกรายงานในระบบเฝ้าระวังโรค (รง.506) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ต่อจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับนิยามของโรคติดเชื้อไวรัส Zika ทั้งหมด ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา ประเมินที่อยู่ขณะป่วย วันเริ่มป่วยของผู้ป่วย ซึ่งมีค่า 19.04% ค่าพยากรณ์บวก (Predictive Value Positive) หมายถึง สัดส่วนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัส Zika และ ถูกรายงานในระบบเฝ้าระวังโรค (รง.506) ของสำนักงานสาธารรสุขจังหวัดระยอง ต่อ จำนวนรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัส Zika ทั้งหมดที่โรงพยาบาลระยองได้จัดส่งรายงานในระบบเฝ้าระวัง (รง.506) รายงานให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง มีค่า 100% การทำนายความถูกต้อง หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัส Zika ที่ตรวจสอบแล้วพบว่าเป็นผู้ป่วยตรงตามนิยามโรคที่กำหนดต่อ จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัส Zika ที่ส่งรายงานในระบบเฝ้าระวัง (รง.506) รายงานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง มีค่า 100% และความทันเวลาในการแจ้งการรายงานผู้ป่วย (Timeliness) หมายถึง สัดส่วนของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัส Zika ซึ่งโรงพยาบาลระยองได้แจ้งรายงานให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองระยองและจังหวัดระยองตามระบบรายงานเร่งด่วนภายใน 24 ชั่วโมง เมื่อพบผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อไวรัสZika มีค่า 100%

ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) พรรณนาข้อมูลระบบเฝ้าระวัง (Surveillance System Description)

ได้ดำเนินการสัมภาษณ์บุคลลที่เกี่ยวข้องกับการรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวัง (รง.506) ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลประจำแผนก ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทราบว่าโรคติดเชื้อไวรัส Zika เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ต้องแจ้งกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคม เนื่องจากมีการประสานความร่วมมือ ของเจ้าหน้าที่ระบาดมาก่อนแล้วและมี Flow Chart ของโรคติดเชื้อไวรัส Zika ที่ได้รับมาใช้เป็นแนวทางและแยกอาการจากโรคไข้ ออกผื่น อื่นๆ นิยามของโรคติดเชื้อไวรัส Zika คือให้ยึดถือ ตาม Flow Chart ที่เจ้าหน้าที่ระบาดแนะนำ หากมีข้อสงสัยหรือพิจารณาไม่ได้ จะแจ้งเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยามาพิจารณาและแจ้งแพทย์ตามขั้นตอน ทั้งใน – นอกเวลาราชการ นอกจากนี้หากพบผู้ป่วยสงสัยหรือนิยามเข้าได้ เมื่อแจ้งเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาแล้ว เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาจะมาสอบสวนโรคเองและพิจารณาขอความร่วมมือแจ้งแพทย์ขอเก็บตัวอย่างส่งตรวจ ในบทบาทของแพทย์พบว่า แพทย์บางคนยังไม่มีประสบการณ์โรคติดเชื้อไวรัส Zika มาก่อนจึงสงสัยว่านิยามโรคตาม PUI และ Flow Chart มีความแม่นยำ ในระดับใด ใครเป็นผู้ตัดสินว่า Flow Chart นั้นใช้ได้ดี และ การรักษาพยาบาลจะมีวิธีการพิเศษจากโรคติดเชื้ออื่นๆ หรือไม่ แพทย์เข้าใจว่าระบาดวิทยาช่วย ในการควบคุมโรคได้ดีและช่วยเฝ้าระวังโรคติดเชื้ออื่นๆ ในโรงพยาบาลและชุมชนได้ และเมื่อแพทย์สงสัยจะให้เจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจแจ้งกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคมในการบริหารจัดการด้าน การควบคุมและเฝ้าระวังโรคต่อไป และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเข้าใจระบบการรายงานโรค และโรคติดเชื้อไวรัส Zika เป็นโรคใหม่ที่ต้องดำเนินการเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคอย่างเร่งด่วน ทั้งนี้ตัวอย่างที่เก็บต้องแจ้งกับงานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองทุกครั้งที่มีความต้องการส่งตรวจอย่างเพื่อค้นหาการติดเชื้อ ระบบรายงานโรคติดเชื้อไวรัส Zika ไม่มีระบบซ้ำซ้อน ซึ่งให้รายงานตามระบบโรคติดเชื้ออื่นๆ ที่เคยมีมาก่อนแล้ว แต่มีความยุ่งยากในการสอบสวน/เก็บตัวอย่าง และนำส่งตัวอย่าง รวมทั้งการรอผลทางห้องปฏิบัติการทาง การแพทย์ เจ้าหน้าที่เข้าใจ Flow Chart และนิยามของโรค ในการค้นหาผู้ป่วยตามนิยาม (PUI) ผู้ป่วยที่เข้าได้กับนิยามของโรค เจ้าหน้าที่จะแจ้งไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ผู้ป่วยพักอาศัย เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบระบบการรายงานของโรคติดเชื้อไวรัส Zika และเตรียมพร้อมในการควบคุมโรคกรณีเร่งด่วนได้เมื่อพื้นที่เกิดโรคไม่สามารถควบคุมโรคให้อยู่ในอาณาเขตจำกัดได้

การเฝ้าระวังและการรายงานโรคในโรงพยาบาล เมื่อพิจารณาโครงสร้างของระบบเฝ้าระวังและการรายงานโรค ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ ระบบการเฝ้าระวังเชิงรุก (Active Surveillance) และระบบการเฝ้าระวังเชิงรับ (Passive Surveillance) สำหรับติดเชื้อไวรัส Zika เป็นโรคที่มีพาหะและการติดต่อที่เหมือนกับโรคไข้เลือดออก ดังนั้นการรายงานและควบคุมโรคจึงเป็นไปในแนวทางเดียวกันแต่ต้องดำเนินการที่เข้มข้นมากกว่า ความถี่ของการดำเนินงานควบคุมโรคต้องมีความเข้มข้นเช่นกัน ความยาก-ง่ายของระบบเฝ้าระวัง (Simplicity) เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลระยองมีความเพียงพอ ในการดำเนินงานตามระบบเฝ้าระวัง และมีขั้นตอนในการปฏิบัติที่สามารถเรียนรู้สอบถามกันเองและไม่ยุ่งยากซับซ้อนกันในกลุ่มงาน นอกจากนี้กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลระยอง ยังได้สร้างระบบเฝ้าระวังในโรงพยาบาลเองโดยมีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา สามารถให้คำอธิบายตามงานหอผู้ป่วยใน และงานผู้ป่วยนอกในการเฝ้าระวังและแจ้งให้กับกลุ่มงานเวชกรรมสังคมในรายที่แพทย์สงสัยการติดเชื้อไวรัส Zika ระบบการรายงานโรค มีทั้ง โทรศัพท์ e-mail Line (ส่วนตัว) โทรสาร ซึ่งสามารถรายงานข้อมูลเบื้องต้น ได้ทันที ความยืดหยุ่นของระบบเฝ้าระวัง (Flexibility) โรคติดเชื้อไวรัส Zika นั้นมีความยืดหยุ่นมากแนวทางการควบคุม ป้องกันโรค และเฝ้าระวังเหมือนโรคไข้เลือดออก ถึงแม้ว่าจะเป็นโรคอุบัติใหม่ เนื่องจากการรายงานโรคทั้งในและนอกเวลาราชการสามารถรายงานได้ทันทีตั้งแต่ในรายที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าสงสัยโรคติดเชื้อไวรัส Zika ได้ทั้งโทรสาร โทรศัพท์ e-mail Line (ส่วนตัว) นอกจากนี้สามารถติดต่อประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและ รพ.สต. ได้ทุกแห่งและประสานงานกับกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองเพื่อขอหนังสือนำส่งที่ศูนย์

วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี ได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

การยอมรับในระบบเฝ้าระวัง เนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัส Zika เป็นโรคที่ผู้บริหารระดับสูง ให้ความสำคัญโดยเฉพาะใน 4 กลุ่มหลักคือ 1.กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ 2.ผู้ป่วยทั่วไป 3.ทารกที่มีความผิดปกติศีรษะเล็ก และ 4.กลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (Guillain-Barre Syndrome) และผู้ป่วย โรคทางระบบประสาทอักเสบอื่นๆ ภายหลังการติดเชื้อ เนื่องจากมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ ของประเทศและจังหวัดแต่ละแห่ง ในส่วนของการควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานสามารถนำนโยบายไปปฏิบัติให้ประสบผลสำเร็จได้ แพทย์ให้ความร่วมมือในการวินิจฉัย พยาบาลยอมรับระบบการแจ้งโรคและประสานได้ดี เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาให้ความสำคัญในการควบคุมโรคและเฝ้าระวังไม่ให้โรคเกิดการระบาดในวงกว้างความยั่งยืนของระบบเฝ้าระวัง (Stability) โรคติดเชื้อไวรัส Zika เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีผลลัพธ์ของโรคในระยะยาวที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต เจ้าหน้าที่ ของโรงพยาบาลระยอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและ รพ.สต. ของแต่ละแห่งได้รับการประชุม/อบรม เพื่อให้ได้แนวทางในการปฏิบัติงาน การควบคุม ป้องกันโรค และการเฝ้าระวัง สามารถดำเนินการเหมือนกับโรคไข้เลือดออก

การใช้ประโยชน์จากระบบเฝ้าระวัง (Usefulness) มีการใช้ข้อมูลและนำสถานการณ์มาใช้ในการควบคุมป้องกันโรค และการคาดการณ์จากค่าดัชนีลูกน้ำยุงมาใช้ในการดำเนินงานและประเมินผลการควบคุมโรค การปฏิบัติงานเมื่อมีผู้ป่วยในรายที่แพทย์ให้การวินิจฉัยสงสัยและได้รับการยืนยันการติดเชื้อไวรัส Zika จากห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ การตอบสนองต่อข้อมูลในระบบเฝ้าระวังจะใช้ข้อมูลจากการเกิดโรคและการประมาณค่าดัชนีลูกน้ำยุงมาใช้ควบคุม ป้องกันและ เฝ้าระวังในหมู่บ้านและชุมชน และสำหรับการสอบสวนและควบคุมโรคมีทีมให้การสนับสนุนในการควบคุม ป้องกันโรค ในกรณีที่พื้นที่ที่เกิดโรค ที่มีเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอหรือเกิดโรคหลายรายหรือมีการระบาดในวงกว้าง ข้อมูลการเกิดโรคติดเชื้อไวรัส Zika ยังเป็นข้อมูลพื้นฐานในการควบคุมโรค สามารถลดการเกิดโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัส Zika ของโรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยองพบว่า กลุ่มงานเวชกรรมสังคมที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยา ได้จัดระบบการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัส Zika ออกเป็น งานผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ฉุกเฉิน ห้องตรวจประกันสังคม กุมารเวช อายุรกรรม ของโรงพยาบาลและ โรงพยาบาลสาขา คือ สาขาจันทอุดม สาขา รพ.สต.เนินพระ และตะพง การรายงานจะแบ่งออกเป็น ช่องทางที่ 1 คือ เมื่อแพทย์ให้การวินิจฉัยแล้วและนำเข้าข้อมูลทาง Electronic (ตรวจและบันทึกข้อมูลทางคอมพิวเตอร์) และตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา เพื่อการสอบสวนโรคเบื้องต้น หลังจากนั้นบันทึกข้อมูลลงในระบบ รง.506 ช่องทางที่ 2 คือ โรงพยาบาลงานผู้ป่วย ทุกแผนก และโรงพยาบาลสาขา เมื่อแพทย์วินิจฉัยสงสัย หรือ พบผู้ป่วย จะโทรศัพท์ให้กลุ่มงาน เวชกรรมสังคมตรวจสอบ และรายงานไปยังศูนย์ระบาดวิทยาของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง รพ.สต. และเทศบาล พื้นที่รับผิดชอบที่ผู้ป่วยพักอาศัย ทาง E-mail Line (ส่วนตัว) โทรสาร โทรศัพท์ทันที สำหรับโรงพยาบาลเอกชนจะแจ้งข้อมูลให้กับศูนย์ระบาดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ซึ่งระบบการรายงานนี้เหมือนกับการศึกษาเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลระยอง ปี 2558 [1] ซึ่งแนวทางการรายงานโรคตามระบบ รง. 506 จะมีลักษณะที่คล้ายกันกับการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกโรงพยาบาลห้วยยอด ที่พบว่าเมื่อแพทย์ให้การวินิจฉัยแล้วจะถูกนำเข้าระบบ Electronic (ตรวจและบันทึกข้อมูลทางคอมพิวเตอร์) หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาจะตรวจสอบ และรายงานโรคตามลำดับหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง [5] สำหรับเจ้าหน้าที่พยาบาลของโรงพยาบาลระยอง ได้แก่ พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทราบว่าโรคติดเชื้อไวรัส Zika เป็นโรคอุบัติใหม่ ที่ต้องแจ้งกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคม เนื่องจากมีการประสาน

ความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ระบาด มาก่อนแล้วและมี Flow Chart ของโรคติดเชื้อไวรัส Zika ไว้สำหรับเป็นข้อมูลพื้นฐานอ้างอิงเพื่อให้แพทย์ได้ใช้เป็นนิยามในการวินิจฉัย [6]

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเจ้าหน้ามีความเข้าใจระบบการรายงานโรค และโรคติดเชื้อไวรัส Zika เป็นโรคใหม่ที่ต้องดำเนินการเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคอย่างเร่งด่วน เจ้าหน้าที่เข้าใจ Flow Chart และนิยามของโรค ในการค้นหาผู้ป่วยตามนิยาม (PUI) [7]

จากการสืบค้น ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอกที่มารับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลระยองมีจำนวนผู้ป่วยที่มีนิยามเข้าได้กับรหัส ICD 10 ดังนี้ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 22 ธันวาคม 2560 จำนวน 2,185 ราย พบผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันติดเชื้อไวรัส Zika และได้รายงานโรคตามระบบ รง.506 จำนวน 24 ราย (1.09%) ผู้ป่วยที่มีนิยามตรงกับโรคแต่ไม่มีการรายงานจำนวน 102 ราย (4.66%) ความไวของระบบเฝ้าระวังอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ (19.04%) ค่าพยากรณ์บวกมีค่าสูง (100%) เวชระเบียนที่ได้จากการทบทวน มีความถูกต้องของตัวแปร ดังนี้ เพศ อายุ ที่อยู่ปัจจุบัน ประเภทผู้ป่วย วันที่เริ่มป่วย และวันที่ป่วย มีความถูกต้อง 100 % ซึ่งสูงกว่าโรคไข้เลือดออก [1,5] สำหรับค่าความเป็นตัวแทนเพศชาย ต่อหญิง พบว่าความเป็นตัวแทน ไม่แตกต่างกัน[8] อายุของผู้ป่วยเฉลี่ย 41.41 ปี อายุที่พบน้อยที่สุด คือ อายุ 5 ปีและสูงสุด 67 ปี ทีมสอบสวนโรคของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง และ รพ.สต. ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่มีรายงานผู้ป่วยสามารถดำเนินการควบคุมโรคภายใน 24 ชั่วโมง ตามมาตรการ 3-3-1 โดยมาตรการควบคุมโรคให้ดำเนินการตั้งแต่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าสงสัยได้ 100% ค่าเฉลี่ยตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยมีอาการจนกระทั่งมาพบแพทย์เฉลี่ย 3-5 วัน [9]

ข้อเสนอแนะ

1.ควรมีการศึกษาในโรงพยาบาลอื่นๆ ในแต่ละอำเภอ เนื่องจากระบบการเฝ้าระวังอาจมีความแตกต่างกันจากการปฏิบัติงานที่เดิมเคยปฏิบัติอยู่และอาจแตกต่างจากการภาระรายงานที่ต้องรายงานผู้ป่วยแต่ละราย (จำยอมต้องทำตามระบบ ซึ่งข้อมูลอาจจะไม่ครบตามเกณฑ์หรือไม่มีหลักฐานยืนยันการส่งรายละเอียดของผู้ป่วยแต่ละราย)

2.เจ้าหน้าที่แพทย์ทางอายุรกรรม กุมารเวชพยาบาลแต่ละแผนก เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ และอื่นๆ ต้องได้รับการฝึกอบรม ประชุม ชี้แจง เนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัส Zika เป็นโรคอุบัติใหม่ ในพื้นที่จังหวัดระยองซึ่งจำเป็นต้องขอความร่วมมือจากแผนกในการคัดกรอง และเฝ้าระวังโรคดังกล่าว

ข้อจำกัดในการศึกษา

1.ระยะเวลาในการค้นข้อมูลมีจำกัด เนื่องจากภาระงานอื่นๆที่ต้องปฏิบัติด้วย

2.คำศัพท์แพทย์บางชุดของเวชระเบียนไม่สามารถอ่านได้

3.ลายมือเจ้าหน้าที่ในการลงเวชระเบียนไม่สามารถอ่านออกได้เช่นกัน

4.ทักษะในการรักษาพยาบาลและความเชี่ยวชาญของแพทย์แตกต่างกันทำให้ไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าอาการแสดงสามารถเข้าได้กับนิยามของหรือไม่

5.เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่จำนวนผู้ป่วยมีน้อยที่ได้รับการยืนยันทางห้องปฏิบัติการและต้องการผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแพทย์ยืนยันจึงจะสรุปได้ว่าผู้ป่วนนั้นติดเชื้อไวรัส Zika จริงๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์ชัยวัฒน์ จัตตุพร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระยองที่สนับสนุน การเข้าฝึกอบรม ผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง ที่อนุญาตได้ค้นข้อมูล เวชระเบียนเพื่อการศึกษาครั้งนี้ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่งานอายุรกรรม กุมารเวชงานผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ทุกท่านที่สละเวลาในการตอบคำถามเชิงปริมาณ และเจ้าหน้าที่เวชระเบียนและ เวชกรรมสังคมที่แนะนำการค้นข้อมูล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองและจังหวัดระยองในการกรอกแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

1.บุญรักษ์ ธำรงลักษณ์กุลและกรรณิการ์ พินิจ.2558.**รายงานผลการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคทาง ระบาดวิทยา (รง. 506) ไข้ดึงกี่ ไข้เลือดออก โรงพยาบาลศูนย์ระยอง จังหวัดระยองปี2558**.เอกสารรายงานการอบรมหลักสูตรระบาดวิทยาและการดการทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว สำหรับแพทย์หัวหน้าทีมและผู้สอบสวนหลัก ปี 2558

2.กรมควบคุมโรค.2559.**องค์ความรู้เรื่องโรคไข้ซิกา 21 มกราคม 2559**.กระทรวงสาธารณสุข

3.งานระบาดวิทยา.2560.**รง.506จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสZika.**กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

4.สำนักระบาดวิทยาและสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง.2559.**แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา.** เอกสารเผยแพร่ทางจดหมายอิเลคโทรนิค ค้นหา วันที่ 6 มกราคม 2561

5.อิสระ แสงทองและธนู ยิ้มผ่อง.2558.**การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลห้วยยอด อำเภอห้วยยอก จังหวัดตรัง ปี พ.ศ.2558**.รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา.ประจำสัปดาห์ ปีที่ 48 ฉบับพิเศษ มีนาคม 2560.

6.พจมาน ศิริอารยาภรณ์ โรม บัวทองและอรทัย สุวรรณไชยรบ.2559.**แนวทางการสอบสวนโรคติด เชื้อไวรัสซิกา.**สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

7.วรยา เหลืองอ่อน.2559.**การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา.**เอกสารประกอบการบรรยาย วันที่ 23 พฤศจิกายน 2559 ณ โรงแรมริชมอนด์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

8.Enny S. Paixdo, *et al*. 2016. **History, epidemiology, and clinical manifestations of zika: systematic review**. AJPH SPECIAL SECTION: ZIKA. April 2016, Vol 106, No. 4

9.Cassia Fernanda Estofolete, *et al*. 2016. **Clinical and laboratory profile of zika virus infection in dengue suspected patients: a case series**. Journal of Clinical Virology. Volume 81, August 2016, Pages 25-30

การสอบสวนโรคอาหารเป็นพิษจากเชื้อ *Bacillus cereus* / *Aeromonas hydrophila* /*Aeromonas caviae* และ *Aeromonas veronii* biovar sobria ในโรงเรียนขยายโอกาส ทางการศึกษาแห่งหนึ่ง ตำบลห้วยทับมอญ อำเภอเขาชะเมา จังหวัดระยอง

Food poisoning outbreak cause by *Bacillus cereus* / *Aeromanas hydrophilla* /*Aeromanas caviae* and *Aeromonas veronii* biovar sobria in the school enlarges a chance at Houytubmorn Subdistrict, Khaochamou District, Rayong Province

ประภาส ผูกดวง[1] เวสารัช วรุตมะพงศ์พันธุ์[1]

Prapart Phookduang, Wesaratch ,Waruttamapongphan

(Received: January 15 ,2020 ; Accepted: February 26 ,2020)

บทคัดย่อ

รายงานการสอบสวนโรคนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการเกิดโรค ค้นหาสาเหตุของการเกิดโรค ตามบุคคล เวลา สถานที่ และผู้สัมผัสโรคร่วม และกำหนดมาตรการป้องกันและการควบคุมโรค จากการพบนักเรียนที่มีอาการอาหารเป็นพิษ จำนวน 59 คน จากจำนวนนักเรียนทั้งสิ้น 131 คน ระหว่างวันที่ 11-12 กุมภาพันธ์ 2561 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่าเชื้อที่พบคือ เชื้อ *Bacillus cereus* / *Aeromanas hydrophilla* /*Aeromanas caviae* และ *Aeromonas veronii* biovar sobria อาหารที่ส่งผลต่อการเกิดอาหารเป็นพิษครั้งนี้ น่าจะเป็นน้ำกะทิ และแตงไท (OR = 2.86, 95% CI = 1.41-5.96, p value 0.003) และแตงไท (OR = 2.89, 95% CI = 1.45-6.27, p value 0.002)

คำสำคัญ : อาหารเป็นพิษ

Abstract

This disease investigation report investigated to confirm the disease , find the cause of the disease by personal , time , place and the exposed joint disease. And formulate prevention and controlling disease from the found of 59 food poisoning students out of 131 students between 11 – 12 February 2016. The results of the epidemiological data analysis show that the bacteria found are *Bacillus cereus* / *Aeromanas hydrophilla* /*Aeromanas caviae* และ *Aeromonas veronii* biovar sobria. Food that affects the occurrence of this food poisoning. Probably coconut milk and cantaloupe (OR = 2.86, 95% CI = 1.41-5.96, p value 0.003) and cantaloupe (OR = 2.89, 95% CI = 1.45-6.27, p value 0.002).

Keyword : Food poisoning

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

บทนำ

ความเป็นมา เมื่อวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2561 เวลา 12.30 น. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ได้รับจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาชะเมา ว่ามีนักเรียนในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาแห่งหนึ่ง (อนุบาลถึงมัธยมศึกษาปีที่ 3) มีอาการถ่ายเหลวเป็นน้ำกะปริกะปรอย จำนวน 59 ราย ทีม SRRT ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ร่วมกับทีมของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาชะเมา จึงเดินทางไปสอบสวนและควบคุมโรค ระหว่างวันที่ 13-14 กุมภาพันธ์ 2561 มีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรค ศึกษาลักษณะการเกิดและการกระจายของโรค และหามาตรการในการความคุมป้องกันโรค ค้นหาผู้ป่วยโดยการซักประวัติ ผู้สัมผัสใกล้ชิด กับนักเรียน เช่น ครูประจำชั้น และครูเวรประจำวัน แม่ครัว ผู้จำหน่ายอาหาร ในโรงเรียน ผู้บริหารโรงเรียน ติดตามผู้ที่มีอาการ กับผู้ป่วยทั้งหมดรวมถึงนักเรียนที่ไม่ได้มาเรียนหนังสือในวันที่สอบสวนโรค นิยามผู้ป่วยหมายถึง ผู้ที่มีอาการ 2 ใน 3 อาการดังนี้ คือ ถ่ายเป็นน้ำหรือถ่ายเป็นน้ำกระปริกระปรอย มากกว่า 3 ครั้ง ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ เวียนศีรษะ จุกแน่นท้อง เป็นตะคริวที่ท้อง ระหว่างวันที่ 11-12 กุมภาพันธ์ 2561 พบนักเรียนที่มีอาการอาหารเป็นพิษจำนวน 59 คน จากจำนวนนักเรียนทั้งสิ้น 131 คน (Attract rate ร้อยละ 45) ผู้ป่วยรายแรกระหว่างเวลา 04.00-04.30 น. และพบนักเรียนมีอาการมากที่สุดระหว่างเวลา 12.00 – 12.30 น. อาการที่พบมากที่สุดคือ ถ่ายเหลวเป็นน้ำ ร้อยละ 100 ปวดท้องและอาเจียน ร้อยละ 95 และ 86 สำรวจสิ่งแวดล้อมรอบบริเวณที่รับประทานอาหาร ประกอบอาหาร จ่ายอาหารให้นักเรียน การกำจัดเศษอาหาร การล้างและเก็บภาชนะบรรจุอาหาร สำรวจสุขาภิบาลอาหาร การประกอบอาหาร การเตรียมวัตถุดิบก่อนการประกอบอาหาร การล้างวัตถุดิบ อุปกรณ์และเครื่องปรุงในการปรุงอาหาร การเก็บรักษาวัตถุดิบ ตรวจประวัติแม่ครัวผู้ปรุงอาหาร การป่วยด้วยโรคติดต่อ ความสะอาดของแม่ครัว ลักษณะในการ ปรุงอาหาร ตรวจแผลที่มือ เล็บ การแต่งตัวของผู้ประกอบอาหารสุขาภิบาลน้ำใช้ ตรวจวัดค่าคลอรีนตกค้าง ในน้ำใช้ประกอบกิจกรรมของโรงเรียน ห้องครัวปรุงอาหาร ส่งตรวจตัวอย่างน้ำเพื่อหาเชื้อ ก่อโรคที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี ได้แก่ น้ำหวานสีส้มและฟ้า น้ำแข็งสำหรับใส่น้ำหวานสี น้ำดื่มนักเรียนชั้นอนุบาล น้ำดื่มนักเรียนประถม และน้ำดื่มนักเรียนระดับชั้นมัธยม น้ำใช้ในครัว น้ำล้างอุปกรณ์ในครัว Swab มือและโพรงจมูก ของแม่ครัวประกอบอาหารของโรงเรียน และอุปกรณ์สำหรับเตรียมอาหาร เช่น เขียง ช้อน มีด สุ่มนักเรียนเก็บ Rectal swab ของแต่ละชั้นๆ ละ 2 คนที่มีอาการและไม่มีอาการตามนิยามรวม 11 ตัวอย่าง ครูที่มีอาการ 1 คนและแม่ครัว 1 ตัวอย่าง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อก่อโรคอาหารเป็นพิษ คือ *Aeromanas caviae*, *Aeromonas veronii* biovar sobria, *Aeromanas hydrophilla* และ *Bacillus cereus* ในน้ำแข็ง น้ำดื่มนักเรียน น้ำหวานสี น้ำใช้ล้างภาชนะอุปกรณ์ปรุงอาหารในครัว มือแม่ครัว และนักเรียน มาตรการเร่งด่วนในการควบคุมโรคได้แก่ การใช้คลอรีนในน้ำล้างภาชนะและอุปกรณ์ในการประกอบอาหาร เปลี่ยนล้างภาชนะบรรจุน้ำดื่มและยี่ห้อน้ำดื่มอื่นๆ ให้กับนักเรียนทุกระดับชั้น แจ้งนายอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่รับผิดชอบระบบประปาดำเนินการแก้ไขเป็นการเร่งด่วน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยืนยันการเกิดโรค
2. เพื่อค้นหาสาเหตุของการเกิดโรค ตามบุคคล เวลา สถานที่ และผู้สัมผัสโรคร่วม
3. เพื่อกำหนดมาตรการป้องกันและการควบคุมโรค

วิธีการศึกษา

1.การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

1.1.รวบรวมประวัติการรักษา อาการแสดง สัมภาษณ์นักเรียน ครู บันทึกการรักษาพยาบาลใน รพ.สต. สมุดบันทึกการรักษาของนักเรียน

1.2.ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในชุมชน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และสำรวจสิ่งแวดล้อมภายในโรงเรียน ระบบน้ำดื่มน้ำใช้ในโรงเรียน และชุมชน โดยการซักประวัติ ผู้สัมผัสใกล้ชิด กับนักเรียน เช่น ครูประจำชั้น และครูเวรประจำวัน แม่ครัว ผู้จำหน่ายอาหารในโรงเรียน ผู้บริหารโรงเรียน

1.3.ค้นหาขอบเขตการระบาดของโรค ติดตามผู้ที่มีอาการ กับผู้ป่วยทั้งหมด นักเรียนที่ไม่ได้มาเรียนหนังสือ ในวันที่สอบสวนโรค

1.3.1.นิยามผู้ป่วย (Case Definition) ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ที่มีอาการ 2 ใน 3 อาการดังนี้ คือ ถ่ายเป็นน้ำ หรือถ่ายเป็นน้ำกระปริกระปรอย มากกว่า 3 ครั้ง ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ เวียนศีรษะ จุกแน่นท้อง เป็นตระคริวที่ท้อง ระหว่างวันที่ 11-12 กุมภาพันธ์ 2561

1.3.2.นิยามพาหะนำโรค (Carrier) หมายถึง นักเรียน ครู นักการภารโรง แม่ครัวปรุงอาหาร หรือผู้ปกครอง ที่ใกล้ชิดหรือรับประทานอาหารร่วมกับนักเรียนที่ป่วย และตรวจพบเชื้อก่อโรคชนิดเดียวกันกับผู้ป่วยจากการเก็บตัวอย่างแบบ Rectal Swab

1.3.3.ค้นหาพาหะนำโรคโดยตรวจหาเชื้อก่อโรคจากการเก็บตัวอย่างน้ำดื่มของนักเรียน อาหารที่ปรุงและให้บริการนักเรียน น้ำแข็งผสมน้ำหวานสีจำหน่ายนักเรียน และ Swab มือแม่ครัว เขียง ช้อน ชาม ถาดหลุม

2.การศึกษาระบาดเชิงวิเคราะห์ เป็นการศึกษาแบบ Case-control Study ในนักเรียนของโรงเรียนแห่งนี้ เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงกับการก่อโรคอาหารเป็นพิษ คำนวณหาค่าโอกาสเสี่ยงระหว่างการรับประทานกับการไม่รับประทานอาหารแต่ละชนิด (Relative Risk, RR) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 5 โดยกำหนดนิยามดังนี้

2.1.1.กลุ่มผู้ป่วย (Case) เช่นเดียวกับ นิยามผู้ป่วย (Case Definition) ในการศึกษาเชิงพรรณนา

2.1.2.กลุ่มผู้ไม่ป่วย (Control) หมายถึง หมายถึง นักเรียน ครูประจำชั้น ครูเวรประจำวัน นักการภารโรง แม่ครัว ผู้จำหน่ายอาหารในโรงเรียน ผู้บริหารโรงเรียน ในวันที่ 11-12 กุมภาพันธ์ 2561

3.การศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม

3.1.สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม สำรวจสิ่งแวดล้อมรอบบริเวณที่รับประทานอาหาร ประกอบอาหาร จ่ายอาหารให้นักเรียน การกำจัดเศษอาหาร การล้างและเก็บภาชนะบรรจุอาหาร

3.2.สุขาภิบาลอาหาร การประกอบอาหาร การเตรียมวัตถุดิบก่อนการประกอบอาหาร การล้างวัตถุดิบ อุปกรณ์และเครื่องปรุงในการปรุงอาหาร การเก็บรักษาวัตถุดิบ

3.3.ตรวจประวัติแม่ครัวผู้ปรุงอาหาร การป่วยด้วยโรคติดต่อ ความสะอาดของแม่ครัว ลักษณะในการปรุงอาหาร ตรวจแผลที่มือเล็บ การแต่งตัวของผู้ประกอบอาหาร

3.4.สุขาภิบาลน้ำใช้ ตรวจวัดค่าคลอรีนตกค้างในน้ำใช้ประกอบกิจกรรมของโรงเรียน ห้องครัวปรุงอาหาร

4.การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

4.1.ส่งตรวจตัวอย่างน้ำเพื่อหาเชื้อก่อโรคที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี ได้แก่ น้ำหวานสีส้มและฟ้า น้ำแข็งสำหรับใส่น้ำหวานสี น้ำดื่มนักเรียนชั้นอนุบาล น้ำดื่มนักเรียนประถม และน้ำดื่มนักเรียนระดับชั้นมัธยม น้ำใช้ในครัว น้ำล้างอุปกรณ์ในครัว

4.2.Swab มือและโพรงจมูก ของแม่ครัวประกอบอาหารของโรงเรียน และอุปกรณ์สำหรับเตรียมอาหาร เช่น เขียง ช้อน มีด

4.3.สุ่มนักเรียนเก็บ Rectal swab ของแต่ละชั้นๆ ละ 2 คนที่มีอาการและไม่มีอาการตามนิยามรวม 11 ตัวอย่าง ครูที่มีอาการ 1 คนและแม่ครัว 1 ตัวอย่าง

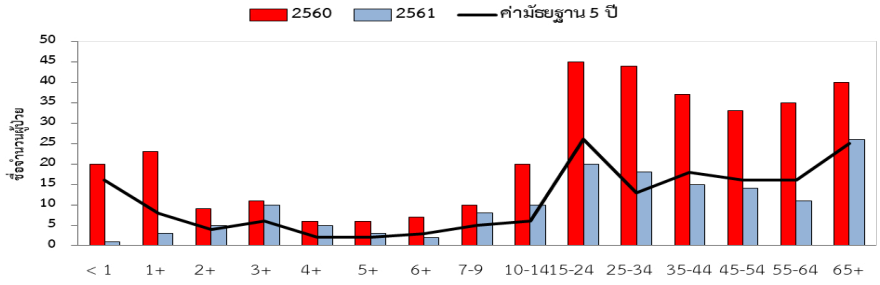
ผลการศึกษา

1.ผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา จากการศึกษาข้อมูลการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ระว่างปี 2560 ถึง 1 มกราคม ถึง 31 พฤษภาคม 2561 และค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (2556-2559) พบดังนี้



ภาพประกอบ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษของอำเภอเขาชะเมาแยกรายเดือน ของปี 2560 – 2561 (1 มกราคม – 31 พฤษภาคม 2561) เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (2556-2560)

จากภาพประกอบ 1 พบว่าในปี 2560-2561 (1 มกราคม – 31 พฤษภาคม 2561) ทั้ง 2 ปีมีจำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกันมากนัก และทั้ง 2 ปี มีจำนวนผู้ป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี (2556-2560) ย้อนหลังเช่นกัน



ภาพประกอบ 2 จำนวนผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษของอำเภอเขาชะเมาแยกรายเดือน ของปี 2560 – 2561 (1 มกราคม – 31 พฤษภาคม 2561) เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (2556-2560)

จากภาพประกอบ 2 พบว่าในปี 2561 (1 มกราคม – 31 พฤษภาคม 2561) มีจำนวนผู้ป่วยที่ใกล้เคียงกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (2556-2560) เกือบทุกกลุ่มอายุ ซึ่งจะพบมากในอายุระหว่าง 10-14 ปี เป็นต้นไปแต่ยังมีจำนวนน้อยกว่าปี 2560 มาก

ข้อมูลทั่วไป วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2561 โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษานี้มีจำนวนนักเรียนรวม 131 คน โรงเรียนแห่งนี้ได้ให้แม่ครัวของโรงเรียนประกอบอาหารคือข้าวมันไก่ และน้ำกะทิแตงไทย ให้บริการนักเรียนระดับชั้นอนุบาลถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โดยให้บริการนักเรียนอนุบาลเมื่อเวลา 11.00 น. ระดับชั้นประถมศึกษา เวลา 11.30 น.และระดับชั้นมัธยมศึกษา เวลา 11.45 น. การปล่อยนักเรียนเพื่อรับประทานอาหารกลางวันหลังคาบเรียนภาคเช้าจะไม่เท่ากัน โรงเรียนใช้น้ำระบบประปาหมู่บ้านในกิจกรรมของโรงอาหารเช่น ล้างภาชนะ จาน ชาม ช้อน ถาดหลุม ผัก ผลไม้ วัตถุดิบในการประกอบอาหาร จะมีถังขยะแยกเป็นขยะเปียกกับขยะแห้ง แยกจากกัน โดยมีรถขยะของ องค์การบริหารส่วนตำบลมารับไปกำจัดต่อไป

ลักษณะทางระบาดวิทยา พบนักเรียนที่ป่วยตามนิยามรวม 131 คน แยกเป็นระดับชั้นได้ดังนี้

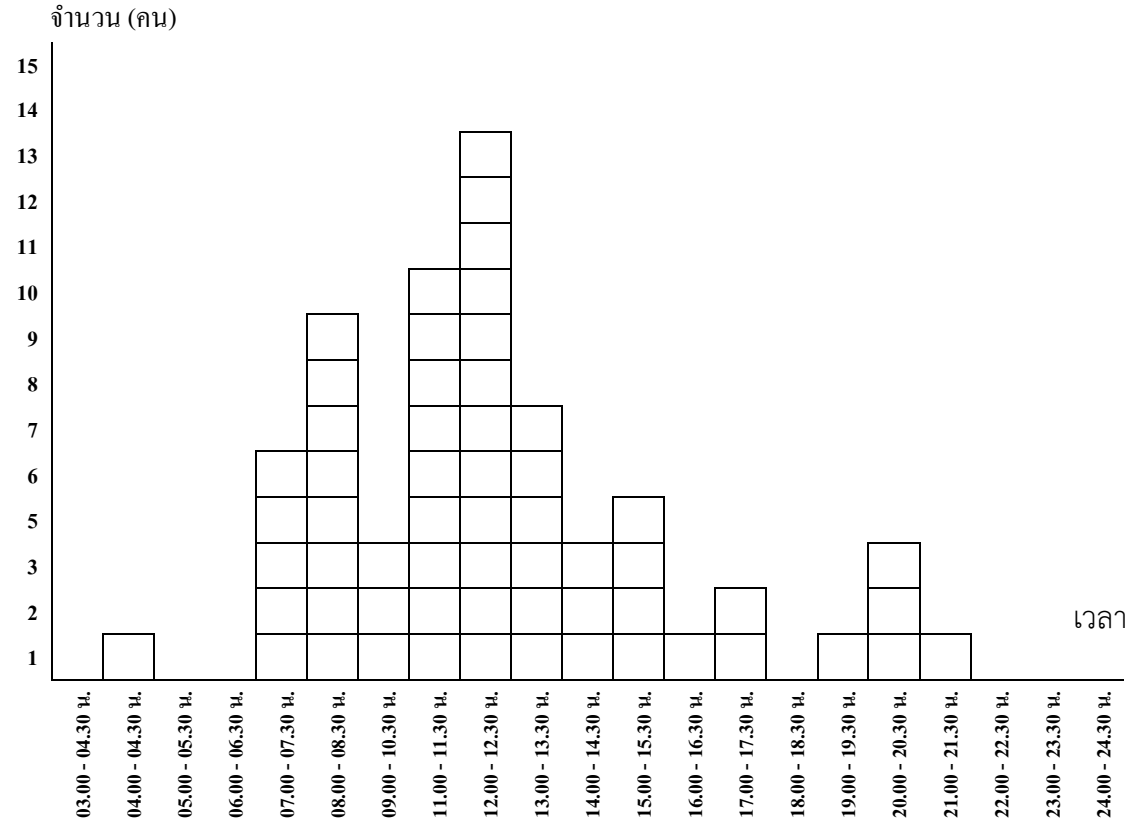
ตาราง 1 จำนวนนักเรียน ร้อยละและ Attack Rate ของการเกิดอาหารเป็นพิษในโรงเรียนขยายโอกาสแห่งหนึ่ง ตำบลห้วยทับมอญ อำเภอเขาชะเมา จังหวัดระยอง

ระดับชั้น	จำนวนนักเรียน (คน)	นักเรียนที่มีอาการ (คน)	ร้อยละ
อนุบาลที่ 1	17	3	2.28
อนุบาลที่ 2	12	0	0.00
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1	12	3	2.29
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 2	18	5	3.82
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 3	13	8	6.11
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	14	9	6.87

ตาราง 1 จำนวนนักเรียน ร้อยละและ Attack Rate ของการเกิดอาหารเป็นพิษในโรงเรียนขยายโอกาสแห่งหนึ่ง ตำบลห้วยทับมอญ อำเภอเขาชะเมา จังหวัดระยอง

ระดับชั้น	จำนวนนักเรียน (คน)	นักเรียนที่มีอาการ (คน)	ร้อยละ
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	13	12	9.16
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	13	9	6.87
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1	8	2	1.52
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2	11	8	6.11
รวม (Attack Rate)	131	59	45.04

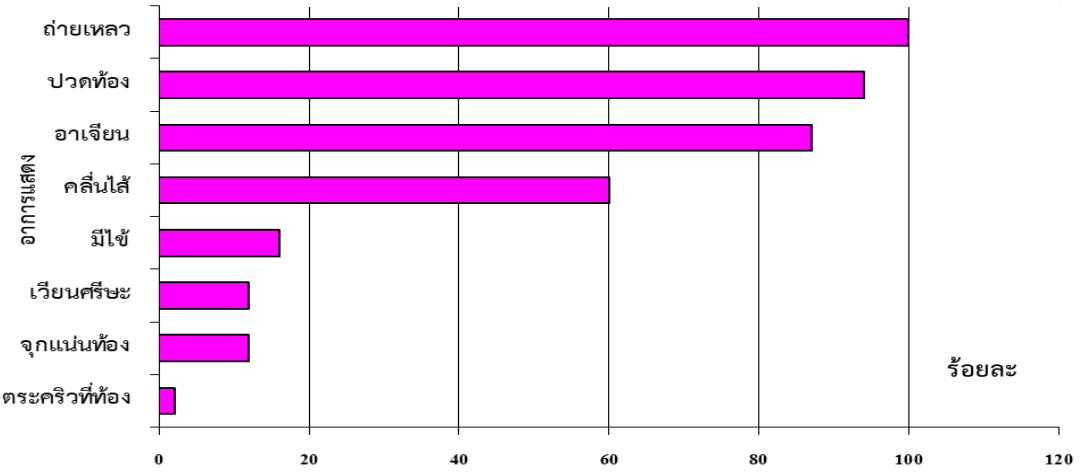
จากตาราง 1 พบว่านักเรียนทุกระดับชั้นมีอาการอุจจาระร่วงเกือบทุกระดับยกเว้น ระดับชั้นอนุบาลที่ 2 ไม่พบว่านักเรียนมีอาการของอาหารเป็นพิษ (ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยการสุ่มนักเรียน 1 คน พบเชื้อก่อโรค *Bacillus cereus*) โดยพบระดับชั้นที่มีนักเรียนอุจจาระร่วงมากที่สุดคือระดับชั้นปีที่ 5 จำนวน 12 ราย ร้อยละ 9.16 (จำนวนนักเรียนทั้งชั้น 13 ราย) รองลงมาคือระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และ 6 ระดับชั้นละ 9 รายเท่ากัน ร้อยละ 6.87 และระดับชั้นประถมปีที่ 3 และมัธยมศึกษาปีที่ 2 ระดับชั้นละ 8 คน เท่ากัน ร้อยละ 1.52 Attack Rate ของการเกิดอุจจาระร่วงครั้งนี้ ร้อยละ 45.04 (นักเรียนทั้งโรงเรียน 131 ราย พบอุจจาระร่วง 59 ราย)



ภาพประกอบ 3 ระยะเวลาในการเกิดอาหารเป็นพิษ (Epidemic Curve) ในโรงเรียนขยายโอกาสแห่งหนึ่ง ตำบลห้วยทับมอญ อำเภอเขาชะเมา จังหวัดระยอง ระหว่างวันที่ 13-14 กุมภาพันธ์ 2561

จากภาพประกอบ 3 เมื่อวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2561 พบว่านักเรียนรายแรกมีอาการอุจจาระร่วงระหว่างเวลา 04.00 – 04.30 น. หลังจากนั้นนักเรียนเริ่มมีอาการอุจจาระร่วงเพิ่มมากขึ้นระหว่างเวลา 07.00-07.30 น. ขณะอยู่ที่

โรงเรียนและพบมากที่สุดระหว่างเวลา 12.00-12.30 น. (14 ราย) รายสุดท้ายที่พบระหว่างเวลา 21.00 – 21.30 น. ของวันเดียวกัน เมื่อพิจารณาจากกราฟ พบว่าการเกิดอุจจาระร่วงครั้งนี้น่าจะมีแหล่งโรคร่วมกัน (Point common source outbreak) จากลักษณะที่เป็นกลุ่มก้อน (Cluster) ในระยะเวลาที่ใกล้เคียงกัน



ภาพประกอบ 4 อาการแสดงของนักเรียนที่ป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษในโรงเรียนขยายโอกาสแห่งหนึ่ง ตำบลห้วยทับมอญ อำเภอเขาชะเมา จังหวัดระยอง ระหว่างวันที่ 13-14 กุมภาพันธ์ 2561

จากภาพประกอบ 4 อาการแสดงของนกเรียนที่มีอาการอาหารเป็นพิษ พบว่ามีอาการถ่ายเป็นน้ำมากที่สุด ร้อยละ 100 รองลงมาคือ ปวดท้องและ อาเจียน ร้อยละ 95 และ 86 ตามลำดับ

2. ผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์อัตราเสี่ยงของอาหารที่สงสัยว่าจะเป็นสาเหตุของการเกิดอาหารเป็นพิษ ในโรงเรียนขยายโอกาสแห่งหนึ่ง ตำบลห้วยทับมอญ อำเภอเขาชะเมา จังหวัดระยอง ระหว่างวันที่ 13-14 กุมภาพันธ์ 2561

รายการอาหาร	กลุ่มป่วย (n = 59)		กลุ่มควบคุม (n = 72)		OR	95%CI	p-value
	กิน	ไม่กิน	กิน	ไม่กิน			
ข้าวมัน	56	3	64	8	2.31	0.60-11.26	1.519
ไก่ต้ม	56	3	69	3	0.81	0.14-4.89	0.803
แตงกวา	39	20	64	8	0.24	0.09-0.61	0.002
เลือดไก่	16	43	33	39	0.44	0.21-0.92	0.028
น้ำกะทิ	**39**	**20**	**29**	**43**	**2.86**	**1.41-5.96**	**0.003***
แตงไท	**41**	**18**	**31**	**41**	**2.89**	**1.45-6.27**	**0.002***
น้ำหวานสีฟ้า	33	26	44	28	0.81	0.39-1.64	0.550
น้ำหวานสีส้ม	26	33	52	20	0.31	0.15-0.63	0.001

จากตาราง 2 ผลการวิเคราะห์อัตราเสี่ยงของอาหารที่น่าจะเป็นสาเหตุของการเกิดอาหารเป็นพิษครั้งนี้คือ น้ำกะทิ (OR = 2.86, 95% CI = 1.41-5.96, p value 0.003) และแตงไท (OR = 2.89, 95% CI = 1.45-6.27, p value 0.002) โดยผู้ที่รับประทานน้ำกะทิและแตงไท มีโอกาสเกิดอาหารเป็นพิษ 2.86 เท่า และ 2.89 เท่า ตามลำดับ

สำหรับน้ำดื่มของนักเรียนระดับชั้นอนุบาลถึงประถมศึกษา พบว่า จะมีถังที่มีก๊อกน้ำ อีกถังหนึ่งของแต่ละห้อง จะมีการถ่ายน้ำถังขนาด 200 ลิตรที่รับมาในชุมชน (มีผู้สนับสนุนน้ำถังบรรจุนี้ให้กับโรงเรียนโดยไม่ต้องจ่ายเงินในการซื้อ) ใส่ลงไปแทนเพื่อให้นักเรียนใช้ดื่ม ในห้องเรียนนักเรียนมีแก้วน้ำเป็นของตนเอง สำหรับของ

นักเรียนมัธยมและครูในโรงเรียนถังน้ำบรรจุนี้จะถูกถ่ายลงในถังสี่เหลี่ยมขนาด 1.5 x 1 x1 เมตรที่มีก๊อกเปิด-ปิดด้านข้าง ตั้งสูงกว่าพื้นดินบนโต๊ะนักเรียนเก่าข้างถังเครื่องทำน้ำเย็นเดิมของโรงเรียนที่ชำรุดใช้งานไม่ได้ มีแก้วสำหรับรองน้ำดื่มเพียงแก้วเดียว

3.ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2561 สามารถเก็บตัวอย่างอาหารและน้ำส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ น้ำดื่มชั้นอนุบาล 2 น้ำดื่มชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 3 และ 5 น้ำดื่มนักเรียนมัธยม น้ำหวานสีฟ้าและส้ม อย่างละ 1 ตัวอย่าง น้ำแข็ง น้ำล้างภาชนะของโรงครัว น้ำใช้ในการประกอบอาหาร ช้อน เขียง ชาม จาน ถาดหลุม Swab มือแม่ครัว เก็บ Rectal Swab แม่ครัว สุ่มเก็บ Rectal Swab จากนักเรียนทั้งที่มีอาการป่วยและไม่มีอาการป่วยชั้นละ 1 คน จากชั้นเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 3 5 และมัธยมศึกษาปีที่ 1 พบเชื้อก่อโรคดังนี้

ตาราง 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อก่อโรค ที่ส่งตรวจพบเชื้อก่อโรค

เชื้อก่อโรค	ตัวอย่างที่ส่งตรวจพบเชื้อก่อโรค
Aeromanas caviae	-ช้อน -ชาม -น้ำดื่มชั้นอนุบาล -น้ำดื่มในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 -น้ำแข็ง -นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 **มี**อาการป่วย -แม่ครัวปรุงอาหาร**ไม่มี**อาการป่วย
Aeromonas veronii biovar sobria	-น้ำใช้ล้างภาชนะของโรงครัว -น้ำดื่มชั้นอนุบาล -น้ำดื่มในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่1 -น้ำดื่มในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 -น้ำใช้ในการประกอบอาหาร
Aeromanas hydrophilla	-ชาม -น้ำดื่มนักเรียนมัธยมศึกษา น้ำดื่มในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่1 -น้ำดื่มในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 -น้ำใช้ในการประกอบอาหาร -นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 **มี**อาการป่วย
Bacillus cereus	1.น้ำใช้ล้างภาชนะของโรงครัว 2.น้ำดื่มในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่1 3.น้ำหวานสีฟ้าน้ำแข็ง

ผลการศึกษาสิ่งแวดล้อมสถานที่ประกอบและปรุงอาหารของโรงเรียน โรงเรียนขยายโอกาส แห่งนี้จะจ้างแม่ครัวมาประกอบอาหารให้นักเรียนรับประทาน โดยวัตถุดิบจะซื้อมาวันต่อวัน แม่ครัวจะรับเมนูอาหารจากทางโรงเรียนกำหนดในตอนเย็นและไปซื้อในตอนเช้าในตลาดอำเภอเขาชะเมา และมีบางส่วนซื้อมาจากชุมชนที่ใกล้โรงเรียน วัตถุดิบจะใช้หมดวันต่อวัน ถ้าเหลือจะมีไม่มากนักและเก็บในตู้เย็นที่อยู่ในครัวโรงเรียน จากการสังเกตพบว่าการเก็บอาการถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร จึงให้แม่ครัวอธิบายการประกอบอาหารตามขั้นตอนดังนี้ ผัก เนื้อสัตว์ และอื่นๆ จะล้างด้วยน้ำที่สูบมาจากประปาหมู่บ้านมาไว้ในถังพลาสติก 2,000 ลิตรและตั้งน้ำนั้นใช้ล้าง มีด เขียง กระทะ หม้อ และอุปกรณ์ใช้ในการปรุงจะล้างด้วยน้ำเดียวกัน ตั้งแต่เมื่อวานนี้เก็บไว้ในตู้อาหารที่มิดชิดและหลังจากใช้แล้วจะใช้น้ำเดียวกันที่สูบมาจากประปาหมู่บ้านล้างแต่ตากแดดจนแห้งและกลับเข้าตู้ตามเดิม

ถังขยะที่ใช้เก็บขยะมีการแยกเป็นขยะเปียกและขยะแห้ง ชัดเจน ขณะสอบสวนโรคไม่มีขยะในถังรองรับทั้งขยะเปียกและขยะแห้ง โดยขยะแห้งจะใส่ถังรวมของโรงเรียนและรอให้ อบต.มาเก็บต่อไป สำหรับขยะเปียกจะไปให้คนอื่นที่ต้องการ เช่นเลี้ยงหมู โดยผู้เลี้ยงจะมารับเอง

สำหรับอาหารที่ให้บริการนักเรียนจะปรุงเสร็จก่อนนักเรียนชั้นอนุบาลมารับประทานชุดแลก ก่อน 1 ชั่วโมง ภาชนะที่เตรียมมีฝาปิดมิดชิด ตักใส่ถาดหลุม หลังนักเรียนชุดแรกมาถึงไม่มีการตักเตรียมเอาไว้ หลังจากนั้นนักเรียนประถมศึกษาจะเป็นชุดที่ 2 จะเข้าแถวรอรับอาหารที่ตักให้ทันที ไม่มีการตักรอไว้ และชั้นมัธยมศึกษา จะเป็นชุดสุดท้ายในการรับประทานพร้อมครูในโรงเรียน โดยนักเรียนจะเป็นผู้ตักเองตามกำลังที่จะสามารถรับประทานได้ การล้างอุปกรณ์นักเรียนแต่ละระดับชั้นจะรับผิดชอบล้างเอง ยกเว้นอนุบาลที่มีนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาเป็นผู้ล้างให้โดยมีเวรของแต่ละวันของนักเรียนเอง ภาชนะล้างแล้วจะถูกตากแดดบนรางคว่ำจาน ชาม ช้อน หลังจากนั้นจะเป็นหน้าที่ของแม่ครัวเป็นผู้เก็บเข้าตู้ในโรงครัวต่อไป

จากการสอบถามน้ำที่น้ำมาใช้ในการประกอบอาหารพบว่าเป็นระบบประปาของหมู่บ้านที่มีการปล่อยน้ำมาใช้ทั้งในโรงเรียนและชุมชน ทั้งนี้จากการสังเกตพบว่าน้ำนั้นขุ่นแดง สีสนิม มีกลิ่นโคลน และทราบว่าระบบประปาเสียมาตั้งแต่ปีที่แล้วยังไม่ได้รับการแก้ไข โดยมีการใส่แต่สารส้มเท่านั้น หลังจากนั้นจึงเดินทางไปสำรวจระบบประปาหมู่บ้านพบว่า สูบน้ำจากคลองสาธารณสุขมาทดน้ำไว้ที่สูงหลังจากนั้นจะมีการปล่อยน้ำเรื่อยๆ และสูบทดน้ำทุกวันละ 2 ครั้ง ยังพบการเติมสารส้ม แต่ไม่พบการเติมคลอรีน

มาตรการควบคุมโรค

1.ดำเนินการผสมคลอรีนตัวอย่างให้กับโรงเรียนใช้ในน้ำล้างภาชนะ อุปกรณ์การปรุงอาหารของโรงเรียนตามสัดส่วนเพื่อให้ง่ายต่อการนำไปใช้เองและให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ตรวจวัดคลอรีนตกค้างอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง

2.แนะนำให้เปลี่ยนยี่ห้อดื่มของนักเรียนทุกระดับชั้นและให้ล้างภาชนะบรรจุทุกครั้งก่อนถ่ายน้ำดื่มลงให้นักเรียนกดดื่ม

3.แจ้งนายอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นการเร่งด่วนในการซ่อมแซมระบบเติมคลอรีน ซึ่งสามารถประสานขอส่งน้ำตรวจที่กลุ่มงานเภสัชสาธารณสุข และวิธีการบำบัดน้ำประปาด้วยคลอรีนที่กลุ่มงานอาชีวเวชศาสตร์และอนามัยสิ่งแวดล้อมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง เพื่อตรวจสอบตามมาตรฐานสุขาภิบาลต่อไป

หลังจากการแนะนำในการควบคุมโรคแล้ว เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2561 กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง จึงสุ่มเก็บตัวอย่างน้ำใช้ล้างภาชนะ อุปกรณ์ปรุงอาหารในครัว ถาดหลุม ชาม จาน ช้อน น้ำหวานสีส้ม สีแดง น้ำแข็งและ น้ำดื่มนักเรียนระดับชั้นอนุบาล 2 สุ่มเก็บน้ำดื่มชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 3 5 7 9 และมัธยมศึกษาปีที่ 2 อีกครั้ง พบว่ายังพบเชื้อก่อโรคตัวเดิมในในน้ำหวานสีส้มและแดง น้ำดื่มทุกชั้นเรียน น้ำแข็ง ถาดหลุม จาก ช้อน เช่นเดิม จึงได้แจ้งนายอำเภอเขาชะเมา สาธารณสุขอำเภอเขาชะเมา และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการกัดการระบบประปาให้ได้มาตรฐานต่อไปอีกครั้ง

สรุปผลการศึกษา

เหตุการณ์เกิดอาหารเป็นพิษในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาครั้งนี้พบผู้ป่วยรายแรกวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2561 ระหว่างเวลา 04.00-04.30 น.และพบมากที่สุดที่ระหว่างเวลา 12.00-12.30 น. รายสุดท้ายวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2561 ระหว่างเวลา 04.00-04.30 น. นักเรียนมีอาการแสดงชัดเจน 3 อันดับแรกได้แก่ ถ่ายเป็นน้ำ ปวดท้องและอาเจียน ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่าอาหารที่ส่งผลต่อการเกิดอาหารเป็นพิษครั้งนี้ น่าจะเป็นน้ำกะทิ และแตงไท (OR = 2.86, 95% CI = 1.41-5.96, p value 0.003) และแตงไท (OR = 2.89 , 95% CI = 1.45 -6 .2 7 , p value 0.002) เก็บตัวอย่าง น้ำดื่มชั้นอนุบาล 2 น้ำดื่มชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 3 และ 5 น้ำดื่มนักเรียนมัธยม น้ำหวานสีฟ้าและส้มอย่างละ 1 ตัวอย่าง น้ำแข็ง น้ำล้างภาชนะของโรงครัว น้ำใช้ในการประกอบอาหาร ช้อน เขียง ชาม จาน ถาดหลุม Swab มือแม่ครัว เก็บ Rectal Swab แม่ครัว สุ่มเก็บ Rectal Swab จากนักเรียนทั้งที่มีอาการป่วยและไม่มีอาการป่วยชั้นละ 1 คน จากชั้นเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 3 5 และมัธยมศึกษาปีที่ 1 พบเชื้อก่อโรคดังนี้ *Bacillus cereus* / *Aeromanas hydrophilla* /*Aeromanas caviae* และ *Aeromonas veronii* biovar sobria ที่สำคัญคือพบก่อโรคนี้ในน้ำดื่มนักเรียน น้ำแข็งและในน้ำใช้ล้างอุปกรณ์ครัวและเครื่องมือสำหรับปรุงอาหารให้กับนักเรียน จากการสอบถามพบว่าระบบประปาในขั้นตอนการเติมคลอรีนเสียตั้งแต่ปีที่แล้ว แต่ยังไม่ได้รับการแก้ไขถึงปัจจุบัน มีเพียงการเติมสารส้มเท่านั้น มาตรการเร่งด่วนจัดสนับสนุนสารเคมีคลอรีนให้โรงเรียนดำเนินการใช้น้ำที่ถูกหลักสุขาภิบาลและให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้คำแนะนำและตรวจค่าคลอรีนตกค้างทุกสัปดาห์เพื่อสร้างความมั่นใจ แจ้งนายอำเภอเขาชะเมา องค์กรปกครองส่วนทองถิ่นในการดำเนินการปรับปรุงเครื่องเติมคลอรีนเป็นการเร่งด่วนต่อไป และให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจจับเหตุการณ์อุจจาระร่วงทุกรณีที่มาเป้

นกลุ่มก้อน (Cluster) ไม่ว่าจะมาจากงานเลี้ยงเดียวกัน หรือเป็นกลุ่มก้อนในระยะเวลาที่ใกล้เคียงกันจำนวนมาก สุ่งเห็บตัวอย่างเพื่อตรวจหาเชื้อก่อโรคต่อไป ในอนาคตต้องมีการสุ่มตัวอย่างกรวดน้ำดื่มน้ำใช้ในโรงเรียนเพื่อหามาตรการในการป้องกันโรคต่อไป

อภิปรายผลการศึกษา

จากการสอบสวนโรคอาหารเป็นพิษในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาครั้งนี้พบเชื้อ *Bacillus cereus* / *Aeromanas hydrophilla* /*Aeromanas caviae* และ *Aeromonas veronii* biovar sobria เป็นเชื้อที่พบบ่อยในน้ำที่ผ่านการบำบัดไม่ดีพอ เช่นในน้ำดื่ม หรือน้ำแข็ง และใช้น้ำนั้นในประกอบกิจกรรมในครัวเรือนเช่นใช้ล้างผัก ใช้น้ำลวกอาหารหรือผัก หรือต้มหรือนึ่งอาหารที่อุณหภูมิที่ไม่สูงพอที่จะทำลายเชื้อได้ ซึ่งเหมือนกับการเกิดอาหารเป็นพิษในนักท่องเที่ยวที่เข้าพักอาศัยในรีสอร์ทแห่งหนึ่ง ในจังหวัดระยอง ระหว่างวันที่ 7-9 กรกฎาคม 2559[1] พบว่าเชื้อก่อโรคดังกล่าว ที่ภาชนะสำหรับปรุงอาหาร ถ้วยที่ใส่อาหาร และน้ำใช้ในการประกอบอาหาร และการเกิดโรคอาหารเป็นพิษในงานบวชแห่งหนึ่งชุมชนตะขบ จังหวัดศรีสะเกษ วันที่ 22-24 พฤษภาคม 2555[2] พบว่าเชื้อก่อโรคในลาบหมูสุกใส่เลือด น้ำปรุงอาหาร นอกจากนี้จากรายงานระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาภาคเหนือตอนบน[3] ผลการตรวจตัวอย่างกรณีการระบาดของโรคและภัยสุขภาพพบว่าเชื้อก่อโรค ในน้ำ แต่แตกต่างจากการสอบสวนโรคอาหารเป็นพิษในการประชุม ASEAN Plus Three Field Epidemiology Training Network (ASESN+3FETN) กระทรวงสาธารณสุขวันที่ 28 มกราคม 2556[4] ที่พบเชื้อก่อโรคในน้ำพริกที่ให้บริการพร้อมผักสด และจากการทบทวนเอกสารพบว่าระยะฟักตัวเชื้อ *Aeromonas* spp. อยู่ที่ 8 – 36 ชั่วโมง โดย *A. caviae* มักพบในปลาและผลิตภัณฑ์จากปลา ขณะที่ *A. hydrophila* และ *A. sobria* มักจะมีผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์เป็นแหล่งของเชื้อ ถึงแม้ว่าจังหวัดระยองพบเชื้อก่อโรคนี้ไม่บ่อยนักและมักพบในท่องเที่ยวเป็นส่วนใหญ่แต่เหตุการณ์อาหารเป็นพิษครั้งนี้ จะช่วยในการสนับสนุนให้มีการเตรียมอุปกรณ์และวัสดุสำหรับสนับสนุนเป็นกรณีเร่งด่วนและเหตุการณ์เฉพาะหน้าที่เหตุการณ์เกิดขึ้นแล้วแต่ยังไม่ได้รับการแก้ไขในทันที และต้องให้การสุ่มตรวจตัวอย่างน้ำดื่มน้ำใช้ในโรงเรียนเพื่อเฝ้าระวังโรคต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1.ในส่วนปกครองท้องถิ่นยังไม่มีมาตรการและแนวทางในการแก้ไขอย่างเร่งด่วนถึงความตระหนักในการแก้ไขปัญหาจึงขอให้สำนักงานสาธารณสุขเขาชะเมาติดตามการใช้น้ำดื่มและน้ำใช้ในโรงเรียนในระหว่างรอความชัดเจนของหน่วยงานปกครองท้องถิ่น โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง จะจัดหาสารเคมีคลอรีนทั้งชนิดเม็ดและของเหลวสนับสนุนให้

2.ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาชะเมาตรวจสอบการรักษาพยาบาลในลักษณะเหตุการณ์หมู่ (Cluster) จากทุกกรณี ไม่ว่าจะเป็นงานเลี้ยงในงานเดียวกันหรือไม่ หรืออาจมีอาการจากหลายๆ แหล่ง และมารักษาพยาบาลในระเวลาใกล้เคียงกัน โดยสุ่มเก็บตัวอย่าง Rectal swab ส่งตรวจเพื่อเปรียบเทียบเชื้อก่อโรคและสอบสวนการใช้ชีวิตประจำวันหรือกิจกรรมหมู่ร่วมกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาชะเมา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติฯ คณะอาจารย์และผู้บริหารโรงเรียนแม่ครัว ที่ให้ข้อมูลสนับสนุนการสอบสวนโรค

เอกสารอ้างอิง

1.บุญรัก ธำรงลักษณ์กุล และกรรณิการ์ พินิจ.2559.การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษในนักท่องเที่ยวที่เข้าพักในรีสอร์ทแห่งหนึ่ง ตำบลแกลง อำเภอเมือง จังหวัดระยอง วันที่ 7–9 กรกฎาคม 2559. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ ที่ 48 ฉบับพิเศษ : มีนาคม 2560.

2.ชัยนันต์ บุตรการและคณะ.2555.การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษในงานบวชแห่งหนึ่งชุมชน ตะกอบ ตำบล ตะดอบ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ วันที่ 22-24 พฤษภาคม 2555.เอกสารทางเมล์อิเลคทรอนิค.ค้นหาเมื่อ 23 มิถุนายน 2561.

3.เรณู มหายศนันท์.2557.รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาภาคเหนือตอนบน : มุมข้อมูลโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา.ปีที่ 25 ฉบับที่ 6 มิถุนายน 2557.

4.ธนิษฐา เตชะนิยม, สรียา เวชวิฐาน, นิรันดร ยิ้มจอหอ และชุลีพร จิระพงษา.2556.การสอบสวนโรคอาหารเป็นพิษในการประชุม ASEAN Plus Three Field Epidemiology Training Network [ASEAN +3 FETN] กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 28 มกราคม 2556.รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ ที่ 44 ฉบับที่ 49 : 13 ธันวาคม 2556

การใช้กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์เพื่อพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานในชุมชน ของนักศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

The use of creative systematic thinking to develop operational skills in the community of students in the Diploma Emergency Medicine Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen Province.

ดวงฤดี โชติกลาง[1] , อิสรีย์ ปัดภัย[2]

Duangruedee Chotklang , Issaree Pudphai

(Received: February 11 ,2020 ; Accepted: March 27 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ที่มีต่อทักษะการปฏิบัติงานในชุมชนของนักศึกษา ในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาโครงการพัฒนาทักษะวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ชั้นปีที่ 2 จำนวน 37 คน ทำการศึกษาตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 ถึง เดือนมีนาคม 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมิน แบบวัดการติดตามและ แบบบันทึกการเรียนรู้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา(Content analysis)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ 1) ความคิดเห็นของนักศึกษาต่ออาจารย์ผู้สอนที่ทำบทบาทการโค้ชเพื่อพัฒนาศักยภาพนักศึกษาในกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยการสะท้อนคิดด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ พบว่าลักษณะบทบาทและวิธีการโค้ชของอาจารย์ผู้สอน มีค่าเฉลี่ยในระดับมากขึ้นไปทุกหัวข้อ โดยหัวข้อ “ผู้เรียนได้รับการเปิดโอกาสให้ได้สะท้อนถึงความรู้สึกภาคภูมิใจกับสิ่งที่ได้เรียนรู้ในชีวิตประจำวันหรือรายวิชาและกิจกรรมเสริมหลักสูตรเสมอ” มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (= 4.43 ; = 0.73) 2) ทักษะการปฏิบัติงานชุมชน การนำเสนอโครงการ และการดำเนินโครงการ อยู่ในเกณฑ์ร้อยละ 91.70 , 94.00 และ 94.55 ตามลำดับ 3) แบบวัดการติดตามการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของนักศึกษาฯ 10ด้านคุณลักษณะความถี่ของพฤติกรรม พบว่าค่าเฉลี่ยแต่ละด้านอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด มีค่าตั้งแต่ = 4.36 ; = 0.03 จนถึง = 4.66 ; = 0.05 ซึ่งด้านที่สูงสุดคือ ด้านจิตอาสา ส่วนผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจาก พบว่าผู้เรียนส่วนใหญ่มีความประทับใจและความรู้สึกดีต่อบรรยากาศการเรียนรู้ ที่ผ่อนคลาย เรียบง่าย สร้างความสุขขณะเรียน เปิดโอกาสให้เรียนรู้อย่างมีอิสระ ให้พื้นที่ในการเรียนรู้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ผู้เรียนได้เรียนรู้และฝึกทักษะการคิดและแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ด้วยการทบทวนหลังการเรียนรู้(AAR)

คำสำคัญ : กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ , ทักษะการปฏิบัติงานในชุมชน

Abstract

This research was action research aimed to studied the effect of using creative systematic thinking on students operational skills in communities. In the course management of the vocational skills development project. Sample size were 37 students in 2nd year emergency medical . Studied between December 2019 to March 2020. Data were collected by evaluation form , monitoring form and learning record. Quantitative data analyzed by descriptive statistic and content analysis.

Quantitative data analysis results 1) The opinions of students towards the instructors who played the role of coaching in order to develop the students' potential in the creative thinking system by reflecting through the 3 basket techniques. The average level is higher in all topics. "Subject is given the opportunity to reflect the feeling of pride in what is learned in daily life or courses and extra-curricular activities." (= 4.43; = 0.73) 2) Community work skills Project presentation and project operation Were in the criteria of 91.70, 94.00 and 94.55 respectively. 3) The follow-up test for the development of learning process of students 10 aspects of frequency characteristics of behavior found that the average of each side was at the high level to highest, with values from = 4.36; = 0.03 to = 4.66; = 0.05. The highest aspect was volunteering. The qualitative data analysis results from Found that most of the students are impressed and feel good about the learning atmosphere that is relaxed, simple, and creates happiness while studying Give an opportunity to learn independently Providing space for self-learning In addition, learners learn and practice their thinking and creative skills with post-learning review (AAR).

Keyword : Creative systematic thinking process , Community work skills

---

[1] วิทยาจารย์(ด้านการสอน) ระดับชำนาญการพิเศษ

[2] พยาบาลวิชาชีพ(ด้านการสอน) ระดับชำนาญการพิเศษ

บทนำ

นโยบายการจัดการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 ที่เน้นวิธีการสอนที่หลากหลาย เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ประกอบกับการปลูกฝังจิตสำนึกให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ตามการเรียนรู้และการจัดการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 [9] ที่ประกอบด้วยทักษะสำคัญ ได้แก่ ทักษะด้านการเรียนรู้และนวัตกรรม เพื่อเตรียมผู้เรียนให้พร้อมเข้าสู่การทำงานที่ปัจจุบันมีความซับซ้อนมากขึ้น ทักษะด้านสื่อ สารสนเทศและเทคโนโลยี ผู้เรียนต้อง สามารถแสดงทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและปฏิบัติงาน ได้อย่างหลากหลาย โดยอาศัยความรู้รอบด้าน ทักษะด้านชีวิตและการทำงานในการดำรงชีวิตและทำงานในยุคปัจจุบันให้ประสบความสำเร็จ ดังนั้นหลักในการจัดการเรียนรู้เพื่อให้เกิดทักษะดังที่กล่าวมาข้างต้น คือ ส่งเสริมทักษะในศตวรรษที่ 21และทักษะการคิดได้ จัดการเรียนรู้ด้วยวิธีการและแหล่งเรียนรู้ที่หลากหลาย เน้นการเรียนรู้จากสภาพการณ์จริง ส่งเสริมทักษะการสร้างปฏิสัมพันธ์เชิงสังคมเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยภาพรวมการจัดการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 จึงมุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเองจากรูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลาย อาทิ การเรียนรู้จากสภาพจริง (Authentic Learning) การเรียนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem Based Learning) การเรียนโดยใช้โครงการเป็นฐาน (Project Based Learning) การเรียนแบบร่วมแรงร่วมใจ (Collaborative Learning) และสิ่งที่ต้องเปลี่ยนแปลงในการจัดการเรียนรู้คือ บทบาทครูผู้สอนต้องเปลี่ยนไปจากครูที่สอนแบบเดิมเป็นครูโค้ชที่เน้นการสอนวิธีเรียน กระบวนการคิด สร้างแรงบันดาลใจ ช่วยเหลือให้คำแนะนำ โดยผู้เรียนตัดสินใจเลือกวิธีการเรียนรู้ ด้วยตนเองมากขึ้น เน้นการเรียนรู้ทักษะชีวิต การเสริมสร้างคุณลักษณะที่ดีให้เกิดเป็นนิสัยของผู้ใฝ่เรียนรู้ ซึ่งรูปแบบการสอนที่หลากหลายจะเอื้อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้โดยมีระบบส่งเสริมการศึกษาในศตวรรษที่ 21 ที่ประกอบด้วย หลักสูตรและการสอน มาตรฐานในการเรียนรู้ การประเมินผล การพัฒนาผู้สอน และ การจัดสิ่งแวดล้อมในการเรียนรู้ การเรียนรู้ในผู้เรียนแต่ละคน เกิดจากการลงมือปฏิบัติจริง จนมีประสบการณ์ แล้วจึงนำประสบการณ์นั้นๆมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ จนกระทั่งกลายเป็นองค์ความรู้ จุดเน้นการศึกษาที่แท้จริงคือการพัฒนาผู้เรียนให้เกิดความเติบโตในด้านศักยภาพการเรียนรู้ด้วยตนเอง เป็นบุคคลที่ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะการคิดขั้นสูง อาทิ การคิดวิเคราะห์ การคิดอย่างเป็นระบบ [8]

ทั้งนี้ในหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ได้บรรจุรายวิชาโครงการพัฒนาทักษะวิชาชีพ เพื่อพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานชุมชนด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและทีมสุขภาพในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพด้านการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน โดยใช้หลักการวิจัยเบื้องต้นในการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล ระบุปัญหาชุมชน ตลอดจนจัดกิจกรรมหรือโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาและประเมินผลการดำเนินโครงการ) ซึ่งเริ่มจัดการเรียนการสอนรายวิชานี้ตั้งแต่ปีการศึกษา 2558 เป็นต้นมา จากผลการติดตามผู้ใช้บัณฑิตด้านทักษะการปฏิบัติงานชุมชน ความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ = 3.97 $\pm$ 0.56) , 3.59 $\pm$ 0.66) และ 3.95 $\pm$ 0.90) ตามลำดับ ส่วนความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิต ปีการศึกษา 2558 – 2560 อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 $\pm$ 0.50) , 4.36 $\pm$ 0.75 และ 4.30 $\pm$ 0.90) ตามลำดับ

สรุปได้ว่า ทักษะการปฏิบัติงานชุมชน และทักษะการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพด้านการแพทย์ฉุกเฉินของบัณฑิตที่จบการศึกษา ยังมีค่าน้อยกว่าความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิต จากประเด็นที่กล่าวมาจึงถือเป็นโอกาสในการพัฒนาคุณลักษณะบัณฑิต ด้านทักษะการปฏิบัติงานชุมชนในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ที่สอดคล้องและตรงตามความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิตให้เพิ่มมากขึ้น จึงจำเป็นต้องใช้การจัดการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพประสิทธิผลมากที่สุด และสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ซึ่งในปีการศึกษา 2562 ได้มีความพยายามในการพัฒนาการเรียนการสอนรายวิชาโครงการพัฒนาทักษะวิชาชีพ ด้วยกระบวนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐาน (Project Based Learning) ที่เน้น

ให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามสถานการณ์จริงของชุมชน เปิดโอกาสให้นักศึกษาเข้าไปปฏิสัมพันธ์และปฏิบัติการจริงร่วมกับชุมชน โดยรูปแบบโครงการเป็นฐานในการเรียนรู้ ซึ่งนักศึกษาจัดทำโครงการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาจริงที่พบในชุมชน ในฐานะผู้ดำเนินการหลัก ส่วนอาจารย์ผู้สอนมีบทบาทเป็นพี่เลี้ยง เอื้ออำนวยการเรียนรู้ของนักศึกษา หรือแสดงบทบาทครูโค้ช ที่เน้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองจากสภาพการณ์จริงของชุมชน โดยพัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ ด้วยเทคนิคตะกร้าสามใบและสุนทรียสนทนา เพื่อกระตุ้นให้นักศึกษาเกิดทักษะการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ ทั้งนี้ในการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนนั้น ทีมเรียนรู้ได้เกิดการเรียนรู้ด้วยตัวเอง คิด และหาคำตอบด้วยตนเองในเชิงสร้างสรรค์ เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ สามารถบูรณาการองค์ความรู้ต่างๆในชุมชนนำสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน และสามารถนำกระบวนการจัดการเรียนรู้นี้ไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ต่างๆในชีวิตและการทำงานในวิชาชีพ ได้ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการพัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ของนักศึกษา

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษาวิจัยคือการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยนำเทคนิคการสะท้อนคิดด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ สุนทรียสนทนา การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ (Growth mind set) และการพัฒนาการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ มาพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาโครงการพัฒนาทักษะวิชาชีพ ให้มีความสามารถในการจัดทำโครงการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ที่เป็นปัญหาของชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

1. ศึกษาหลักการ แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดการจัดการเรียนการสอนด้วยการใช้กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ และ มคอ.4 ของรายวิชาโครงการพัฒนาทักษะวิชาชีพ ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่นักศึกษาต้องได้รับ

2. สร้างและออกแบบ การจัดการเรียนการสอนฯ รายละเอียดแนวทางการสอน การประเมินและวัดผล จัดทำคู่มือการฝึกปฏิบัติงานวิชาโครงการพัฒนาทักษะวิชาชีพ และจัดทำร่างแผนปฏิบัติการเรียนการสอน นำเสนอต่ออาจารย์ในหลักสูตรเวชกิจฉุกเฉิน เพื่อให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุงให้เหมาะสมมากขึ้น โดยพิจารณา มคอ.6 รายวิชาโครงการพัฒนาทักษะวิชาชีพ ในปีการศึกษา ที่ผ่านมาร่วมด้วย

3. สร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา การดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 2 จัดการเรียนการสอนโดยใช้กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน 1)การสร้างความตระหนัก 2)กำหนดประเด็นปัญหาและเตรียมการสะท้อนคิดส่วนบุคคล 3)การทบทวนข้อเท็จจริงจากสถานการณ์และสะท้อนคิดเป็นกลุ่ม 4) ทำความเข้าใจปรากฏการณ์เชิงลึก 5)สร้างความคิดแบบเติบโต(growth mindset) 6)ประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ของชุมชน

ซึ่งการจัดการเรียนการสอนฯเป็นการเรียนโดยใช้โครงการเป็นฐาน เรียนรู้จากสภาพการณ์จริงในชุมชน และออกแบบการดำเนินโครงการเพื่อแก้ไขปัญหา ซึ่งใช้การพัฒนาทักษะกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยกระบวนการสุนทรียสนทนา และการสะท้อนคิดเทคนิคตะกร้า 3 ใบ ก่อนการลงศึกษาในชุมชนเพื่อเตรียมผู้เรียนให้มีทักษะกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ พร้อมทั้งมอบหมายให้ผู้เรียนสะท้อนคิดด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ รายบุคคลและรายกลุ่มทุกครั้งที่จัดการเรียนการสอน สรุปถอดบทเรียนการจัดการเรียนการสอนด้วยกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ทุกสัปดาห์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียน เพื่อประเมินผลเป็นระยะ

หลังเสร็จสิ้นกระบวนการจัดการเรียนการสอน จึงจะทำการถอดบทเรียน ระหว่างผู้เรียนกับชุมชน ประโยชน์ที่ผู้เรียนได้รับจากการเรียนรู้ร่วมกับชุมชน ประเมินผลการเรียนการสอนรายวิชาโครงการพัฒนาทักษะวิชาชีพ ผู้เรียนทำแบบประเมินตามเครื่องมือการวิจัย อาจารย์ที่ปรึกษาประจำกลุ่มและอาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชา ประเมินทักษะตามแบบประเมินของรายวิชาโครงการพัฒนาทักษะวิชาชีพ

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ชั้นปีที่ 2 จำนวน 37 คน ทำการศึกษาตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1.1 แบบประเมินความคิดเห็นของนักศึกษาต่อบทบาทอาจารย์ผู้สอนที่ทำบทบาทการโค้ชเพื่อพัฒนาศักยภาพนักศึกษาในกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยการสะท้อนคิดด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ

1.2 แบบประเมินทักษะหลังสิ้นสุดการเรียนการสอน ได้แก่ แบบประเมินทักษะการปฏิบัติงานชุมชน แบบประเมินการนำเสนอโครงการ และแบบประเมินการดำเนินโครงการ

1.3 แบบวัดการติดตามการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของนักศึกษาฯ ด้านคุณลักษณะความถี่ของพฤติกรรมซึ่งดัดแปลงจากแบบวัดคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น รวม 10 ด้าน จำนวน 68 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกการเรียนรู้การสะท้อนคิดเชิงสรรค์ด้วยเทคนิคสะท้อนคิดตะกร้า 3 ใบ

2.2 สรุปถอดบทเรียนการจัดการเรียนการสอนด้วยการสะท้อนคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์

2.3 สรุปถอดบทเรียนภายหลังการดำเนินโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน ระหว่างชุมชน ผู้เรียนและผู้สอน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ความถี่ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา(Content analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รวม 37 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 83.78 เพศชาย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 16.22 ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 20-22 ปี เป็นนักศึกษาระดับชั้นปีที่ 2 ที่เรียนวิชาโครงการพัฒนาทักษะวิชาชีพ ในปีการศึกษา 2562

2. ความคิดเห็นของนักศึกษาต่อบทบาทอาจารย์ผู้สอน(ผู้วิจัย)ที่ทำบทบาทในการโค้ชเพื่อพัฒนาศักยภาพนักศึกษาในกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากขึ้นไป ทั้ง 30 หัวข้อ มีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ $\overline{X} = 3.95$; $SD = 0.78$) จนถึงค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X} = 4.43$; $SD = 0.73$) ในหัวข้อ “ผู้เรียนได้รับการเปิดโอกาสให้ได้สะท้อนถึงความรู้สึกภาคภูมิใจกับสิ่งที่ได้เรียนรู้ในชีวิตประจำวันหรือรายวิชาและกิจกรรมเสริมหลักสูตรเสมอ” ทั้งนี้ในการจัดการเรียนการสอน จัดกระบวนการเสมือนการดำเนินโครงการอบรม ประกอบด้วยการถอดบทเรียนก่อนการเรียนการสอน (Before Action Review; BAR) ระหว่างการเรียนการสอน(During Action Review; DAR) และหลังการสอน (After Action Review; AAR) ซึ่งทุกกระบวนการมีกิจกรรมสะท้อนคิดสอดแทรกอยู่ เป็นการฝึกให้ผู้เรียนแสดงความคิดเห็นต่อการเรียนรู้ตามสภาพจริงที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ด้วยเทคนิคการสะท้อนคิดตะกร้า 3 ใบ และกระบวนการสุนทรียสนทนา ปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ไปสู่ความคิดที่เติบโต (Growth mindset) เป็นการพัฒนาการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์

เมื่อสิ้นสุดการจัดการเรียนการสอน อาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาและอาจารย์ที่ปรึกษาประจำกลุ่มโครงการ จำนวน 3 โครงการ ใช้แบบประเมินเพื่อวัดผลทักษะการปฏิบัติงานในชุมชน(ประเมินรายกลุ่ม) ได้แก่

ทักษะการปฏิบัติงานชุมชน ทักษะการนำเสนอโครงการ และทักษะการดำเนินโครงการ ซึ่งผลการประเมินทั้ง 3 ทักษะ ค่าเฉลี่ยภาพรวมทุกโครงการอยู่ในเกณฑ์ร้อยละ 91.70 , 94.00 และ 94.55 ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้เรียนยังได้ประเมินตนเองตามแบบวัดการติดตามการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ เป็นการประเมินตนเองถึงความถี่ของพฤติกรรมที่เกิดระหว่างเรียน ซึ่งดัดแปลงจากแบบวัดคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น รวม 10 ด้าน จำนวน 68 ข้อ เกณฑ์การประเมินแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้เกณฑ์ของบุญชม ศรีสะอาด ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด .2553 : 102)

ตาราง 2 แบบวัดการติดตามการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของนักศึกษาหลักสูตร ปวส.ปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ด้านที่	คุณลักษณะ	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล		
		เฉลี่ย	SD	แปลผล
1	ด้านจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (5 ข้อ)	4.43	0.02	มาก
2	ด้านความมุ่งมั่นในการทำงาน (7 ข้อ)	4.38	0.01	มาก
3	ด้านความรับผิดชอบต่อสังคม (6 ข้อ)	4.41	0.08	มาก
4	ด้านความเสียสละ (4 ข้อ)	4.55	0.06	มากที่สุด
5	ด้านการเรียนรู้เป็นทีม (7 ข้อ)	4.54	0.04	มากที่สุด
6	ด้านการสร้างสรรค์นวัตกรรม (9 ข้อ)	4.36	0.03	มาก
7	ด้านการคิดเป็นระบบและแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ (7 ข้อ)	4.47	0.04	มาก
8	ด้านการใฝ่รู้และพัฒนาตนเอง (8 ข้อ)	4.44	0.05	มาก
9	ด้านจิตอาสา (8 ข้อ)	4.66	0.05	มากที่สุด
10	ด้านความซื่อสัตย์ (7 ข้อ)	4.59	0. 04	มากที่สุด

จากตาราง 1 ค่าเฉลี่ยรวมของหัวข้อต่างๆ ในคุณลักษณะแต่ละด้าน พบว่า คุณลักษณะทั้ง 10 ด้าน อยู่ในระดับมาก ถึงมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ $\overline{X} = 4.36$; $SD = 0.03$ ถึง $\overline{X} = 4.66$; $SD = 0.05$ โดยคุณลักษณะที่ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตอาสา ด้านความซื่อสัตย์ ด้านความเสียสละ และด้านการเรียนรู้เป็นทีม มีค่าเฉลี่ย $\overline{X} = 4.66, 4.59, 4.55$ และ 4.54 ตามลำดับ เนื่องด้วยช่วงระยะเวลาของการพัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ เป็นเพียงช่วงเวลา 3 เดือน ซึ่งมีทั้งกิจกรรมในชั้นเรียนและกิจกรรมในชุมชน เวลาอาจไม่มากพอที่จะพัฒนาคุณลักษณะความเป็นพลเมืองสร้างสรรค์ให้อยู่ในระดับมากที่สุดได้ทุกด้าน แต่เมื่อมองภาพรวมแล้ว ยังถือได้ว่าเป็นการพัฒนาที่อยู่ในเกณฑ์ระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในการเรียนการสอนที่ผ่านมา ยังไม่เคยมีปรากฏการณ์กระบวนการเรียนรู้ที่มีลักษณะการพัฒนากระบวนการคิด แบบนี้อย่างชัดเจนมาก่อน แต่ผู้เรียนยังประเมินตนเอง ว่าปฏิบัติได้ในระดับมากจนถึงมากที่สุด แสดงให้เห็นว่า การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของนักศึกษาครั้งนี้มีแนวโน้มให้ผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งจะสอดคล้องกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่จะกล่าวตามลำดับต่อไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) จากการสะท้อนคิดของผู้เรียนรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ผู้วิจัยจึงกำหนดประเด็น สรุปไว้ 3 ประเด็น

ประเด็นที่ 1 ความรู้สึกของผู้เรียนต่อกระบวนการเรียนรู้ พบว่าผู้เรียนมีความประทับใจและความรู้สึกดี ด้วยปัจจัยหลักคือ

1) บรรยากาศการเรียนรู้ ที่ผ่อนคลาย เรียบง่าย สร้างความสุขขณะเรียน เปิดโอกาสให้เรียนรู้อย่างมีอิสระ

คิดและวางแผนเอง ให้พื้นที่ในการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อร่วมสร้างบรรยากาศการเรียนรู้

2) ครูโค้ชหรือผู้จัดกระบวนการเรียนรู้ ที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีความสุขและสร้างสรรค์ เพราะมีบุคลิกที่เป็นกันเอง อบอุ่น ใจดี เปิดใจรับฟังทุกความคิดเห็น ให้โอกาสผู้เรียนได้แสดงออกอย่างสร้างสรรค์ เปิดโอกาสให้ ผู้เรียนคิดวิเคราะห์ แก้ปัญหาด้วยตนเองเต็มที่ เป็นที่ปรึกษา ให้ข้อเสนอแนะที่ดี มีเทคนิคการสอนเข้าใจง่าย แสดงบทบาทการเป็นแบบอย่างที่ดี ด้านการใช้สุนทรียสนทนาคือการห้อยแขวนการตัดสิน เตรียมพร้อมก่อนสอน มีส่วนร่วมในกิจกรรมกับผู้เรียน

3) การจัดกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลายและส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ต่อเนื่อง ประกอบด้วย (1) การเรียนรู้ตามสภาพจริง (Authentic Learning) (2) การทำงานเป็นทีม (3) เปิดโอกาสให้แสดงออก โดยแต่ละกลุ่มบริหารจัดการแบบจิตอาสา ให้โอกาสในการฝึกประสบการณ์ต่างๆในชั้นเรียนและในชุมชน พร้อมกับการให้กำลังใจเสริมพลังอำนาจในตัวบุคคล (4) การส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ต่อเนื่อง ด้วยกิจกรรมบันทึกการเรียนรู้สะท้อนคิดด้วยตะกร้า 3 ใบ กิจกรรมการเรียนรู้ในโครงการแต่ละกลุ่ม ส่งเสริมให้ผู้เรียนแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ ฝึกใช้กระบวนการสุนทรียสนทนาในการทำงานเป็นกลุ่ม การชื่นชมความเติบโตทางความคิดจากการสะท้อนคิดของผู้เรียนอย่างสม่ำเสมอในชั้นเรียน เพื่อกระตุ้นให้กำลังใจแก่ผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนมองเห็นคุณค่าของการสะท้อนคิดและมีวินัยในการกำกับตนเอง บันทึกการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

ประเด็นที่ 2 การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นของผู้เรียน ผู้เรียนสะท้อนว่า

1) มีการพัฒนาตนเองด้านกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบมากขึ้น คิดอย่างสร้างสรรค์ ฝึกกระบวนการทบทวนหลังการเรียนรู้ด้วยเทคนิคตะกร้าสามใบ ฝึกกระบวนการคิดวิเคราะห์ แยกแยะปัญหา สาเหตุอย่างเชื่อมโยง

2) พัฒนาการทำงานเป็นทีม การวางแผนการทำงานร่วมกัน ด้วยกระบวนการสุนทรียสนทนา การฟังอย่างลึกซึ้ง ไม่ด่วนตัดสิน การบริหารจัดการงานและเวลา การทำงานร่วมกับผู้อื่น

3) พัฒนาตนเองด้านการแสดงออก กล้าแสดงความคิดเห็นในสิ่งที่ถูกต้อง เพิ่มขึ้น แสดงความคิดเห็นอย่างสุภาพ

4) ทักษะการเข้าสังคม มารยาทในการฟัง การใช้คำพูดให้เหมาะสม ให้เกียรติผู้อื่น สร้างภาวะความเป็นผู้นำ การเข้ากลุ่มทำงานร่วมกับผู้อื่น เอาใจเขาใส่ใจเรา การสร้างสัมพันธไมตรี การปรับตัวอยู่ร่วมกับคนหมู่มาก

5) พัฒนาด้านวิชาการ อาทิ ทักษะการทำแบบสอบถามเพื่อค้นหาปัญหาชุมชน การเขียนโครงการ การใช้เครื่องมือที่หลากหลายในการค้นหาปัญหาชุมชน เรียนรู้วิถีชีวิตชุมชนจริงๆ แนวทางปฏิบัติตัว วิธีการลงปฏิบัติงานในชุมชน วิธีสร้างสัมพันธภาพกับชุมชน การทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ ทำให้เห็นหลากหลายมุมมอง เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ 3 นำสิ่งที่ได้เรียนไปปรับใช้ให้ได้ผลดีต่อการปฏิบัติงานชุมชนและตนเองอย่างไร

1) ได้วิธีแก้ปัญหาการทำงานกลุ่ม เทคนิคการทำงานเป็นทีม ปรับใช้ในการลงชุมชนและทำงานในสายวิชาชีพ ปรับใช้ในชีวิต ทั้งการทบทวนสะท้อนคิดตนเอง ความรู้ด้านชุมชนและด้านวิจัย วิชาการ การวิเคราะห์ข้อมูล สามารถบอกข้อดี ข้อผิดพลาดของตนเองมาปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น การคิดวิเคราะห์วางแผนก่อนการทำงานให้มีข้อผิดพลาดน้อยที่สุด

2) ปรับปรุงตนเองในการรับฟังผู้อื่น มีความตรงต่อเวลา ความรับผิดชอบ สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ว่าใครจะทำให้ไม่พอใจ ไม่ดูถูกหรือใช้อารมณ์ในการมองผู้อื่น การคิด วิเคราะห์แยกแยะ การทำงานในชุมชนเอาใจเขามาใส่ใจเรา ไม่ด่วนสรุปหรือตัดสินใคร

3) นำแนวคิดตะกร้า 3 ใบ ไปใช้ในการคิดทบทวนแต่ละวัน ว่าเราทำอะไรไปบ้าง สามารถบอกข้อดีข้อเสีย ความผิดพลาดของตนได้ดีขึ้น ทำให้นำสิ่งที่ผิดพลาดมาปรับปรุงแก้ไขให้ดียิ่งขึ้น

4) การใช้สุนทรียสนทนากับผู้คนอื่นๆ เป็นสิ่งที่ดี

5) นำสิ่งที่อาจารย์แนะนำทั้งชื่นชมและข้อควรปรับปรุง ไปปรับปรุงการทำงานและงานที่เราจะทำในอนาคต

6) คิดประยุกต์แนวทางแก้ปัญหาให้เป็นหลักการที่ชุมชนปฏิบัติได้ง่าย

7) รับฟังปัญหาของชุมชน ที่เล่าให้เราฟัง การทำงานในชุมชนเอาใจเขามาใส่ใจเรา ไม่ด่วนสรุปหรือตัดสินใคร

8) รู้จักวางแผนงานและทดลองล่วงหน้าก่อนนำไปปฏิบัติจริงในชุมชน

9) มีการควบคุมตนเองมากขึ้น เช่น การส่งบันทึกสะท้อนคิดให้อาจารย์ หรือแม้แต่ การทบทวนตัวเองในแต่ละวัน ก็ทำให้เราได้เห็นข้อดี ข้อเสีย แล้วนำสู่การปรับเปลี่ยนแก้ไขได้ในที่สุด

ผลการสะท้อนคิดโดยครูผู้สอน(ผู้วิจัย) ที่ปรับเปลี่ยนบทบาทการสอนเป็นครูโค้ช ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตลอดช่วงระยะเวลาของกระบวนการจัดการเรียนการสอน ทำให้เกิดความรู้สึกประทับใจมีความสุขและสนุกไปกับผู้เรียน ได้เห็นรอยยิ้ม พฤติกรรมการสะท้อนคิดของผู้เรียนอย่างเป็นอิสระตลอดกระบวนการ เห็นคุณค่าว่ากระบวนการต่างๆมีผลต่อการพัฒนาศักยภาพของผู้เรียนแต่ละคนให้แสดงออกถึงศักยภาพที่สูงสุดของตนเองในสิ่งที่ควรจะเป็นได้ ได้เห็นพัฒนาการด้านความคิดที่เติบโตมากขึ้น มีความซื่อสัตย์ รับผิดชอบ เช่น ในครั้งแรกๆที่อ่านบันทึกการเรียนรู้ พบว่า ผู้เรียนมีการลอกการเขียนบันทึกสะท้อนคิด และผู้สอนได้สะท้อนกลับผู้เรียนทุกคนว่า การเขียนบันทึกการเรียนรู้คือการสะท้อนความคิดเรา ซึ่งไม่สามารถลอกเลียนแบบกันได้ หลังจากวันนั้น ผู้สอนอ่านบันทึกการเรียนรู้โดยไม่พบการคัดลอกกันอีกเลย

สิ่งที่ผู้สอนได้เรียนรู้ คือการเตรียมความพร้อมในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนแบบใหม่ครั้งนี้ ที่ต้องทำความเข้าใจ ทบทวนในเนื้อหาที่เตรียมไว้ ได้เรียนรู้ความคิด ทำให้เกิดความเข้าใจผู้เรียนมากขึ้น เรียนรู้จริตในการเรียนรู้ของผู้เรียน สิ่งที่สำคัญคือผู้สอนต้องให้โอกาสให้เวลาผู้เรียน ปรับตัวปรับเปลี่ยน เกิดความคุ้นเคยกับกระบวนการ อาจยังไม่สามารถเปลี่ยนแบบหน้ามือเป็นหลังมือ แต่ใช้เทคนิคการดึงความสนใจของผู้เรียนให้มาอยู่กับกระบวนการเรียนรู้ให้มากที่สุด ทั้งการเน้นย้ำกติกาการเรียนรู้ร่วมกัน การหากิจกรรมต่างๆให้มีกระบวนการกลุ่มตลอดเวลา กระตุ้นให้คิดและแสดงความคิดเห็น ตลอดการเรียนรู้และหมุนเวียนให้ทั่วทุกคน เพื่อให้มีประสบการณ์

ตลอดระยะเวลาของการจัดการเรียนการสอน การประเมินผล ถอดบทเรียน สะท้อนคิดปรากฏการณ์จริงที่เกิดขึ้นสามารถนำไปสู่การปรับแนวทางการจัดการเรียนรู้ที่หลากหลายและกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองเพิ่มเติมได้ การปล่อยวางความรู้สึกเชิงลบ และมีสติเตือนตัวเองไม่ให้คาดหวังแต่ทำให้ดีที่สุด ด้วยความรักและปรารถนาดีต่อผู้เรียน ให้ความเมตตา และแนะแนวทางที่ดี กระตุ้นให้เกิดสำนึกเรียนรู้ด้วยตนเองให้ มากกว่าการยัดเยียดให้ทำตาม วันพรุ่งนี้ย่อมดีกว่าเดิม นั่นคือผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเริ่มต้นการเรียนรู้ด้วยกิจกรรมฝึกสติที่ผู้เรียนออกแบบเอง

เมื่อสิ้นสุดการดำเนินโครงการในชุมชน ชุมชนได้สรุปถอดบทเรียนโดยใช้เทคนิคตะกร้า 3 ใบ ร่วมกันกับวิทยาลัยฯ ที่สะท้อนถึงโครงการ คือ มีความรู้สึกดี ที่มีนักศึกษามาช่วยเหลือให้ความรู้ ได้มาเพิ่มสีสันให้กับชุมชน ได้ความรู้และแลกเปลี่ยนความรู้กัน ทั้งชุมชนและนักศึกษา ได้เชื่อมความสัมพันธ์ต่อกันการทำโครงการต่างๆในชุมชน ชุมชนเกิดการเรียนรู้ หลายอย่าง

โดยสรุปภาพรวมของการดำเนินโครงการในชุมชน ชุมชนสะท้อนถึงสัมพันธภาพที่ดีของนักศึกษา โครงการที่ทำ เป็นสิ่งที่อยู่ในวิถีชีวิตประจำวัน เน้นการพึ่งพาตนเอง สามารถนำมาปรับใช้ได้ง่าย มีการฝึกปฏิบัติ มิใช่แค่การให้ความรู้ ทำให้ชุมชนเกิดทักษะ บางคนได้นำสิ่งที่นักศึกษาแนะนำไปทดลองปฏิบัติกับตนเอง แล้วเห็นว่าได้ผลจริง เช่น การออกกำลังกายป้องกันข้อเข่าเสื่อม การใช้สมุนไพรนวดประคบ จึงเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ แต่ชุมชนได้สะท้อนด้วยความซื่อสัตย์ว่า จะพยายามปรับซึ่งอาจต้องค่อยเป็นค่อยไป

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพพบว่าผลที่ได้มีความสอดคล้องเป็นไปในทิศทาง

เดียวกัน เป็นการเรียนการสอนที่สร้างความสุขให้ผู้เรียนและเรียนรู้ได้อย่างอิสระ[1] เครื่องมือที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์คือแบบบันทึกการเรียนรู้การสะท้อนคิดเชิงสร้างสรรค์ด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ เพราะผู้เรียนได้ใช้ใจจดจ่อ เป็นสมาธิ มีสติเรียบเรียงแนวคิด องค์ความรู้ที่เรียนรู้ในแต่ละวัน ก่อนเขียนแบบบันทึกการเรียนรู้ สิ่งที่เกิดขึ้นชัดเจน คือความมีวินัย ตรงต่อเวลาและความกระตือรือร้นต่อการเขียนบันทึกการเรียนรู้ นำส่งได้ทันเวลาโดยไม่ต้องเตือนให้ส่งงาน พัฒนาเปลี่ยนผ่านจากความคิดเดิมสู่ความคิดเติบโตด้วยจิตบริการและจิตอาสา เกิดบรรยากาศการทำงานแบบมีส่วนร่วม ส่งเสริมความรักความสามัคคีในหมู่คณะ และจากประสบการณ์การเป็นแกนนำกัลยาณมิตรของผู้วิจัย ที่ได้มีโอกาสร่วมกระบวนการเรียนรู้ที่สามารถเปลี่ยนผ่านความคิดแบบเดิมสู่ความคิดเติบโต (Growth Mindset) ด้วยการเปลี่ยนผ่านภายในตนเอง ทำให้มองเห็นคุณค่าของกระบวนการเรียนรู้ [6] จึงเกิดแนวคิดขยายพื้นที่การเรียนรู้สู่การเรียนการสอน โดยมีระบบส่งเสริมการศึกษาในศตวรรษที่ 21 ตามแนวคิดของไสว ฟักขาว (2563)[9]โดยมีแกนนำกัลยาณมิตรร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบ Peer coaching คำชี้แนะและการสนับสนุนจากโค้ชผู้บริหารและโค้ชผู้เชี่ยวชาญ [8] เส้นทางแห่งการเรียนรู้จึงเป็นเส้นทางที่มีความสุข ปลื้มปิติ สร้างแรงบันดาลใจ ต่อผู้วิจัยที่เปลี่ยนบทบาทตนเองจากครูผู้สอนมาเป็นครูโค้ช ได้เห็นการเปลี่ยนผ่านความคิดของผู้เรียนเป็นความคิดที่เติบโตมีพัฒนาการทางความคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์เพิ่มขึ้น รวมทั้งมองเห็นศักยภาพในตัวผู้เรียนที่สามารถพัฒนาได้ไม่มีที่สิ้นสุด ยิ่งสร้างพลังขับเคลื่อนในกระบวนการเรียนรู้ได้อย่างมั่นใจ

ข้อเสนอแนะ

กระบวนการพัฒนาการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ เป็นแนวทางการจัดการศึกษาในศตวรรษที่ 21 ที่เน้นให้ผู้เรียนสร้างกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาและต้องมีความต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลมากที่สุด จึงถือว่าเป็นนโยบายสำคัญของวิทยาลัยฯในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่ควรสนับสนุนให้มีการวางรากฐานแนวทางจัดการเรียนการสอนเพื่อปูพื้นฐานการพัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบของผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนและผู้สอนคุ้นเคยกับกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง สิ่งที่ควรเปลี่ยนแปลงในการจัดการเรียนรู้คือ บทบาทครูผู้สอนต้องเปลี่ยนไปจากแบบเดิม เป็นครูโค้ชที่เน้นการสอนวิธีเรียน กระบวนการคิด สร้างแรงบันดาลใจ ช่วยเหลือให้คำแนะนำ โดยผู้เรียนตัดสินใจเลือกวิธีการเรียนรู้ด้วยตนเองมากขึ้น ซึ่งรูปแบบการสอนที่หลากหลายจะเอื้อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ โดยมีระบบส่งเสริมการศึกษาในศตวรรษที่ 21 ที่ประกอบด้วย หลักสูตรและการสอน มาตรฐานในการเรียนรู้ การประเมินผล การพัฒนาผู้สอน และ การจัดสิ่งแวดล้อมในการเรียนรู้ องค์ประกอบต่างๆเหล่านี้ ส่งผลต่อผู้เรียนทั้งในด้านการทำงานในวิชาชีพ การเรียนรู้ทักษะชีวิต การเสริมสร้างคุณลักษณะที่ดีให้เกิดเป็นนิสัยของผู้ใฝ่เรียนรู้ การเสริมสร้างอัตลักษณ์บัณฑิตด้านความเป็นพลเมืองสร้างสรรค์ที่มีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ การเรียนรู้ในผู้เรียนแต่ละคนเกิดจากการลงมือปฏิบัติจริงจนมีประสบการณ์ แล้วจึงนำประสบการณ์นั้นๆมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ จนกระทั่งกลายเป็นองค์ความรู้ จุดเน้นการศึกษาที่แท้จริงคือการพัฒนาผู้เรียนให้เกิดความเติบโตในด้านศักยภาพการเรียนรู้ด้วยตนเอง เป็นบุคคลที่ใฝ่เรียนรู้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.มกราพันธุ์ จูฑะรสก รองศาสตราจารย์ ดร.มารุต พัฒผล ที่ ผู้บริหาร ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น อาจารย์เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ แกนนำกัลยาณมิตรทุกท่านที่เป็นที่ปรึกษาในการทำงาน นักศึกษา ปวส.ปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ชั้นปีที่ 2 รุ่นที่ 22 และชุมชนบ้านหนองหัววัว ตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่เป็นพื้นที่ในการเรียนรู้และฝึกปฏิบัตินักศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1.กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. "การเรียนรู้โดยผ่านการสะท้อนคิด : การศึกษาและการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก". **วารสารสมาคมพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**. ปีที่ 9(ฉบับที่ 2) : 35-48, 2544.

2.กัลยารัตน์ อนนท์รัตน์. "ขุมความรู้ด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาล". **Nursing Journal of The Ministry of Public Health**, ปีที่ 23(ฉบับที่ 3): 12-23. 2014.

3.กรรณิกา วิชัยเนตร. (2557). การสะท้อนคิด : การสอนเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลพัฒนากระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล. **วารสารพยาบาลตำรวจ**, 6(2) 188-193.

4.กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพและคณะ. "ผลการใช้ปัญหาเป็นหลักในการจัดการเรียนการสอนการดูแลมารดา และทารกที่มีปัญหาสุขภาพเนื่องจากการตั้งครรภ์ ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4". **Journal of Nursing and Education,** Volume 11 (Number 2): 87-97. 2018.

5.หลักสูตรเวชกิจฉุกเฉิน. **เล่มหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559 สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์**. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, 2559**.**

6.มกราพันธุ์ จูฑะรสก และ อณิษฐา จูฑะรสก. **การสะท้อนคิด:กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยตะกร้า 3 ใบ.** พิมพ์ครั้งที่ 3. แดเนกซ์อินเตอร์คอปอเรชั่นจำกัด. กรุงเทพฯ, 2560.

7.วัชรี แซงบุญเรืองและคณะ. "การสังเคราะห์รูปแบบสภาพแวดล้อมทางการเรียนเสมือนจริงบนเว็บตามแนวคอนสตรัค ติวิสต์ ที่ส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณสำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี". **Nakhon Phanom University Journal,** Volume 6 (Number 1)**:** 43-51. 2016.

8.วิชัย วงษ์ใหญ่ และ มารุต พัฒผล. **การโค้ชเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้เรียน.** พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักพิมพ์ บริษัทจรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด. กรุงเทพฯ, 2562.

9.ไสว ฟักขาว. **ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 (21st Century Skills).** http:// web.chandra.ac.th/blog/wp-content/uploads/2015/10/. สืบค้นเมื่อ 16 มีนาคม 2563)

10. Jutarosaga M., Siriporn L. and Jutarosaga A. (2014).**The Development Pathway of Integrated Education System in Thai Nursing Colleges under the PraboromarajchanokInstute for Humanized Health Care.** Proceeding of Prince Mahidol Award Conference ; 27-31 Jan.2014.Pattaya, Thailand.

11.Senge, Peter. (1995). **The Fifth Disciptine : The Art & Practice of The Learning Organization**. London : Century Business.

ผลการสอนแบบทีมการพยาบาลต่อภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ความวิตกกังวล และความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียว โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

EFFECT OF NURSING TEAM TEACHING ON POSTOPERATIVE COMPLICATION AND RECOVERY, ANXIETY, AND SATISFACTION IN ONE DAY CASE SURGERY PATIENTS OF INQUINAL HERNIA, KALASIN HOSPITAL

เยาวเรศ ก้านมะลิ[1]

Yaowaret Kanmali[1]

(Received: February 9 ,2020 ; Accepted: March 16,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ความวิตกกังวล และความพึงพอใจในบริการพยาบาลหลังผ่าตัดของผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวหลังการสอนแบบทีมการพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ตามกรอบแนวคิดการทำงานเป็นทีมของ Woodcock (1989) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวโดยทำการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 72 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 36 คน กลุ่มทดลอง 36 คน โดยกลุ่มทดลองใช้รูปแบบการสอนแบบทีมการพยาบาลเป็นรายกลุ่ม ๆ ละ 4 - 6 ราย สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติจากบุคลากรพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุดดังนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 1) แผนการสอนแบบทีมการพยาบาลก่อนผ่าตัด 2) แผนการสอนแบบทีมการพยาบาลหลังผ่าตัด 3) เทปวีดีทัศน์ 4) แผ่นพับ 5) Line Application เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญสถานการณ์ 2) แบบสอบถามการฟื้นตัวหลังผ่าตัด 3) แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 4) แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาล ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน และค่าความความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80, .82, .78 และ .92 ตามลำดับ ระยะเวลาในการวิจัยตั้งแต่เดือนเมษายนถึงธันวาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ค่าที (Paired t-Test & Independent t-Test)

ผลการวิจัย 1) พบว่าทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลใกล้เคียงกันทั้งก่อนและหลังผ่าตัด โดยก่อนการผ่าตัดพบว่าข้อบ่งชี้ด้านความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง 34 - 40 เปอร์เซ็นต์ ชีพจร 71 ถึง 90 ครั้งต่อนาทีจำนวนมากที่สุด แต่ความดันโลหิตต่างกัน กลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตระหว่าง 120/78 - 140/92 มิลลิเมตรปรอท กลุ่มควบคุมมีค่าความดันโลหิตระหว่าง 108/60 - 132/80 มิลลิเมตรปรอท หลังผ่าตัดก่อนกลับบ้าน พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีชีพจร 81 ถึง 90 ครั้งต่อนาทีมีจำนวนมากที่สุด ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยระหว่าง 110/60 - 130/80 มิลลิเมตรปรอท 2) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบว่าทั้งสองกลุ่มมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อยเหมือนกัน แต่ในกลุ่มทดลองมีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) การฟื้นตัวหลังผ่าตัดหลังการสอนแบบทีมการพยาบาลของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4) ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการสอนแบบทีมการพยาบาลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างแสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีความเท่าเทียมกันก่อนการทดลอง จึงทำ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองของทั้งสองกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวหลังการสอนลดลงจากก่อนการสอนที่ระดับนัยสำคัญ .01 5) ความพึงพอใจในบริการพยาบาลหลังการสอนแบบทีมการพยาบาลของกลุ่มทดลอง ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ การสอนแบบทีมการพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลความพึงพอใจในบริการพยาบาล ผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียว

Abstracts

The purpose of this quasi-experimental research design was to compare postoperative complications and recovery, anxiety, and satisfaction in postoperative nursing services of patients undergoing one-day hernia surgery after teaching by nursing team between the experimental groups. And control group. According to the Woodcock (1989) teamwork framework. A sample 72 patients undergoing a one-day hernia surgery was selected by purposive sampling, and divided into a control group of 36 people, the experimental group was 36 people.

---

[1] พย.ม., ค.ค. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

The experimental group used teaching styles of nursing team in each group from 4 to 6 people, and the control group received normal teaching from nursing personnel. A research instruments was consisting of (i) preoperative nursing team teaching plan (ii) postoperative nursing team teaching plan (iii) video tape (iv) brochure, and for data collection consisting of (i) anxiety while during situations (ii) postoperative recovery questionnaire (iii) postoperative complication assessment form (iv) nursing service satisfaction questionnaire. Content validity by 4 experts was passed and .80, .82, .78 and .92 Cronbach's alpha coefficients respectively. The duration of the research was from April to August 2019. Data were analyzed by computer software using percentage, mean, standard deviation, and paired t-test & Independent t- test.

The result as followed; 1) Health data showed that both groups had similar information before and after surgery. Before surgery, it was found that the highest concentration of red blood cells were 34 - 40 percent, pulse 71 to 90 per minute. But blood pressure is different The experimental group had blood pressure between 120/78 - 140/92 mmHg. The control group had blood pressure values between 108/60 - 132/80 mmHg. After surgery, before going home, it was found that the experimental and control groups had 81 to 90 pulses per minute, averaged blood pressure between 110/60 - 130/80 mmHg. 2) Postoperative complications found that both groups had mild nausea and vomiting, The experimental group was statistically significantly less pain than the control group at .05. 3) Postoperative recovery, after nursing team teaching, the experimental group was statistically significantly better than the control group at .05. 4) The mean of anxiety, before the experiment, not differences show that both groups are equal. The mean post-test anxiety of both groups found that The experimental group had less mean than the control group. And statistically significant at .01and found that anxiety of patients undergoing a one-day inquinal hernia surgery after teaching decreased from before teaching at the significant at .01 . 5) Nursing service's satisfaction, after nursing team teaching, the experimental group better than the control group with statistical significance at .01.

Keywords Nursing team teaching, Postoperative complication and recovery, Anxiety, Satisfaction, One day case surgery patient of inquinal hernia

บทนำ

ไส้เลื่อน (Hernia) เป็นอุบัติการณ์ที่พบได้บ่อยเกิดจากสภาวะที่ลำไส้เคลื่อนตัวออกมาจากตำแหน่งเดิมทำให้เห็นเป็นลักษณะคล้ายก้อนตุง ส่วนใหญ่เกิดจากความอ่อนแอของผนังช่องท้องที่มีมาแต่กำเนิดหรือเกิดภายหลังเช่น ผลจากการผ่าตัด ภาวะแรงดันที่มากผิดปกติภายในช่องท้อง การแบ่งจากภาวะท้องผูก การไอหรือจาม การยกของหนัก โดยภาวะไส้เลื่อนสามารถแบ่งออกเป็นประเภทตามบริเวณตำแหน่งการเกิดโรคที่พบได้บ่อยได้แก่ (1) ไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ (Inguinal hernias) เป็นภาวะไส้เลื่อนซึ่งเกิดจากความผิดปกติของผนังช่องท้องตั้งแต่กำเนิด โดยลำไส้เคลื่อนมาติดคาที่บริเวณขาหนีบ หรือถุงอัณฑะ (2) ไส้เลื่อนบริเวณสะดือ (Umbilical hernias) เป็นภาวะที่ลำไส้เคลื่อนตัวออกมาตุงที่บริเวณกลางหน้าท้อง ทำให้เห็นลักษณะเป็นก้อนนูนบริเวณสะดือ (3) ไส้เลื่อนเนื่องจากการผ่าตัด (Incisional hernias) เป็นภาวะไส้เลื่อนที่อาจเกิดขึ้นหากผู้ป่วยเคยได้รับการผ่าตัดที่บริเวณช่องท้องมาก่อนทำให้เกิดความอ่อนแอของผนังหน้าท้องในบางกรณี (4) ไส้เลื่อนบริเวณต่ำกว่าขาหนีบ (Femoral hernias) อาการของไส้เลื่อนที่เห็นได้ชัดที่สุดก็คือ ผู้ป่วยรู้สึกมีก้อนลักษณะตุงอยู่บริเวณที่มีลำไส้เคลื่อนตัวออกมา และมีอาการเจ็บโดยเฉพาะเวลาที่ก้มตัว ไอ หรือยกสิ่งของ บางรายอาจมีความผิดปกติที่ช่องท้อง รู้สึกแน่นท้อง หรือมีอาการปวดแสบปวดร้อน หากมีอาการไส้เลื่อนที่บริเวณกระบังลม อาจทำให้เกิดภาวะกรดไหลย้อน เจ็บหน้าอก หรือมีปัญหาในการกลืน ในผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการใด ๆ เลย มีแต่เพียงอาการให้เห็นภายนอกเท่านั้น ทั้งนี้หากผู้ป่วยมีอาการเจ็บบริเวณที่เป็นไส้เลื่อนอย่างเฉียบพลันหรือภาวะไส้เลื่อนเดิมที่เป็นหนักขึ้น โดยมักพบว่าผู้ป่วยมีอาการอาเจียน ท้องผูก มีแก๊สในกระเพาะอาหาร หรือบริเวณที่ไส้เลื่อนออกมาตุงที่ผนังหน้าท้องมีลักษณะแข็ง จนไม่สามารถใช้มือกดบริเวณที่เป็นก้อนลงไปได้ ควรรีบพบแพทย์อย่างเร็วที่สุด เพราะอาจเป็นสัญญาณว่าเลือดไม่สามารถไหลเวียนไปเลี้ยงลำไส้ในบริเวณที่เป็นไส้เลื่อนได้ เกิดอาการบวม เสี่ยงต่อภาวะลำไส้ตาย ซึ่งจะต้องได้รับการผ่าตัดด่วนเพื่อรักษาอาการ

สำหรับการรักษานั้นแพทย์จะเสนอการผ่าตัด 2 วิธีดังนี้ (1) การผ่าตัดแบบเปิด (Open surgery) เป็นวิธีการผ่าตัดแบบมาตรฐาน โดยแพทย์จะทำการผ่าที่บริเวณหน้าท้องแล้วดันส่วนที่เคลื่อนออกมากลับเข้าไปสู่ตำแหน่งเดิม จากนั้นแพทย์จะใส่วัสดุคล้ายตาข่ายเพื่อเสริมความแข็งแรง วิธีการผ่าตัดนี้เป็นวิธี

มาตรฐานที่นิยมใช้ และจะใช้วิธีนี้เช่นกัน หากต้องทำการผ่าตัดไส้เลื่อนเป็นการด่วน (2) การผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic surgery) เป็นการผ่าตัดโดยผ่านกล้องด้วยเครื่องมือเฉพาะ สำหรับการผ่าตัดชนิดนี้ แผลผ่าตัดจะมีขนาดเล็กกว่าการผ่าตัดแบบเปิดมาก สามารถฟื้นตัวได้ไว แต่มีข้อเสียคือ ผู้ป่วยอาจกลับมาเป็นไส้เลื่อนซ้ำที่บริเวณเดิมได้ และมีค่าใช้จ่ายสูง โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยสามารถกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้ทันทีหลังการผ่าตัด และสามารถใช้ชีวิตได้เป็นปกติภายในไม่กี่สัปดาห์

การให้บริการของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์แต่ละวันจะมีผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดและกลับบ้านในวันเดียวเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 - 2562 มีจำนวน 7,289 7,436 และ 8,406 รายตามลำดับ นอกจากนี้ในปี 2562 ที่ผ่านมาโดยเฉพาะผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียว พบว่า มีอุบัติการณ์ที่เกิดจากการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เช่น การลงลายมือชื่อ ในใบยินยอมผ่าตัดไม่สมบูรณ์ การมีของมีค่าติดตัวมา และสิทธิบัตรไม่ตรงตามคุณสมบัติของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 57.14, 35.71 และ 7.14 ตามลำดับ และผลจากรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นพบว่า ผู้ป่วยมักจำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องไม่ได้ มีความวิตกกังวลมากขึ้น และไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ในระบบการบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์นั้น ประกอบด้วยกระบวนการหลัก การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจผู้ป่วยและญาติให้พร้อมก่อนที่จะทำการผ่าตัด จะทำให้เกิดปัญหาหลังผ่าตัดน้อย ลดขั้นตอน และการเกิดความผิดพลาด เป็นการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงต่างๆที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง และให้มีความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตน รวมทั้งช่วยให้สามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่ต้องเผชิญได้ล่วงหน้าตรงกับความเป็นจริง ทำให้มีการปรับตัว และตัดสินใจเลือกได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยลดความวิตกกังวลและเกิดการเรียนรู้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ โดยการนำข้อมูลมาผ่านกระบวนการทางความคิด และควบคุมสถานการณ์ได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเตรียมตัวที่ถูกต้องและคลายความวิตกกังวลได้ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและจำเป็นเพื่อให้ได้รับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง พร้อมการมอบแผ่นพับ เรื่อง ข้อควรรู้ที่สำคัญก่อนเข้ารับการผ่าตัด และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องภายหลังการผ่าตัด รวมถึงวิธีการติดตามและประเมินผลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เตรียมความพร้อมของตนเองมีอ่านทบทวนทำความเข้าใจในสิ่งที่ตนต้องปฏิบัติ ช่วยให้ประเมินและควบคุมสถานการณ์ได้ดีขึ้นรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย คลายความวิตกกังวล นอกจากนี้ยังช่วยให้สัมพันธภาพในการรักษาดีขึ้น รู้สึกยอมรับและไว้วางใจ จากการทำงานเป็นทีมของพยาบาลที่เกี่ยวข้องในแนวทางที่เน้นคุณภาพและประสิทธิภาพของการให้บริการ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตามสิทธิผู้ป่วยในข้อที่ว่าผู้ป่วยที่รอรับบริการด้านสุขภาพ มีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่การช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวตามแนวคิดการทำงานเป็นทีมของ Woodcock (1989)[13]

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการวิจัยเรื่อง ผลการสอนแบบทีมการพยาบาลต่อภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ความวิตกกังวล และความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียว โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยครั้งนี้คาดว่าน่าจะเป็นแนวทางการพัฒนางานบริการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวอย่างมีแบบแผนด้วยการทำงานเป็นทีม ยังผลให้ผู้รับบริการมีความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยในชีวิตนำไปสู่การปรับตัวเผชิญต่อสถานการณ์อย่างถูกต้องเหมาะสม ไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวิญญาณ รวมทั้งลดการเกิดอุบัติการณ์ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ผลจากการวิจัยที่ได้สามารถนำไปปรับปรุงระบบการบริการพยาบาลของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ให้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการบริการผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ความวิตกกังวล และความพึงพอใจในบริการพยาบาลหลังผ่าตัดของผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวหลังการสอนแบบทีมการพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research Design) แบบแผนการทดลองเป็นแบบทดสอบก่อนและหลังการทดลอง มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งงานวิจัยนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการสอนแบบทีมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียว โดยทีมการพยาบาลประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลนักวิจัยประจำกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ณ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวทุกคนที่ได้รับการที่เข้ารับการผ่าตัด ณ ห้องผ่าตัด ซึ่งมีการแจ้งการผ่าตัดล่วงหน้าทุกรายในเวลาราชการที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 168 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากประชากรที่ศึกษาจำนวน 72 ราย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 36 คน ผู้วิจัยจะทำการสุ่มวิธีการสอนดังกล่าวก่อนวันที่ทำการทดลอง จนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนดทั้งสองกลุ่ม โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (1) ผู้ป่วยไม่เคยเข้ารับการผ่าตัดใดๆ มาก่อน (2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม และเกณฑ์คัดออก (1) มีประวัติของภาวะความดันโลหิตสูงและมีภาวะโลหิตจาง (2) เกิดภาวะแทรกซ้อนผิดปกติก่อนเข้ารับการผ่าตัด เช่น มีไข้ เป็นไข้หวัด เป็นต้น การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันสำหรับการวิจัยกึ่งทดลอง โดยการหาค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) คำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยทบทวนงานวิจัยที่มีลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ตัวแปรที่ศึกษาและลักษณะของสิ่งทดลองที่ให้ที่คล้ายคลึงกับงานวิจัยนี้มากที่สุด เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนสิงหาคม 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ชุดดังนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 1) แผนการสอนแบบทีมการพยาบาลก่อนผ่าตัด 2) แผนการสอนแบบทีมการพยาบาลหลังผ่าตัด 3) เทปวีดีทัศน์ 4) แผ่นพับ 5) Line Application ซึ่งเมื่อผู้ป่วยสแกน QR code จะปรากฏแอพพลิเคชั่นของปุ่มรายการให้เลือก 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคไส้เลื่อนและอาการสำคัญ ส่วนที่ 2 วิธีการเตรียมความพร้อมของก่อนผ่าตัดและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ส่วนที่ 3 การถามตอบข้อสงสัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดและ/หรือสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญสถานการณ์ 2) แบบสอบถามการฟื้นตัวหลังผ่าตัด 3) แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 4) แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาล ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน และค่าความความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80, .82, .78 และ .92 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์แล้วนำไปคำนวณด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ค่าที (Paired t-Test & Independent t-Test)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรม

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยดำเนินการศึกษาหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลขที่ COA No.006-2019

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า เพศชายที่มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปีมีมากที่สุด การศึกษาของกลุ่มทดลองระดับปริญญาตรีมีมากที่สุด ส่วนกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ทั้งสองกลุ่มมีอาชีพรับจ้าง/ธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยผ่าตัด ตามลำดับ พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลส่วนบุคคลใกล้เคียงกัน แต่สัดส่วนไม่เท่ากัน

2. ข้อมูลสุขภาพ พบว่าทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลใกล้เคียงกันทั้งก่อนและหลังผ่าตัด โดยก่อนการผ่าตัดพบว่าข้อบ่งชี้ด้านความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง 34-40 เปอร์เซ็นต์ ชีพจร 71 ถึง 90 ครั้งต่อนาทีจำนวนมากที่สุด แต่ความดันโลหิตต่างกัน กลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตระหว่าง 120/78 - 140/92 มิลลิเมตรปรอท กลุ่มควบคุมมีค่าความดันโลหิตระหว่าง 108/60 - 132/80 มิลลิเมตรปรอท หลังผ่าตัดก่อนกลับบ้าน พบว่า กลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม มีชีพจร 81 ถึง 90 ครั้งต่อนาทีมีจำนวนมากที่สุด ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยระหว่าง 110/60 - 130/80 มิลลิเมตรปรอท

3. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและการฟื้นตัว

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		*t*	*df*	*p*
	$\bar{x}$	*SD*	$\bar{x}$	*SD*			
ภาวะแทรกซ้อน	2.67	0.57	3.71	0.43	4.07	70	.05
การฟื้นตัว	4.08	0.72	3.51	0.53	5.92	70	.05

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 พบว่า ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและการฟื้นตัว พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อยเหมือนกัน แต่ในกลุ่มทดลองมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการฟื้นตัวของกลุ่มทดลองดีกว่าควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ความวิตกกังวลก่อน และหลังการสอน

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อน และหลังการสอนแบบทีมการพยาบาลของ กลุ่มทดลอง (n = 36)

ความวิตกกังวล	$\bar{x}$	*SD*	$\bar{d}$	SD_d	*t*	*df*	*p*
ก่อนสอน	2.28	0.31	0.21	0.08	4.12	35	.001
หลังสอน	1.81	0.39					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 2 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อน และหลังการสอนแบบทีมการพยาบาลของกลุ่มทดลองด้วยสถิติที (Paired t-Test) พบว่า ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวหลังการสอนแบบทีมการพยาบาลลดลงจากก่อนการสอน ($\bar{d}$=0.21, SD_d=0.08) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t=4.12, df=35, p=.001)

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังการสอนแบบทีมการพยาบาลของกลุ่ม ทดลอง (n=36) และกลุ่มควบคุม (n=36)

ความวิตกกังวล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		*t*	*df*	*p*
	$\bar{x}$	*SD*	$\bar{x}$	*SD*			
ก่อนสอน	2.28	0 .31	2.30	0.34	0.27	70	.39
หลังสอน	1.81	0 .39	2.12	0.28	2.46	70	.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 3 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการสอนแบบทีมการพยาบาลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิตที (Independent t-Test) พบว่า ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการสอนแบบทีมการพยาบาลของกลุ่มทดลอง ($\bar{x}$ =2.28, *SD*=0.31) และกลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ = 2.30, *SD*=0.34) ไม่มีความแตกต่างกัน แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีความเท่าเทียมกันในระยะก่อนการทดลอง ส่วนค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการสอนแบบทีมการพยาบาลของกลุ่มทดลอง($\bar{x}$ = 1.81, *SD*=0.39) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ =2.12, *SD*=0.28) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t=2.46, df=70)

5. ความพึงพอใจในบริการพยาบาลหลังการสอนแบบทีมการพยาบาล

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการพยาบาลหลังการสอนแบบทีมการพยาบาล ของกลุ่มทดลอง (n=36) และกลุ่มควบคุม (n=36)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม				
	$\bar{x}$	*SD*	$\bar{x}$	*SD*	*t*	*df*	*p*
ความพึงพอใจฯ	4.48	0.72	3.72	0.53	4.27	70	.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติที (Independent t-Test) พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการพยาบาลหลังการสอนแบบทีมการพยาบาลของกลุ่มทดลอง ($\bar{x}$ =4.48, *SD*=0.72) ดีกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ =3.72, *SD*=0.53) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (*t* =4.27, *df*=70)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ความวิตกกังวลก่อนและหลังการสอนแบบทีมการพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลก่อนการทดลองต่ำ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความมั่นใจว่าการผ่าตัดผ่านไปได้ด้วยดี เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อน และหลังการสอนของกลุ่มทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการสอนลดลงจากก่อน การสอน เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 และค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 อธิบายได้ว่า การที่ความวิตกกังวลก่อนการสอนของทั้งสองกลุ่มมีระดับความวิตกกังวลไม่สูงมากนัก อาจจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้รวดเร็ว มีสมาธิดี และจำกัดความสนใจไว้เฉพาะเรื่องที่ตนต้องการได้ [10] เมื่อกลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการสอนแบบทีมการพยาบาลที่ทีมร่วมกันพัฒนาตามแนวคิดการทำงานเป็นทีม ซึ่งมีแผนการสอน และสื่อการสอนที่ชัดเจน ทีมการพยาบาลมีสัมพันธภาพที่ดีภายในทีมพร้อมกับสร้างสัมพันธภาพที่ดีแก่ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียว ให้การสอนและคำแนะนำที่ทำให้มีความไว้วางใจเชื่อมั่นว่าการผ่าตัดสามารถผ่านไปได้ด้วยดี จึงทำให้ความวิตกกังวลจากสถานการณ์การผ่าตัดที่มากระตุ้นมีผลกระทบลดลง มั่นใจใน การเข้ารับการผ่าตัดมากขึ้นจากก่อนการสอน ซึ่งการรวมตัวกันของทีมและร่วมกันพัฒนารูปแบบการสอนช่วยให้เกิดประโยชน์โดยตรงต่อผู้รับบริการ [13] การทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ ทำให้องค์การลดต้นทุนด้านการบริหาร และขจัดอุปสรรคด้านการติดต่อสื่อสาร เพิ่มสมรรถภาพในการทำงาน ทุกคนเข้าใจกระบวนการทำงาน และมีความรับผิดชอบร่วมกัน รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมมีความผูกพันทางใจต่อทีม ทำให้ทีมพัฒนาความคิดได้อย่างสร้างสรรค์ เลือกความคิดที่ดีและเป็นไปได้มากที่สุดเพื่อการนำไปปฏิบัติเกิดรูปแบบในการให้บริการใหม่ ๆ เป็นการยกระดับคุณภาพการพยาบาล เพิ่มพูนความรู้ และทักษะการพยาบาล ดังนั้นการใช้รูปแบบที่ทีมการพยาบาลที่ทำงานต่างหน่วยงานร่วมกันพัฒนา และทุกคนให้การยอมรับ สามารถประสบความสำเร็จได้ทั้งที่แต่เดิมมีโอกาสเป็นไปได้ยาก เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างที่แตกต่างกัน เมื่อทุกคนใช้ความพยายาม และตั้งใจอย่างมากในการพัฒนารูปแบบที่ทีมการพยาบาลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพการบริการที่ดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลหลังการผ่าตัดพบว่าทั้งสองกลุ่มมีความวิตกกังวลลดลง แต่กลุ่มควบคุมลดลงน้อยกว่าเป็นเพราะความวิตกกังวลในเรื่องการผ่าตัดของตนเอง สุขภาพแต่เรื่องสุขภาพของตนเองหลังผ่าตัดยังส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลอยู่ การที่ทีมการพยาบาลไปเยี่ยมพร้อม ทั้งให้การสอนทันทีหลังผ่าตัด อาจจะทำให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในเรื่องการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดดีกว่าจึงทำให้มีความวิตกกังวลต่ำกว่า

2. ภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหลังการสอนแบบทีมการพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบการฟื้นตัวหลังผ่าตัดหลังการสอนแบบทีมการพยาบาลของทั้งสองกลุ่ม พบว่า ค่าเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลอง

ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 3 อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับการสอนแบบทีมการพยาบาลที่มีการพัฒนารูปแบบการสอนอย่างอิสระตามบทบาทหน้าที่ ได้รับการส่งเสริมให้ทำงานผสมผสานในความแตกต่างของความสามารถบุคคล แสดงวัตถุประสงค์ และเป้าหมายของทีมอย่างชัดเจน มีการสื่อสารและสัมพันธ์ที่ดีต่อกันภายในทีมอย่างเปิดเผย ร่วมมือ และขัดแย้งเชิงสร้างสรรค์ [13] ซึ่งปัจจุบันทีมมีความจำเป็นต่อการพัฒนาการบริการให้มีมาตรฐานแห่งวิชาชีพ โดยที่ผู้บริหารต้องส่งเสริมให้สมาชิกในองค์การพัฒนาศักยภาพในการทำงานเป็นทีม ทั้งทางด้านสภาพแวดล้อม การฝึกอบรม และการยอมรับในความแตกต่างของบุคคล

ทีมการพยาบาลให้การสอนอย่างครอบคลุมตามความต้องการหรือความจำเป็นสำหรับผู้รับบริการเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ในระดับสมองโดยปรับความรู้สึกนึกคิด (Cortical Control) เกี่ยวกับการผ่าตัด ฝึกให้ผู้รับบริการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง และทบทวนอย่างต่อเนื่อง ในระยะก่อนผ่าตัด [12] ทำให้ผู้รับบริการเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะและหลังผ่าตัดได้ดีเป็นการเพิ่มระดับการรับรู้ ความสามารถ แสดงพฤติกรรมตอบสนองในการปฏิบัติตนเพื่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม [4] และเพิ่มเติมการสอนอีกครั้งหลังผ่าตัดทำให้ดัชนีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดีกว่า ทั้งด้านข้อจำกัดของร่างกาย การสูญเสียหน้าที่ ความเจ็บปวด การทำหน้าที่ของอวัยวะภายในร่างกาย การนอนหลับ และภาวะด้านจิตใจ สำหรับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้แก่ กลุ่มอาการท้องอืด และคลื่นไส้อาเจียนของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งอาการท้องอืดหลังผ่าตัดเกิดจากผลของหลายสาเหตุ เช่น การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับยาแก้ปวดในกลุ่มมอร์ฟีน ยาชาที่ฉีดเข้าไขสันหลังทำให้ลดการบีบตัวตลอดทางเดินอาหารตั้งแต่กระเพาะอาหารจนถึงลำไส้ใหญ่ อาหารและสารคัดหลั่งต่าง ๆ ค้างอยู่กระเพาะอาหารเป็นเวลานาน มีการขยายตัวของกระเพาะอาหารร่วมกับการระคายเคืองของการผ่าตัดอวัยวะในช่องท้อง และการไม่เคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ซึ่งทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับยาในกลุ่มดังกล่าวเหมือนกัน แต่การที่กลุ่มทดลองมีอาการน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อาจเกิดจากกลุ่มทดลองอาจมีการกระตุ้นการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดเร็วกว่ากลุ่มควบคุมเพราะได้รับรูปแบบการสอนแบบทีมการพยาบาล สอนให้เคลื่อนไหวร่างกายทั้ง การตะแคงตัว การนั่ง และการเดิน ก่อนผ่าตัด และทบทวนการสอนอีกครั้งทันทีหลังผ่าตัดเพื่อเตรียมพร้อมกลับบ้าน

3. ความพึงพอใจในบริการพยาบาลหลังการสอนแบบทีมการพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการพยาบาลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการพยาบาลของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 4 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคต่าง ๆ ส่วนใหญ่ตั้งใจเข้ารับการผ่าตัด แต่ไม่มีประสบการณ์การผ่าตัดมาก่อน เมื่อได้รับรูปแบบการสอนแบบทีมการพยาบาลที่ให้การดูแลด้านจิตใจ การสอนและคำแนะนำตั้งแต่ก่อน และหลังผ่าตัด โดยมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี สนใจซักถามอาการที่อาจผิดปกติ และความต้องการเมื่อมารับการผ่าตัด ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการต้อนรับ และความเอาใจใส่ ใช้รูปแบบการสอนที่เข้าใจง่าย คุณลักษณะดังกล่าวเป็นความคาดหวังที่ผู้รับบริการต้องการ คือ พยาบาลมีบุคลิกภาพที่ดี มีความเป็นกันเอง ใช้การติดต่อสื่อสารด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย และให้ความมั่นใจว่าผู้รับบริการจะได้รับบริการที่ดี [9] ซึ่งความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพบริการ เป็นผลลัพธ์ของการดูแลให้การพยาบาล ถ้าบริการใดสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ก็จะถือว่าบริการพยาบาลนั้นมีคุณภาพดี [6] โดยรูปแบบการสอนแบบทีมการพยาบาลมุ่งเน้นสิ่งสำคัญ คือ การสอนการปฏิบัติตนก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด เพื่อเพิ่มศักยภาพความสามารถในการปฏิบัติตนของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นการลดความวิตกกังวล การฟื้นตัวหลังผ่าตัดรวดเร็ว และผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นในความปลอดภัย ได้รับการสอนที่ตรงตามความต้องการ ในเรื่องระเบียบปฏิบัติของห้องผ่าตัด การปฏิบัติตน ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกมั่นใจเมื่อมารับการผ่าตัด และมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลที่ได้รับจากทีมการพยาบาล ซึ่งเป็นคุณภาพตามการรับรู้ของ

ผู้รับบริการ [6] การที่ผู้รับบริการได้รับรูปแบบการสอนแบบทีมการพยาบาลที่มีความครอบคลุมทั้งก่อน ขณะ และหลังผ่าตัดทำให้ผู้รับบริการสามารถปฏิบัติตนได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่านพ้นการผ่าตัดไปได้ด้วยดี ก่อให้เกิดความพึงพอใจเมื่อมารับบริการ การสอนแบบทีมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวโดยใช้กรอบแนวคิดการทำงานเป็นทีมของ Woodcock (1989)[13] มีประสิทธิผลที่ดี ทั้งด้านความวิตกกังวล ภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และความพึงพอใจในบริการพยาบาลหลังการใช้การสอนแบบทีมการพยาบาล ปัจจัยที่ทำให้การวิจัยได้รับความสำเร็จ คือ ความร่วมมือของทีมการพยาบาลผู้พัฒนารูปแบบ และทีมการพยาบาลผู้สอนที่สามารถทำได้ตามกรอบแนวคิด ทำให้ผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นในความปลอดภัย มีความมั่นใจในการเข้ารับการผ่าตัดมากขึ้น และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญจริง ทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลที่ได้รับพร้อมกับร่วมมือในกิจกรรมการรักษาพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการศึกษาพบว่ารูปแบบการสอนแบบทีมการพยาบาลส่งผลให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวลดลง การฟื้นตัวหลังผ่าตัด และความพึงพอใจในบริการพยาบาลดีขึ้น ซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำรูปแบบการสอนดังกล่าวไปใช้จริงกับผู้รับบริการประเภทผ่าตัดวันเดียวทุกรายโดยมีการสร้างทีมสอนหลายทีมเพื่อสลับกันสอน มีการยืดหยุ่นในตารางการทำงาน ปรับเปลี่ยนเวลาสำหรับสอนตามความเหมาะสมในแต่ละวัน ใช้กลวิธีการสอนให้สอดคล้องกับระดับความรู้ความสามารถของผู้รับบริการแต่ละราย

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการติดตามผลการนำรูปแบบการสอนแบบทีมการพยาบาลไปใช้ อย่างต่อเนื่อง เป็นระยะทุก 3 เดือนหรือ 6 เดือนเพื่อประเมินผลและเป็นการพัฒนารายละเอียดของรูปแบบการสอนเพิ่มเติม

3. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการวางแผนและฝึกอบรมให้บุคลากรในหน่วยงานนำการทำงานเป็นทีมมาปรับใช้สำหรับการบริการส่วนอื่นของหน่วยงาน เน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีภายในทีม และผสมผสานแนวคิดการให้บริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อลดความเสี่ยงของอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เพิ่มความเชื่อมั่นในความปลอดภัย และตอบสนองความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการเมื่อมารับบริการ ซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานในการรับรองคุณภาพของสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือมีผลต่อการทำงานเป็นทีมการพยาบาลเพื่อค้นหาแนวทางพัฒนาคุณภาพการบริการให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลยิ่งขึ้น

2. ศึกษาการนำรูปแบบการสอนแบบทีมการพยาบาลไปทดลองใช้กับระบบพยาบาลพี่เลี้ยงเพื่อนำผลการวิจัยมาพัฒนาวิธีการสอนแก่พยาบาลรุ่นใหม่ต่อไป

3. ศึกษาสมรรถนะของทีมการพยาบาลที่มีผลต่อการสอนผู้รับบริการเพื่อเป็นการปรับปรุงทักษะ และเพิ่มพูนคุณภาพบริการของทีมการพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจทางการพยาบาล ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และขอบคุณทีมพยาบาลในการวิจัยทุกคนที่เป็นกำลังกายและแรงใจในการทำวิจัยครั้งนี้จนประสบความสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2554). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*.กรุงเทพฯ : ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย จำกัด.

2.Aday, L. A., & Andersen, R. (1978). Development of induces to medical care. *Michigan :Ann Arbor Health Administration.*

3.Burn, N.& Grove, S.K.(2005).*The Practice of nursing research: conduct ,critique, and utilization* (5th ed). St. Louis :Elsevier Saunders.

4.Cousins, M. and Power,I. (1991). Acute and post operative pain in "Textbook of Pain". Churchill Edinburgh. p.447 – 491.

5.Davis, B.A., & Bush ,H. A.(1995). Developing effective measurement tools: A case study of the consumer emergency care satisfaction scale. *Journal of Nursing Care Quality,* 9(3)26-35 .

6.Donabidian, B.(1966).Evaluating the quality of medicine care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*,44, p.166-206.

7.Kalisch , B.J,Curley,M. & Stefanov,S.(2007). An Intervention to Enhance Nursing Staff Teamwork and Engagement. *Journal of Nursing Aministration*.37(2) ,77-84.

8.Kneisl ,C.R.(1992).Stress, anxiety, and coping . In H.S. Wilson & C.R. Kneisl, *Psychiatric nursing*(p.79-97).California: Addison-Wesley Nursing ,A division of the Benjamin Publishing.

9.Parasuraman, A.,Zeithaml,V.A. & Berry,L.L.(1990).*Delivering quality service ;Balancing customer perception and expectation*. London: The Free Press.

10.Struart ,G.W.& Sundeen, S.J.(1983).Principles and practice of psychiatric nursing .(2nd ed). St. Louis: The C.V. Year Book.

11.Talamini, M. A., Stanfield, C.L., Chang, D.C., and Wu, A.W.(2004). *The surgical recovery index, Surgical Endoscopy*. Retrieve July 27 ,2007, from http://www.sri.sage.

12.Torrance, C. & Seginson, E.(1999) . *Surgical Nursing* .Philadelphia : Bailliere Tindall.

13.Woodcock, M. (1989). *Team development manual***.** (2nd ed). Worcester: Billing & Sons.

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ซับซ้อนแบบครบวงจรในคลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา

Nursing of complex cancer patients integrated in an outpatient clinic, Kalasin Hospital : Case study

วรรค์ธะณา ดลโสภณ [1]

Wantana Dolsophon [1]

(Received: May 17 ,2019 ; Accepted: June 19 ,2019)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษากรณีผู้ป่วยมะเร็ง ที่มาติดตามการรักษาที่ผู้ป่วยนอก จำนวน 3 ราย เลือกผู้ป่วยแบบเจาะจงเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่กรณีที่ตรวจไม่พบมะเร็งใน 3 ครั้งแรกที่มารับบริการ วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบปัญหาการคัดกรองและการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ การเก็บรวบรวมข้อมูล จากเวชระเบียน การสอบถามปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ และการสังเกต แบ่งการศึกษา 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ณ คลินิกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และนัดติดตาม ศึกษาในช่วงเดือน ตุลาคม 2559 – มีนาคม 2560

ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาการคัดกรองที่เหมือนกัน คือ 1) อาการแสดงของผู้ป่วยไม่ชัดเจนตั้งแต่เป็นครั้งแรก 2) การซักประวัติไม่ครอบคลุม/ตรงกับอวัยวะของการเกิดมะเร็ง 3) ขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง 4) ทัศนคติของผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองดูแลสุขภาพดีไม่น่าเกิดมะเร็งกับตนเอง เป็นต้น ปัญหาจากการให้การพยาบาลที่เหมือนกันคือ 1. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเรื่องโรคและการผ่าตัด 2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 4. ผู้ป่วยและผู้ดูแลพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อมีทวารเทียมหลังการผ่าตัด 5. ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียม 6.ผู้ป่วยมีความทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากมีภาวะซีด 7.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

Abstract

This study is a case study of 3 cancer patients following outpatient treatment. Select a specific patient is a colorectal cancer patient who has not detected cancer in the first 3 visits to the service. Objective is to compare the screening and nursing problems of colorectal cancer patients. Data collection from medical records questionnaire for interaction with patients and relatives and observation. The study was divided into 3 periods, which were Outpatient clinic, Inpatient and follow up. during October 2016 - March 2017

The study found that, The same screening problems were 1) the patient's symptoms were unclear since the first time. 2) history taking was not comprehensive / matched to the organs of cancer 3) lack of knowledge about disease and self-care 4) attitude of patients are confident that they are looking after their health, not likely to have cancer to themselves. Problems related to nursing care are as follows: 1. Patients and relatives are worried about disease and surgery. 2. Patients with discomfort due to surgical pain 3. Patients at risk of infection at the surgery 4. Patients and caregivers lack knowledge of how to behave when having a stoma after surgery. 5. Patients lose their image due to having an operation to perform a stoma. 6. Patients with reduced activity resistance due to pale conditions 7. Patients at risk of malnutrition

Keywords : Outpatient nursing, colorectal cancer patients

[1] พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทนำ

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก เนื่องจากมีอัตราตายสูง ค่าใช้จ่ายสูง กระทบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวสูง อุบัติการณ์โดยรวมของมะเร็งในประเทศไทยปี 2556 ในผู้ชายคิดเป็น 156.7 ASR (ASR : age-specific incidence rate คือ อัตราส่วนต่อประชากรหนึ่งแสนคน) และ138.2 ASR ในผู้หญิง ชนิดของมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในผู้ชายประเทศไทย คือ มะเร็งตับและทางเดินน้ำดี(ASR 40.3) มะเร็งปอด(ASR 26.2) มะเร็งลำไส้ (ASR 14.7) ตามลำดับ ส่วนในผู้หญิง มะเร็งเต้านม(ASR 26.4) มะเร็งปากมดลูก (ASR 16.7) มะเร็งตับและทางเดินน้ำดี(ASR 16.6)ตามลำดับ[1] สถิติปี 2559 ของผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 3 อันดับแรก คือ มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งตับ และมะเร็งเต้านม ในผู้ชาย มะเร็งตับพบมากที่สุด ในผู้หญิงพบมะเร็งเต้านมสูงที่สุด [2]

เป้าหมายการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งในงานผู้ป่วยนอก คือ การตรวจให้พบโรคมะเร็งตั้งแต่ระยะที่ยังไม่มีอาการ ทั้งนี้เพราะมีโอกาสรักษาหายสูงกว่าโรคมะเร็งในระยะอื่นๆ การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพ คือการตรวจที่เมื่อพบโรคแล้วภายหลังการรักษาผู้ป่วยจะมีอัตรารอดจากมะเร็งสูงหรือมีอัตราเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลดลง ปัจจุบันการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพ คือตรวจคัดกรองมะเร็งตับ โดยการตรวจHBsAgและanti-HBs มะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจ Pap smear หรือ VIA และมะเร็งเต้านมโดยเครื่องแมมโมแกรม ในมะเร็งส่วนอื่นๆมีมาตรการการคัดกรองเบื้องต้น จากอาการและการแสดงเท่านั้น[3]

การคัดกรองผู้ป่วยในระบบบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นกระบวนการประเมินสภาพของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว เพื่อให้พยาบาลตัดสินความเร่งด่วนของอาการและนำมาใช้ในการจัดลำดับความเร่งด่วนของอาการและการรักษาอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการบริหารความเสี่ยงของผู้รับบริการ และเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ดังนั้นพยาบาลที่ให้บริการที่งานผู้ป่วยนอก จึงต้องมีความสามารถในการประเมินเพื่อระบุปัญหาและความต้องการเร่งด่วนและสำคัญได้อย่างแม่นยำครอบคลุม เพื่อนำไปสู่ความพึงพอใจต่อการบริการและตอบสนองกลยุทธ์การเข้าถึงบริการ จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกปี 2559 การคัดกรองมะเร็งพบมะเร็งระยะแรก ร้อยละ 8.55 ระยะที่ 2-3 พบร้อยละ 37.17 ระยะที่ 4 พบมากร้อยละ 54.28 และการคัดกรองมะเร็งมักตรวจไม่พบว่าเป็นมะเร็งใน 3 ครั้งแรกที่มารับบริการ โดยเฉพาะกรณีมะเร็งลำไส้ มะเร็งตับและมะเร็งกระเพาะอาหาร มักพบว่าผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมากกว่า 5 ครั้ง ซึ่งอาการของมะเร็งในกลุ่มนี้อาจไม่ชัดเจน การมีอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยรักษาตามอาการก็หาย จึงไม่ค้นหาสาเหตุที่ชัดเจนทำให้พบมะเร็งในระยะท้ายๆซึ่งส่งผลให้การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี ดังนั้นการคัดกรองผู้ป่วยที่มาตรวจติดตามอย่างต่อเนื่องในกลุ่มที่มีอาการเดิมซ้ำๆจึงมีความสำคัญ พยาบาลสามารถคัดกรองซักถาม หรือตรวจเบื้องต้นอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหาความเสี่ยงหรือโรคของบุคคล ซึ่งไม่ทราบมาก่อนว่าตนมีความเสี่ยงหรือเป็นโรคมะเร็ง เพื่อลดระยะเวลาพบโรค ลดความเสี่ยง ลดภาวะแทรกซ้อน หรือ พบมะเร็งในระยะต้นๆได้มากขึ้น[4] ผู้ศึกษาจึงเลือกโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่พบน้อยแต่เมื่อพบแล้วมักเป็นมะเร็งระยะท้ายที่ต้องได้รับการผ่าตัด ฉายรังสี หรือได้รับเคมีบำบัด ซึ่งผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะมีความทุกข์ทรมานจากทวารเทียม สูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากมีถุงอุจจาระที่ติดตัวไปตลอด มีกลิ่นที่ไม่พึงพอใจ ผู้ป่วยมักปรับตัวอยาก เข้าสังคมน้อยลง ทำงานได้น้อยลง[5] และมีปัญหาค่าใช้จ่าย[6] เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาเร็วขึ้น ได้รับการคัดกรองที่ครอบคลุม พบมะเร็งในระยะแรก ส่งผลให้ได้รับการพยาบาลที่ครบวงจร เป็นองค์รวม ตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยได้รับการคัดกรอง ให้คำปรึกษา การพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วย จนกระทั่งจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาจึงศึกษากรณีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มาติดตามการรักษาที่งานผู้ป่วยนอก จำนวน 3 ราย เนื่องจากปัญหาการพบมะเร็งในแต่ละบุคคลมีปัจจัยแตกต่างกันจึงเลือกผู้ป่วยแบบเจาะจงเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่กรณีที่ตรวจไม่พบมะเร็งใน 3 ครั้งแรกที่มารับบริการ

วัตถุประสงค์ของการศึกษารายกรณี

1. เพื่อเปรียบเทียบปัญหาการคัดกรองและการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

2. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้รับการคัดกรองมะเร็งและการพยาบาลแบบครบวงจร และองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

ขอบเขตการศึกษา/วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษากรณีผู้ป่วยมะเร็งที่มาติดตามการรักษาที่ผู้ป่วยนอก จำนวน 3 ราย เลือกผู้ป่วยแบบเจาะจงเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่กรณีที่ตรวจไม่พบมะเร็งใน 3 ครั้งแรกที่มารับบริการ การเก็บรวบรวมข้อมูล จากเวชระเบียน การสอบถามปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ และการสังเกต ศึกษาในช่วงเดือน ตุลาคม 2559 – มีนาคม 2560 เปรียบเทียบผู้ป่วยที่พบมะเร็งลำไส้ 3 ราย ตั้งแต่แรกรับ เข้ารักษาที่ผู้ป่วยใน จนกลับมาตรวจติดตามการรักษาอีกครั้งที่ผู้ป่วยนอก ผู้ศึกษาให้ข้อมูลการเข้าร่วมการศึกษาอย่างละเอียด ผู้ป่วยและญาติมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วม และสามารถปฏิเสธการศึกษาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วย 3 ราย รายที่ 1 เพศหญิงอายุ 52 ปี เข้ารับการรักษาเมื่อ วันที่ 10 ตุลาคม 2559 ได้รับการวินิจฉัยเมื่อแรกรับ Gut obstruction การวินิจฉัยสุดท้าย CA upper rectum ระยะเวลา อยู่โรงพยาบาล 11 วัน รายที่ 2 เพศชาย อายุ 63 ปี เข้ารับการรักษาเมื่อ 15 ธันวาคม 2559 ได้รับ การวินิจฉัยแรกรับ Abdominal Mass การวินิจฉัยสุดท้าย CA rectum ระยะเวลา อยู่โรงพยาบาล 19 วัน รายที่ 3 เพศชายอายุ 66 ปี เข้ารับการรักษาเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2560 ได้รับการวินิจฉัย CA rectum ระยะเวลา อยู่โรงพยาบาล 30 วัน

อาการและการแสดง

ผู้ป่วยรายที่ 1 ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน 1 เดือนก่อนผู้ป่วยเริ่มมีอาการถ่ายเป็นก้อนเล็กๆ กระปริด กระปรอย รับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีไข้ ไม่คลื่นไส้อาเจียน 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีเลือดสดๆปนมูกออกมากับอุจจาระ ไม่เป็นเนื้อเดียวกัน ใน 1 เดือนน้ำหนักลด 1 กิโลกรัม ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เคยผ่าตัดเนื้องอกมดลูก เมื่อ 30 ปีที่แล้ว หลังผ่าตัดไม่มีอาการผิดปกติ เป็นเบาหวานมา 12 ปี ไม่มีคนในครอบครัวเป็นมะเร็ง อาการแรกรับ ปวดแน่นท้อง Pain Score = 8 ไม่ถ่ายอุจจาระ ไม่ผายลม ไม่มีอาการคลื่นไส้-อาเจียน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เหนื่อยอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตัวเองได้ งดน้ำงดอาหาร On NG Tube WITH Bag ไว้ Content เป็น Bile ออกประมาณ 50 ml. ท้องบวมโต On 0.9%NSS 1000 ml vein drip 80 cc/hr. แพทย์ตรวจอาการแรกรับให้เจาะ CBC, BUN, Cr, Electrolyte , DTX Stat = 170 mg% Retained Foley's Catheter ไว้ ส่งตรวจ Film Acute Abdomen ให้ยาเป็น Ranidine 50 mg. vein ทุก 8 hr. อุณหภูมิร่างกาย 37.5 C. อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้ง / นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง / นาที ความดันโลหิต 133 / 75 mmHg.

ผู้ป่วยรายที่ 2 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลคลำพบก้อนที่ท้อง ปวดท้องเป็นๆหายๆ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไปพบแพทย์ที่คลินิก แพทย์บอกมีก้อนในท้องนัดมาผ่าตัด ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เป็นโรคเบาหวานมา 8 ปี ครอบครัวมีประวัติพ่อเป็นมะเร็งลำไส้ อาการแรกรับ คลำพบก้อนที่ท้อง ไม่ปวดแน่นท้อง ถ่ายปกติ รับประทานอาหารได้น้อย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ เหนื่อยอ่อนเพลีย อุณหภูมิร่างกาย 37.8 C อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้ง / นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 145/80 mmHg.

ผู้ป่วยรายที่ 3 4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยปวดท้องน้อยด้านซ้าย ถ่ายอุจจาระเหลวสีน้ำตาลเหลือง-สีน้ำตาลแดงไม่มีมูก สลับท้องผูก ถ่ายกระปริดกระปรอย 5-10 ครั้งต่อวัน อาการเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ไปพบแพทย์ที่คลินิก รับประทานยาแล้วไม่ดีขึ้น มีปัสสาวะแสบขัดร่วมด้วย ปัสสาวะขุ่น รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลดลง 4 กิโลกรัมใน 4 เดือน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผ่าตัดเปลี่ยน lens ตาข้างซ้ายเมื่อ 2 ปีก่อน ผ่าตัดตาข้างขวา เมื่อ 7 เดือนก่อน ไม่มีคนในครอบครัวเป็นมะเร็ง แรกรับ

ปวดท้องน้อยด้านซ้ายเล็กน้อย ถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง ไม่มีมูกเลือด รับประทานอาหารได้น้อย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ เหนื่อยอ่อนเพลีย ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกลัวการผ่าตัดมาก อุณหภูมิร่างกาย 37.6 C อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง / นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 150/ 98 mmHg.

ตาราง 1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ค่าปกติ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	ผู้ป่วยรายที่ 3
Complete Blood Count				
WBC (cell/mm3)	45,00-10,000	9,900	12,400	17,000
RBC (10^6/ul)	4.2-6.3	4.02	3.89	3.98
HGB (g/dl)	12-18	10.8	9.3	9.7
HCT (%)	37-50	29.9	28.3	30.3
MCV (fl)	80-100	79.5	72.8	76.2
MCH (pg)	26-34	26.9	24.0	24.5
MCHC (g/dl)	31-37	33.8	33.0	32.1
RDW (%)	11.5-14.5	16.8	16.9	18.8
PLT Count (10^3/ul)	140,000-400,000	296,000	505,000	474,000
NE (%)	55-77	69.2	72.5	79.3
LY (%)	25-35	19.6	18.0	12.3
MO (%)	2-6	10.8	7.9	8.0
EO (%)	1-3	0.3	1.1	0.1
BA (%)	0-1	0.1	0.5	0.3
Clinical Chemistry				
FBS (mg%)	70-110	152	137	126
BUN (mg%)	7.0-18.0	13	10	13
Creatinine (mg%)	0.6-1.3	0.6	0.7	0.7
eGfR (ml/min/1.73m2)	60-89	101	85	84
Sodium (mmol/L)	135-145	133.6	138	126.8
Potassium (mmol/L)	3.6-5	3.56	3.68	4.82
CL (mmol/L)	101-111	103.4	101	94
CO2 (mmol/L)	21-31	21.7	23.3	17.4
Protein (g%)	6.4-8.4	-	7.3	6.7
Albumin (g%)	3.5-5	-	3.1	2.5
Alk.Phos (IU/L)	32-92	-	98	88
AST (SGOT)(IU/L)	10-42	-	24	40
ALT (SGPT)(IU/L)	10-40	-	41	16
Total Bilirubin (mg%)	0.2-1.0	-	0.2	0.3
Direct Bilirubin (mg%)	0.0-0.2	-	0.0	0.1
Urine Analysis				
Color	Yellow	Yellow	Colorless	Milk
Turbidity	Clear	Clear	Clear	Very
Specific gravity	1.010	1.010	1.010	1.030
PH	5.5-6.5	6.5	6.0	6.0
Albumin	Negative	Negative	Negative	Negative
Glucose	Negative	Trace	3+	Negative
Ketone	Negative	Trace	Negative	Negative
Urobilinogen	Negative	Negative	Negative	Negative
Bilirubin	Negative	2+	2+	Negative

ตาราง 1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ค่าปกติ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	ผู้ป่วยรายที่ 3
Blood	Negative	Negative	Negative	Negative
Nitrite	Negative	Negative	Negative	Negative
Leukocyte	Negative	1+	Negative	1+
WBC	0 – 3	2-3	0-1 cells/HPF	>100
RBC	Negative	NA	0-1 cells/HPF	30.35
Squamous epithelial cell	Negative	0-1	0-1 cells/HPF	5-10
Hyaline cast	Negative	2-3	NA	NA

แผนการรักษา การรักษามะเร็งลำไส้ ต้องมีทีมแพทย์ในสาขาต่าง ๆ มาร่วมกันวางแผนการรักษาที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ศัลยแพทย์ รังสีแพทย์ และอายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งตลอดจนพยาบาลที่มีความชำนาญด้านศัลยกรรม และโรคมะเร็ง โดยมีปัจจัยหลายอย่างเป็นตัวกำหนดวิธีการรักษาของแพทย์ ที่สำคัญ คือ ขนาด ตำแหน่ง และลักษณะของเซลล์มะเร็ง ระยะและการแพร่กระจายของโรค การกลับมาเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง และสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย ซึ่งการรักษามีอยู่ด้วยกันหลายวิธี บางวิธีนั้นเป็นวิธีที่ใช้กันอยู่เป็นมาตรฐาน แต่บางวิธีก็ยังอยู่ในขั้นตอนของการศึกษาทดลอง การรักษาหลักของโรคนี้คือ การผ่าตัด ส่วนยาเคมีบำบัดและรังสีรักษานิยมใช้เป็นการรักษาเสริมเพื่อเพิ่มผลการรักษาให้ดียิ่งขึ้น [6] ในผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 3 ราย ได้รับการผ่าตัด และรับยาเคมีบำบัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ศึกษาได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของ Gordon มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ แบ่งการพยาบาลเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ณ คลินิกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และนัดติดตาม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การพยาบาลแบบครบวงจรและองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังต่อไปนี้

ตาราง 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	ผู้ป่วยรายที่ 3
คลินิกผู้ป่วยนอก	1. ไม่สุขสบายเนื่องจาก ปวดแน่นท้อง 2. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเรื่องโรค และการผ่าตัด 3. เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ	1. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเรื่องโรค และการผ่าตัด 2. เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ	1. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเรื่องโรค และการผ่าตัด 2. เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ
ผู้ป่วยใน	1. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแน่นท้อง 2. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเรื่องโรคและการผ่าตัด 3. ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ 4. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 5. ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน Hyperglycemia 6. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 7. ผู้ป่วยและผู้ดูแลพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อมีทวารเทียม (stoma) หลังการผ่าตัด	1. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเรื่องโรคและการผ่าตัด 2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 3. ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจาก Hyperglycemia 4. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 5. ผู้ป่วยและผู้ดูแลพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อมีทวารเทียม (stoma) หลังการผ่าตัด 6. ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียม	1. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเรื่องโรคและการผ่าตัด 2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัด 4. ผู้ป่วยและผู้ดูแลพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อมีทวารเทียม (stoma) หลังการผ่าตัด 5. ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียม 6. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากความดันโลหิตสูง

ตาราง 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	ผู้ป่วยรายที่ 3
	8. ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียม 9. ผู้ป่วยมีความทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจาก มีภาวะซีด 10. ผู้ป่วย เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ	7. ผู้ป่วยมีความทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจาก มีภาวะซีด 8. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ	7. ผู้ป่วยมีความทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจาก มีภาวะซีด 8. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ
ติดตามนัด	-	-	1. ผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลเรื่องภาพลักษณ์และการดูแลตนเองเนื่องจากขับถ่ายอุจจาระทางรูทวารเทียม

กิจกรรมการพยาบาล

การพยาบาล ณ คลินิกผู้ป่วยนอก เป้าหมายการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองจากพยาบาลวิชาชีพตามมาตรฐานการคัดกรอง ได้รับการประเมินปัญหาอย่างต่อเนื่อง ปลอดภัยจากความเสี่ยงต่างๆที่ป้องกันได้ ได้รับการพยาบาลบรรเทาอาการไม่สุขสบาย/อาการรบกวนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ ตลอดจนสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ขณะการตรวจรักษาโรค เพื่อลดและบรรเทาความวิตกกังวล และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ระหว่างการส่งต่อ - เคลื่อนย้าย - จำหน่าย กิจกรรมการพยาบาล มีดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแน่นท้อง ในผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยบ่นปวดแน่นท้อง เป็นระยะๆ ไม่ถ่าย ไม่ผายลม 3 วัน ความปวดระดับ 8 พยาบาลประเมินความปวดของผู้ป่วย ให้เปลนอน จัดท่า Fowler's position งดน้ำและอาหารทางปาก พูดคุยปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้คำแนะนำและตอบคำถาม จัดให้ผู้ป่วยเปลนอนเข้าตรวจก่อน

2. การพยาบาลผู้ป่วยวิตกกังวลเรื่องโรคและการผ่าตัด ในผู้ป่วยทั้ง 3 ราย ได้รับการเมินสภาพความวิตกกังวลของผู้ป่วย พยาบาลซักถามและรับฟังปัญหาจากผู้ป่วยและญาติ อธิบายเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่อย่างย่อๆ ถึงพยาธิสภาพ การรักษา การผ่าตัด การเตรียมตัวนอนโรงพยาบาล และขั้นตอนในบริการผู้ป่วยนอก

การพยาบาล ณ หอผู้ป่วยใน เป้าหมายการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความทุกข์ทรมาน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยทั้ง 3 ราย มีดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยทั้ง 3 รายได้รับการผ่าตัด และมีโรคร่วมคือ เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยรายที่ 2,3 สามารถถอดท่อหายใจได้ตามปกติ ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจที่อาจเกิดขึ้น โดยการสังเกตอาการและการเปลี่ยนแปลงV/S อย่างใกล้ชิดทุก 15 นาที จนเป็นปกติ พยาบาลดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ ป้องกันการหักงอ เลื่อนหลุดของท่อและสายต่าง ๆ จัดท่านอนศีรษะสูง ดูแลให้ได้รับสารน้ำให้เพียงพอ สังเกตและบันทึก ยา สารน้ำ จำนวนปัสสาวะ พูดคุยอธิบายความจำเป็นที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจให้ผู้ป่วยทราบและเปิดโอกาสให้ซักถาม

2. การพยาบาลผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด หลังผ่าตัดผู้ป่วยทั้ง3 รายมีอาการปวดแผลในระดับ 9 ได้รับการประเมินระดับความเจ็บปวด จัดท่านอนที่สุขสบาย ให้การพยาบาลทำแผลอย่างนุ่มนวล พยาบาลปลอบโยนให้กำลังใจในการต่อสู้กับความปวด และส่งเสริมให้ผู้ป่วยหาวิธีแก้ไขอาการปวดที่สามารถปฏิบัติได้ เช่น การทำสมาธิ การสวดมนต์ เป็นต้น อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุที่เจ็บปวด และเปิดโอกาสให้ซักถาม

แนะนำให้พยุงแผลเวลาไอ จาม หรือขยับตัวเพื่อให้ปวดน้อยลง และดูแลให้ยาแก้ปวด Morphine ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการหลังให้ยาและประเมินระดับความปวดซ้ำ

3. การพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน Hyperglycemia ผู้ป่วยรายที่ 1,2 มีค่าน้ำตาลในเลือดสูง ระหว่าง 149-313 mg% พยาบาลประเมินระดับน้ำตาลทุก 6 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับ Insulin ตาม scale แผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการและการเปลี่ยนแปลงV/S อย่างใกล้ชิด ให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่องอาหารเบาหวาน การปฏิบัติตัว การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องระวังทั้งภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเกินไป เช่น อ่อนเพลีย ซึม สับสน หรือเวียนศีรษะหน้ามืด ให้รีบขอความช่วยเหลือทันที

4. การพยาบาลผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับตรวจสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะไข้และการติดเชื้อ ทำแผลโดยยึดหลัก Sterile Technique อธิบายถึงการให้ยาปฏิชีวนะ ดูแลให้ได้รับการฉีดยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตลักษณะของแผล เช่น ผิวหนังบริเวณบาดแผล แดง ร้อน ผู้ป่วยรู้สึกปวดแผลมาก หรือมีสิ่งคัดหลั่ง (Discharge) ของแผล แนะนำและดูแลไม่ให้แผลเปียกน้ำ ดูแลความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อม เช่น การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน เสื้อกางเกง ผ้าขวางเตียงทุกวัน

5. การพยาบาลผู้ป่วย พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อมีทวารเทียม (stoma) หลังการผ่าตัด โดย

5.1 สอนวิธีการทำความสะอาดทวารเทียมและผิวหนังรอบๆ ป้องกันการแตกทำลายของผิวหนัง เนื่องจากของเหลวจากลำไส้เล็กส่วนปลาย (ileum) ซึ่งมีฤทธิ์เป็นด่างจะไหลออกตลอดเวลาโดยไม่สามารถควบคุมได้ ดังนั้นจึงต้องปิดถุงรองรับไว้ (ostomy bag) ตลอดเวลา และเปลี่ยนถุงเมื่อมีของเหลว ½ ของถุงเพื่อกันถุงหลุด เนื่องจากน้ำหนักของเหลวในถุงมากเกินไป

5.2 การทำความสะอาดทวารเทียมและผิวหนังรอบ แนะนำการประเมินผิวหนังรอบรูเปิดทุกครั้งที่เปลี่ยนถุง รวมทั้งสังเกตความผิดปกติของทวารเทียม ทวารเทียมปกติจะมีสีชมพูระเรื่อ โผล่พ้นผิวหนังไม่เกิน 1 นิ้ว หลังผ่าตัด 3 เดือนขนาดจะคงที่ หากพบมีสีคล้ำ ลำไส้ยื่นยาวออกมาหรือหดลึกเข้าไป หรือมีเลือดออก ให้รีบมาพบแพทย์

5.3 แนะนำการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

5.3.1 การรับประทานอาหาร สามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิด แต่ควรหลีกเลี่ยงอาหารบางประเภท เช่น รสจัด หมักดอง เป็นต้น อาหารที่ทำให้เกิดกลิ่นและก๊าซ เช่น กะหล่ำปลี หัวหอม บล็อคโคลี่ ถั่วต่างๆ กุ้ง สะตอ ชะอม กาแฟ เหล้า เบียร์ น้ำอัดลมที่มีคาร์บอเนต รวมถึงอาการที่มีกากใยสูงหรือย่อยยาก เช่น เมล็ดถั่ว ข้าวโพด มะพร้าว เป็นต้น เพราะอาจเกิดการอุดตันลำไส้ได้ง่าย

ควรรับประทานอาหารครั้งละน้อยแต่บ่อยมื้อแทนการรับประทานอาหารมื้อหนักๆ เคี้ยวอาหารให้ละเอียด รับประทานช้าๆ ลดพฤติกรรมที่ส่งเสริมการสะสมก๊าซในลำไส้ เช่น ดูดน้ำจากหลอดดูด พูดคุยระหว่างรับประทานอาหาร เคี้ยวหมากฝรั่งหรือสูบบุหรี่ รับประทานอาหารให้เป็นเวลา เพื่อให้ถ่ายอุจจาระเป็นเวลา ทั้งนี้ควรแนะนำให้ทราบถึงระยะเวลาที่อาหารเคลื่อนจากปากถึงลำไส้ใหญ่ประมาณ 6 ชั่วโมง เพื่อช่วยให้ควบคุมการขับถ่ายได้ รวมถึงมีประโยชน์ต่อการกำหนดเวลาให้เหมาะสมในการเดินทางได้

5.2.2 ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2,500 ซีซี.เพื่อป้องกันอาการท้องผูกหรือขาดน้ำ หากมีการสูญเสียเหงื่อมากกว่าปกติ เช่น ในฤดูร้อน แนะนำให้ดื่มน้ำเพิ่ม อาจดื่มน้ำเกลือแร่เพื่อช่วยรักษาสมดุลของเกลือแร่

5.2.3 แนะนำหลีกเลี่ยงอันตรายที่อาจเกิดต่อทวารเทียม เช่น การยกหนัก การออกกำลังโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องมาก ทำงาน หรือการเล่นกีฬาที่ต้องใช้แรงปะทะ เช่น ฟุตบอล มวย เป็นต้น

5.2.4 สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้หลังผ่าตัด 6-8 สัปดาห์ โดยก่อนมีเพศสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยทำความสะอาดรูทวารเทียมและผิวหนังรอบๆ เปลี่ยนถุงรองรับใหม่

5.2.5 แต่งกายด้วยชุดที่ไม่รัดรึงเกินไป หลีกเลี่ยงการใช้เข็มขัดเพราะจะรัดถุงรองรับแตกได้

5.2.6 ในรายที่แพทย์ผ่าตัด Ileostomy และนำส่วนลำไส้เล็กมาทำกะเปาะเพื่อรองรับอุจจาระ (Kock pouch)

จะสอนวิธีสวนล้าง pouch โดยใช้สายยางสวนทาด้วยครีมหล่อลื่น สอดเข้าในทวารเทียม ลึก 2 นิ้ว ใช้ไซริงส์ดูดน้ำเกลือประมาณ 20 ซีซี.ดันผ่านสายสวนช้าๆจนหมด ปล่อยให้ของเหลวไหลผ่านสายสวนเองตามแรงโน้มถ่วง ควรสวนล้างทุกๆวันๆละ 3 ครั้ง ช่วยให้อุจจาระไม่คั่งค้างในกระเปาะ

5.2.7 แนะนำให้ถ่างขยายรูทวารเทียมทุกวัน เพื่อป้องกันการตีบแคบ โดยใช้นิ้วมือที่สะอาดหล่อลื่นด้วยวาสลินก่อนทำการถ่างขยาย

5.2.8 แนะนำแหล่งประโยชน์หรือบุคลากรที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรูทวารเทียม ตลอดถึงการสนับสนุนอุปกรณ์อย่างต่อเนื่อง [8]

6. การพยาบาลผู้ป่วยที่สูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียม พยาบาล ประเมินภาวะทางอารมณ์และการใช้กลไกการปรับตัวของผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อสร้างความไว้วางใจ ให้เวลาผู้ป่วยระบายความรู้สึกและบอกความต้องการ เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือที่สอดคล้องกับความต้องการ ทบทวนเหตุผลของการผ่าตัดทำทวารเทียม เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับความจำเป็นของการผ่าตัดนี้ วางแผนทำกิจกรรมการดูแลทวารเทียมร่วมกับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเป็นตัวของตัวเองและความสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ของผู้ป่วย ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และแนะนำให้รู้จักกับผู้ป่วยที่มีทวารเทียมรายอื่น เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ [6] ในผู้ป่วยรายที่ 3 การมาติดตามนัดยังพบปัญหาผู้ป่วยไม่พร้อมในการดูแลเปลี่ยนถุงเอง เนื่องจากภรรยาทำให้ พยาบาลจึงทบทวนวิธีการทำความสะอาดทวารเทียมและผิวหนัง ค้นหาส่วนที่ผู้ป่วยไม่มั่นใจ เพื่อเติมเต็มให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการเดินทางไปในที่ต่างๆ เป็นต้น นอกจากนั้นค้นหาปัญหาที่ผู้ป่วยยังไม่มั่นใจในด้านสังคม เช่น ความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง ความรู้สึกเป็นชายลดลง บทบาทความเป็นผู้นำลดลงหรือไม่ เป็นต้น เพื่อให้ข้อมูลในการส่งต่อทีมสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ

7. การพยาบาลผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ พยาบาลประเมินสภาพและปริมาณการได้รับสารอาหารของผู้ป่วย หลังผ่าตัดแพทย์อนุญาตจิบน้ำ ให้อาหารเหลวและจนกระทั่งให้เป็นอาหารปกติ พยาบาลให้การดูแลให้ได้รับอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์ที่เพียงพอเหมาะสม รวมทั้งให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร การเลือกประเภทของอาหารให้เหมาะกับโรคที่เป็นทั้งมะเร็งลำไส้ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เช่นอาหารไขมันต่ำ ผัก ผลไม้ไม่หวานมากในปริมาณที่พอเหมาะ เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแนะนำให้รักษาความสะอาดของปากและฟัน โดยแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งหลังอาหารและก่อนนอน หรือให้บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากเพื่อป้องกันปากเป็นแผล และเป็นการส่งเสริมให้มีน้ำลายและความชื้นในช่องปาก ทำให้ผู้ป่วยมีความอยากอาหาร แนะนำการรับประทานอาหารทีละน้อย แต่บ่อยครั้งและไม่รีบเร่ง แนะนำญาติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เลือกรับประทานอาหารได้ตามชอบ แต่ต้องไม่ขัดต่อแผนการรักษา ถ้าผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ดูแลให้ได้รับยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ตามความจำเป็น และชั่งน้ำหนักตัวอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์เวลาเดียวกัน เครื่องชั่งเดียวกัน

8. การพยาบาลผู้ป่วยที่ความทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากมีภาวะซีด ประเมินแบบแผนการทำกิจกรรมที่เคยทำ รวมทั้งอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย จัดเวลาการทำกิจกรรมให้เหมาะสมกับความทนของผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนก่อนและหลังทำกิจกรรม หรือการพยาบาลเพื่อสงวนพลังงานของผู้ป่วยไว้ทำกิจกรรมที่จำเป็น จัดวางของใช้ไว้ใกล้ตัวผู้ป่วยเพื่อช่วยให้หยิบใช้ได้สะดวก ติดตามผลอิเลคโทรลัยท์ และระดับฮีโมโกลบิน ฮีมาโตรคริท เพื่อประเมินผลการรักษา และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ PRC ตามแผนการรักษา

9. การพยาบาลผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยรายที่ 3 มีโรคความดันโลหิตสูง พยาบาลเฝ้าระวังความดันโลหิตไม่ให้เกิน 140/90 mmHg. ติดตามประเมินอาการและอาการแสดง เฝ้าระวังระบบต่างๆของผู้ป่วย เช่น การ

ประเมินสายตาและการมองเห็น ระบบความจำ การมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหว การทำงานของไต โดยสังเกตจำนวนปัสสาวะ<30 ml/hr., Bun, Creatinine พร้อมกับอธิบายให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล แนะนำให้พักบนเตียงและมีกิจกรรมออกกำลังกายยกแขนขาเพื่อฝึกกำลังกล้ามเนื้อแขนขาทั้งสองข้างอย่างพอเหมาะ ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิต Atenolol ตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่อง ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ ให้ยา Lorazepam ก่อนนอน

สรุป

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ติดอันดับ 1 ใน 5 ของมะเร็งที่พบบ่อยในคนไทย โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไปและผู้สูงอายุ โดยมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเนื่องจากการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ การแปลงแปลงวิถีการบริโภค และการมีชีวิตยืนยาวขึ้น [9] สอดคล้องกับอายุของกรณีศึกษาทั้ง 3 ราย แม้ว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่ฯ ในระยะต้นจะสามารถรักษาให้หายขาดได้ ด้วยการผ่าตัด แต่มักจะไม่มีอาการแสดงใดๆที่นำไปสู่การวินิจฉัย และรักษาทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ฯ ในประเทศไทยมากกว่าร้อยละ 60 ตรวจพบโรคในระยะท้าย ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง รวมถึงมีอัตราการรอดชีพต่ำ [9] โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ประมาณร้อยละ 25 อาจได้รับการวินิจฉัยเบื้องตันผิดพลาด เช่น โรคของถุงน้ำดีและแผลในกระเพาะ หรือโรคของลำไส้ใหญ่ชนิดอื่นๆ อาการปวดท้องด้านล่างข้างขวาอาจคล้ายอาการของโรคไส้ติ่งอักเสบ [9] เช่นเดียวกับในกรณีศึกษาที่ 1 การวินิจฉัยแรกเป็น เป็นลำไส้อุดตัน กรณีศึกษาที่2การวินิจฉัยแรกเป็น Abdominal mass เป็นต้น ส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาโลหิตจางร่วมกับน้ำหนักลดต้องนึกถึงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วย สำหรับผู้ที่มีอายุเกิน 40 ปีที่มีอาการเลือดออกทางทวารหนักควรได้รับการตรวจละเอียดทุกราย [9] ในผู้ป่วยรายที่ 1 ปัจจัยความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้แก่ เคยมีเนื้องอกในมดลูก เป็นเบาหวานมา 12 ปี อยู่ใกล้สามีที่สูบบุหรี่ ผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารรสจัดและชอบเนื้อวัว ดื่มเหล้า/เบียร์ ออกกำลังกายน้อย ส่วนอาการที่พบ ได้แก่ ท้องเสียบ่อย ถ่ายเหลวเป็นก้อนเล็กๆ มีเลือดสดๆปนมูกออกมากับอุจจาระ น้ำหนักตัวลด ในผู้ป่วยรายที่ 2 ปัจจัยความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้แก่ เป็นโรคเบาหวานมา 8 ปี มีประวัติพ่อเป็นมะเร็งลำไส้ ดื่มเหล้า ออกกำลังกายน้อย ส่วนอาการที่พบ ได้แก่ ปวดท้องน้อยเป็นๆหายๆ ในผู้ป่วยรายที่ 3 ปัจจัยความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้แก่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง ดื่มเหล้า ออกกำลังกายน้อย ส่วนอาการที่พบ ได้แก่ ปวดท้องเป็นๆหายๆ ถ่ายอุจจาระเหลวสีน้ำตาลเหลือง-สีน้ำตาลแดงไม่มีมูกเลือด สลับกับท้องผูก และน้ำหนักตัวลด ทั้ง 3 รายมีปัญหาการคัดกรองที่เหมือนกันคือ 1) อาการแสดงของผู้ป่วยไม่ชัดเจนตั้งแต่เป็นครั้งแรก 2) การซักประวัติไม่ครอบคลุม/ตรงกับอวัยวะของการเกิดมะเร็ง 3) ขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง 4) ทัศนคติของผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองดูแลสุขภาพดีไม่น่าเกิดมะเร็งกับตนเอง เป็นต้น ปัญหาจากการให้การพยาบาลที่เหมือนกันคือ 1. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเรื่องโรคและการผ่าตัด 2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 4. ผู้ป่วยและผู้ดูแลพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อมีทวารเทียม (stoma) หลังการผ่าตัด 5. ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากได้รับการผ่าตัดทำทวารเทียม 6.ผู้ป่วยมีความทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจาก มีภาวะซีด 7.ผู้ป่วย เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ปัญหาการพยาบาลที่แตกต่างกัน คือ 1. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแน่นท้อง 2. ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจาก Hyperglycemia 3. ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจและหลอดเลือดเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูง

อภิปรายและข้อเสนอแนะ

เนื่องจากโรคมะเร็งลำไส้ส่วนใหญ่ ยังไม่ทราบถึงสาเหตุที่แท้จริง แต่มีมะเร็งบางตำแหน่งสามารถทราบสาเหตุนำหรือสาเหตุร่วมซึ่งอาจหลีกเลี่ยงได้ ดังนั้นทุกคนควรจะต้องตรวจ และสำรวจร่างกายของตนเองอย่างสม่ำเสมอ ทราบความรู้ความเข้าใจอาการและอาการแสดงสำคัญของโรค ซึ่งถ้าพบอาการผิดปกติเพียงเล็กน้อยก็ควรรีบปรึกษาแพทย์ทันที ความกลัวหรือการไม่ยอมรับโรคมะเร็งว่าเกิดกับตนเอง เป็นทัศนคติด้านลบของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งมีผลกระทบต่อจิตใจและการรักษา

เช่น มะเร็งเป็นโรคร้ายแรงที่เป็นแล้วต้องตายทุกคน เป็นโรคที่ทุกข์ทรมาน เป็นแล้วรักษาไม่หาย มีการลุกลามของโรค ค่าใช้จ่ายสูง การเจ็บป่วยเป็นการถูกลงโทษ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ สูญเสียภาพลักษณ์ และ ไม่มีความหวังในชีวิต ทำให้การดูแลรักษาพยาบาลต้องใช้ความรู้และศาสตร์หลายด้านหลายวิชาชีพเข้าช่วยเหลือในการที่จะประคับประคองให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะทุกข์ทรมานไปได้

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดระบบบริการผู้ป่วยนอก ควรมีแนวปฏิบัติการคัดกรองมะเร็งในกลุ่มผู้ป่วย/คลินิกต่างๆ อย่างครบถ้วน เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งทุกระบบให้เข้าถึงกระบวนการรักษาได้เร็วขึ้น ส่วนการคัดกรองและการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ควรจัดทำแนวปฏิบัติรายโรคสำหรับพยาบาลเพื่อการดูแลส่งต่ออย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

2. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการผ่าตัดควรได้รับการเตรียมอย่างเป็นระบบ และต้องใช้กระบวนการพยาบาลที่เป็นองค์รวม ดูแลด้านกายจิตสังคมและจิตวิญญาณ จึงจะสามารถเข้าถึงผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. การตอบสนองปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ดีที่สุด จำเป็นต้องใช้ความเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันวางแผนการดูแลรักษากับผู้ป่วยและครอบครัว เพราะการผ่าตัดทวารเทียมเปลี่ยนชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวมาก และการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นระบบครบวงจร โดยทีมแพทย์ศัลยกรรม อายุรกรรม ผู้เชี่ยวชาญมะเร็ง พยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลดูแลต่อเนื่อง พยาบาลดูแลแบบประคับประคอง ฯ ต้องประสานการดูแลให้ผู้ป่วยและญาติผ่านพ้นปัญหาวิกฤติในชีวิตและสามารถปรับตัวเข้าสังคมได้เป็นปกติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะแพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพทุกท่านที่มีส่วนร่วมดูแล รวมทั้งร่วมประชุมวิเคราะห์ให้คำแนะนำตลอดช่วงเวลาที่ศึกษา ขอขอบพระคุณผู้บริหาร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลที่ให้การสนับสนุน ขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านที่คอยให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา และทำให้ผลงานนี้สำเร็จเผยแพร่เป็นวิทยาทานแก่ผู้สนใจต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.Attasara P, Sriplung H. Cancer incidence in Thailand. In: Cancer in Thailand, Vol VII, 2007-2009. Khuhaprema T, AttasaraP, Sriplung H, Wiangnon S, Sangrajang S, eds. 2013, 4-11.

2.สถิติโรคมะเร็ง. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ; 2559.

3.พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณและคณะ. การตรวจคัดกรองสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับสังคมไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 2556 ; 7(4) : 19-33.

4.Oortwijn W, Banta HD, Cranovsky R. Introduction: mass screening, health technology assessment, and health policy in some European countries. Int J Technol Assess Health Care. 2001 Summer ;17: 269-74.

5.สมพร วรรณวงศ์และมาณี ชัยวีระเดช. (2552). ประสบการณ์และการดำเนินชีวิตขณะมีโคลอสโตมีแบบถาวรในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารวิชาการเขต 12. 20(1) มกราคม-มีนาคม 2552 : 25-34

6.ชลยา อตถาภินันท์ และ วีระพนธ์ ลือบุญธวัชชัย.(2560) คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่มีทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. เวชศาสตร์ร่วมสมัย. 61(3) พฤษภาคม –มิถุนายน 2560 : 387 – 400

7.MedThai. “มะเร็งลำไส้ อาการ สาเหตุ การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่”. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : https://medthai.com/ [21 ก.ค.2017].

8.Si.mahidol. การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Pre-Postoperative for Ostomy Patients). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : https://www.si.mahidol.ac.th

9.อาคม ชัยวีระวัฒนะ และคณะ. แนวทางการการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรงมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรง. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักงานพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2552.

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

Treatment and Care for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Namphong Hospital, Khon-kaen,

อุรส สิงห์งาม[1]

Uros Singngam[1]

(Received: December 25 ,2019 ; Accepted: February 19 ,2019)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Study) เพื่อศึกษาผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ตามข้อแนะนำการดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พศ.2560 ของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยฯ ประชากรตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกรายที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลน้ำพอง ในช่วงเดือนตุลาคม 2561 – กันยายน 2562 เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการทั้งรายใหม่ และรายเก่า จำนวน 64 และ 316 ราย รวม 380 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบข้อมูล คือ แบบรวบรวมข้อมูลการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศชาย ร้อยละ67.4 อายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 85.7 ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 62.1 ผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 28.4 ยังสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 25.9 วินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการทดสอบสมรรถภาพปอด ร้อยละ 75.8 ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคอยู่ระดับรุนแรงน้อยและปานกลาง ร้อยละ 76.3 ได้รับการรักษาด้วย Sulbutamol MDI ร้อยละ85.3 และ Seretide MDI ร้อยละ 53.1 ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่และคำแนะนำประโยชน์ของการรับวัคซีนป้องกันปอดอักเสบ ร้อยละ 95.3 ผลของการดูแลรักษา ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้ ร้อยละ 90.0 เกิดภาวะแทรกซ้อนโดยการมีภาวะปอดอักเสบ ร้อยละ 6.1 มีภาวะหายใจล้มเหลว ร้อยละ 3.4 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ6.8 เข้ารับการพ่นยาที่ ER ร้อยละ 6.6 กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายผู้ป่วย (re – admission) ร้อยละ 2.6 และผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด ร้อยละ 1.3

คำสำคัญ : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยฯ, โรงพยาบาลน้ำพอง

Abstract

The retrospective descriptive study aim to study the care results of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) according to the 2017 Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage; T.S.T. The data was collected in the COPD collecting form 2019. All patients who have been diagnosed COPD were included. 380 medical records were reviewed from October 2018 to September 2019, including 64 new cases and 316 regular cases. The descriptive statistic such as frequency, percentage, mean and standard deviation were used.

Result: The demographic data of the present study showed 67.4% were male, 85.7% mean age 61 years, 62.1% jobless, history of smoking 28.4% with 7.4 % still smoke. The COPD in Namphong hospital were received diagnosed by history, physical examination and lung function test 75.8%. The patients who severity of symptoms mild to moderate 76.3%, treatment by Sulbutamol MDI 85.3%, Seretide MDI 53.1%. The patients who received influenza virus vaccine and suggestion about benefit of pneumonia vaccine 95.3%. The results of treatment showed 90% of COPD can control the symptoms. Nevertheless, the present study showed of the complication with pneumonia about 6.1%, complication with heart failure 3.4%, admit 6.8%, received bronchodilator inhalation at emergency room 6.6% , re-admit in 28 days after discharge 2.6% and refer to tertiary hospital 1.3%.

Key word: Chronic Obstructive Pulmonary Disease.,Thoracic society of Thailand under royal patronage., Namphong hospital.

[1] พ.บ.โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) เป็นโรคที่มีลักษณะเป็น progressive, not fully reversible airflow limitation เป็นผลจากการระคายเคืองเรื้อรังต่อปอด จากฝุ่น และแก๊สพิษ ที่สำคัญที่สุด ได้แก่ ควันบุหรี่ ทำให้เกิด abnormal inflammation response ทั้งในปอดและระบบอื่นๆของร่างกาย [5] โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุสำคัญของอัตราการเจ็บป่วย และอัตราการตายของประชากรทั่วโลก จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 210 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรในวัยผู้ใหญ่ และคาดว่าจะเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของประชากรโลกในปีค.ศ. 2030 และในปี ค.ศ. 2000 ผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เสียชีวิต 2,750,000 คน เป็นอัตราการตาย 1.3 เท่าในช่วง 15 ปี ที่ผ่านมา โดยมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 40 คน ต่อแสนประชากร [1] สอดคล้องกับข้อมูลจาก Gold (Global Initative for Chronic Obstructive Lung Disease) ที่ได้ประมาณการว่า ปัจจุบันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจากอันดับ 6 เป็นอันดับ 3 ของโลก ในปีค.ศ. 2020 [3]

จากสถิติข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข(2563) พบว่า ปี 2561 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย 12 เขตบริการสุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป มีจำนวน 169,009 คน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2560 จำนวน 159,398 คน และปี 2559 จำนวน152,319 คน จากรายงานประจำปีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น(2562) พบว่า มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในปีงบประมาณ ปี 2560 – 2562 จำนวน 5,447, 6,626 และ 6,917 รายตามลำดับ และข้อมูลประจำปีของโรงพยาบาลน้ำพอง พบว่า มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี 2560 – 2562 จำนวน 304, 374 และ 380 ราย ตามลำดับ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีอาการหอบเหนื่อย อาการจะค่อยเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนทำให้ความสามารถในการออกกำลังกายและการทำกิจวัตรประจำวันลดลง นำไปสู่สภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตที่ลดลง ระดับความรุนแรงของโรคจะสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราการนอนโรงพยาบาล อัตราการกำเริบเฉียบพลัน หรือการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบติดเชื้อ ภาวะหายใจหรือหัวใจล้มเหลว และเสียชีวิต ข้อมูลการเบิกจ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีจำนวน 350 คนต่อประชากร 100,000 คน มีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 5.4 มีการใช้เครื่องช่วยหายใจหรือใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 9.8 และกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายผู้ป่วย (re – admission) ร้อยละ 28 [5] ผลของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนอกจากกระทบต่อผู้ป่วยเองโดยตรงแล้ว ยังส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทั้งทางตรง คือ ค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษา และทางอ้อม คือ การสูญเสียรายได้จากการขาดงาน เสียอายุก่อนวัยอันควร ครอบครัวหรือผู้ดูแลสูญเสียรายได้ [3] ดังนั้นการวินิจฉัย และ การวางแผนการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้ควบคุมอาการของโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวได้[4]

โรงพยาบาลน้ำพอง อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ ระดับ M2 ขนาด 120 เตียง จัดให้มีคลินิกบริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตั้งแต่ปีพ.ศ.2550 ผลการรักษาที่ผ่านมาจากข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาลน้ำพอง ปี 2560 – 2562 พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจัดอยู่ในกลุ่มโรคที่มีความสำคัญ 5 อันดับโรคแรก จากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการ พบว่า อัตราการกำเริบของโรค 189.87, 235.31 และ 380 ครั้งต่อแสนประชากร อัตราการควบคุมโรคได้ ร้อยละ 9.36, 11.71 และ13.41 อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 21.20, 18.50 และ 20.70 อัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายผู้ป่วย (re – admission) ร้อยละ 3.43 (6ราย), 7.69(8ราย) และ 4.89 (9ราย) อัตราการส่งต่อผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด ร้อยละ 5.59, 6.95 และ 4.74 ตามลำดับ และพบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 รายในปี

2562 นอกจากนี้พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในต่อราย ของปี 2560 – 2562 เป็นเงิน 1,176/ 13,118 , 1,132/ 11,389 และ 904/ 7,044 บาท ตามลำดับ

การรักษาผู้ป่วยในปัจจุบันโรงพยาบาลน้ำพอง ได้นำ “ข้อแนะนำการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ.2560” [5] มาเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมอาการของโรค และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดำเนินงานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และนักกายภาพบำบัด เริ่มตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยเพื่อการรักษา การรักษาด้วยยาแบบขั้นบันได และการรักษาอื่นๆ เช่น การให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ การแนะนำ/สนับสนุนการเลิกบุหรี่ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เป็นต้น ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมาของรุ่งทิพย์ (2550)[4] พบว่าการใช้แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาตามข้อแนะนำของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ในการบริหารจัดการการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถใช้ได้กับโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งที่มีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นจริงในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลน้ำพองต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease : COPD) โรงพยาบาลน้ำพอง อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น พ.ศ. 2562

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) ที่ศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Study)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกรายที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลน้ำพอง ในช่วงเดือนตุลาคม 2561 – กันยายน 2562 ทั้งรายใหม่และรายเก่า จำนวน 64 และ 316 ราย รวม 380 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ “แบบรวบรวมข้อมูลการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลน้ำพอง อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น” ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตาม“ข้อแนะนำการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ.2560” [5] เป็นหลัก ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนโดยแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรในคลินิกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS สถิติที่ใช้ คือ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ67.4 มีอายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 85.7 ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 62.1 ผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 28.4 เหตุผลเพราะถูกชักชวนโดยบุคคลอื่น ร้อยละ 41.7 รองลงมา สูบบุหรี่ตามค่านิยม ร้อยละ 30.6 อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ อยู่ระหว่าง 15 – 24 ปี ร้อยละ 67.6 บุหรี่ที่สูบเป็นชนิดก้นกรอง ร้อยละ 89.8 จำนวนบุหรี่ที่สูบอยู่ระหว่าง 10 – 29 ซอง/ปี ร้อยละ 63.0 การสัมผัสควันบุหรี่ในปัจจุบัน พบว่า หยุดสูบบุหรี่แล้ว ร้อยละ 74.1 ยังสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 25.9 มีคนในครอบครัวเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ14.0 ดัชนีมวลกายของผู้ป่วยอยู่ระหว่าง18.5 – 24.9 กก.ต่อตร.ม. ร้อยละ 52.4 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ร้อยละ 90.3

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการทดสอบ สมรรถภาพปอด ร้อยละ 75.8 มีระดับความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่อยู่ระดับรุนแรงน้อย (Mild) และปานกลาง (Moderate) ร้อยละ 76.3 ระยะเวลาที่เป็นโรค 5 – 9 ปี ร้อยละ 47.9 (ตาราง 1) ผลการตรวจสมรรถภาพปอด (FEV1) ของผู้ป่วย พบว่า กลุ่มที่มีระดับความรุนแรงน้อย (Mild) มีผลการตรวจสมรรถภาพปอด (FEV1) $\geq$ 80% ร้อยละ 43.7 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีความ

รุนแรงปานกลาง(Moderate) ผลการตรวจสมรรถภาพปอด (FEV1) 50 - 79% ร้อยละ 32.6 (ตาราง 2)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่และรายเก่า จำแนกตามข้อมูลการประเมินผู้ป่วยเพื่อการรักษา (N=380)

ข้อมูล	รายใหม่ (64)		รายเก่า (216)		รวม (380)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เกณฑ์การวินิจฉัย						
ประวัติและการตรวจร่างกาย	1	15.6	35	11.1	45	11.8
การตรวจสมรรถภาพปอด	2	3.1	5	1.6	7	1.8
ประวัติ การตรวจร่างกาย และการทดสอบสมรรถภาพปอด	47	73.4	241	76.3	288	75.8
ทรวงอกรูปร่างคล้ายถังเบียร์	1	1.6	12	3.8	13	3.4
ภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ	3	4.7	18	5.7	21	5.5
พบถุงลมโป่งพอง	1	1.6	5	1.6	6	1.6
ระดับความรุนแรงของโรค						
รุนแรงน้อย(Mild)	30	46.9	136	43.0	166	43.7
รุนแรงปานกลาง**(Moderate)**	19	29.7	105	33.2	124	32.6
รุนแรงมาก**(severe)**	10	15.6	55	17.4	65	17.1
รุนแรงมากที่สุด(Very Severe)	5	7.8	20	6.3	25	6.6
ระยะเวลาที่เป็นโรค (ปี)						
น้อยกว่า 1 ปี	24	37.5	34	10.8	58	15.3
1 - 4 ปี	36	56.3	78	24.7	114	30.0
5 – 9 ปี	4	6.2	178	56.3	182	47.9
10 ปีขึ้นไป	0	0.0	26	8.2	26	6.9

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำแนกตามผลการตรวจสมรรถภาพปอด (N=380)

ข้อมูล	FEV1							
	≥ 80%		**50 - 79%**		**30 -49%**		**< 30%**	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรุนแรงของโรค								
รุนแรงน้อย(Mild)	166	43.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
รุนแรงปานกลาง(Moderate)	0	0.0	124	32.6	0	0.0	0	0.0
รุนแรงมาก(severe)	0	0.0	0	0.0	65	17.1	0	0.0
รุนแรงมากที่สุด(Very Severe)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	25	6.6

ในภาพรวมผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย Sulbutamol MDI ร้อยละ 85.3 Sulbutamol tablet ร้อยละ 13.2 Seretide MDI ร้อยละ 53.2 Bromhexine tablet ร้อยละ 46.8 ร่วมกับ Acetylcysteine ร้อยละ 42.4 Theophylline tablet ร้อยละ 32.9 Beradual MDI ร้อยละ 13.2 Budesonide MDI ร้อยละ 25.2 (ตาราง 3)

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำแนกตามการรักษาด้วยยา (N=380)

ข้อมูล	ระดับความรุนแรง							
	รายใหม่ (64)		รายเก่า (216)		รวม (380)		มากที่สุด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Theophylline tablet	0	0.0	54	30.0	48	26.6	23	12.8
Beradual MDI	10	5.5	20	11.1	13	3.2	5	2.8
Budesonide MDI	1	0.6	82	45.6	14	7.7	10	5.6
Sulbutamol MDI	150	83.3	104	57.8	50	27.7	20	11.1
Sulbutamoltablet	10	5.6	25	13.9	10	5.6	5	28.0
Bromhexine tablet	58	32.2	70	38.9	32	17.8	18	10.0
Acetylcysteine	25	13.9	85	47.2	30	16.7	21	11.7
Seretide MDI	0	0	112	62.2	65	36.1	25	13.9

การรักษาอื่นๆ ผู้ป่วยได้รับการตรวจสอบเรื่องการสูบบุหรี่ ร้อยละ 100.0 ผลการตรวจสอบพบว่าผู้ป่วยไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 92.6 ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยได้รับการดูแลด้านอารมณ์และจิตใจ ร้อยละ 100.0 ฝึกการออกกำลังกาย ร้อยละ 100.0 ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 95.3 ได้รับการแนะนำประโยชน์ของการรับวัคซีนป้องกันปอดอักเสบ ร้อยละ 95.3 (รายใหม่ ร้อยละ 93.8 รายเก่า ร้อยละ 95.6) ส่วนการแนะนำกลุ่มอาการรุนแรงขึ้นไป มีผู้ป่วยจำนวน 90 ราย ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำ เรื่อง การใช้ออกซิเจน การรักษาโดยการผ่าตัด แจ้งการพยากรณ์โรคและวางแผนการดูแลระยะท้าย ร้อยละ 100.0 (ตาราง 4)

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำแนกตามข้อมูลการรักษาอื่นๆ (N=380)

ข้อมูล	รายใหม่ (64)		รายเก่า (216)		รวม (380)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่						
ได้รับวัคซีน	60	93.8	302	95.6	362	95.3
ไม่ได้รับวัคซีน	4	6.2	14	4.4	18	4.7
การแนะนำประโยชน์ของการรับวัคซีนป้องกันปอดอักเสบ						
ได้รับคำแนะนำ	60	93.8	302	95.6	362	95.3
ไม่ได้รับคำแนะนำ	4	6.2	14	4.4	18	4.7
ตรวจสอบเรื่องการสูบบุหรี่	64	100.0	316	100.0	380	100.0
ยังสูบบุหรี่	10	15.6	18	5.7	28	7.4
เลิกสูบบุหรี่	15	23.4	65	20.6	80	21.0
ไม่ได้สูบบุหรี่	39	61.0	233	73.7	272	71.6
การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด						
ให้ความรู้	64	100.0	310	98.1	374	95.4
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	44	68.8	243	76.9	287	75.5
เทคนิคการขับเสมหะ	48	75.0	158	50.0	206	54.2
ประเมินและฟื้นฟูกล้ามเนื้อ	35	54.7	82	26.0	117	30.8
อารมณ์และจิตใจ	64	100.0	316	100.0	380	100.0
โภชนาการ	50	78.1	300	94.9	350	92.1
ฝึกออกกำลังกาย	64	100.0	316	100.0	380	100.0

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำแนกตามข้อมูลการรักษาอื่นๆ (N=380)

ข้อมูล	รายใหม่ (64)		รายเก่า (216)		รวม (380)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การแนะนำกลุ่มอาการรุนแรงขึ้นไป (กรายใหม่15, รายเก่า75)						
เรื่อง การใช้ออกซิเจนแบบระยะยาว การรักษาโดยการผ่าตัด และการแจ้งการพยากรณ์โรคฯ	15	100.0	75	100.0	90	100.0

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินทุกครั้งที่มาตรวจ พบว่าความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นสูด ผู้ป่วยปฏิบัติได้ ร้อยละ 94.2 ความสามารถและความถูกต้องในการใช้ยาพ่นสูด ผู้ป่วยปฏิบัติได้ ร้อยละ 93.7 ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการออกกำลังกาย ร้อยละ 89.7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 82.4 (ตารางที่ 5) ส่วนการประเมินอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยได้รับการประเมินครบร้อยละ 100.0 คือ การตรวจสมรรถภาพปอด (FEV1) โดย Spirometry และการประเมินคุณภาพชีวิต โดย CAT ผู้ป่วยได้รับการทดสอบ Six-minute walking distance (6MWD) ร้อยละ 98.7 (รายใหม่ ร้อยละ 100.0 รายเก่า ร้อยละ 98.4) และผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจ Arterail blood gases (กรณี SpO2<92%) (ตาราง 5)

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำแนกตามการประเมินทุกครั้งที่มาตรวจ (N=380) (ต่อ)

ข้อมูล	รายใหม่ (64)		รายเก่า (216)		รวม (380)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาการหอบเหนื่อยที่มากขึ้นหรือน้อยลงโดยใช้ CAT	64	100.0	316	100.0	380	100.0
อาการไอ และ/หรือปริมาณเสมหะ การเปลี่ยนแปลงสีเสมหะ	64	100.0	316	100.0	380	100.0
ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย	64	100.0	316	100.0	380	100.0
ปฏิบัติได้	56	87.5	285	75.0	341	89.7
ปฏิบัติได้ไม่สม่ำเสมอ	8	12.5	31	25.0	39	10.3
สถานะของการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน	64	100.0	316	100.0	380	100.0
ความสามารถและความถูกต้องในการใช้ยาพ่นสูด	64	100.0	316	100.0	380	100.0
ปฏิบัติได้ถูกต้อง	58	90.6	298	94.3	356	93.7
ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	6	9.4	18	5.7	24	6.3
ความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นสูด	64	100.0	316	100.0	380	100.0
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	55	85.9	303	95.9	358	94.2
ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ	9	14.1	13	4.1	22	5.8
ความเข้มข้นของออกซิเจน(SpO2)	64	100.0	316	100.0	380	100.0
ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเพื่อประเมินค่า BMI	64	100.0	316	100.0	380	100.0
อาการหรืออาการแสดงของโรคร่วม	64	100.0	316	100.0	380	100.0
ไม่มีโรคร่วม	43	67.2	270	85.5	313	82.4
มีโรคร่วม	21	32.8	46	14.5	67	17.6

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำแนกตามการประเมินอย่างน้อยปีละครั้ง (N=380)

ข้อมูล	รายใหม่		รายเก่า		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ

การตรวจสมรรถภาพปอด (FEV1) โดย Spirometry	64	100.0	316	100.0	380	100.0
คุณภาพชีวิต โดย CAT	64	100.0	316	100.0	380	100.0
Six-minute walking distance (6MWD)	64	100.0	311	98.4	375	98.7
Arterail blood gases (กรณี SpO2<92%)	0	0.0	0	0.0	0	0.0

ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้ ร้อยละ 90.0 เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยการมีภาวะปอดอักเสบ ร้อยละ 6.1 มีภาวะหายใจล้มเหลว ร้อยละ 3.4 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ6.8 เข้ารับการพ่นยาที่ ER ร้อยละ 6.6 กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายผู้ป่วย (re – admission) ร้อยละ 2.6 และผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด ร้อยละ 1.3 (ตารางที่ 7)

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำแนกตามผลการรักษา (N=380)

ข้อมูล	รายใหม่		รายเก่า		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การควบคุมอาการของโรคได้	64	100.0	316	100.0	380	100.0
ควบคุมอาการของโรคได้	56	87.5	286	90.5	342	90.0
ควบคุมอาการของโรคไม่ได้	8	12.5	30	9.5	38	10.0
การเกิดภาวะแทรกซ้อน						
ปอดอักเสบติดเชื้อ	5	7.8	18	5.7	23	6.1
ภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว	3	4.7	10	3.2	13	3.4
เสียชีวิต	0	0.0	0	0.0	0	0.0
การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	6	9.3	20	6.3	26	6.8
การเข้ารับการพ่นยาที่ ER	22	34.4	3	4.7	25	6.6
การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายผู้ป่วย (re – admission)	2	3.1	8	2.5	10	2.6
การส่งต่อเพื่อรักษาที่ รพ.ในจังหวัด	1	1.6	4	1.3	5	1.3

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ67.4 มีอายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 85.7 และส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 62.1 ผลการศึกษาใกล้เคียงกับการศึกษาของสลิลทิพย์ และคณะ (2561)[6] ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทราเป็นเพศชาย ร้อยละ 67.4 มีอายุเฉลี่ย 64 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วง 60 – 70 ปี ร้อยละ 31.5 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 42.6 และใกล้เคียงกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ (2550)[4] ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ พบมากในเพศชายร้อยละ 77.8 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 82.6 แต่มีความแตกต่างในเรื่องการประกอบอาชีพที่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 76.6 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมซึ่งเป็นอาชีพหลักของชาวชนบทในภาคเหนือ

ผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 28.4 สาเหตุที่สูบบุหรี่เนื่องจากถูกชักชวนโดยบุคคลอื่น ร้อยละ 41.7 อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ อยู่ระหว่าง 15 – 24 ปี ร้อยละ 67.6 อายุเฉลี่ย 17.2 ปี บุหรี่ที่สูบส่วนใหญ่เป็นชนิดก้นกรอง ร้อยละ 89.8 จำนวนบุหรี่ที่สูบอยู่ระหว่าง 10 – 29 ซอง/ปี ร้อยละ 63.0 เฉลี่ย 10 ซองต่อปี และผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ ร้อยละ 74.1 ซึ่งมีความแตกต่างจากผลการศึกษาของรุ่งทิพย์ (2550)[4] ที่พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 94.0 มีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 73.9 สูบเพื่อไล่ยุงหรือแมลงขณะออกไปประกอบอาชีพ บุหรี่ที่สูบเป็นบุหรี่ขี้โย ร้อยละ 70.7 ปริมาณบุหรี่ที่สูบเฉลี่ย 45.8 ซองต่อปี บุหรี่ขี้โยเป็นบุหรี่พื้นบ้านของชาวชนบทภาคเหนือ สามารถปลูกต้นยาสูบเอง

หรือหาซื้อเส้นมามวนด้วยใบตองกล้วยทำให้สะดวกและง่ายต่อการสูบกว่าบุหรี่ก้นกรอง ซึ่งต่างจากวิถีชีวิตของชาวชนบทในภาคอีสานที่ส่วนใหญ่ไม่ได้ปลูกต้นยาสูบในท้องถิ่น ส่วนผลการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน คือ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ ร้อยละ 65.3 เริ่มสูบบุหรี่ในช่วงอายุ 15 – 24 ปี เฉลี่ย 16.2 ปี และผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่แล้ว ร้อยละ 73.3 ผลการศึกษาครั้งนี้และที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [5] การป้องกันไม่ให้เกิดผู้สูบรายใหม่ และการช่วยเหลือให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่จึงเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นภารกิจสำคัญประการหนึ่งของบุคลากรสาธารณสุข ที่จะช่วยลดอัตราป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ลดผลกระทบและความรุนแรงจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้ที่ป่วยแล้ว

ลักษณะทางพันธุกรรมเป็นปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ป่วย ที่สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย(2560)[5] กำหนดในองค์ประกอบการซักประวัติเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค การศึกษานี้พบผู้ป่วยมีประวัติคนในครอบครัวเป็น COPD ร้อยละ 14.0 การขาดสาร alpha-1 antitrypsin (severe hereditary deficiency of alpha-1 antitrypsin) เป็น inhibitor ของ serine proteases ที่อยู่ในกระแสเลือด ทำให้เร่งการเกิดภาวะถุงลมโป่งพองก่อนวัยอันควรถึงแม้ว่าจะไม่ได้สูบบุหรี่ โดยภาวะนี้พบได้น้อย และมักพบในยุโรปตอนบน ปัจจุบันข้อมูลสนับสนุนยังไม่ชัดเจนต้องมีการศึกษาค้นคว้าต่อไป [3]

ดัชนีมวลกายผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 18.5 – 24.9 กก.ต่อตร.ม. ร้อยละ 52.4 การดูแลให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีภาวะโภชาการที่เหมาะสมเป็นเรื่องสำคัญ และผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินทุกครั้งที่มาตรวจรักษา [5] เพราะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีน้ำหนักน้อยมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น [2] ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ร้อยละ 90.3 การศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยโดยรวมสามารถควบคุมอาการของโรคได้ ร้อยละ 90.0 (ตารางที่ 10) ผลการศึกษาใกล้เคียงกับรุ่งทิพย์ (2550)[4] ที่พบว่าผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัด ร้อยละ 95.2 ทำให้ผู้ป่วยโดยรวมร้อยละ 80.8 มีความรุนแรงของการเหนื่อยง่ายอยู่ในระดับ 0 - 1

การวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นต้องอาศัยองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ประวัติสัมผัสปัจจัยเสี่ยงทั้งด้านผู้ป่วยคือ ลักษณะทางพันธุกรรม ปัจจัยด้านสภาวะแวดล้อมคือ ควันบุหรี่ และมลภาวะทั้งในบริเวณบ้าน ที่ทำงานและที่สาธารณะ ร่วมกับอาการ ผลการตรวจร่างกาย ภาพรังสีทรวงอก และยืนยันการวินิจฉัยโดยการตรวจ spirometry [5] การศึกษานี้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการทดสอบสมรรถภาพปอด ร้อยละ 75.8 พบทรวงอกมีรูปร่างคล้ายถังเบียร์ร้อยละ 3.4 ซึ่งเป็นลักษณะที่พบได้ในรายที่มีถุงลมโป่งพองมาก (รุ่งทิพย์, 2560) นอกจากนี้พบภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ ร้อยละ 5.5 ส่วนระยะเวลาที่เป็นโรคอยู่ในช่วง 5 – 9 ปี ร้อยละ 47.9 ใกล้เคียงกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ (2560)[4] ที่พบค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่เป็นโรค 4.1 ปี

ระดับความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงน้อย (Mild) และปานกลาง (Moderate) ร้อยละ 76.3 แตกต่างจากผลการศึกษาของรุ่งทิพย์ (2560) ที่พบผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคในระดับเดียวกัน ร้อยละ 54.5 ผลการตรวจสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยระดับความรุนแรงต่างๆ สอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยและระดับความรุนแรงของโรคของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยฯ (2560)[5]

ยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน ในภาพรวม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่ม beta2 agonist (Sulbutamol MDI) ร้อยละ 85.3 และ Sulbutamol tablet ร้อยละ 13.2 ร่วมกับยาขยายหลอดลม (bronchodilators) ชนิดรับประทาน (Theophylline tablet ร้อยละ 32.9) ยาพ่นสูด Steroid (inhaled corticosteroids, ICS) (Budesonide MDI ร้อยละ 25.2) ยา LABA+ICS (Seretide MDI) ร้อยละ 53.2 และกลุ่มยาละลายเสมหะ (Bromhexine tablet ร้อยละ 46.8 และ Acetylcysteine ร้อยละ 42.4) (ตารางที่ 3)

เมื่อพิจารณาการรักษาตามระดับความรุนแรงของโรคตามระดับความรุนแรง การศึกษานี้พบว่า ระดับความรุนแรงน้อย ได้รับยาในกลุ่มbeta2 agonist เป็นส่วนใหญ่ (Sulbutamol MDI ร้อยละ90.4) ร่วมกับยาละลายเสมหะ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย (2560)[5] ส่วนผู้ป่วยระดับความรุนแรงปานกลาง รุนแรงมากและรุนแรงมากที่สุด ได้รับการรักษาด้วยยาเหมือนระดับความรุนแรงน้อย แต่เพิ่มยาขยายหลอดลม(bronchodilators) ชนิดรับประทาน (Theophylline tablet) และ ยาพ่นสูดขยายหลอดลม ชนิดออกฤทธิยาว $beta_2$ agonist ผสม steroid (LABA+ICS) ซึ่งโรงพยาบาลน้ำพองใช้ Seretide MDI

(ตารางที่ 3) การให้ยาในผู้ป่วยความรุนแรงทั้ง 3 กลุ่มนี้ เป็นการให้เพื่อลดอาการของผู้ป่วย และป้องกันการกำเริบของโรค ตามแนวทางของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยแนะนำให้เพิ่มยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวกลุ่ม anticholinergic และ/หรือ กลุ่ม $beta_2$ agonist

การให้คำแนะนำผู้ป่วยควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยทุกรายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดการกำเริบ และวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วย ตามเกณฑ์ของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย (2560)[5] เป็นการรักษาอื่นๆ ที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรได้รับ ซึ่งคำแนะนำที่ผู้ป่วยได้รับ ร้อยละ 100.0 ได้แก่ การตรวจสอบเรื่องการสูบบุหรี่ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้านอารมณ์และจิตใจ ฝึกการออกกำลังกาย ส่วนการรับวัคซีน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 95.3 ไม่ได้รับวัคซีนร้อยละ 4.7 เนื่องจากเป็นความสมัครใจของผู้ป่วยเองที่ไม่รับวัคซีน ส่วนกิจกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดบางกิจกรรม ที่ไม่เป็นไปตามแนวทางของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยฯ เนื่องจากปัญหาด้านผู้ป่วยรวมทั้งผู้ดูแล ที่ไม่มีความสะดวกในการปฏิบัติ หรือปฏิบัติแต่ไม่สม่ำเสมอ ในการแนะนำกลุ่มอาการรุนแรงขึ้นไป ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวน 90 ราย เป็นรายใหม่ 15 ราย รายเก่า 75 ราย ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเรื่อง การใช้ออกซิเจน การรักษาโดยการผ่าตัด การแจ้งการพยากรณ์โรคและวางแผนการดูแลระยะท้าย ร้อยละ 100.0

การประเมินและติดตามโรค เป็นการประเมินผลการรักษา ที่ต้องมีการประเมินทั้งอาการผู้ป่วย (subjective) และผลการตรวจ (objective) ประกอบด้วยการประเมินทุกครั้งที่มาตรวจ และการประเมินที่ควรทำอย่างน้อยปีละครั้ง [5] การศึกษานี้ผู้ป่วยได้รับการประเมินทุกกิจกรรมทุกครั้งที่มาตรวจ และพบว่าในกิจกรรมของการใช้ยาผู้ป่วยยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้องและไม่สม่ำเสมอ คือ ความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นสูด ผู้ป่วยปฏิบัติได้สม่ำเสมอ ร้อยละ 94.2 ปฏิบัติได้ไม่สม่ำเสมอร้อยละ 5.8 เนื่องจากผู้ป่วยลืม ความสามารถและความถูกต้องในการใช้ยาพ่นสูด ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ร้อยละ 93.7 ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ร้อยละ 6.3 เนื่องจากขั้นตอนในการสูดพ่นยาของผู้ป่วยไม่ลึกพอ และผู้ป่วยไม่ทราบวันหมดอายุของยาเนื่องจากมองไม่เห็นและลืมดูวันหมดอายุ ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการออกกำลังกาย ปฏิบัติได้ ร้อยละ 89.7 ปฏิบัติได้แต่ไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 10.3 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในกลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคอยู่ระดับรุนแรงมากที่สุด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 82.4 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของอรุณวรรณ และสุภาภรณ์ (2557)[7] ที่พบกลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 74.5 การประเมินที่ควรทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ตามเกณฑ์ของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยฯ (2560)[5] ผู้ป่วยได้รับการประเมินทุกกิจกรรม ยกเว้นการตรวจArterail blood gases (กรณี SpO2<92%) ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจ เนื่องจากไม่มีผู้ป่วยที่ SpO2<92%

ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้ ร้อยละ 90.0 เกิดภาวะแทรกซ้อนโดยมีภาวะปอดอักเสบ ร้อยละ 6.1 มีภาวะหายใจล้มเหลว ร้อยละ 3.4 ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ6.8 เข้ารับการพ่นยาที่ ER ร้อยละ 6.6 กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายผู้ป่วย (re – admission) ร้อยละ 2.6 ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด ร้อยละ 1.3 ซึ่งผู้ป่วยที่ส่งต่อเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว (acute respiratory failure) การศึกษานี้แตกต่างกับข้อมูลการเบิกจ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2557 [5] พบว่าผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีจำนวน 350 คนต่อประชากร 100,000 คน มีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 5.4 มีการใช้เครื่องช่วยหายใจหรือใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 9.8 และกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายผู้ป่วย (re-admission) ร้อยละ 28

การศึกษาครั้งนี้ จะเห็นได้ว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้แนวทางปฏิบัติตาม “ข้อแนะนำการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2560” ของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยฯ มาบริหารจัดการระบบการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและบรรลุเป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยได้รับความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชีพในโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชากร และเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ที่สำคัญการบริหารระบบข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน จะช่วยส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพองที่ให้การสนับสนุนและส่งเสริมการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ทีมงานคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเจ้าหน้าที่เวชระเบียนทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1.กระทรวงสาธารณสุข. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD). เข้าถึงได้ที่ https://dhes.moph.go.th.

2.คณะทำงานพัฒนาแนวทางปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ.2553. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2553.

3.นภารัตน์ อมรพุฒิสถาพร. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease). เข้าถึงได้ที่ https://www.med.mahidol.ac.th.

4.รุ่งทิพย์ เทพวงษ์. การดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2550:2(1):844-853.

5.สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. ข้อแนะนำการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ.2560. กรุงเทพมหานคร: สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2560.

6.สลิลทิพย์ กมลศิริ และ. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสาร มฉก.วิชาการ. 2561:22(43-44):27-42.

7.อรุณวรรณ วงษ์เดิม และสุภาภรณ์ ด้วงแพง. ปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2557:9(3):120-128.

การพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว จังหวัดนครราชสีมา

Development of Family Care Team in Nakhon Ratchasima Province

สันติ ทวยมีฤทธิ์[1]

Sunti Tuaymeerit[1]

(Received: December 25 ,2019 ; Accepted: February 19 ,2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยฉบับนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลสถานการณ์ปัจจุบันการดำเนินงาน ทีมหมอครอบครัวและพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวในพื้นที่ จังหวัดนครราชสีมา เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้ให้บริการในทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน จำนวน 170 คน (2) ผู้รับบริการ หรือญาติผู้ดูแล จำนวน 85 คน และ(3) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 34 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามประเมินผลการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว แบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้รับบริการ การสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า การประเมินผลสถานการณ์ปัจจุบัน ดังนี้ (1) ด้านบริบท ทีมหมอครอบครัวมีความเหมาะสมและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน แต่ควรเพิ่มการชี้แจงประโยชน์และข้อจำกัดให้ชัดเจน (2) ด้านปัจจัยนำเข้า ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมดี บุคลากรรับรู้แนวทางและสามารถนำสู่การปฏิบัติได้ (3) ด้านกระบวนการ มีการวางแผนดำเนินงานได้ดี แต่ควรเพิ่มการกำกับ ติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (4) ด้านผลผลิต ที่ได้จากการดำเนินงานในภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M = 0.62, S.D. = 0.47) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การมีภาวะผู้นำแท้จริง การบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ การสร้างและการมีส่วนร่วมของเครือข่าย การพัฒนาคุณภาพบริการและระบบส่งต่อที่มีคุณภาพ การบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ ด้านการวิเคราะห์แนวทางการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (1) เสริมสร้างความเข้มแข็งระบบสุขภาพปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัว โดยพัฒนาทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครต้นแบบ (2) พัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการ พัฒนาระบบ Smart Hospital เพิ่มประสิทธิภาพการใช้เตียงร่วมทั้งภาครัฐและเอกชน (3) พัฒนาศักยภาพสถานบริการ โดยการเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาล Node และการพัฒนาระบบส่งต่อส่งกลับร่วมกัน (4) พัฒนาระบบสนับสนุนการบริการและบริหารสุขภาพที่สำคัญ โดยพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ภายหลังการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว ผลประเมินผลกระทบพบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก (M = 4.07, S.D. = 0.49) และคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ อยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.29, S.D.=0.61) ข้อเสนอแนะ ควรการเพิ่มช่องการสื่อสาร และสนับสนุนทรัพยากรให้กับทีมหมอครอบครัวในระดับพื้นที่ เพื่อนำไปสู่ดำเนินงานทีมหมอครอบครัวคุณภาพมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

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 Nakhon Ratchasima 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 170 people. (2) 85 people are service recipients or relative carers and (3) 34 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, but should add clarification of benefits and limitations. (2) Importing factors: Network partners are good participants. Personnel is aware of the guidelines and can put into action. (3) Process: Having a good operational plan, but should continually increase supervision and evaluation. (4) The overall output from operations The average values were at the medium level (Mean = 0.62, S.D. = 0.47). Qualitative data analysis results found that the key success factors comprise as true leadership, Systematic management, network creation, and

[1] นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

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 The satisfaction of Service Provider are at a high level (Mean = 4.07, S.D. = 0.49) and the quality of life of Service Provider are Moderate level (Mean = 3.29, S.D. = 0.61). 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 การรักษาพยาบาลและ การฟื้นฟูสภาพของประชาชน[1] สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ จึงมีบทบาทสำคัญในการจัดการระบบบริการสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ต่าง ๆ ให้สามารถเข้าถึงและใช้บริการได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียมกัน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและท้องถิ่นห่างไกล ซึ่งมีภารกิจหลักในการบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค ทั้งในสถานบริการเชิงรับและสถานบริการเชิงรุกในพื้นที่รับผิดชอบ[2] ซึ่งการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดความก้าวหน้าระดับหนึ่งในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางขั้นสูง (Middle-income Countries) สามารถเป็นแบบอย่างสำหรับหลายประเทศในการให้บริการประชาชน มีหน่วยบริการและบุคลากรตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ แต่ทว่าระบบสาธารณสุขไทยกำลังเผชิญกับสิ่งที่ท้าทายหลากหลายด้าน อาทิ ความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเคลื่อนย้ายแรงงาน ยาเวชภัณฑ์และเทคโนโลยีที่ราคาแพง สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่องบประมาณภาครัฐ และคุณภาพบริการ[3]

กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการทำงานระบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(District Health Board : DHB) เพื่อสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง โดยมีปัจจัยความสำเร็จใน การพัฒนาต่อยอดให้เกิดความยั่งยืน ได้แก่การมี “ทีมหมอครอบครัว” (Family Care Team) ที่เกิดจากความร่วมมือร่วมใจของทุกภาคส่วนกับบุคลากรสุขภาพวิชาชีพต่าง ๆ แบบบูรณาการและประสานงานแบบเครือข่าย เพื่อร่วมขับเคลื่อนบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพไปสู่ประชาชนทุกกลุ่มวัยทุกครอบครัวและทุกชุมชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[4] เป็นหลักการลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการของประชาชนให้เท่าเทียมและทั่วถึง โดยเฉพาะประชาชน กลุ่มผู้ด้วยโอกาสและอยู่ในพื้นที่ห่างไกล[5] นโยบายทีมหมอครอบครัว ได้ถูกถ่ายทอดเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน มีบทบาท ในการดูแลให้คำปรึกษา เสมือนเป็นหนึ่งในเพื่อนสนิทหรือญาติมิตรมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้รับการดูแลที่ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง[6] สอดคล้องตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับประชามติปี พ.ศ.2559 หมวด 16 มาตรา 258 (ช) ด้านอื่น ๆ โดยกำหนดให้การแพทย์ปฐมภูมิมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ตลอดจนแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ของรัฐบาลแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสุขภาพ) ด้วยความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ สุขภาพดี (PP&P Excellence) บริการดี (Service Excellence) คนดี (People Excellence) และบริหารดี (Governance Excellence) สู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ด้วยแนวคิด บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลา ด้วย

เทคโนโลยีโดย ทีมหมอครอบครัวเกิดการดูแลที่มีคุณค่า เชื่อมั่นศรัทธาต่อระบบบริการสาธารณสุข ประชาชนทุกกลุ่มวัยเกิด การสร้างสุขภาพจากภายใน (Self-care) สู่ครอบครัวและสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน[4]

การดำเนินงานทีมหมอครอบครัวของแต่ละพื้นที่ย่อมมีบริบทที่แตกต่างกัน อีกทั้งนโยบายทีมหมอครอบครัวเป็นแนวคิดที่มีการทำงานร่วมกันของหลายฝ่ายทั้งในส่วนของสาธารณสุข ชุมชนและท้องถิ่น อาจมีความพร้อมและศักยภาพการดำเนินงานแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามจากการประเมินผลการพัฒนาทีมหมอครอบครัวของสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข[4] จากประสบการณ์ของผู้รับบริการพบว่า ร้อยละ 59 คือทีมหมอครอบครัวที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในทีมเดียวกับหมอที่รักษาประจำในโรงพยาบาล สะท้อนให้เห็นจุดเด่นของโครงสร้างทีมในลักษณะการบริการแบบไร้รอยต่อรูปแบบ การทำงานของทีมหมอครอบครัวในการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน มีความสัมพันธ์กับด้านบริการระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานอื่น ด้านบวกพบว่า การทำงานแบบทีมหมอครอบครัวทำให้เปลี่ยนวิธีการทำงานเป็นทีม มีการสื่อสาร และประชุมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น[7] สอดคล้องกับการศึกษาของสมยศ ศรีจารนัยและคณะ[8] ที่พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ 3 ประการ ได้แก่ (1) การบูรณาการดี (Integration) คือการบูรณาการทีมหมอครอบครัวเข้าด้วยกันกับงานอื่น ๆ อย่างมีเป้าหมาย (2) มีการเรียนรู้ (Learning) คือ การคิดวิเคราะห์ เพื่อทำความเข้าใจและพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้เหมาะกับบริบทของพื้นที่และ (3) มีแผนคู่งานชัด (On tract) การกำหนดแผนยุทธศาสตร์ทุกระดับเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้การดำเนินงาน ติดตาม ประเมินผลมีทิศทางที่ชัดเจน

จังหวัดนครราชสีมา ได้มีการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 เพื่อการดูแลกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 32 อำเภอ 297 ตำบล 347 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 พื้นที่นำร่อง ระยะที่ 2 ครอบคลุมร้อยละ 50 และระยะที่ 3 ครอบคลุมร้อยละ 100 มีการแต่งตั้งทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน และ มีประชากรในความรับผิดชอบที่ชัดเจน และในปี พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา ได้มีการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวอย่างเต็มรูปแบบ เพื่อให้บริการเชิงรุกดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวมและต่อเนื่องในกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล เด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการ และ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลประคับประคอง (Palliative Care) โดยการรวมพลังสังคมจากภาคีเครือข่ายต่าง ๆ และทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน ของในแต่ละพื้นที่ร่วมดำเนินการ ซึ่งจากรายงานสรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานในเบื้องต้น พบว่า ยังมีข้อจำกัดและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย ในการศึกษานี้เพื่อให้ได้ข้อมูลสารสนเทศ เชิงประจักษ์ที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวในพื้นที่ โดยเฉพาะในส่วนของกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ รวมทั้งปัจจัยแห่งความสำเร็จ และแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยเรื่อง “การพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว จังหวัดนครราชสีมา ” โดยใช้กรอบโมเดล CIPP เพื่อประเมินผลสถานการณ์ปัจจุบันพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวอย่างเป็นระบบ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต[9] และนำผลการวิเคราะห์ที่ได้ ร่วมกับแนวทางการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มาสังเคราะห์เสนอแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว จังหวัดนครราชสีมา และดำเนินการประเมินผลกระทบการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว เพื่อการเพิ่มประสิทธิภาพ คุณภาพ และเกิดความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินผลสถานการณ์ปัจจุบันการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อประเมินผลกระทบหลังจากการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยผสมผสาน (Mix Method Research) ที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกัน ได้แก่ (1) การประเมินผลสถานการณ์ปัจจุบันการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว จังหวัดนครราชสีมา ในด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลผลิต (Product) (2) การสังเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว และเสนอผลจากการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลเชิงปริมาณ

ประชากร จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้รับบริการหรือญาติผู้ดูแล ผู้วิจัย กำหนดประชากร ดังนี้ (1) กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมหมอครอบครัว ในพื้นที่ จังหวัดนครราชสีมา ที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 576 คน (2) กลุ่มผู้รับบริการหรือญาติผู้ดูแล ได้แก่ กลุ่มเป้าหมายทีมหมอครอบครัว 5 กลุ่ม ดังนี้ ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแลเด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการและผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลประคับประคอง หรือญาติผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่นำร่องการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว จังหวัดนครราชสีมา ไม่น้อยกว่า 6 เดือน ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 660 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ให้บริการ ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะเฉพาะ และเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย[10] ได้แก่ ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมหมอครอบครัวในพื้นที่ จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่มาแล้ว ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และเคยมีประสบการณ์ในการดูแลกลุ่มเป้าหมายมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและยินดีตอบแบบสอบถาม จำนวน 170 คน ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ (1.1) ผู้บริหารระดับอำเภอ 17 อำเภอ ๆ ละ 2 คน รวมเป็น 34 คน (1.2) ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอสาขาวิชาชีพต่าง ๆ รวม 6 สาขาวิชาชีพ ๆ ละ 1 คน จำนวน 17 อำเภอ รวมเป็น 102 คน (1.3) ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมหมอครอบครัวระดับตำบล 17 แห่ง ๆ ละ 1 คน รวมเป็น 17 คน (1.4) ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน รพ.สต.17 แห่ง ๆ ละ 1 คน รวมเป็น 17 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้รับบริการหรือญาติผู้ดูแล ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะเฉพาะและเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย[10] จากกลุ่มเป้าหมายทีมหมอครอบครัว 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแลเด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการและผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลประคับประคอง หรือ ญาติผู้ดูแล ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่การดำเนินงานทีมหมอครอบครัว จังหวัดนครราชสีมา ไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 85 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ (1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยและระบุ โดยพื้นที่ศึกษาว่าเป็นกลุ่มเป้าหมายทีมหมอครอบครัว (2) เป็นกลุ่มเป้าหมายที่เคยได้รับการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง(3) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและยินดีตอบแบบสอบถาม(4) กรณีเป็นญาติหรือผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้รับบริการในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย โดยอาจจะเป็นญาติที่ช่วยดูแลช่วยเหลือโดยตรงหรือเป็นผู้ที่รู้เห็นการดูแลของทีมหมอครอบครัวต่อญาติของตนมาโดยตลอด

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

แหล่งข้อมูล ได้แก่ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว จังหวัดนครราชสีมา

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง จากผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานหรือปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของทีมหมอครอบครัวมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและยินดีให้ข้อมูล กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการเข้าถึงในเรื่องเวลา งบประมาณ[10] และการอิ่มตัวของข้อมูล[11] เพื่อเป็นตัวแทนทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ตำบลและชุมชน 17 อำเภอ ๆ ละ 2 คน รวมเป็น 34 คน สำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามการประเมินผลสถานการณ์ปัจจุบันการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก กรอบแนวคิด CPP Model ของ Stufilebeam[9] ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินผล และวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท จำนวน 5 ข้อ ด้านปัจจัยนำเข้า จำนวน 18 ข้อ ด้านกระบวนการ จำนวน 18 ข้อ และด้านผลผลิต จำนวน 8 ข้อ รวมทั้งสิ้น จำนวน 49 ข้อ (2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ จำนวน 16 ข้อ (3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ จำนวน 20 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่สร้างขึ้นเพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาที่ใช้มาตรการอย่างหนึ่งอย่างใด ฉบับภาษาไทยขององค์การอนามัยโลก (WHO) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[12] (4) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบสนทนากลุ่ม ใช้ชุดข้อคำถามเดียวกันซึ่งประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ (4.1) สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย (4.2) ปัญหาและอุปสรรค ในการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวเพื่อดูแลกลุ่มเป้าหมาย (4.3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว (4.4) ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยวิธีการหาค่าดัชนี ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Item Content Validity Index, I-CVI) และความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity for Scale, S-CVI)[13,14] โดยแบบสอบถามประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว มีค่า CVI ทั้งฉบับ เท่ากับ 0.85 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ มีค่า CVI ทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ มีค่า CVI ทั้งฉบับเท่ากับ 0.88 วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยแบบสอบถามประเมินผลและวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84 สำหรับแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแบบสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยนำฉบับที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้รับบริการหรือญาติผู้ดูแล ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (นอกเหนือจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่กำหนดไว้) จำนวน 5 ราย นำข้อมูลที่ได้และปฏิกิริยาของผู้ให้ข้อมูลมาแก้ไขและปรับปรุงก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ค่าแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) **ข้อมูลเชิงคุณภาพ** ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การปกป้องสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิประโยชน์ ความยุติธรรม และความถูกต้อง โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส KHE 2019-004 ระหว่างวันที่ 30 มกราคม 2562 ถึง 30 มกราคม 2563 และผู้วิจัยได้ชี้แจงการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง ข้อมูลที่ได้จะถือว่าเป็นความลับ และกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีเงื่อนไขและผลเสียใดเกิดขึ้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผลการวิจัย พบว่า ทีมหมอครอบครัวที่ร่วมดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ระดับตำบล ร้อยละ 70.00 ระดับอำเภอ ร้อยละ 20.00 และระดับชุมชน ร้อยละ 10.00 ส่วนใหญ่เป็น เพศชาย ร้อยละ 75.90 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 38 - 48 ปี ร้อยละ 52.90 อายุมากกว่า 48 ปี ร้อยละ 40.60 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 79.40 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 52.90 เป็นนักวิชาการ

สาธารณสุข ร้อยละ 27.06 สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร้อยละ 67.60

2. ผลประเมินการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา

2.1 ด้านบริบท พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.94, SD = 0.61) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ทีมหมอครอบครัวตอบสนองต่อความต้องการและแก้ไขปัญหาของประชาชน (M = 4.05, S.D. =0.64) รองลงมา ได้แก่ การดำเนินงานทีมหมอครอบครัว ในพื้นที่มีความสอดคล้องโดยตรงกับนโยบาย ของรัฐบาล (M = 4.04, S.D. =0.54) และส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ทีมหมอครอบครัวประโยชน์และข้อจำกัดไว้อย่างชัดเจน (M =3.75, S.D. =0.60)

2.2 ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.60, S.D. = 0.60) และเมื่อพิจารณารายด้านย่อย พบว่า ค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การรับรู้และการนำทีมหมอครอบครัวไปปฏิบัติ (M = 3.80 S.D.=0.60) ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ วัตถุประสงค์เป้าหมายและกิจกรรมการดำเนินงานมีความชัดเจน (M = 3.84, S.D. = 0.56) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ หน่วยงานของท่านมีการจัดระบบส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เหมาะสมเพียงพอ (M = 3.73, S.D. = 0.60) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การสนับสนุนงบประมาณ (M = 3.41, S.D. = 0.62)

2.3 ด้านกระบวนการ พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.64, S.D.= 0.58) และเมื่อพิจารณารายด้านย่อย พบว่าค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การกำกับและติดตามประเมินผล (M = 3.88, S.D. =0.66) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ จัดตั้งคณะทำงานติดตาม กำกับ ดูแล และรายงาน ความก้าวหน้าการดำเนินงานทุกระยะ และปรับปรุงระบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องด้วยข้อมูลที่ชัดเจน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือวางแผนจัดตั้งทีมหมอครอบครัวให้ครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบประชุมชี้แจงทีมหมอครอบครัวให้มีความรู้และเข้าใจบทบาทภารกิจได้อย่างชัดเจน และประสานชี้แจงเผยแพร่ข้อมูล ความรู้รายละเอียดให้ประชาชนหรือกลุ่มเป้าหมายได้รับทราบข้อมูล ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การดำเนินการตามนโยบาย (M = 3.56, S.D. = 0.56) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การร่วมประชุมทีมหมอครอบครัวในเครือข่ายเพื่อวางแผนดูแลกลุ่มเป้าหมายแต่ละประเภท

2.4 ด้านผลผลิต พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 0.62, S.D. = 0.47) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ มีอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุในชุมชนครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ (M = 0.79, S.D. = 0.41) สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ มีรายงานสรุปการประชุมทีมหมอครอบครัวครบทุกครั้ง (M = 0.39, S.D. = 0.49) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อค้นหาแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว จังหวัดนครราชสีมา สรุปดังนี้ (1) การดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับ การดูแล เด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการและผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลประคับประคอง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้เรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการทำงานแบบบูรณาการและประสานประโยชน์ร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับต่าง ๆ อย่างเป็นรูปธรรม (2) อุปสรรคในการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นว่า ในด้านบุคลากร กระบวนการทำงานในพื้นที่มีมากขึ้น บุคลากรไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน ภาระงานด้านการบันทึกข้อมูลมีมาก ส่งผลให้การบริการเชิงรุกการติดตาม และประเมินผลการดูแลกลุ่มเป้าหมายลดลง (3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นว่า สิ่งสำคัญได้แก่ (3.1) หน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องมีความเข้มแข็ง ผู้บริหารเป็นมืออาชีพ เอาใจใส่ ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน (3.2) หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีทีมหมอครอบครัวให้บริการเต็มรูปแบบ จะต้องมีจำนวนบุคลากรและสัดส่วนที่เหมาะสม เพื่อสามารถให้บริการประชาชนได้อย่างทั่วถึง (3.3) การพัฒนาศักยภาพสถานบริการเพื่อสนับสนุนการทำงานของทีมหมอครอบครัวในทุกพื้นที่ โดยการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้สามารถเป็นหน่วยรับส่งต่อผู้ป่วย ให้คำปรึกษา เป็นพี่เลี้ยง สนับสนุนทรัพยากร การกำกับติดตามประเมินผล (3.4) การพัฒนาระบบสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัว ได้แก่ ระบบการเงินการคลังหรือการจัดสรรทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง ระบบเทคโนโลยี

สารสนเทศ ระบบ Lab หรือระบบทางห้องปฏิบัติการ ระบบ Logistic (4) ข้อเสนอแนะ คือ ควรมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน มีการประสานงานทุกระดับการวางแผนดูแลร่วมกันในทีมสหวิชาชีพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

4. แนวทางการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลจากการประเมินสถานการณ์ปัจจุบันการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวและผล การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มโดยเสนอให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์เรียนรู้ ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อพัฒนาระบบปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัว จังหวัดนครราชสีมา ประชุมกำหนด ปัจจัยแห่งความสำเร็จและยุทธศาสตร์การพัฒนาทีมหมอครอบครัว สรุปแนวทางการพัฒนาทีมหมอครอบครัว ดังนี้

4.1 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาทีมหมอครอบครัว (1) ผู้นำทีมหมอครอบครัวต้องมีภาวะผู้นำที่แท้จริง โดยสร้างคุณลักษณะที่มีความพร้อมต่อการพัฒนา มีทิศทางที่ชัดเจน (2) ต้องมีการบริหารและการจัดการทีมหมอครอบครัวอย่างเป็นระบบ การสร้างและพัฒนาเครือข่าย พัฒนางาน (3) ต้องมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ (4) ต้องทำงานตามกระบวนการ โดยดำเนินการตามแผนและเป้าหมายที่ตั้งไว้ มีการใช้แนวคิด 1A4C คือ บริการทุกคน (Accessibility) บริการทุกอย่าง (Comprehensive Care) บริการทุกที่ (Continuous Care) บริการทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี (Coordinating Care, First Contact Care) ต้องมีการจัดการด้านการเงินอย่างเป็นระบบ (5) ต้องมีการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ โดยทบทวนยุทธศาสตร์และมาตรการของการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวทุกระดับ

4.2 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัว จังหวัดนครราชสีมา โดยมี เป้าหมาย ได้แก่ “เพิ่มประสิทธิภาพการบริการของทีมหมอครอบครัวโดนมุ่งประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อการลดแออัดในโรงพยาบาล” ประกอบไปด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความเข้มแข็งระบบสุขภาพปฐมภูมิ ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการ ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาศักยภาพสถานบริการ ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบสนับสนุน

นำปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบ ปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัว จังหวัดนครราชสีมา ไปถ่ายทอด ในเวทีประชุมการจัดทำแผนศาสตร์ด้านสุขภาพ เวทีประชุมผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานคลินิกหมอครอบครัวหรือผู้แทนทีมหมอครอบครัว และหัวหน้างานแผนงานของโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมในระดับพื้นที่ต่อไป

5. ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.07, S.D. = 0.49) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความเป็นกันเอง เป็นมิตรและเต็มใจดูแล (M = 4.10, S.D. = 0.62) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การดูแลของทีมหมอครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ทีมหมอครอบครัวเต็มใจให้การดูแลและให้คำปรึกษา และรู้สึกไว้วางใจที่จะบอกเล่าเรื่องที่กังวลใจหรือมีปัญหากับทีมหมอครอบครัว รองลงมา ได้แก่ ด้านความเป็นธรรมและประหยัดค่าใช้จ่าย (M=4.08, S.D. = 0.58) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมเหมือนกับที่บุคคลอื่นได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวประหยัดค่าใช้จ่าย ด้านความสะดวกในการรับบริการ (M = 4.06, S.D. = 0.44) และด้านคุณภาพการดูแลของทีมหมอครอบครัว (M = 4.05, S.D. = 0.38) ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การดูแลของทีมหมอครอบครัวช่วยทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีกำลังใจที่ดีขึ้น การดูแลของทีมหมอครอบครัวช่วยทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

6. ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.29, S.D.=0.61) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ พอใจกับความสามารถทำกิจวัตรประจำวันของท่าน (M = 3.49, S.D.=0.75 และพอใจกับความสามารถ ในการทำงานของท่าน (M = 3.47, S.D. = 0.75) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ สามารถจะไปไหนมาไหนได้ดี (M = 2.49, S.D. = 0.68)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. การประเมินผลการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยใช้กรอบของ CIPP Model ในการอภิปรายผล ดังนี้

1.1 ด้านบริบท ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะทีมหมอครอบครัวตอบสนองต่อความต้องการและแก้ไขปัญหาของประชาชน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากทีมหมอครอบครัวได้เกิดขึ้นจากแนวคิดของรัฐบาลในการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ให้เท่าเทียมและครอบคลุม จะเห็นได้ว่าจากการที่มีทีมหมอครอบครัวตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี 2559 กำหนดให้ระบบการแพทย์ปฐมภูมิมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ทีมหมอครอบครัวจึงสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน สอดคล้องกับผลการศึกษาของรวีวรรณ ศิริสมบูรณ์ และณภัทรกฤต จันทวงศ์[15] พบว่า ด้านบริบทของโครงการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความเหมาะสมในระดับมาก ในประเด็นความสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน สามารถสนับสนุนการดำเนินงานให้ได้รับผลผลิตตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ตามความคาดหวังของผู้บริหารและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ทีมหมอครอบครัวมีการชี้แจงประโยชน์และข้อจำกัดไว้อย่างชัดเจน อาจเป็นเพราะการถ่ายทอดการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวสู่การปฏิบัติในระยะแรก อาจยังไม่ชัดเจนถึงทุกระดับและบุคลากรผู้ปฏิบัติ ยังต้องการข้อมูลสารสนเทศเพิ่มเติม

1.2 ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่พบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ซึ่งมีความสอดคล้องเป็นไปตามความคาดหวังและแนวทางปฏิบัติของ ทีมหมอครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อน รวมทั้งการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชนในการจัดการสุขภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับนฤมล กมุทชาติและคณะ[16] ที่พบว่า การสร้างทีมนำที่เข้มแข็งและสร้างเครือข่ายในการดำเนินงานที่มาจากการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ได้ร่วมแสดงความคิดเห็น วางแผน ดำเนินการ และแก้ไขปัญหา สาธารณสุขเป็นกลไกหนึ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอให้ประสบผลสำเร็จ และนฤมล บุญโสภิณและคณะ[17] ที่พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ การพัฒนารูปแบบทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ของตำบลวังสวาบ อำเภอภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น คือการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนและการทำความเข้าใจในธรรมชาติของผู้สูงอายุติดบ้าน และด้านบุคลากรในการดำเนินการ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่ยังต้องการได้รับการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อให้วางแผนดำเนินงานได้เต็มที่

1.3 ด้านกระบวนการ พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านการวางแผนดำเนินการ และการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากทีมหมอครอบครัวพัฒนาต่อยอดมาจาก การทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประเทศไทยได้ริเริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2555 เป็นต้นมา และมีพัฒนาการมาตามลำดับด้วยการเพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอภายใต้กระบวนการเรียนรู้แบบใช้บริบทเป็นฐานจนถึงปัจจุบัน สอดคล้องกับณัฐวรรณ แย้มละมัย และสุณี หงส์วิเศษ[18] ที่พบว่าด้านกระบวนการในเรื่องการส่งเสริมกิจกรรมให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลตะเคียนเตี้ย อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี มีความเหมาะสม สอดคล้องในระดับมาก และกิตติคุณ บัวบาน[19] พบว่า โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเครือข่ายเด็กไทยฟันดี มีกระบวนการที่ดีสามารถดำเนินการได้ตามแผน มีการบริหารจัดการได้ตามมาตรฐาน แต่ยังขาดความต่อเนื่องในการกำกับติดตามประเมินผลที่แสดงถึงประสิทธิผลของโครงการ

1.4 ด้านผลผลิต พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากในการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ ที่ทำให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพดีขึ้น จะเกี่ยวข้องกับการวางแผนดำเนิน กิจกรรม การเลือกกิจกรรมที่คาดว่าจะทำให้ประสบผลสำเร็จ และการกำกับติดตามการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการได้รับการจัดสรรทรัพยากรอย่างเพียงพอจะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ในด้านกระบวนการ การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวและปรับปรุง

พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ยังอยู่ในระดับปานกลาง อีกทั้งโครงการที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ จะเกี่ยวข้องกับงบประมาณ ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยนำเข้าด้านงบประมาณและความเพียงพอเหมาะสมของอัตรากำลังด้านสาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลางและข้อมูล เชิงคุณภาพจากการอภิปรายกลุ่มย่อย ที่พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตาม นโยบายทีมหมอครอบครัว ได้แก่ การมีบุคลากรไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน ภาระงานด้านการบันทึกข้อมูลมีมาก ส่งผลต่อการให้บริการเชิงรุกและการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับอุดม อัศวุฒมางกูรและคณะ[20] ที่พบว่า การดำเนินงานคุ้มครอง ผู้บริโภคภาคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี มีปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลผลิต อยู่ในระดับปานกลาง

2. การพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการพัฒนาทีมหมอครอบครัว ที่สำคัญได้แก่ (2.1) ผู้นำทีมหมอครอบครัวที่ต้องมีภาวะผู้นำแท้จริงพร้อมต่อการพัฒนา กำหนดทิศทางชัดเจน มีแบบแผน รับฟังความคิดเห็น (2.2) ต้องมีการบริหารและการจัดการทีมหมอครอบครัวอย่างเป็นระบบ ตั้งเป้าหมาย การสร้างและพัฒนาเครือข่าย (2.3) ต้องมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งทีมสหวิชาชีพและส่วนราชการหรือภาคีเครือข่ายต่าง (2.4) ต้องทำงานตามกระบวนการ ตามแนวคิด1A4C คือ บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี (2.5) ต้องมีการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์เพื่อสร้างภาพในอนาคตและทิศทางร่วมกัน สอดคล้องกับ และพบว่าการพัฒนาระบบปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัว ต้องประกอบไปด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 เสริมสร้างความเข้มแข็งระบบสุขภาพปฐมภูมิและทีมหมอ ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการ ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาศักยภาพสถานบริการ ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบสนับสนุนการบริการและบริหารสุขภาพที่สำคัญ สอบคล้องกับแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 9 ที่กล่าวว่า แนวทางลดแออัดไร้รอยต่อ เขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (1) สร้างความเข้มแข็งระบบปฐมภูมิ (2) พัฒนาประสิทธิภาพการบริการ (3) พัฒนาศักยภาพสถานบริการ (4) พัฒนาระบบสนับสนุนเพื่อการบริหารจัดการ

2.1 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผลวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านความเป็นกันเอง เป็นมิตรและเต็มใจดูแล และด้านความสะดวกในการรับบริการ ทั้งนี้ เป็นไปตามเป้าหมายของนโยบายทีมหมอครอบครัว ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนอุ่นใจ เป็นญาติมิตรให้คำปรึกษา แนะนำและดูแลด้านสุขภาพของประชาชนและครอบครัวอย่างองค์รวม อีกทั้งการใช้แนวคิดการดูแลกลุ่มเป้าหมายของทีมหมอครอบครัวตามหลักการเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นการดูแลสุขภาพที่ครบวงจร ด้วยแนวคิดที่สำคัญ คือ เป็นผู้ดูแลแต่แรก ดูแลอย่างต่อเนื่อง ดูแลแบบครอบคลุมผสมผสาน มีระบบคำปรึกษา และการส่งต่อ จึงส่งผลให้ ผู้รับบริการหรือญาติผู้ดูแลมีความพอใจในระดับมาก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับปิยะ เทพปิยวงศ์[21] ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ต้องการดูแลระยะยาวมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของทีมหมอครอบครัวในระดับมาก นฤมล บุญโสภิณและคณะ[17] ที่พบว่า ผู้สูงอายุติดบ้านมีความพึงพอใจต่อรูปแบบทีมหมอครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และวัสนา ศรีวิชัย[22] ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย และผู้ดูแลที่ได้รับบริการจากทีมหมอครอบครัว มีความพึงพอใจในการจัดบริการด้านสุขภาพด้านชุมชน และด้านสังคม อยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกัน

2.2 คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ ผลวิจัยพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับอุดมลักษณ์ เวชชพิทักษ์และคณะ[23] ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมี 5 มิติ จากการประเมินผลการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล เด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการ และผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลประคับประคอง ซึ่งอาจมีทุนเดิมด้านคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีนัก และอาจต้องใช้ระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานต่อเนื่องเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ[24] ที่สำรวจสถานการณ์การดำเนินงานและความคิดเห็นต่อนโยบายทีมหมอครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่มีความคาดหวังต่อบทบาททีมหมอ

ครอบครัวในเชิงรูปแบบการทำงานที่เป็นองค์รวม ให้ผสมผสานต่อเนื่อง รวมทั้งการส่งเสริมให้ประชาชนมีการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การเพิ่มช่องการสื่อสารที่หลากหลาย และการสื่อสารสาธารณะที่มากขึ้น ในการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว เพื่อให้การปฏิบัติงานและแผนงานที่เกี่ยวข้องกับทีมหมอครอบครัวในระดับกระทรวง ได้สื่อสารถึงพื้นที่และอำนวยความสะดวกให้กับพื้นที่ เพื่อความถูกต้องมากขึ้น

2. การสนับสนุนทรัพยากรให้กับทีมหมอครอบครัวในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในด้านงบประมาณด้านบุคลากร (ทั้งปริมาณ คุณภาพ และขวัญกำลังใจ) รวมทั้งยานพาหนะที่ใช้สำหรับการรับส่งต่อผู้ป่วย ในพื้นที่ทุรกันดารและห่างไกลเมือง

3. รณรงค์ปลูกฝังจิตสำนึกในการทำงานของทีมหมอครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ ให้เห็นคุณค่าในการช่วยเหลือในลักษณะจิตอาสาให้เพิ่มขึ้น

4. การสร้างสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับชุมชน และการสร้างเครือข่าย ใหม่ ๆ เพื่อร่วมดำเนินงานทีมหมอครอบครัว โดยการค้นหาต้นทุนทางสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่น เพื่อนำมาช่วยในการขับเคลื่อนกิจกรรมการดูแลสุขภาพประชาชนและชุมชน เช่น ปราชญ์ชาวบ้าน ภูมิปัญญาท้องถิ่น กลุ่มแพทย์แผนไทย ฯลฯ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

ผู้ปฏิบัติและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว สามารถนำข้อค้นพบที่ได้นี้ ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวเพื่อตอบสนองกลุ่มเป้าหมายให้มีประสิทธิภาพ คุณภาพ และการดำเนินงานที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยประเมินผลการดูแลกลุ่มวัยต่างๆของทีมหมอครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ที่มีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อกลุ่มเป้าหมายต่อไป

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจความพึงพอใจด้านสุขภาพและความคาดหวังของประชาชนในการให้บริการของทีมหมอครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1. ราชกิจจานุเบกษา. (2554). **อำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข**. เข้าถึงเมื่อวันที่ 23 เมษายน 2560, จาก http://www.ratchakitcha.soc.go.th/RKJ/index/index.htm

2. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2552). ทิศทางของการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยสู่ศวรรษที่ 4. **วารสารสุขภาพภาคประชาชนภาคใต้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ**, 22 (2), 2 – 5.

3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2559). **คลินิกหมอครอบครัวปฏิรูปสาธารสุขไทย**. สืบค้นเมื่อ วันที่ 23 เมษายน 2560, จาก http://www.thaihealth.or.th/

4. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). **คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์แห่งประเทศไทย.

5. สำเริง แหยงกระโทก. (2560). **การดำเนินงานตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit=PCU)**. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

6. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). **ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)**, กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

7. ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, สุภา เพ่งพิศ, สมชาย วิริดิรมย์กุล, นภาพร วาณิชย์กุล และสุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์. (2559). **ติดตามประเมินผลนโยบายทีมหมอครอบครัว**. กรุงเทพฯ: สถานบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

8. สมยศ ศรีจารนัย, พิชญาภัสสร์ วรรณศิริกุล, ปารณัฐ สุขสุทธิ์, อรณินทร์ ขจรวงศ์วัฒนา และสมใจ นกดีวิจัย (2558). **การวิจัยประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว.** กรุงเทพฯ :ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

9. Stufflebeam, D.L. (1971). The relevance of the CIPP evaluation model for educational Accountability.

Journal of research and Development in Education, 5(1), 19 – 25.

10. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2551). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์**. (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ : จามจุรีโปรดักท์.
11. บุญใจ ศรีสถิตนรากูล. (2553). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ ไอ อินเตอร์มีเดีย
12. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2540). **เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI)**. สืบค้นเมื่อ วันที่ 21 ตุลาคม 2560, จาก http://www.dmh.moph.go.th/test/whoqol/
13. Waltz, C. F., Strickland, O., Lenz, E. R., and Waltz, C. F. (2005). **Measurement in nursing and health research**. New York: Springer Pub.
14. Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). **Essentials of Nursing Research : Methods, Appraisal, and Utilization**. (6th ed.) Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
15. รวีวรรณ ศิริสมบูรณ์ และณภัทรกฤต จันทวงศ์. (2558). การวิจัยประเมินผลโครงการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบ้านลำ อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี. **วารสารวิชาการสาธารณสุข**, 24 (6),1075 – 85.
16. นฤมล กมุทชาติ, สงครามชัย สีทองดี และสุรพร ลอยหา. (2558) รูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. **วารสารโรงพยาบาลสกลนคร**, 18 (3), 183 – 93.
17. นฤมล บุญโสภิณ, วรางคณา จันทร์คง และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. (2561). การพัฒนารูปแบบทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านของตำบลวังสวาบ อำเภอภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย**, 12 (1) : 172 – 80.
18. ณัฐวรรณ แย้มละมัย และสุณี หงส์วิเศษ. (2561).การประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลตะเคียนเตี้ย อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. **วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม**, 8(3) กันยายน - ธันวาคม, 17 – 25.
19. กิตติคุณ บัวบาน (2561). การประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเครือข่ายเด็กไทยฟันดีตำบลขะเนจื้อ อำเภอระมาด จังหวัดตาก. **วารสารทันตสาธาณสุข**, 23 (1), 13 – 25.
20. อุดม อัศวุตมางกูร, อารยา ประเสริฐชัย และช่อทิพย์ บรมธนะรัตน์. (2560). การประเมินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี. **วารสารศูนย์การศึกษาแพทย์ศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า**, 34 (2), 124 – 34.
21. ปิยะ เทพปิยวงศ์. (2558). แนวพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวและความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการดูแลระยะยาว อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ.**วารสารสุขศึกษา**, 38(130), 1 – 15.
22. วัสนา ศรีวิชัย. (2561). การสำรวจการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในจังหวัดตาก : ความคาดหวังการได้รับบริการสุขภาพและความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายและผู้ดูแล. **บูรพาเวชสาร**, 5 (1), 64 – 82.
23. อุดมลักษณ์ เวชชพิทักษ์, ศศิพร โลจายะ, และดุจเดือน ตั้งเสถียร. (2561). การประเมินผลการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี ปีงบประมาณ 2560. **วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย**, 8 (3), 450 – 66.
24. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทัศนีย์ ญาณะ, พฤกษา บุกบุญ และปิยฉัตร ตระกูลวงศ์. (2557). **ผลการสำรวจสถานการณ์การดำเนินงานและความคิดเห็นต่อนโยบายการพัฒนาทีมหมอครอบครัว**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกเดงกี่ที่มีภาวะช็อก : กรณีศึกษาโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

Nursing Care for Dengue Hemorrhagic Fever with Shock in Pediatric Patients : Case Study in Kalasin Hospital.

ศิราณี ลือทองจักร[1]

Siranee Luethongjak

(Received: January 17 ,2019 ; Accepted: March 15 ,2019)

บทคัดย่อ

กรณีศึกษา : เป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกเดงกี่และมีภาวะช็อก จำนวน 2 ราย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ด้วยอาการไข้สูง ซึม มือเท้าเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ความดันเลือดต่ำ Pulse Pressure แคบ ระบบไหลเวียนล้มเหลว แพทย์วินิจฉัยเป็น Dengue shock syndrome (DSS) ให้การรักษา โดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้เลือด FFP Transfusion และส่วน ประกอบของเลือด การตรวจค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) ค่า CBC ในด้านการพยาบาลผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon)

ผลลัพธ์: โรคไข้เลือดออกเดงกี่ที่มีภาวะช็อกในเด็ก หากได้รับการวินิจฉัย และการรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ดังนั้นพยาบาลผู้มีใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุด จึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การดำเนินของโรคระยะต่างๆ ที่สำคัญคือ ระยะช็อก โดยพยาบาลต้องมีทักษะในการสังเกต การประเมินอาการและอาการแสดงของโรครวมถึงการจัดการปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์

คำสำคัญ : การพยาบาลโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก

ABSTRACT

Case study : In our study, we compare in 2 cases of Dengue Hemorrhagic Fever with shock. Both of them were admitted with high fever, pulse rate irregular, blood pressure dropped, sweating, restless and blood circulation failure. The diagnostic is Dengue Shock Syndrome and there were treated viral standard of care. In nursing care we use Godon's function Health Pattern to asses se. The nursing diagnosis are same in both cases. The different diagnosis are bleeding tendency and electrolyte status. After stay sometimes in hospital both of them got better and were discharged.

Results : Dengue Hemorrhagic Fever in pediatric need early detection and early treatment to reduce mortality rate. Nurses who care for the patients have to learn and make decision to care, skill of care is important especially nurse must know what is the patients and their family need.

Keyword : Nursing care, Dengue Hemorrhagic Fever.

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเดงกี่ (Dengue Hemorrhagic Fever; DHF) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยมานานกว่า 60 ปี โดยพบการระบาดในประเทศไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2501 และมีการระบาดทั่วไปในทวีปเอเชีย[7] อาการสำคัญของโรคไข้เลือดออกเดงกี่ คือ ผู้ป่วยจะมีไข้สูงลอยตลอดเวลา ซึม หน้าแดง ตาแดง ปวดศีรษะปวดเมื่อยตามตัว กระหายน้ำ มักมีอาการเบื่ออาหารและอาเจียนร่วมด้วย ระยะที่สำคัญและอันตรายที่สุด คือในช่วงที่ไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยเริ่มมีอาการกระสับกระส่าย มือเท้าเย็น มือ เท้าเย็น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง ถ้าให้การรักษาไม่ทันผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะ (profound shock) ผู้ป่วยจะมีรอบปากเขียว ผิวสีม่วง จับชีพจรไม่ได้และวัดความดันไม่ได้ ความรู้สติเปลี่ยนไป หรือมีเลือดออกอย่างรุนแรง และจะเสียชีวิต ภายในระยะเวลา 12-24 ชั่วโมง[7] โรคไข้เลือดออกเดงกี่เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่ต้อง

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวดเร็วและให้การรักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสม การติดตามเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในระยะช็อก

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever; DHF) เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี่ (dengue virus) เป็น single stranded RNA ไวรัส อยู่ใน Family Flaviviridae มี 4 serotypes (DEN1, DEN2, DEN3, DEN4) โดยมีพาหะนำโรค คือยุงลาย (Aedes aegypti) เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายจะเกิดจากปฏิกิริยาของร่างกายต่อเชื้อไวรัสเดงกี่ในระยะที่เริ่มมีไข้ สามารถตรวจพบไวรัสในกระแสเลือดได้จากนั้นร่างกายจะกำจัดเชื้ออย่างรวดเร็ว จนเมื่อเข้าสู่ระยะวิกฤตจะไม่สามารถตรวจพบเชื้อไวรัสหลงเหลือในเลือดแล้วและไข้ลดลง อาจกล่าวได้ว่าภาวะวิกฤต เป็นผลพวงของขบวนการที่ร่างกายกำจัดเชื้อไวรัสโดยอาศัยกระบวนการต่างๆ เช่น การกระตุ้นระบบคอมพลีเมนต์ การกระตุ้น T-cell ให้หลั่ง proinflammatory cytokines ต่างๆ ส่งผลให้เกิดการรั่วจากเส้นเลือดฝอย (increased capillary permeability) และเกิดอาการต่างๆ ของการพร่องสารน้ำในกระแสเลือดตามมา

การติดเชื้อไวรัสเดงกี่ ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการโดยพบการติดเชื้อที่ไม่มีอาการถึงร้อยละ 90 ส่วนผู้ที่ติดเชื้อไวรัสเดงกี่ซึ่งมีอาการ สามารถจำแนกได้เป็น 3 รูปแบบตามความรุนแรงของโรค ดังนี้ [7] 1) ไข้บอกสาเหตุไม่ได้ (Undifferentiated fever หรือ viral syndrome) 2) ไข้เดงกี่ (Dengue Fever) 3) โรคไข้เลือดออกเดงกี่ (Dengue Hemorrhagic Fever; DHF)

การดำเนินของโรคแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1. ระยะไข้ (Acute Febril stage) ผู้ป่วยทุกรายจะมีไข้สูงเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ไข้จะสูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส ไข้อาจสูงถึง 40-41 องศาเซลเซียส ไข้จะสูงลอยอยู่ 2-7 วัน

ระยะที่ 2. ระยะวิกฤติ (Critical stage) เป็นระยะที่มีการรั่วของพลาสม่า ซึ่งจะพบทุกรายในผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกี่ โดยระยะรั่วจะประมาณ 24-48 ชั่วโมง

ระยะที่ 3. ระยะฟื้นตัว (Convalescent Stage) ระยะฟื้นตัวของผู้ป่วยค่อนข้างเร็วจะใช้เวลาประมาณ 2-3 วัน ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นอย่างชัดเจน

โรคไข้เลือดออกเดงกี่ ในการวินิจฉัยโรค ในระยะแรกมีความสำคัญมาก เพราะการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว เมื่อเริ่มมีการรั่วของพลาสม่า จะช่วยลดความรุนแรงของโรค ป้องกันภาวะช็อกและการสูญเสียชีวิต จากลักษณะอาการทางคลินิกของโรคไข้เลือดออกเดงกี่ มีรูปแบบที่ค่อนข้างชัดเจน ทำให้สามารถวินิจฉัยโรคทางคลินิกได้อย่างถูกต้อง ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะช็อก โดยใช้อาการทางคลินิก 4 ประการ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการ 2 ประการ ดังนี้ [7]

อาการทางคลินิก 1) ไข้เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและสูงลอยประมาณ 2-7 วัน 2) อาการเลือดออกอย่างน้อยมี tourniquet test positive ร่วมกับอาการเลือดออกอื่น เช่น จุดเลือดออกที่ผิวหนัง เลือดกำเดา อาเจียน/ถ่ายเป็นเลือด 3) ตับโต 4) ภาวะช็อก

การเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการ 1) เกล็ดเลือด $\leq$ 100,000 เซล/ลบ.มม. 2) Hct. เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 หรือมากกว่า

ด้านการรักษาพยาบาล ขณะนี้ยังไม่มียาเฉพาะในการรักษาต้านไวรัสเดงกี่ การรักษาแบบตามอาการและประคับประคองโดยการแก้ไขชดเชยการรั่วของพลาสม่าและ/หรือเลือดที่ออก สามารถลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการเสียชีวิตได้ ทั้งนี้แพทย์ผู้รักษาจะต้องเข้าใจธรรมชาติของโรค สามารถให้การวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้การพยาบาลที่ดีตลอดระยะเวลาวิกฤต ซึ่งเป็นช่วงเวลาประมาณ 24-48 ชั่วโมง ที่มีการรั่วของพลาสม่า ทีมแพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพ ต้องเข้าใจในบทบาทของตนในการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้รอดพ้นจากภาวะวิกฤติ โดยเฉพาะพยาบาล ผู้ที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกี่ต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การเปลี่ยนแปลงทุกระยะของโรค การเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด ในช่วงสำคัญที่สุด คือช่วงระยะที่ไข้ลดลงอย่างเฉียบพลัน เข้าสู่ระยะช็อก พยาบาลจะต้องมีทักษะในการ

ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และปราศจากภาวะแทรกซ้อน รวมถึงให้การพยาบาลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม

จากข้อมูลมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมารับการรักษาที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตั้งแต่ปี 2560 - 2562 มีจำนวน 116 ราย, 135 ราย และ 309 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระดับ 3 และระดับ 4 (Dengue shock syndrome) จำนวน 11 ราย, 18 ราย และ 21 ราย ตามลำดับ ในปี2560 ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต ปี 2561 เสียชีวิต 1 รายและปี 2562 เสียชีวิต 1 ราย ตามลำดับ[10] แสดงให้เห็นว่าโรคไข้เลือดออกเดงกี่ยังมีการระบาดตลอดมา ในบางช่วงปีอัตราป่วยและอัตราตายลดลงและเพิ่มขึ้นในบางปี ยังไม่สามารถที่จะจัดการให้ลดลงได้ ซึ่งยังเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้เด็กเสียชีวิต ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกี่ จำนวน 2 ราย ตั้งแต่แรกรับจนถึงผู้ป่วยจำหน่าย โดยใช้กรอบแนวคิดของกอร์ดอนในการประเมินผู้ป่วย ดังนี้

กรณีศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย รายที่ 1 ผู้ป่วยเด็กหญิงอายุ 6 ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 15 มิถุนายน 2562 ได้รับการวินิจฉัย Dengue Hemorrhagic Fever with volume overload with pleural Effusion with Hospital Acquited Pneumonia. รายที่ 2 เป็นผู้ป่วยเด็กหญิงอายุ 9 ปี เข้ารับการรักษาในวันที่ 18 กรกฎาคม 2562 ได้รับการวินิจฉัย Dengue shock syndrome with Urinary Tract infection with Thalassemia

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยมีไข้สูงก่อนมาโรงพยาบาล 4 วัน 1 วันก่อนมาไปรับการรักษาที่สถานีอนามัยได้ยาลดไข้มารับประทาน ต่อมาไข้เริ่มลดลง 2 วัน มารดาจึงนำส่งโรงพยาบาล แรกรับที่หอผู้ป่วยเด็กโต ผู้ป่วย ไม่มีไข้ 36.8 องศาเซนเซียส ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ทำ Tourniquet test ได้ผลบวก (positive) ตรวจความเข้มข้นของเลือดได้ 54% แพทย์สั่งการรักษาโดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็น 5%D/NSS 1000 ml. iv drip 150 ml/hr.

ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยมีไข้สูงก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ปวดศีรษะ เหนื่อยอ่อนเพลีย รับประทานยาลดไข้แต่ไข้ไม่ลด เหนื่อยอ่อนเพลียมากขึ้น รับประทานอาหารได้น้อย มารดาจึงนำส่งโรงพยาบาล แรกรับที่ หอผู้ป่วยเด็กโต ผู้ป่วย มีไข้สูง 40 องศาเซนเซียส ความดันโลหิต 70/52 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ปวดศีรษะ เหนื่อยอ่อนเพลีย ซีด ทำ Tourniquet test ได้ผลลบ (negative) ตรวจความเข้มข้นของเลือดได้ 15.9% แพทย์สั่งการรักษาโดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็น 5%D/NSS/2 1000 ml. iv drip 70 ml/hr.

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
Hemoglobin	18.7 g/dl สูง	4 g/dl ต่ำ
Hematocrit	54 % สูง	15.9 % ต่ำ
Platelet	32,000cell/mm3 ต่ำ	81,000 cell/mm3 ต่ำ
Dengue Ns1 Ag	-	positive
Tourniquet test	positive	Negative
Potassium (K)	4.11 mmol/l ปกติ	2.65 mmol/l ต่ำ

แผนการรักษา

ผู้ป่วยรายที่ 1 แรกรักผู้ป่วย รู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง เหนื่อยอ่อนเพลียมาก หายใจหอบเหนื่อยหายใจไม่อิ่ม อัตราการหายใจ 34 ครั้งต่อนาที ให้ On O2 mask c bag 10 LPM แพทย์สั่งการรักษาโดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็น 5%D/NSS 1000 ml. iv drip 150 ml/hr.ตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hct.) ได้ 54% เปลี่ยนสารน้ำให้เป็น Dextan 150 ml/hr iv drip ให้ครบ 900 ml.วัดค่าเข้มข้นของเลือด (Hct.) พบว่าลดลงเป็น 43% จึงเปลี่ยนเป็น Voluven 160 ml/hr iv drip เมื่อครบ 900 ml. เปลี่ยนชนิดสารน้ำให้เป็น 5%D/NSS 1000 ml. iv drip 210 ml/hr.และปรับลดระดับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามระดับความเข้มข้นของเลือด (Hct.) จนความเข้มข้นของเลือดเข้าสู่ระดับปกติ จึงหยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยมีเลือดออกทาง

กระเพาะอาหาร มีอาเจียนเป็นเลือดเก่าๆ แพทย์สั่งการรักษาโดยให้ยาลดกรดในกระเพาะอาหารทั้งทางหลอดเลือดดำและรับประทาน โดยให้เป็น Losec 40 mg v. OD และให้ยา Alum milk 30 ml oral tid pc. ผู้ป่วยมีอาการแน่นอึดอัดท้อง มี Ascitis ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด พบมี Right pleural Effusion คลำตับพบว่าตับโต 2FB กดเจ็บใต้ชายโครงขวา ผลตรวจเพาะเชื้อ (Hemoculture) พบเชื้อ Salmonella serogroup C (MDR) แพทย์สั่งการรักษาโดยยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำเป็น Ceftazidime 1 gm.iv.ทุก 8 ชั่วโมง จนครบ 5 วัน จากนั้นเปลี่ยนเป็นยา Ciprofloxacin (250mg) 1 tab oral bid pc ผู้ป่วยยังมีอาการหายใจหอบเหนื่อยและแน่นท้อง แพทย์จึงให้ยาขับปัสสาวะ เป็น Lasix 10 mg.iv OD x 7 วัน หลังได้รับยาขับปัสสาวะ พบว่าผู้ป่วยมีปัสสาวะอยู่ในปริมาณปกติ ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ไม่มีไข้ และรับประทานอาหารได้มากขึ้น

ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็น Thalassemia แรกรับ ผู้ป่วยซีด มีไข้สูงตลอด เหนื่อยอ่อนเพลียมาก มีความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit: Hct.) ต่ำ 15.9 vol% แพทย์ให้ LPB 1 Unit .iv. in 3 hr. หลังให้เลือดและให้ O_2 Canular 3 LPM ผู้ป่วยมีไข้สูงตลอด แพทย์วินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ให้การรักษาโดย Ceftriaxone 750 gm.iv.ทุก 12 ชั่วโมง ต่อมาผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบ ชีพจรเบาเร็ว Pulse pressure แคบ แพทย์สั่งการรักษาโดยให้เป็น 0.9% Nacl 10 ml/ kg. ภายใน 20 นาที และต่อมาความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit:Hct.) เพิ่มขึ้นเป็น 34vol% แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) และติดตามค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) ทุก 4 ชั่วโมง ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น5%D/NSS 1000 ml. iv drip 220 ml/hr. และผลส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการพบค่า โปแตสเซี่ยมในเลือดต่ำ2.65 mmol/l แพทย์ให้ Kcl 20 mEq ผสมใน 5%D/NSS 1000 ml. iv drip 75 ml/hr.และให้ E.Kcl 30 ml. รับประทานทุก 3 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะไว้ ปัสสาวะเป็นสีน้ำโค้ก ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น และตรวจพบค่าเม็ดเลือดขาว (WBC) ในปัสสาวะ 10-20 cell/HPF แพทย์ได้เปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น Cloxacillin 375 mg.iv.ทุก 6 ชั่วโมง และ Ceftazidime 1 gm.iv.ทุก 8 ชั่วโมง และย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต (Pediatric Intensive Care Unit : PICU) เพื่อเฝ้าระวังเกี่ยวกับระบบการหายใจล้มเหลว ภายหลัง 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยหายใจหอบลดลง รับประทานอาหารได้มากขึ้น จึงย้ายผู้ป่วยกลับมาตึกเด็กโต เพื่อให้ยาปฏิชีวนะให้ครบและจำหน่ายกลับบ้านได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

ผู้ศึกษาได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon) มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ให้ครอบคลุมทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยแบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะไข้ ระยะวิกฤตหรือช็อก และระยะฟื้นตัว โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อน ดังต่อไปนี้

ข้อวินิจฉัย	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2	การพยาบาล
ระยะไข้	1.ไข้เนื่องจากมีการติดเชื้อไวรัสเดงกี่ (dengue virus)	1.ไข้เนื่องจากมีการติดเชื้อไวรัสเดงกี่ (dengue virus) น้ำผลไม้ น้ำผสมผงเกลือแร่บ่อยๆ	-วัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะไข้ - การดูแลเช็ดตัวลดไข้ (Tepid Sponge) ให้ผู้ป่วย เมื่อมีไข้ 38 องศาเซนเซียส ประเมินไข้หลังการเช็ดตัวลดไข้ - กรณีผู้ป่วยมีไข้สูงมากกว่าหรือเท่ากับ 38.5 องศาเซนเซียส ให้ยาลดไข้ ได้แก่ยาพาราเซตามอล (paracetamol 10mg/kg/dose) โดยให้ทุก 4-6 ชั่วโมง -ดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัย	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2	การพยาบาล
	2.ไม่สุขสบาย เนื่องจาก มีไข้ปวดท้อง	2.ไม่สุขสบาย เนื่องจาก มีไข้ปวดท้อง	- กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำผลไม้ น้ำผสมผงเกลือแร่บ่อยๆ -การประเมินลักษณะของการปวด บริเวณที่ปวด ระยะเวลาและความรุนแรงของการปวด - จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงเล็กน้อย - ดูแลให้ยาเพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา -รายงานแพทย์ทราบทันทีถ้าผู้ป่วยปวดมาก
	3.ผู้ป่วยและครอบครัวมีความกลัวและวิตกกังวล	3.ผู้ป่วยและครอบครัวมีความกลัวและวิตกกังวล	- การประเมินสีหน้าท่าทาง การรับรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยและครอบครัว -สร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ -การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคแผนการรักษาหรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง -ประสานกับแพทย์ผู้ดูแลในการอธิบายเกี่ยวกับลักษณะการดำเนินของโรคและแนวทางการรักษาให้เข้าใจ ตลอดจนรับฟังและแสดงความกระตือรือร้น เมื่อผู้ป่วยหรือญาติมีข้อสงสัยที่ต้องการปรึกษา
		4.เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน เนื่องจากซีดมาก เม็ดเลือดแดงแตก	-ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อน ลดการใช้ออกซิเจน - ประเมินการหายใจ อาการเหนื่อยหอบ ถ้าหายใจหอบมากดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา
		5.มีภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	- ติดตาม และดูแลให้ LPB ตามแผนการรักษา และประเมินอาการขณะให้ -แนะนำผู้ป่วยและมารดาเกี่ยวกับการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การล้างมือ - แนะนำการดื่มน้ำบ่อยๆ - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
ระยะวิกฤตหรือช็อก	4.มีภาวะhypovolemic shock เนื่องจากการสูญเสียพลาสม่าออกนอกหลอดเลือด	6.มีภาวะhypovolemic shock เนื่องจากการสูญเสียพลาสม่าออกนอกหลอดเลือด	- ประเมิน สังเกต ลักษณะของปัสสาวะ สีและปริมาณ -วัดสัญญาณชีพทุก 1/2 - 1 ชั่วโมง และประเมิน Neuro sings -ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เลือด หรือส่วนประกอบของเลือดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด โดยใช้เครื่อง Infusion pump - สังเกตอาการ อาการแสดงของการแพ้เลือดเช่น มีผื่นตามร่างกาย อาการแน่น หน้าอก หายใจไม่อิ่ม -ประเมินและบันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายให้สมดุลย์ - ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) เพิ่มขึ้นมากกว่า 10-20% ค่าเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 cell/mm3
	5.เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกเนื่องจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือดและการแข็งตัวของเลือด	7.เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกเนื่องจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือดและการแข็งตัวของเลือด	-วัดสัญญาณชีพ เพื่อประมินภาวะช็อกจากการเสียเลือด - ประเมินอาการแสดงของภาวะเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ เช่น อาการปวดท้อง แน่นอึดอัด ท้องตึงแข็ง มีจุดเลือดออก จ้ำเลือดตามร่างกาย

ข้อวินิจฉัย	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2	การพยาบาล
	6. เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน เนื่องจากปอดติดเชื้อมีน้ำในช่องปอด ทำให้การแลกเปลี่ยนกาซลดลง 7.มีภาวะน้ำเกิน จากการได้รับปริมาณน้ำมากเกินไป	8. มีภาวะขาดสมดุลของเกลือแร่ ในร่างกาย เนื่องจากภาวะช็อก (Eletrolyte imbalance)	- ประเมิน Neuro signs เฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง ประเมินการรู้สติ อาการปวดศีรษะ ผู้ป่วยซึมลง ไม่โต้ตอบ เพ้อ กระสับกระส่าย - ดูแลการให้เลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อประเมินภาวะเลือดออกในสมอง - ติดตามผลตรวจ CBC และ Hct. - จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงเลกน้อย - ประเมินการหายใจและเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน เช่น อาการหายใจหอบเหนื่อย กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าซีดเขียว -วัดค่าออกซิเจนในกระแสเลือด (Spo2) ต่ำกว่า 95% ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ตามแผนการรักษา - การดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เลือด ส่วนประกอบของเลือด ตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด โดยใช้เครื่อง Infusion pump -การประเมินและบันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายทุก 2 ชั่วโมง -ดูแลให้ยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษา - ประเมินอาการหายใจ หายใจไม่อิ่ม หอบเหนื่อย บวม - สังเกต การประเมินอาการ เช่น ชีพจรเต้นเร็ว ไม่สม่ำเสมอ หัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง - ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา - แนะนำผู้ป่วยและมารดาในการดูแลรับประทานอาหาร - ประเมินและบันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายทุกเวร
ระยะฟื้นตัว	8. เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย 9.มารดาต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ตามหลักD-M-E-T-H-O-D	9.เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย 10.มารดาต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ตามหลักD-M-E-T-H-O-D	- ประเมินภาวะขาดสารอาหาร - ดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ - แนะนำผู้ป่วยและมารดาเกี่ยวกับดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ความสะอาดของช่องปากและฟัน จะช่วยกระตุ้นความอยากอาหาร --- ชั่งน้ำหนักทุกวัน -เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามแนวทางการวางแผนจำหน่าย D-M-E-T-H-O-D

สรุป

ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยเด็กหญิงได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อในร่างกายไข้เลือดออกเดงกี่และมีภาวะช็อก พบปัญหา คือ มีไข้สูง มีภาวะช็อกจากการรั่วของพลาสม่า ความเข้มข้นของเลือด (Hct.) สูงมาก 54 vol% เกล็ดเลือดต่ำ มีภาวะน้ำเกิน พบ Right Pleural Effusion มี Ascitis ผู้ป่วยมีปวดท้องแน่นอึดอัดท้อง คลำตับพบตับโต ได้รับการรักษาให้ Hydration ให้ FFP transafuions ให้ยาขับปัสสาวะ และให้ยาปฏิชีวนะ ต่อมาผู้ป่วยอาการดีขึ้น ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก ไม่มีไข้ อาการแน่นท้องน้อยลง เริ่มรับประทานอาหารได้มากขึ้น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้น และค่าความเข้มข้น

ของเลือด (Hct.) อยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดติดตามผลอีก 1 สัปดาห์

ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นเด็กหญิงได้รับการวินิจฉัยเป็นไข้เลือดออกและมีภาวะช็อก พบปัญหา คือ มีไข้ ซึมมาก เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรค Thalassemia ได้รับเลือดอาการดีขึ้น แต่ยังมีไข้สูง มีความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้นเร็วมาก มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นไข้เลือดออกและมีภาวะช็อก ภาวะน้ำเกิน มีอาการปวดแน่นท้องอึดอัด คลำตับพบว่ามีตับโต ได้รับการรักษาให้ Hydration ยาขับปัสสาวะ ยาปฏิชีวนะ ต่อมาผู้ป่วยอาการดีขึ้น ปลอดภัยจากภาวะช็อก ไม่มีไข้ ไม่มีภาวะน้ำเกิน อาการปวดแน่นท้องลดลง เริ่มรับประทานอาหารได้มากขึ้น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการความเข้มข้นของเลือดปกติ และค่าเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดติดตามผลอีก 1 สัปดาห์

โดยก่อนกลับบ้านบิดามารดาของผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการเตรียมความพร้อม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จนมีความพร้อมและมั่นใจ สามารถกลับไปดูแลบุตรต่อที่บ้าน และทราบแหล่งประโยชน์ที่จะสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินได้

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยเด็กชาย 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็นไข้เลือดออกเดงกี่และมีภาวะช็อก ซึ่งโรคไข้เลือดออก เป็นโรคติดเชื้อที่ทำให้เกิดภาวะช็อกได้รวดเร็ว ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน การรักษาโรคไข้เลือดออก ความสำคัญอยู่ที่การวินิจฉัยให้ได้อย่างรวดเร็ว มีการติดตามอาการ การเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในช่วงไข้ลด ให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที การวินิจฉัยโรคอาศัยอาการทางคลินิก และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นเป็นสำคัญ การติดเชื้อร่วม (Co-Infection) อาจทำให้อาการทางคลินิก ลักษณะของโรค และการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย มีความแตกต่างไปจากผู้ป่วยที่ติดเชื้อเดงกี่ทั่วไป อาจทำให้การวินิจฉัยล่าช้าหรือผิดพลาด (ความสำคัญของโรค คือ มีการรั่วของพลาสม่าและมีการเปลี่ยนแปลงระบบโลหิต ได้แก่ Vasculopathy Coagulopathy และ Thombocytopenia) ปัญหาส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเกิดจากมีภาวะช็อกนาน มีเลือดออกมาก มีภาวะน้ำเกิน และมีอาการแปลกไปจากปกติ ซึ่งมักจะพบปัญหาเหล่านี้ร่วมกันในระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิต สาเหตุส่วนมากที่ทำให้เกิดปัญหาเหล่านี้ มาจากความล่าช้าในการวินิจฉัยโรค การประเมินเพื่อตรวจจับภาวะช็อกล่าช้า รวมถึงการดูแลรักษาเบื้องต้นไม่ได้ตามมาตรฐาน การรักษาเป็นเพียงการประคับประครองตามอาการ ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง อาจส่งผลต่อการเสียชีวิต แม้ว่าความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตค่อนข้างสูง แต่ถ้าแพทย์ผู้ให้การรักษา สามารถให้การวินิจฉัยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ให้การรักษาที่ถูกต้องตั้งแต่ระยะแรก ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การพยาบาลที่ดี การติดตามประเมินอาการอย่างใกล้ชิด สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น จะช่วยลดความรุนแรง ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงน้อยลง และมีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้น ดังนั้นพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง ติดตาม และรายงานอาการเปลี่ยนแปลง จะช่วยแก้ไขได้ทันทีก่อนที่จะเกิด Respiratory Failure และควรมีความเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค การเปลี่ยนแปลง เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อน ครอบครัว และญาติได้รับการดูแล นอกจากนี้แล้วต้องส่งต่อหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อดำเนินการในการควบคุม ป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออกเดงกี่

เอกสารอ้างอิง

ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ. ช็อก. ใน สุจินดา ริมศรีทอง; สุดาพรรณ ธัญจิรา; อรุณศรี เตชัสหงส์,บรรณาธิการ. **พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล เล่ม 1**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บริษัทสามเจริญพานิชย์ จำกัด, 2550 หน้า 121-151.

ปัญจางค์ สุขเจริญ, วิไล เลิศธรรมเทวี, ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, ศรีสมบูรณ์ มุกสิกสุคนธ์, บรรณาธิการ.**ตำราการพยาบาลเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : หจก.ฟรี-วัน,** 2550

รุจา ภู่ไพบูลย์. **การวางแผนการพยาบาลเด็กสุขภาพดีและเด็กป่วย**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ธรรมสภา2556.

วิไลวรรณ วิจิตรพันธ์.**การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก** : กรณีศึกษา.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม2558;12(3) :124-35.

วิจิตรา กุสุมภ์. **การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต : แบบองค์รวม**. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์. 2553.

วีระชัย วัฒนวีรเดช, ปิยรัชต์ สันตะรัตติวงศ์, พิรังกูร เกดิพาณิช, ทวี โชติพิยสุนนท์, บรรณาธิการ.Update on pediatric infectious diseases 2014. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่ง ประเทศไทย; 2557.

ศิริเพ็ญ กัลป์ยาณรุจ, มุกดา หวังวีรวงศ์,วารุณี วัชรเสวี,บรรณาธิการ.**แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี่ฉบับเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชินี.**พิมพ์ครั้งที่ 4.กรุงเทพฯ:สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 25560

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.**วิธีป้องกันไข้เลือดออก.**คู่มือรู้ทันโรคและภัยสุขภาพสำหรับประชาชน โดยสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 24 มกราคม 2561.

สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข .**แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกในระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป.**ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.2552.

สถิติโรคไข้เลือดออก. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2562

ผลของรางจืดต่อผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดสกลนคร

Effectiveness of Rang-chuet (Thunbergia laurifollia Lindl.) on Diabetes Patients in Sakon Nakhon Province

พันธ์วิรา เวยสาร[1] วรินท์มาศ เกษทองมา[2]

Punvira Voeisarn[1] Warinmad Kedthongma[2]

(Received: November 15 ,2019 ; Accepted: December 13 ,2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรางจืดต่อผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดสกลนคร ระหว่างเดือน ธันวาคม 2560-พฤษภาคม 2561 โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ คือ 1. การศึกษาย้อนหลังจากระบบฐานข้อมูลกลาง และสืบค้นผลการตรวจโคลีนเอสเตอร์เรสจากเอกสารของสถานบริการ จังหวัดสกลนคร 2. การสำรวจข้อมูลความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุข และผู้ป่วยเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วย 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติทดสอบที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว 3) อธิบายผลเพิ่มเติมด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย ระยะที่ 1 1) สถานการณ์การใช้รางจืด พบว่า สถานบริการ 189 แห่ง มีการใช้รางจืดลดลงจากร้อยละ 76.19 เป็นร้อยละ 66.67 แต่มีการจ่ายให้ผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 9.66 เป็นร้อยละ 20.06 ผู้รับบริการส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 77.62 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 81.47 เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 33.31 2) การศึกษาผลการใช้รางจืดในผู้ป่วยเบาหวาน 624 คน พบว่ามีระดับสารเคมีในเลือดระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัยก่อนได้รับรางจืด ร้อยละ 91.89 หลังได้รับรางจืดลดเหลือร้อยละ 24.36 เมื่อเปรียบเทียบระดับสารเคมีในเลือดพบว่ารางจืดลดค่าเฉลี่ยระดับสารเคมีในเลือดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) โดยกลุ่มอายุ มีผลต่อระดับสารเคมีในเลือดก่อนได้รับรางจืด แต่ระดับการศึกษามีผลต่อระดับสารเคมีในเลือดหลังได้รับรางจืด ส่วนการเป็นโรคเบาหวานมีผลทั้งก่อน และหลังได้รับรางจืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) นอกจากนี้รางจืดยังมีผลลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานลงได้ โดยไม่มีผลต่อการทำงานของไต ระยะที่ 2 รวบรวมข้อมูลในบุคลากรสาธารณสุข พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.13 อายุเฉลี่ย 32.69 ± 8.89 ปี มีการจ่ายรางจืด ร้อยละ 92.06 มีการจัดทำแนวทางการจ่ายรางจืดร้อยละ 59.79 ส่วนใหญ่ใช้รางจืดชนิดชาชง ใช้ขนาดตามคำแนะนำของบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยรับประทานวันละ 3 ครั้ง ใช้นานมากกว่า 7 วัน และใช้ในการรักษาโรคอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการลดสารเคมีในเลือด ร้อยละ 46.04, 70.37, 60.32, 49.21 และ 51.85 ตามลำดับ โดยเจ้าหน้าที่มีความคิดเห็นระดับปานกลางต่อการบริการในภาพรวมทั้งหมด ร้อยละ 59.26 เมื่อพิจารณารายประเด็นพบว่ามีความคิดเห็นระดับมากต่อประเด็นนโยบาย บุคลากร การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์/เวชภัณฑ์ และการจัดทำแนวทาง ร้อยละ 59.79, 74.60, 77.78 และ 58.20 ตามลำดับ ขณะที่เห็นด้วยระดับน้อยในประเด็นงบประมาณ ร้อยละ 58.73 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะการสั่งใช้รางจืดกับการจัดทำแนวทางปฏิบัติ แนวทางการดำเนินงาน การใช้รางจืดน้อยกว่า 7 วัน และขนาดของการใช้รางจืดตามคำแนะนำของบุคลากร รวมถึงการจ่ายรางจืดของบุคลากรในสถานบริการด้านรูปแบบ และระยะเวลาการใช้รางจืด พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ:ผลของรางจืดต่อผู้ป่วยเบาหวาน

Abstract

This Mixed Methods Research was aimed to investigate effectiveness of Rang-chuet to reduce chemical substance in blood of diabetic patients in Sakon Nakhon Province, during the year 2015-2017. It had 2 phases, phase 1 was Retrospective Study. Data were collected from Health Data Center program and Health information of Health Promotion Hospital in Public Health Service, Sakon Nakhon province. Phase 2 was Survey Study from opinion of public health officers and diabetic patients. All data were analyzed by 1) descriptive statistics: Frequency Percentage Minimum Maximum Mean and Standard Deviation 2) inferential statistic: T-test and One Way ANOVA 3) Describe additional results with qualitative data.

[1] ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

[2] ปร.ด. อาจารย์ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Result: Phase 1: 1) The situation using Rang-chuet, found that 189 Public Health Services were using Rang-chuet decreased from 76.19% to 66.67%. But increased in dispensing of Rang-chuet to patients from 9.66% to 20.06%. The most of patients were primary school education 77.62%, farmer 81.47% and be diabetes patients 33.31%. 2) The study results of using Rang-chuet 624 samples, found that before Rang-chuet taking: risk and unsafe chemical substances level 91.81%, but after Rang-chuet taking only 24.36%. Rang-chuet could reduce the level of chemical in blood with significant ($p < 0.0001$). Age group took effect on blood chemistry before got it, education took effect after, but diabetes took effect all above with significant ($p < 0.0001$). In addition, blood sugar level was reduced by Rang-chuet, but renal function was not. Phase 2: Data were collected from public health officers, found that most of them were females 75.13% (average age 32.69 ± 8.89 years old), Rang-chuet dispensing 92.06%, Rang-chuet dispensing guidelines 59.79%. Moreover, Rang-chuet was mainly used for tea, dose recommended, 3 times, over 7 days and other diseases treatment 46.04%, 70.37%, 60.32%, 49.21% and 51.85% respectively. The opinions of public health officers were moderate level 59.26%. The high level opinions were the policy issue 59.79%, personnel 74.60%, material support 77.78% and guideline 58.20%, but the low level was budget issue 58.73%. When compared the order, guidelines or operational guidelines, less than 7 days, dose recommended, dosage form and duration, found that they were difference with significant ($p < 0.05$).

Keyword: effectiveness of Rang-chuet to reduce chemical substance

บทนำ

หลายประเทศทั่วโลก สนใจการใช้สมุนไพรในการดูแลรักษาสุขภาพ โดยเฉพาะสมุนไพรเพื่อบำรุง และรักษาสุขภาพ อีกทั้งจากความต้องการหลีกเลี่ยงการใช้สารเคมี ทำให้ความต้องการสมุนไพรในตลาดโลกมีมูลค่ามากถึง 9.18 หมื่นล้านเหรียญดอลล่าสหรัฐ ซึ่งประเทศที่มีมูลค่าทางการตลาดของสมุนไพรสูง ได้แก่ เยอรมันนี ญี่ปุ่น และฝรั่งเศส ทั้งนี้ประมาณการตลาดโลกด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพรเสริมอาหาร และการรักษาด้วยสมุนไพร ภายในปี ค.ศ. 2020 จะมีมูลค่าถึง 1.15 แสนล้านเหรียญดอลล่าสหรัฐ นอกจากนี้ยังพบว่าประเทศที่กำลังพัฒนาเริ่มตระหนักถึงความสำคัญของการใช้สมุนไพรเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ซึ่งคาดการณ์ว่าภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกจะมีอัตราการขยายตัวมากที่สุดเฉลี่ยร้อยละ 9.10 ต่อปี [1] สำหรับประเทศไทยมีสมุนไพรไทย ที่เป็นภูมิปัญญาและทรัพยากรที่เป็นเอกลักษณ์ ที่สะท้อนวัฒนธรรมความเป็นไทย อันเป็นส่วนหนึ่งของวิธีชีวิตและสังคมไทย ที่สืบทอดและพัฒนามาอย่างยาวนาน มีความหลากหลายทางชีวภาพของพืชพันธุ์สูงเป็นอันดับต้นของโลก โดยมีพันธุ์พืชอย่างน้อย 11,625 ชนิด แต่ถูกนำมาใช้ประโยชน์ในด้านต่าง ๆ ประมาณ 1,800 ชนิด โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2554 ประเทศไทยมีมูลค่าการตลาดด้านผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อสุขภาพ มากกว่า 80,000 ล้านบาท และผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มสมุนไพร รวมถึงผลิตภัณฑ์สปามีการพัฒนาอย่างรวดเร็วและมีอัตราขยายตัวมากถึงร้อยละ 30.00 โดยมีการนำเข้าวัตถุดิบสารสกัดสมุนไพรจากต่างประเทศมากถึง 20,000 ล้านบาท ดังนั้นตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 จนถึงปัจจุบัน ได้ปรับแยกจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 เกิดแผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพร ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560-2564 ได้กำหนดวิสัยทัศน์ไว้ว่า “สมุนไพรไทยเพื่อความมั่งคงทางสุขภาพและความยั่งยืนของเศรษฐกิจไทย” (Thai Herbs for Health and Sustainable Economy) พร้อมกำหนดเป้าหมาย 4 ยุทธศาสตร์ คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1) ส่งเสริมผลิตผลของสมุนไพรที่มีศักยภาพตามความต้องการของตลาดทั้งในและต่างประเทศ ยุทธศาสตร์ที่ 2) พัฒนาอุตสาหกรรมและการตลาดสมุนไพรให้มีคุณภาพระดับสากล ยุทธศาสตร์ที่ 3) ส่งเสริมการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ และยุทธศาสตร์ที่ 4) สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายภาครัฐเพื่อการขับเคลื่อนสมุนไพรไทยอย่าง[ยั่งยืน (1,14)] ทั้งนี้ยุทธศาสตร์ที่ 3 ในการส่งเสริมการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนให้ใช้สมุนไพรในการลดสารเคมีในเลือดของเกษตรกร และได้รับการบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ มีเพียงชนิดเดียวคือ รางจืด

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรคได้ดำเนินการบูรณาการงาน ร่วมกับรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ และกรมสุขภาพจิต ได้

สนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิ ดำเนินการดูแลสุขภาพเกษตรกร ในปี พ.ศ. 2554 [18] ต่อมา ในปีพ.ศ. 2555 มีการเปิดตัวโครงการคลินิกสุขภาพเกษตรกรครบวงจร และสถานประกอบการ ปลอดโรค ปลอดภัย กายใจเป็นสุข และในปี พ.ศ. 2556-2557 ได้มีการจัดทำแนวทางจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรในหน่วยปฐมภูมิ จากการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2557 สำนักงานควบคุมโรคทั้ง 12 แห่ง พบเกษตรกรที่ผลตรวจเสี่ยง หรือไม่ปลอดภัยต่อพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชร้อยละ 34.0 โดยในเขตสำนักงานควบคุมโรค 7 พบร้อยละ 42.30 (เป้าหมายระดับกรมที่กำหนด ร้อยละ 32.0) และจากข้อมูล 72 จังหวัด พบร้อยละ 36.76 ทำให้เกิดการเจ็บป่วยจากโรคจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 14.47 ต่ออประชากรแสนคน [18]

จังหวัดสกลนครเองจากยุทธศาสตร์ที่ 4 เรื่องการสร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายภาครัฐเพื่อการขับเคลื่อนสมุนไพรไทยอย่างยั่งยืน ในมาตรการการพัฒนาเมืองสมุนไพรเพื่อส่งเสริมการพัฒนาสมุนไพรแบบครบวงจรในระดับจังหวัดตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง ปลายทาง โดยอาศัยกลไกประชารัฐ มีเป้าการดำเนินการในพื้นที่ 4 ภูมิภาค สกลนคร เชียงราย ปราจีนบุรี และสุราษฎร์ธานี ดังนั้นจังหวัดสกลนครจึงได้มีการขับเคลื่อนและสนับสนุนการดำเนินงานเมืองสมุนไพรภายใต้ชื่อ “สกลนครมหานครแห่งพฤกษเวชบนฐานรากประชารัฐ” มีการดำเนินงานตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร (Herbal City) เพื่อส่งเสริมการพัฒนาสมุนไพรอย่างครบถ้วนโดยอาศัยกลไกประชารัฐ ตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ กล่าวคือ ให้มีการเพาะปลูกสมุนไพร การแปรรูป และการจัดจำหน่าย นำวัตถุดิบมาผลิตเป็นยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพร นำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างกว้างขวาง มีความปลอดภัย สามารถสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจของประเทศ [1,17] อีกทั้งจากนโยบายให้มีการจัดตั้งคลินิกสุขภาพเกษตรกร ตั้งแต่ ปี 2554 ในชื่อโครงการเกษตรกรปลอดโรค ผู้บริโภคปลอดภัย สมุนไพรล้างพิษกายจิตผ่องใสในปี 2555 ดำเนินโครงการภายใต้โครงการคลินิกสุขภาพเกษตรกรครบวงจร และสถานประกอบการ ปลอดโรค ปลอดภัย กายใจเป็นสุข ได้ตรวจเลือดหาเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในจังหวัดสกลนคร ในปี พ.ศ. 2558-2560 พบว่ามีเกษตรกรที่เสี่ยง หรือไม่ปลอดภัยต่อพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มมากขึ้นทุกปีจาก ร้อยละ 30.99, 31.81 เป็น 33.36 เพิ่มขึ้นตามลำดับ [17]

เกษตรกรเองมีความกังวลและความกลัวต่อผลกระทบนี้ แต่ยังมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีเนื่องจาก 1) ความคาดหวังหรือมุ่งหวังที่จะได้ผลผลิตในปริมาณที่สูงเพื่อเกิดรายที่สูงตามมา 2) มีการรับรู้ตามกระบวนการรับรู้เรื่องขั้นตอนของการใช้สารเคมีของเกษตรกร ที่มาจากพื้นฐานเดิมของเกษตรกรที่เคยรับรู้ 3) เนื่องจากปัญหาวัชพืช และแมลงศัตรูพืชรบกวน [2] จึงพบว่าค่าใช้จ่ายสารกำจัดศัตรูพืชโลกในระดับผู้ผลิตมีมูลค่าเกือบ 56 พันล้านเหรียญ ส่วนประเทศไทยมีแนวโน้มการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นทุกปี กระทั่ง ปี พ.ศ. 2559 มีปริมาณนำเข้าสารกำจัดวัชพืชเท่ากับ 125,596,000 กิโลกรัม ปริมาณการนำเข้าสารกำจัดแมลงเท่ากับ 16,056,000 กิโลกรัม สารป้องกันและกำจัดโรคพืช 12,915,000 กิโลกรัม ซึ่งการให้ความรู้ในการป้องกันสารเคมีเข้าร่างกายแก่เกษตรกรแต่เพียงอย่างเดียว ไม่สามารถลดสารเคมีในเลือดให้ลดลงได้ดีเท่ากับการให้ความรู้ร่วมกับการรับประทานรางจืด [6,15] โดยความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีนี้นอกจากจะเกิดขึ้นโดยตรงกับผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรม กับผู้ที่ใช้สารเคมีในครัวเรือน และยังอาจเกิดทางอ้อมกับประชาชนทั่วไปผ่านทางห่วงโซ่อาหาร อากาศ น้ำ ดิน พืช และสัตว์ ที่ส่งผลต่อสุขภาพของมนุษย์ เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพอย่างร้ายแรง เช่น มะเร็ง โรคระบบประสาทและปัญหาการสืบพันธุ์ นอกจากนี้ยังพบว่าการสัมผัสกับสารกำจัดศัตรูพืช ทำให้ป่วยมากขึ้นในโรคของความผิดปกติทางระบบประสาทโรคพาร์กินสัน โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในวัยเด็ก มะเร็งต่อมน้ำเหลือง โรคหอบหืด และโรคเซลล์ประสาทสั่งการเสื่อม [21]

ดังนั้น ไม่ว่าจะเป็นประชาชนทั้งที่เป็นผู้มีสุขภาพดีหรือกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งมีแนวโน้มจำนวนเพิ่มขึ้น คาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยว่าในปี พ.ศ. 2578 เพิ่มมากถึง 1.10 ล้านคน (สัดส่วน 1 ต่อ 12 คน) [9] จึงพบว่าทั้งสองกลุ่มต่างมีความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารเคมี นอกจากนี้การได้รับ

ความรู้แต่เพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้ระดับสารเคมีในเลือดลดลงเท่ากับการได้รับประทานรางจืดร่วมด้วย การใช้รางจืดในการลดสารเคมีในเลือด จึงถือว่าเป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการสนับสนุนให้ใช้เพื่อลดสารเคมีในเลือด แต่จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมามีเพียงการศึกษาผลการใช้รางจืดในเกษตรกรสุขภาพดี ทำให้ยังขาดข้อมูลการศึกษาวิจัยผลการใช้รางจืดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งอาจเนื่องมาจากข้อห้ามของการใช้รางจืด ที่มีคำแนะนำห้ามใช้ในผู้ป่วยที่ต้องรับประทานยาอื่นเป็นประจำ เพราะรางจืดอาจเร่งการขับยาออกจากร่างกาย ทำให้ประสิทธิภาพของยาลดลง จึงควรมีการศึกษาสถานการณ์การใช้รางจืดในการลดสารเคมีในเลือดเกษตรกร และผลของรางจืดต่อการลดระดับสารเคมีในเลือด, ระดับน้ำตาลในเลือด, การทำงานของไตของผู้ป่วยเบาหวาน และความคิดเห็นของบุคลากรในการนำรางจืดมาใช้การลดสารเคมีในเลือดเกษตรกร เพื่อเป็นแนวทางการสนับสนุนการใช้สมุนไพรรางจืดในคลินิกสุขภาพเกษตรกรจังหวัดสกลนครต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้รางจืดในการลดสารเคมีในเลือดเกษตรกร
2. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบผลทางห้องปฏิบัติการด้านระดับน้ำตาล และการทำงานของไตในผู้ป่วยที่

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ด้วยวิธีการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาผลของการใช้รางจืดในการลดสารเคมีในเลือดผู้ป่วยเบาหวาน, สถานการณ์การใช้รางจืดในการลดสารเคมีในเลือดเกษตรกรของบุคลากรในสถานบริการ เพื่อออกแบบแนวทางการใช้รางจืดในการลดสารเคมีในเลือดเกษตรกรของจังหวัดสกลนคร โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะศึกษาสถานการณ์ และระยะการสำรวจข้อมูลสถานการณ์การให้บริการ

1. ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์
2. ระยะที่ 2 ระยะการสำรวจข้อมูลสถานการณ์การให้บริการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

1.1 ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ และผลของการการสั่งใช้รางจืดในสถานบริการในพื้นที่จังหวัดสกลนคร

1.1.1 การศึกษาสถานการณ์การสั่งใช้รางจืดในสถานบริการในพื้นที่จังหวัดสกลนคร ประชากรในการศึกษาเชิงปริมาณครั้งนี้คือ กลุ่มผู้รับบริการที่ได้รับรางจืด ในสถานบริการที่มีการบันทึกในฐานข้อมูลอิเล็คโทรนิกกลางของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ในปี 2558-2560 พบว่ามีผู้รับบริการได้รับรางจืดจำนวน 1,526 คน 1,069 คน และ 3,196 คน ในแต่ละปี ตามลำดับ รวมทั้งสิ้น 5,791 คน

1.1.2 การศึกษาผลของการสั่งใช้รางจืดในสถานบริการในพื้นที่จังหวัดสกลนคร ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในสถานบริการที่มีการบันทึกในฐานข้อมูลอิเล็คโทรนิก และได้รับรางจืดจากสถานบริการ จังหวัดสกลนคร ในปี 2558 - 2560 จำนวน 884 คน 634 คน และ 411 คน ตามลำดับ รวมทั้ง 3 ปี เป็นจำนวนทั้งสิ้น 1,929 คน [17]

1.2 ระยะที่ 2 การสำรวจข้อมูลสถานการณ์การให้บริการ การใช้สมุนไพรรางจืดในการลดสารเคมีในเลือดเกษตรกรของสถานบริการในจังหวัดสกลนคร

1.2.1 ประชากรที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยเชิงปริมาณ คือ บุคลากร ผู้มีหน้าที่จ่ายรางจืดในสถานบริการ จังหวัดสกลนคร ด้วยแบบสอบถาม

1.2.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยสนทนากลุ่มกับบุคลากรที่มีหน้าที่สั่งจ่ายรางจืด และผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับรางจืดจากสถานบริการ

1.2.3 ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ บุคลากรที่มีหน้าที่สั่งจ่ายรางจืด ในสถานบริการ จังหวัดสกลนคร 189 แห่ง และผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับรางจืดจากสถานบริการจังหวัดสกลนคร ในปี 2560 จำนวน 411 คน [17]

2. กลุ่มตัวอย่าง

2.1 ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนี้

2.1.1 การศึกษาสถานการณ์การสั่งใช้รางจืดในสถานบริการในพื้นที่จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรทั้งหมด ได้แก่ ผู้มารับบริการที่สถานบริการจังหวัดสกลนคร ที่ได้รับประทานรางจืด ที่ได้รับการบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล 43 แฟ้มทุกคน ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2560 จำนวน 1,526 คน 1,069 คน และ 3,196 คน รวมทั้งหมด 5,791 คน [17]

2.1.2 การศึกษาผลของการสั่งใช้รางจืดในสถานบริการในพื้นที่จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในสถานบริการที่มีการบันทึกในฐานข้อมูลอิเล็คโทรนิก และได้รับรางจืด ในสถานบริการ จังหวัดสกลนคร ในปี 2558-2560 จำนวนทั้งสิ้น 1,929 คน ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรค่าเฉลี่ยของประชากร ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 788 ตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling)

2.2 ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

2.2.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยเชิงปริมาณ คือ ประชากรทั้งหมดที่เป็นบุคลากรผู้มีหน้าที่จ่ายรางจืดในสถานบริการ 189 แห่งในจังหวัดสกลนคร

2.2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากสถานบริการที่มีการสั่งใช้รางจืดต่อเนื่องกันตลอด 3 ปี ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2558-2560 โดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้เกี่ยวข้องในการสั่งใช้รางจืด และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับรางจืด ในสถานบริการ กลุ่มละ 10 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกในทั้ง 2 กลุ่ม เพิ่มเติมเพื่อให้ข้อมูลที่สมบูรณ์

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยใช้ การสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus Group) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มละ 10 คน ใช้หลักการอ้างอิงด้วยบุคคลและผู้เชี่ยวชาญ (Snowball Sampling Technique) เพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. บุคลากรภาครัฐ 10 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

1.1.1 บุคลากรภาครัฐ ผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเกี่ยวกับคลินิกสุขภาพเกษตรกร ในระดับจังหวัด ที่มีความรู้ความเข้าใจบริบทการให้บริการรางจืดในสถานบริการ

1.1.2. บุคลากรภาครัฐ ผู้มีหน้าที่สั่งจ่ายรางจืดในการลดสารเคมีในเลือด หรือเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้มีหน้าที่ดูแลงานคลินิกสุขภาพเกษตรกรของสถานบริการ

1.1.3 สมัครใจเข้าร่วมสัมภาษณ์

2. ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับรางจืด 10 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

2.2.1 เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่รับประทานรางจืด หรือเคยรับประทานรางจืด จากสถานบริการ เพื่อลดระดับสารเคมีในเลือด ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสกลนคร

2.2.2 สามารถฟัง และพูดคุย สื่อสารกันได้

2.2.3 สมัครใจเข้าร่วมสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด แบ่งออกเป็น 4 ส่วน เพื่อค้นหาแนวทางการจ่ายยารางจืดในการลดสารเคมีในเลือดเกษตรกรของจังหวัดสกลนคร คือ

ส่วนที่ 1 สอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม เกี่ยวกับ อายุ เพศ การศึกษา ตำแหน่งที่ได้รับมอบหมาย ตำแหน่งบุคลากรผู้รับผิดชอบในการจ่ายรางจืด อายุการทำงาน แหล่งที่ได้รับความรู้เรื่องการใช้รางจืด ลักษณะของคำถามเป็นคำถามแบบเลือกตอบ (Check List) จำนวน 5 ข้อ และแบบเติมคำ จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 2 สอบถามข้อมูลทั่วไปของสถานบริการ ระยะเวลาเริ่มดำเนินการให้บริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร ระยะเวลาเริ่มดำเนินการจ่ายรางจืด จำนวนบุคลากรผู้รับผิดชอบในการจ่ายรางจืด ได้แก่ วิชาชีพในบ้าง ลักษณะของคำถามเป็นคำถามแบบปลายเปิด จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการจ่ายรางจืดในสถานบริการ มีแนวทางการจ่ายรางจืดหรือไม่อย่างไร วิธีการจ่ายรางจืด ทั้งขนาด ชนิด จำนวน และระยะเวลาในการจ่ายรางจืด ผลข้างเคียงที่พบหลังการใช้รางจืด ลักษณะของคำถามเป็นคำถามแบบปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ และปลายปิด 5 ข้อ

ส่วนที่ 4 สอบถามความคิดเห็นของบุคลากรในการให้บริการรางจืดในสถานบริการทั้งในด้านนโยบายและการบริหารจัดการ(คน งบประมาณ ยา/อุปกรณ์ และแนวทางการจ่ายยารางจืด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

เครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับงานวิจัยคุณภาพ คือ แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม จำนวน 2 ชุด คือ สนทนากลุ่มบุคลากรที่มีหน้าที่จ่ายรางจืดในสถานบริการ และผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับรางจืด โดยใช้แบบสนทนาแบบมีโครงสร้าง ซึ่งเป็นการสนทนาเพื่อค้นหาความคิดเห็นต่อต่อการนำรางจืดมาใช้ในการลดสารเคมีในเลือดเกษตรกรของจังหวัดสกลนคร ผู้วิจัยได้ตั้งประเด็นสนทนา ดังนี้

2.1 ชุดที่ 1 สำหรับสนทนากลุ่มกับบุคลากรที่มีหน้าที่จ่ายรางจืดในสถานบริการ

2.2 ชุดที่ 2 สำหรับสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับรางจืด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ วิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) เกณฑ์การผ่านนั้น จะต้องได้ค่า IOC = 0.5 ขึ้นไป [11] ผลการทดสอบความตรงของเครื่องมือเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามค่า IOC ที่ได้ 0.96 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรในการนำรางจืดมาใช้ในการลดปริมาณสารเคมีในเลือดเกษตรกร จังหวัดสกลนคร จะนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับบุคลากร จังหวัดอำนาจเจริญ เนื่องจากเป็นประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำผลการตอบแบบสอบถาม ไปหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach' s Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป [13] ซึ่งค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามภาพรวมชุดนี้ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.76

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ดังนี้ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้สถิติร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$, Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD, Standard Deviation) กรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ ใช้สถิติค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ใช้การทดสอบค่าที (Independent t-test)ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance; ANOVA) ด้วยสถิติ F-test โดยทำการทดสอบความแปรปรวนของตัวแปรก่อนการวิเคราะห์

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และเชื่อมโยงความสัมพันธ์ ปัญหาและอุปสรรค ข้อมูลปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการจ่ายยารางจืดเพื่อลดปริมาณสารเคมีในเลือดเกษตรกร เพื่อเป็นแนวทางการใช้รางจืดในการลดปริมาณสารเคมีในเลือดเกษตรกรในสถานบริการ

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้ศึกษาเสนอขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร อนุมัติตามเอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ Kucsc.HE-61-003

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์

1. สถานบริการที่มีการให้บริการจ่ายรางจืด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2560 จังหวัดสกลนคร ได้มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและไม่ปลอดภัยจากสารเคมีในเกษตรกร ด้วยกระดาษตรวจคัดกรอง (Reactive Paper) จำนวนทั้งสิ้น 119,936 คน พบว่ามีเกษตรกรอยู่ในระดับเสี่ยง และไม่ปลอดภัย จำนวน 38,583 คน แต่ข้อมูลจากฐานข้อมูลกลางจังหวัดสกลนคร มีผู้รับบริการที่สถานบริการที่ได้รับรางจืด เพียง 5,791 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.01 โดยพบว่ามีผู้รับบริการรางจืดในปี 2558-2560 จำนวน 1,526 คน 1,069 คน และ 3,196 คน ตามลำดับ รวมทั้ง 3 ปี จำนวน 5,791 คน จากสถานบริการทั้งสิ้น 189 แห่ง ในจังหวัดสกลนคร มีการให้บริการจ่ายรางจืด ในสถานบริการ ช่วงปี พ.ศ. 2558-2560 ร้อยละ 75.66, 76.19 และ 66.67 ตามลำดับ

โดยมีลักษณะประชากรดังนี้ ระดับการศึกษาของผู้รับบริการส่วนใหญ่สำเร็จชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 77.62 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 81.47 โรคที่ได้รับการวินิจฉัยเมื่อมารับบริการ โดยพบว่ามาเพื่อตรวจสุขภาพ ด้านอาชีวอนามัยสูงสุด ร้อยละ 25.28 ผู้รับบริการที่มีโรคประจำตัวมากถึง 3,386 คน คิดเป็นร้อยละ 58.47 ซึ่งโรคประจำตัวที่มีมากที่สุดคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 33.31

2. ผลของการใช้รางจืดในการลดสารเคมีในเลือดผู้ป่วยเบาหวาน จากฐานข้อมูลกลางจังหวัดสกลนคร ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558-2560 พบว่ามีผู้รับบริการในสถานบริการที่ได้รับรางจืดทั้งสิ้น จำนวน 5,791 คน คิดเป็นร้อยละ 15.01 ของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงและไม่ปลอดภัย (38,583 คน) แต่มีการบันทึกผลโคลีนเอสเตอเรส ระดับน้ำตาลในเลือด และค่าการทำงานของไต เพียง 624 คน

2.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.40 อยู่ในช่วงอายุ 37-61 ปี ร้อยละ 66.99 มีอายุเฉลี่ย 52.94 ± 13.09 ปี สำเร็จการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 86.22 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 90.23 มารับบริการรางจืดที่สถานพยาบาลด้านสุขภาพภาครัฐมากที่สุด ด้วยสาเหตุจากการสัมผัสสารพิษ สารฆ่าแมลง ร้อยละ 70.50 เป็นผู้ไม่เป็นโรคเรื้อรัง (เบาหวาน) ร้อยละ63.30

2.2 ผลการตรวจระดับสารเคมีในเลือด และผลการใช้รางจืดในการลดสารเคมีในเลือดกลุ่มตัวอย่าง จากข้อมูลสถานการณ์การใช้รางจืดในสถานบริการ ด้วยการสืบค้นเอกสารบันทึกผลการตรวจระดับสารเคมีในเลือดเกษตรกรก่อนได้รับรางจืด จำนวน 506 คน แต่มีผลตรวจหลังได้รับรางจืดมี 505 คน พบว่า

2.2.1 ผลการตรวจระดับสารเคมีในเลือดเกษตรกรก่อน และหลังได้รับรางจืด พบว่าผลการตรวจระดับสารเคมีในเลือดเกษตรกร ก่อนได้รับรางจืด กลุ่มผู้รับบริการมีระดับสารเคมีในเลือดระดับเสี่ยง ร้อยละ 53.95 และไม่ปลอดภัย ร้อยละ 37.9 หลังได้รับรางจืด มีระดับสารเคมีในเลือดเป็นระดับระดับเสี่ยง ร้อยละ 19.01 และไม่ปลอดภัย ร้อยละ 5.35 ดังตารางที่ 24

2.2.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการใช้รางจืดในการลดสารเคมีในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับรางจืด พบว่าหลังได้รับรางจืดมีผลทำให้ค่าเฉลี่ยระดับสารเคมีในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับรางจืด จากระดับสารเคมีในเลือดเฉลี่ย 3.29 ± 0.65 ลดเหลือ 2.23 ± 0.65 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

2.2.3 การเปรียบเทียบ ความแตกต่างของผลตรวจระดับสารเคมีในเลือด ระหว่างกลุ่มที่มีคุณลักษณะส่วนบุคคลที่อิสระต่อกัน

ก. เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับสารเคมีในเลือดเกษตรกร ก่อนได้รับรางจืด ในช่วง ปี พ.ศ. 2558-2560 ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มอายุที่แตกต่างกัน และการไม่มีโรคเรื้อรังหรือมีโรคเรื้อรังมีผลต่อค่าระดับสารเคมีในเลือดก่อนได้รับรางจืด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.01

ข. เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับสารเคมีในเลือดเกษตรกร หลังได้รับรางจืด พบว่า กลุ่มที่มีระดับการศึกษาที่ต่างกัน และการมีโรคเรื้อรังหรือมีโรคเรื้อรังมีผลต่อระดับระดับสารเคมีในเลือดหลังได้รับรางจืดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ.01

ค. เมื่อทำการเปรียบเทียบ ความแตกต่างของผลตรวจระดับสารเคมีในเลือดของผู้ที่เป็น และไม่เป็นโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มไม่เป็นโรคเบาหวานมีระดับสารเคมีในเลือดเฉลี่ย มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.0001$ (95% CI = 0.44-0.69) ทั้งก่อน และหลังได้รับรางจืด

ง. เมื่อทำการศึกษาเปรียบเทียบผลของการรับประทานรางจืดต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่ามีผลลดระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยจาก 142.20 ± 47.97 mg/dl เป็น 131.55 ± 38.21 mg/dl ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

จ. เมื่อทำการศึกษาเปรียบเทียบผลของการรับประทานรางจืดต่อการทำงานของไต พบว่ามีผลทำให้ค่าการทำงานของไตลดลงจาก 77.80 ± 24.00 ml./min./1.73 m^2 เป็น 76.58 ± 25.24 ml./min./1.73 m^2 ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ระยะที่ 2 ระยะการสำรวจข้อมูลสถานการณ์การให้บริการ

ความคิดเห็นของบุคลากรในการนำรางจืดมาใช้ในการลดสารเคมีในเลือดเกษตรกร

1. ลักษณะทั่วไปของบุคลากร ผลการศึกษาลักษณะทั่วไปของบุคลากร พบว่าส่วนใหญ่บุคลากร เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.13 อายุระหว่าง 22-34 ปี ร้อยละ 69.84 (อายุเฉลี่ย 32.69 ± 8.89 ปี) ระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี ร้อยละ 87.30 การทำงานหรือดำรงตำแหน่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุขร้อยละ 49.20 ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบคลินิกสุขภาพเกษตรกร ร้อยละ 64.55 มีประสบการณ์ทำงานในคลินิกเกษตรกร น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 86.24 เปิดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรตั้งแต่ปี 2556 ขึ้นไป ร้อยละ 72.49 จัดให้มีการจ่ายรางจืดในคลินิกสุขภาพเกษตรกรตั้งแต่ปี 2556 ขึ้นไป ร้อยละ 77.25 และรางจืดส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจาก CUP/โรงพยาบาล ร้อยละ 84.47

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการจ่ายรางจืดในสถานบริการ ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรในสถานบริการ ส่วนใหญ่ใช้ชาชงรางจืดมากถึงร้อยละ 46.04 มีการจ่ายรางจืดตามแนวทางในการจ่ายรางจืดร้อยละ 59.79 โดยมีการใช้ในขนาดที่กำหนดในบัญชียาหลักแห่งชาติมากถึงร้อยละ 70.37 แต่มีระยะเวลาการใช้รางจืดที่นานมากกว่าที่ระบุในบัญชียาหลักแห่งชาติ คือมากกว่า 7 วัน มากถึงร้อยละ 49.21 โดยใช้ในการรักษาโรคตามบัญชียาหลักแห่งชาติระบุไว้ ร้อยละ 26.98

3. ความคิดเห็นของบุคลากรในการให้บริการรางจืดในสถานบริการ จากการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นของบุคลากรในการให้บริการรางจืดในสถานบริการโดยรวม พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 59.26 ซึ่งพิจารณารายประเด็นพบว่ามีความคิดเห็นระดับมากต่อ ประเด็นนโยบาย ร้อยละ 59.79 บุคลากร ร้อยละ 74.60 การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์/เวชภัณฑ์ ร้อยละ 77.78 และในการจัดทำแนวทางปฏิบัติ แนวทางการดำเนินงาน ร้อยละ 58.20 โดยเห็นด้วยในระดับน้อยในด้านงบประมาณ ร้อยละ 58.73

ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของบุคลากรในการให้บริการรางจืดในสถานบริการ ด้านนโยบายประเด็น รายข้อ พบว่าประเด็นส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก โดยประเด็นข้อ 4 “มีการจัดตั้งคลินิกสุขภาพเกษตรกร” ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.31 ± 0.72

ความคิดเห็นของบุคลากรในการให้บริการรางจืดในสถานบริการ ด้านบุคลากร ประเด็นรายข้อ พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยระดับมาก โดยประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นมากที่สุด คือ ประเด็นที่ 8 “จังหวัดควรจัดทำเอกสารวิชาการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้รางจืดสำหรับบุคลากร” ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.42 ± 0.65

ความคิดเห็นของบุคลากรในการให้บริการรางจืดในสถานบริการ ด้านงบประมาณ ประเด็นรายข้อ พบว่าทุกประเด็นมีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง โดยประเด็นที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ประเด็นที่ 3 “การดำเนินงานตรวจคัดกรอง มีงบประมาณสนับสนุนอย่างสม่ำเสมอ” ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.51 ± 0.99

ความคิดเห็นของบุคลากรในการให้บริการรางจืดในสถานบริการ ด้านวัสดุอุปกรณ์/เวชภัณฑ์ ประเด็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นระดับปานกลาง โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นมากที่สุด คือ ประเด็นที่ 2 “มีการสนับสนุนชุดตรวจคัดกรองสารเคมีในเลือดอย่างเพียงพอ” ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.50 ± 0.99

ความคิดเห็นของบุคลากรในการให้บริการรางจืดในสถานบริการ แนวทางการดำเนินงานการ

ให้บริการรางจืดในสถานบริการ ประเด็นรายข้อ พบว่าส่วนใหญ่มีความคิดเห็นระดับดับมาก และปานกลางเท่ากัน โดยมีความคิดเห็นระดับมากที่สุด คือ ประเด็นที่ 4“ จังหวัดสกลนคร ควรมีการจัดทำแนวทางในการสั่งจ่ายรางจืดเพื่อใช้ในการลดปริมาณสารเคมีในเลือดเกษตรกรร่วมกัน โดยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านสมุนไพร” ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.34 ± 0.69

4. การศึกษาเปรียบเทียบลักษณะการสั่งใช้รางจืดของบุคลากรในสถานบริการ พบว่า ความแตกต่างของลักษณะการสั่งใช้รางจืดกับค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความคิดเห็นด้านการจัดทำแนวทางปฏิบัติ หรือแนวทางการดำเนินงาน ในกลุ่มที่มีแนวทางจ่ายรางจืดนั้นมีความคิดเห็นเฉลี่ยเท่ากับ 15.95 ± 2.59 มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีแนวทางจ่ายรางจืดมีความคิดเห็น เฉลี่ยเท่ากับ 15.14 ± 2.43 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ส่วนระดับความคิดเห็นโดยภาพรวม ด้านนโยบาย ด้านบุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์/เวชภัณฑ์ มีความแตกต่างของลักษณะการสั่งใช้ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

เมื่อเปรียบเทียบ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความคิดเห็นโดยภาพรวมของบุคลากรในสถานบริการ ในกรณีที่ตัวแปรต้นเป็นข้อมูลวัดแบบมากกว่า 2 กลุ่ม โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA)

4.1 ผลการวิเคราะห์การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความคิดเห็นของบุคลากรในสถานบริการ ต่อการจ่ายรางจืดโดยภาพรวมนั้น พบว่าบุคลากรที่มีการใช้รางจืดนั้นมีลักษณะการใช้รางจืดในการลดสารเคมี คือ

4.1.1 ผู้ที่ใช้รางจืดระยะเวลา น้อยกว่า 7 วัน มีค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นของบุคลากรโดยภาพรวมต่อการจ่ายรางจืดในสถานบริการเท่ากับ 101.00 ± 7.33 ซึ่งมีค่ามากกว่าแนวทางการจ่ายแบบอื่น ๆ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

4.1.2 ขนาดการใช้ตามคำแนะนำมีค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นโดยภาพรวมของบุคลากรต่อการจ่ายรางจืดในสถานบริการเท่ากับ 98.27 ± 8.48 ซึ่งมีค่ามากกว่าการจ่ายรางจืดในขนาดอื่น ๆ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

4.1.3 ปัจจัยด้านระดับการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ รูปแบบรางจืด และโรคที่ใช้ในการรักษา ไม่ความแตกต่างทางด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับจ่ายรางจืดในสถานบริการโดยภาพรวม ที่ระดับนัยสำคัญ .05

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความคิดเห็นต่อการจ่ายรางจืดในสถานบริการด้านนโยบายของบุคลากรในสถานบริการ พบว่ามีความแตกต่างกันโดยที่

2.1 ตำแหน่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีระดับความคิดเห็นต่อการจ่ายรางจืดในสถานบริการด้านนโยบายเฉลี่ยเท่ากับ 24.84 ± 2.92 ซึ่งมีระดับความคิดเห็นต่อการจ่ายรางจืดในสถานบริการด้านนโยบาย มากกว่า ตำแหน่งพยาบาลหรือบุคลากรอื่น ๆ ที่ระดับนัยสำคัญ .05

2.2 รูปแบบการใช้รางจืด พบว่ามีความแตกต่างกันโดยที่บุคลากรที่มีระดับความคิดเห็นต่อการจ่ายรางจืดในสถานบริการด้านนโยบาย ต่อการจ่ายรูปแบบแคปซูล เฉลี่ยเท่ากับ 25.11 ± 3.22 ซึ่งมีระดับความคิดเห็นด้านนโยบายในการจ่ายรางจืดมากกว่ารูปแบบ ชาชง หรืออื่น ๆ ที่ระดับนัยสำคัญ .05

2.3 ระยะเวลาการใช้รางจืด พบว่ามีความแตกต่างกันในบุคลากรที่มีระดับความคิดเห็นต่อการจ่ายรางจืดในสถานบริการด้านนโยบาย ต่อระยะเวลาในการใช้/รับประทานรางจืด น้อยกว่า 7 วัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.66 ± 3.19 ซึ่งมีระดับความคิดเห็นด้านนโยบายมากกว่าระยะเวลาการใช้ 7 วัน และ ใช้ 7 วันขึ้นไป ที่ระดับนัยสำคัญ .05

2.4 ขนาดการใช้รางจืดควรมีมาตรฐานการจ่ายและใช้ตามคำแนะนำของบุคลากร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.72 ± 3.00 ซึ่งมีระดับความคิดเห็นด้านนโยบายมากกว่าขนาดการใช้รางจืดสูงกว่าคำแนะนำ หรือใช้แบบผสมผสาน ที่ระดับนัยสำคัญ .05

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนระดับความคิดเห็นต่อการจ่ายรางจืดในสถานบริการ ด้านบุคลากร พบว่ามีความแตกต่างกันที่

3.1 รูปแบบการใช้รางจืด บุคลากรมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการจ่ายรางจืด ด้านบุคลากร ต่อรูปของแบบ

แคปซูลมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 32.56 ± 3.17 ซึ่งมากกว่ารูปแบบการจ่ายอื่น ๆ ที่ระดับนัยสำคัญ .05

3.2 ระยะเวลาการใช้รางจืด พบว่ามีความแตกต่างกันของระดับความคิดเห็นด้านบุคลากรต่อการจ่ายรางจืดในสถานบริการ มองว่าระยะเวลาในการใช้/รับประทานรางจืด ควรน้อยกว่า 7 วัน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 33.28 ± 2.32 ซึ่งมีระดับความคิดเห็นด้านบุคลากร ต่อการใช้/รับประทานรางจืดมากกว่าระยะเวลาการใช้ 7 วัน และ ใช้ 7 วันขึ้นไป ที่ระดับนัยสำคัญ .05

4. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนระดับความคิดเห็นของบุคลากรในสถานบริการในการจ่ายรางจืด ด้านงบประมาณ พบว่า บุคลากรมีความคิดเห็นเกี่ยวกับงบประมาณในการใช้รางจืดในรูปแบบชาชงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.25 ± 2.03 ซึ่งมากกว่าความคิดเห็นด้านงบประมาณในการ สั่งใช้ในรูปแบบ อื่น ๆ ที่ระดับนัยสำคัญ .01

5. การเปรียบเทียบ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนระดับความคิดเห็นต่อการจ่ายรางจืดในสถานบริการ ในการจัดทำแนวทางปฏิบัติ แนวทางการดำเนินงานของบุคลากรในสถานบริการ พบว่า บุคลากรมีความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ แนวทางการดำเนินงานการใช้รางจืดในรูปแบบภูมิปัญญา มากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.35 ± 2.47 ซึ่งมากกว่าความคิดเห็นงบประมาณในการสั่งใช้ในรูปแบบ อื่น ๆ ที่ระดับนัยสำคัญ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากสถานการณ์การใช้รางจืดของสถานบริการในจังหวัดสกลนคร พบว่าอาการของผู้มารับบริการส่วนใหญ่มีอาการแสดงจากพิษเฉียบพลัน เช่นเดียวกับที่ ปัตพงษ์ (2546)[8] ที่กล่าวไว้ว่ายาฆ่าแมลงอาจทำให้เกิดอาการต่อระบบกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ วิงเวียน อ่อนเพลีย ได้ และจากการศึกษาของ อนงค์ลักษณ์ และคณะ (2558)[20] ที่พบประเด็นปัญหาของเกษตรกร ที่ได้รับสารเคมีนั้น จะส่งผลต่อสุขภาพในระยะเฉียบพลัน ได้แก่ ผื่นคัน แสบจมูก ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คอแห้ง หรือนอนหลับไม่สนิท

โดยผู้รับบริการในสถานบริการนั้น พบว่ามีการสั่งจ่ายรางจืดให้ทั้งในกลุ่มเกษตรกรทั่วไป และกลุ่มผู้มีโรคเรื้อรัง (เบาหวาน) ซึ่งพบว่ารางจืดมีผลทำให้ระดับสารเคมีในเลือดลดลงจากค่าเฉลี่ย 3.29 เป็น 2.23 โดยลดลงประมาณ 1.06 นั่นคือประมาณ 1 ระดับ มีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) จากผลการลดระดับสารเคมีในเลือดของรางจืดนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ นันทวัน และคณะ (2554)[6] ที่พบว่ารางจืดสามารถทำให้ระดับของสารเคมีในเลือดลดลงได้ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ จุฑามาศ (2558)[3] ที่ได้ทำการศึกษาผลของการดื่มชาชงรางจืดในเกษตรกรที่มีสารกำจัดแมลงตกค้าง พบว่ามีผลต่อระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในซีรัม ไม่แตกต่างกันกับกลุ่มควบคุม (ชาใบเตย) แต่ทำให้เอนไซม์อะซีติลโคลีนเอสเตอเรสในเม็ดเลือดแดงทำงานเพิ่มขึ้นมากกว่า และไพศาล (2544)[12] ที่ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของสมุนไพรรางจืดในการลดสารกำจัดแมลงตกค้างในกระแสเลือดของเกษตรกร พบว่าเมื่อใช้สมุนไพรรางจืดแล้วมีผลทำให้ระดับสารเคมีตกค้างในเลือดของกลุ่มเกษตรกรมีค่าลดลง รวมทั้งสอดคล้องกับ สุทธิรัตน์ และคณะ (2561)[19] ที่พบว่ากลุ่มดื่มน้ำว่านรางจืด มีระดับสารพิษในกระแสเลือดลดลง ซึ่งเกิดจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของใบรางจืด ที่พบว่าทั้งใบรางจืดสด และแห้ง สามารถแก้พิษยาฆ่าแมลงประเภท organophosphate ดังที่ วีระวรรณ (2523)[16]; พาณี (2523)[10] ได้กล่าวไว้

เมื่อทำการเปรียบเทียบผลของการรับประทานรางจืด ต่อการทำงานของไต ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าค่าการทำงานของไต ก่อน-หลังรับประทานรางจืด ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงรัตน์ และคณะ (2545)[4] ที่ศึกษาประสิทธิผลของสมุนไพรรางจืด ใน 3 กลุ่ม พบว่าการใช้สมุนไพรรางจืดเพิ่มปริมาณโคลีนเอสเทอเรสในซีรัมของเกษตรกรที่พบพิษสารกำจัดศัตรูพืชในร่างกาย ทำให้เกษตรกรมีค่า Serum ChE เพิ่มขึ้น และไม่มีผลข้างเคียงต่อตับ ไต และเม็ดเลือด

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาความคิดเห็นต่อการจ่ายรางจืดของบุคลากรในสถานบริการ ผลการวิจัยพบว่าบุคลากรในสถานบริการส่วนใหญ่ มีการจ่ายรางจืดตาม

แนวทางในการจ่ายรางจืดร้อยละ 59.79 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธีราวุฒิ (2558)[5] ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์การใช้ยาสมุนไพรและยาแผนไทยของสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดร้อยเอ็ดในปี 2557 ซึ่งสิ่งที่ส่งเสริมให้มีการสั่งจ่ายยาสมุนไพรและยาแผนไทย 3 ลำดับแรก คือ 1.การที่ผู้ป่วยเรียกหา 2. ผู้สั่งจ่ายยามีความเชื่อมั่นในยาสมุนไพรและยาแผนไทย 3.การมีกฎเกณฑ์ให้จ่ายยาสมุนไพรและยาแผนไทยเพื่อทดแทนยาแผนปัจจุบัน ซึ่งในลำดับที่ 3 นี้กล่าถึงการมีกฎเกณฑ์ในการจ่ายยา ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับการจัดทำแนวทางการจ่ายรางจืดเช่นกัน

ข้อเสนอแนะในครั้งนี้

ในการศึกษาระยะที่ 1 ทำการศึกษาแบบ Retrospective Study ทำให้พบปัญหาเรื่องความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้จากการบันทึกในฐานข้อมูลอิเล็คโทรนิกกลางของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ในปี 2558 - 2560 พบว่ามีผู้รับบริการได้รับรางจืด ทั้งสิ้น 5,791 คน เมื่อคำนวณกลุ่มตัวอย่างเฉพาะผู้ป่วยเบาหวาน 788 คน กลับมีข้อมูลสมบูรณ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้เพียง 223 คน รวมกลุ่มอื่น ๆ เป็น 505 คน นอกจากนี้ยังพบว่าบางข้อมูลไม่มีการบันทึกในระบบอิเล็คโทรนิก เช่น ผลการตรวจโคลีนเอสเตอเรส ทำให้ต้องสืบค้นข้อมูลนี้เพิ่มจากเอกสารการบันทึกของแต่ละสถานบริการ ดังนั้นหากต้องการศึกษาแบบ Retrospective Study ผู้วิจัยจะต้องมีการวางแผนเพิ่มเติมในช่วงการเตรียมการก่อนการเก็บข้อมูล โดยออกแบบระบบการบันทึกข้อมูลในค่าผลตรวจต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย ในฐานข้อมูลอิเล็คโทรนิกทั้งหมด

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สำนักงานสาธารณสุขโดยงานแพทย์แผนไทยและ/หรืองานกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย มีการบูรณาการงานเพื่อวางนโยบายร่วมกัน ให้งานดำเนินงานไปในแนวทางเดียวกัน โดยมีกลุ่มงานแพทย์แผนไทย เนื่องจากเป็นผู้ดูแลขับเคลื่อนการดำเนินเมืองสมุนไพร ภายใต้ชื่อ “สกลนครมหานครแห่งพฤษเวชบนฐานรากประชารัฐ” ที่เป็นนโยบายหลักในการผลักดันการใช้รางจืดในการดำเนินงานคลินิกสุขภาพเกษตรกร เพื่อลดสารเคมีในเลือดเกษตรกรให้ลงทั่วถึงทุกพื้นที่

2. ควรมีการออกแบบแนวทางการดำเนินงานบูรณาการงานสนับสนุนการใช้สมุนไพร ร่วมกับงานจัดตั้งคลินิกสุขภาพเกษตรกร เพื่อให้เกิดการทำงานแบบสหวิชาชีพ ครอบคลุมทุกด้านทั้งการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์/เวชภัณฑ์ยา พร้อมการจัดทำแนวทาง หรือแนวทางปฏิบัติในการจ่ายรางจืดในสถานบริการ จังหวัดสกลนคร

3. กำหนดแนวทางกำกับติดตามการดำเนินงานตามนโยบายที่วางไว้ ด้วยการกำหนดเป็นตัวชี้วัด ที่บูรณาการกับการตรวจนิเทศงานระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงาน

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. ควรมีการจัดทำแผนการจัดซื้อให้สอดคล้องกับการกำหนดวันออกคัดกรองเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงต่อสารเคมี เพื่อลดปัญหาการเก็บชุดตรวจคัดกรองไว้นานทำให้อายุการใช้งานสั้นลง และจำนวนเพียงพอต่อการใช้คัดกรองกลุ่มเป้าหมาย

2. จัดทำแผนร่วมกับชุมชน ในการประสานของบส่วนท้องถิ่นเพื่อการตรวจคัดกรองเฝ้าระวัง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สร้างความตระหนักในการควบคุมการใช้สารเคมีในการเกษตร และการสร้างความยั่งยืนของการลดพฤติกรรมการใช้สารเคมี ควรมีการสนับสนุนสร้างอาชีพที่เอื้อต่อการลดการใช้สารเคมีในเลือดเกษตรกร อาทิเช่น ส่งเสริมสนับสนุนการปลูกรางจืดในชุมชน เพื่อการสร้างสุขภาพคนในชุมชน และต่อยอดธุรกิจโดยการสร้างชุมชนให้เป็นแหล่งวัตถุดิบสมุนไพร จำหน่ายให้กับโรงงานผลิตยาสมุนไพร ซึ่งจังหวัดสกลนครเองมีโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร ที่มีโรงงานผลิตยาที่ได้มาตรฐาน GMP เกิดห่วงโซ่ทางธุรกิจ และรักษาดุลการค้าภายในจังหวัดสกลนครเอง ส่งผลให้มียาสมุนไพรที่มีราคาถูกใช้ภายในจังหวัด และได้รับผลการชดเชยคืนรายได้ให้กับเกษตรภายในจังหวัด

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. ควรจัดอบรมการใช้รางจืดให้บุคลากรที่ได้รับมอบหมายดูแลคลินิกสุขภาพเกษตรกร บุคลากรที่มีหน้าที่สั่งจ่ายรางจืด และแพทย์แผนไทยทุกสถานบริการเป็นประจำทุกปี โดยเนื้อหาประกอบด้วยสรรพคุณ วิธีใช้ ผลข้างเคียง ข้อควรระวัง ของรางจืดทุกชนิดทั้งชนิดแคปซูล ชาชง รวมถึงชนิดใบสด เพื่อประกอบการใช้ในการแนะนำให้กับชุมชนที่มีการปลูกไว้ที่บ้าน และเป็นกลุ่มเสี่ยงได้ใช้ประโยชน์ได้จริง พร้อมจัดทำแนวทางการใช้รางจืดให้เป็นภาพรวมของจังหวัดสกลนคร โดยจัดการอบรมชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติ และผู้เกี่ยวข้องรับทราบแนวทางดังกล่าว พร้อมจัดทำเอกสารวิชาการประกอบ

2. ควรมีการศึกษาวิจัยผลการใช้รางจืดเพิ่มเติม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาประสิทธิผลของรางจืดชนิดใบสด ต่อการลดระดับสารเคมีในเลือดเกษตรกร และกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง รวมถึงการศึกษาความปลอดภัยจากการใช้รางจืดในระยะยาว

3. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผลการดำเนินงานการจ่ายรางจืดของแต่ละพื้นที่ เพื่อเป็นการรวบรวมองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ ที่สามารถนำไปต่อยอดความรู้ใหม่ ๆ ต่อไป ถอดบทเรียนประสบการณ์การใช้รางจืดในการลดสารเคมีในเลือดของเกษตรกรในรูปแบบต่าง ๆ เช่น วิธีการอบสมุนไพร เพื่อลดระดับสารเคมีในเลือด รวมถึงการใช้รางจืดในการรักษาโรคอื่น ๆ นอกเหนือจากการใช้ลดระดับสารในเลือดเกษตร ที่ไม่มีการบันทึกในบัญชียาหลักแห่งชาติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผศ. พิเชษฐ เวชวิฐาน คุณนิจริน ทร์ บุพศิริ และ ภก.สมใจ ผ่านภูวงษ์ ที่อนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือ รวมถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ที่ให้ความอนุเคราะห์พื้นในการทดลองใช้เครื่องมือ และผู้ประสานงานแพทย์แผนไทยที่ช่วยประสานงานการจัดเก็บข้อมูลในพื้นที่ นอกจากนี้ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดสกลนคร ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุก ๆ ด้าน

เอกสารอ้างอิง

1.กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. 2554. **คู่มือสมุนไพรล้างพิษสำหรับประชาชน**. สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา, กรุงเทพฯ.

_____. 2559. **แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่1 พ.ศ.2560-2564**. บจก.ทีเอสอินเตอร์ พริ้นท์, นนทบุรี.

2.กฤติญา แสงภักดี, กัญจน์ ศิลปะสิทธิ์, ดวงรัตน์ แพงไทย, วสินี ไชว้พันธุ์, ศิรินภา ศิริยันต์ และภัทรพงษ์ เกริกสกุล. 2557. การศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีในการกำจัดศัตรูพืชของชาวนาอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. **แก่นเกษตร** 42 (3): 375-384.

3.จุฑามาศ ภูนีรับ. 2558. **ผลของการดื่มชาชงรางจืดต่อระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเกษตรกรที่มีสารกำจัดแมลงตกค้าง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

4.ดวงรัตน์ เชี่ยวชาญ, กำไร กฤตศิลป์ และ เชิดพงษ์ น้อยภู่. 2545. การใช้สมุนไพรรางจืดเพิ่มปริมาณเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในซีรัมของเกษตรกรที่พบพิษสารกำจัดศัตรูพืชในร่างกาย. **พุทธชินราชเวชสาร** 19 (1): 12-20.

5.ธีราวุฒิ มีชำนาญ. 2558. การประเมินการใช้ยาสมุนไพรและยาแผนไทยของสถานพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดร้อยเอ็ดในปี 2557. **เภสัชกรรมไทย** 7 (2): 155-166.

6.นันทวัน ใจกล้า, สายใจ จารุจิตร และ เสาวภา เล็กวงษ์. 2554. ผลการใช้รางจืดร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการได้รับสารเคมีเข้าสู่ร่างกาย ในผู้ที่มีผลการตรวจสารเคมีในเลือดระดับอันตราย. **วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี** 22 (2): 50-60.

7.ปรีชา เปรมปรี. 2558. **การเพื่อเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ประจำปี 2558 “ฝ่าวิกฤตสารเคมีกำจัดศัตรูพืช: สถานการณ์และแนวทางการจัดการตลอดห่วงโซ่”26 มีนาคม 2558**. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมอาคาร กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.

8.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์. 2546. **การเจ็บป่วยของคนไทยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช. เอกสารประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพสำหรับการประชุมเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ.2546**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), กรุงเทพฯ.

9.ปานทิพย์ รัตนศิลป์กัลชาญ และ กิตติพัฒน์ โสภิตธรรมคุณ. 2559. อันตรายจากโรคเบาหวาน. **วิทย. เทคโน. หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ 81** 2 (2): 32-41.

10.พาณี เตชะแสน และ ชัชวดี ทองทาบ. 2523. การทดลองใช้รางจืดแก้พิษยาฆ่าแมลง. **เชียงใหม่วารสาร** 19 (3): 1-10.

11.พิสณุ ฟองศรี. 2554. **การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 3. บริษัท ด่านสุทธาการพิมพ์ จำกัด, กรุงเทพฯ.

12.ไพศาล ดั่นคุ้ม. 2544. ประสิทธิผลของสมุนไพรรางจืดในการลดสารกำจัดแมลงตกค้างในกระแสโลหิตของเกษตรกรในอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง. **อาหารและยา** 8 (3): 42-49.

13.ยุทธ ไกยวรรณ์. 2553. **หลักสถิติวิจัยและการใช้โปรแกรม SPSS**. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

14.ลักษณะเลิศ เปรมปรีดิ์. 2560. สมุนไพรไทย: ภูมิปัญญาไทยสู่การสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจ. กองนโยบายและยุทธศาสตร์การค้าสินค้าเกษตร. **สนค.** 7 (66): 16-20.

15.วรินท์มาศ เกษทองมา, วุธิพงศ์ ภักดีกุล, ยศกร เพ็งเลา และ จารุวรรณ เหนือคูเมือง. 2560. การใช้สมุนไพรเพื่อล้างพิษสารเคมีตกค้างในเลือดของเกษตรชุมชนลุ่มน้ำก่ำแบบมีส่วนร่วม, น. 1-3. *ใน* **การประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 5 และการประชุมวิชาการระดับนานาชาติ ครั้งที่ 1 "นวัตกรรมและเทคโนโลยีเพื่อคุณภาพชีวิตและสังคมที่ยั่งยืน**. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ, สกลนคร.

16.วีระวรรณ เรืองยุทธิการณ์. 2523. **การศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของใบรางจืด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

17.สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสกลนคร. 2560. **รายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร**. 320 หน้า.

18.สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2559ก. **รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ป 2559 กระทรวงสาธารณสุข**. แหล่งที่มา: http://envocc.ddc.moph.go.th, 9 ธันวาคม 2560.

_____. 2559ข. **โรคจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช**. แหล่งที่มา: http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/ view /72, 10 ตุลาคม 2560.

_____. 2560. **นโยบาย มาตรการของกระทรวงสาธารณสุข และโครงการของกรมควบคุมโรคในการดูแลในการดูแลสุขภาพกลุ่มเกษตรกร**. แหล่งที่มา: http://envocc.ddc.moph.go.th/contents /view/406, 5 ธันวาคม 2560.

19.สุทธิรัตน์ พิมพ์พงศ์, อัญชลี นวลคล้าย, ละออง มะปรางหวาน, วรณิตา ยอยรู้รอบ, ณัฐฉวี อ๊อกซู และ ณัฐชนน ผุยนวล. 2561. **ศึกษาผลของชาว่านรางจืดต่อการลดสารพิษในกระแสเลือดของกลุ่มเกษตรกร จังหวัดสุพรรณบุรี.** แหล่งที่มา: www.western.ac.th/westernnew /admin/uploaded/officeresearch/files/เรื่องที่%205, 18 มกราคม 2561.

20.อนงค์ลักษณ์ เคนสุโพธิ์ และ ประณีต ประสาระเอ และ ชนะชัย ประทุมมัง. 2558. การใช้สารเคมีในการเกษตรและแนวทางการลด การใช้สารเคมีของเกษตรกรบ้านขิงแคง ตำบลเขวาไร่ อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ปี 2557. **วารสารวิชาการสาธารณสุข** 24(5): 822-832.

21.Sarwar, M. 2015. The dangers of pesticides associated with public health and preventing of the risks. **International Journal of Bioinformatics and Biomedical Engineering** 1 (2): 130-136.

ความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย ในพื้นที่เทศบาลตำบลลำพันชาด อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี

Knowledge and Behavior of Chemical Pesticide Use Among Sugarcane Farmers in Lam Phan Chad Sub-district, Wang Sam Mo District, Udon Thani Province

วธัญณ์ชนก จงสมัคร[1] ,ชัยธัช จันทร์สมุด[2] ,ธันวา ใจเที่ยง[2]

Wathanchanok Chongsamakr , Chaitach Jansamood , Thanwa Jaithiang

(Received: February 21 ,2020 ; Accepted: March 27 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย ในพื้นที่เทศบาลตำบลลำพันชาด อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี โดยศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์โดยค่าความถี่ค่าร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมุติฐานโดยใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์ถดถอยแบบพหุคุณ ด้วยเทคนิค Enter

ผลการวิจัยปรากฏดังนี้ 1. เกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในพื้นที่ตำบลลำพันชาด อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี มีความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยรวมอยู่ในระดับมาก 2. เกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในพื้นที่ตำบลลำพันชาด อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี มีพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด 3. เมื่อนำตัวแปรพยากรณ์เข้าทำการวิเคราะห์การถดถอยทางพหุคูณโดยใช้เทคนิค Enter พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันกับความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสามารถเขียนเป็นสมการพยากรณ์ได้ดังนี้ Y = 18.52 – 0.43(เพศ) - 0.28(อายุ) + 0.00(ระดับการศึกษา) - 0.21(รายได้ครอบครัว) 4. เมื่อนำตัวแปรพยากรณ์เข้าทำการวิเคราะห์การถดถอยทางพหุคูณโดยใช้เทคนิค Enter พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันกับความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสามารถเขียนเป็นสมการพยากรณ์ได้ดังนี้ Y =3.41 + 0.31(เพศ) - 0.00(อายุ) + 0.06(ระดับการศึกษา)-0.01(รายได้ครอบครัว)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย

Abstract

This research aimed to study knowledge and behavior of chemical pesticide use among sugarcane farmers in Lam Phan Chad sub-district, Wang Sam Mo district, Udon Thani province. The population consisted of 80 farmer. The questionnaires were developed and used to collect data. The data were analyzed by percentage, mean, standard deviation. Testing the hypotheses by Multiple Regression, Enter technique.

The research results revealed the following: 1. Sugarcane farmers in Lam Phan Chad sub-district, Wang Sam Mo district, Udon Thani province showed their knowledge about to use chemical pesticide was at high level. 2. Sugarcane farmers in Lam Phan Chad sub-district, Wang Sam Mo district, Udon Thani province showed their behavior to use chemical pesticide was at very high level. 3. Regarding relation among predictive variables, do not had relations. However, when put into the predictive equation with knowledge about to use chemical pesticide it can be written in the form of raw score as follow. Y = 18.52 – 0.43(gender) - 0.28(age) + 0.00(education level) - 0.21(Family income) 4. Regarding relation among predictive variables, do not had relations. However, when put into the predictive equation with behavior to use chemical pesticide it can be written in the form of raw score as follow. Y =3.41 + 0.31(gender) - 0.00(age) + 0.06(education level)-0.01(family income)

Keyword: behavior of chemical pesticide use among sugarcane farmers in Lam Phan Chad sub-district, Wang Sam Mo district

[1] วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วท.ม.) สาขาวิชาการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

[2] ผศ.ดร. สาขาวิชาการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

บทนำ

การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในภาคเกษตรกรรมในประเทศไทยมีความต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลายาวนานจากข้อมูลการนำเข้าสารกำจัดศัตรูพืชสำนักควบคุมพืชและวัสดุการเกษตรในระหว่างปีพ.ศ. 2548–2553 พบว่ามีการนำเข้าสารกำจัดในแต่ละปีมีปริมาณมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแสดงให้เห็นว่าในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาเกษตรกรมีการใช้สารกำจัดศัตรูพืชในการเพาะปลูกกันอย่างแพร่หลายและเป็นจำนวนมากทั้งเพื่อเพิ่มผลผลิตทางการเกษตร ควบคุมและกำจัดศัตรูพืชเพื่อเก็บถนอมเมล็ดพันธุ์ไว้สำหรับเพาะปลูกจากปริมาณ การใช้สารกำจัดศัตรูพืชที่มากขึ้นนี้ย่อมส่งผลให้ศัตรูพืชมีการต้านฤทธิ์หรือการดื้อต่อสารกำจัดศัตรูพืชทำให้ปริมาณสารกำจัดศัตรูพืชที่เกษตรกรเคยใช้แล้วมีประสิทธิภาพไม่ก่อให้เกิดผลดังที่ผ่านมาทำให้ในการฉีดพ่นครั้งต่อไปเกษตรกรต้องใช้สารกำจัดศัตรูพืชในปริมาณที่มากกว่าเดิมหรือเปลี่ยนไปใช้สารกำจัดศัตรูพืชที่มีฤทธิ์รุนแรงเพื่อให้การกำจัดศัตรูพืชมีประสิทธิภาพปัญหาการใช้สารเคมีในปริมาณมากเกินความจำเป็นทำให้เกิดการตกค้างของสารเคมีในดินน้ำและผลผลิตทางการเกษตรและห่วงโซ่อาหารซึ่งจะส่งผลอันตรายต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนและผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในระยะยาวอีกด้วย ซึ่งปัญหาสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คืออันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เนื่องจากเกษตรกรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้สารเคมีที่ไม่ถูกต้องไม่ปลอดภัยทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ จากข้อมูลการตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มเกษตรกรในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2556-2558 พบว่าเกษตรกรที่มีผลตรวจเลือดอยู่ในระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัย ร้อยละ 30.57 , 34.02 ,32.45 รายต่อแสนประชากร ตามลำดับ[7]

จากรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข มีการรายงานผู้ป่วยที่ได้รับพิษจากสารป้องกันกำจัดศัตรูพืชในปี พ.ศ. 2543 – 2552 ผู้บริโภคและคนทั่วไปที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสัมผัสสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังโดยเข้าสู่ร่างกายทางผิวหนัง ช่องปาก และทางลมหายใจ โดยสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชที่ใช้ปัจจุบันจำแนกเป็น 3 กลุ่มหลัก คือ กลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต คาร์บาเมต และ โพรีทอยด์ พบว่า ในปี พ.ศ. 2543 มีการรายงานผู้ป่วยได้รับพิษจากสารป้องกันกำจัดศัตรูพืช เฉลี่ยปีละ 1,996 ราย ปี พ.ศ. 2552 มีรายงานผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษจากสารป้องกันกำจัดศัตรูพืชจากการทำงานและสิ่งแวดล้อม จำนวน1,691 ราย อัตราป่วย 2.66 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต และพบผู้ป่วยตลอดปี มีรายงานผู้ป่วยสูงขึ้นในช่วงเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม ของทุก ๆ ปี ในปี พ.ศ. 2552 สูงในเดือนมิถุนายน กรกฎาคม และสิงหาคม รวม 561 ราย (ร้อยละ 33.18) สอดคล้องกับการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชอย่างต่อเนื่องและเพิ่มขึ้นในภาคเกษตรแม้ว่าการควบคุมการใช้สารเคมีอันตรายในที่ผ่านมามีแนวโน้มที่ดีขึ้น มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบของการทำเกษตร และเกษตรกรสามารถเข้าถึงข้อมูลในการป้องกันตนเองได้มากขึ้น การให้สุขศึกษา เรื่องความเสี่ยงและการป้องกันการใช้สารกำจัดศัตรูพืชสามารถช่วยให้กลุ่มเกษตรกร ผู้บริโภค และคนทั่วไปสามารถลดการเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีได้ [5]

อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี เป็นอำเภอหนึ่งพบว่าประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก พืชที่นิยมเพาะปลูก ได้แก่ อ้อย ข้าว ข้าวโพด มันสำปะหลัง ยางพารา พืชผักสวนครัว มีการใช้สารเคมีกันอย่างแพร่หลายยิ่งขึ้นเพราะเกษตรกรเชื่อว่าจะช่วยกำจัดศัตรูพืชและยังช่วยเพิ่มผลผลิตให้สูงขึ้น รวมถึงมีการใช้หลายชนิดผสมผสานกัน เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสะอาด ลักษณะพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นภูเขาล้อมรอบและเป็นพื้นที่รองรับน้ำ ประ ชากรส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ทำไร่อ้อย ทำนา รองลงมาปลูกมันสำปะหลังและรับจ้างทั่วไป เป็นอีกพื้นที่หนึ่งที่ประสบปัญหาจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นส่งผลให้มีโรคภัยต่าง ๆ ตามมา และการควบคุมโรคยากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในพื้นที่ตำบลลำพันชาด อำเภอวัง

สามหมอ จังหวัดอุดรธานี เพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเกษตรกรในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในพื้นที่ตำบลลำพันชาด อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในพื้นที่ตำบลลำพันชาด อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในพื้นที่ตำบลลำพันชาด อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี

ประชากร

ประชากร คือ เกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในพื้นที่ตำบลลำพันชาด ที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานเกษตรอำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 80 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมี 4 ตอน โดยมีลักษณะดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวน 16 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Multiple Choices) 3 ตัวเลือก

เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ถูก	1 คะแนน	0 คะแนน
ผิด	0 คะแนน	1 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมาย

คะแนนเฉลี่ย 15.00-20.00 หมายถึง มีระดับความรู้มาก

คะแนนเฉลี่ย 10.00-14.99 หมายถึง มีระดับความรู้ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0.00-9.99 หมายถึง มีระดับความรู้น้อย

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยแบ่งเป็น จำนวน 20 ข้อ โดยมีระดับการวัดเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งสามารถแบ่งเป็นระดับได้ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด. 2543 : 100)

เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ทุกครั้ง	4 คะแนน	2 คะแนน
บ่อยครั้ง	3 คะแนน	3 คะแนน
บางครั้ง	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เคย	1 คะแนน	5 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมาย

ค่าเฉลี่ย 3.26 - 4.00 หมายถึง มีพฤติกรรมมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.25 หมายถึง มีพฤติกรรมมาก

ค่าเฉลี่ย 1.76 - 2.50 หมายถึง มีพฤติกรรมปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.75 หมายถึง มีพฤติกรรมน้อย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Arithmetic Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน โดยใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) และการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบขั้นตอน (Stepwise)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. เกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในพื้นที่ตำบลลำพันชาด อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย

(ร้อยละ 51.30) อายุ 50 ปีหรือน้อยกว่า (ร้อยละ 46.30) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 93.80) เป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 51.30) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 73.80) รายได้ครอบครัวพอใช้ (ร้อยละ 53.80) ใช้สารเคมีมา 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 66.30) ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเฉลี่ย 1 ครั้ง/ต่อเดือน (ร้อยละ 93.80) ฉีดพ่นสารเคมีฯ ไม่เกิน 4 ชั่วโมง/วัน (ร้อยละ 56.40) ไม่เคยมีประวัติเป็นโรคตับ (ร้อยละ 91.20) ไม่เคยมีประวัติเป็นโรคหอบหืด (ร้อยละ 92.50) รอบปีที่ผ่านมาไม่เคยแพ้สารเคมีฯ (ร้อยละ 87.50) สลับกับผู้อื่นในการพ่นสารเคมีฯ (ร้อยละ 85.00) นาน ๆ ครั้งจึงเปลี่ยนสารเคมีฯ (ร้อยละ 56.30) ตัดสินใจซื้อสารเคมีฯโดยได้รับข้อมูลจากเพื่อนบ้าน (ร้อยละ 83.80) และไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการใช้สารเคมีฯ (ร้อยละ 83.70)

2. เกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในพื้นที่ตำบลลำพันชาด อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี มีความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 17.01) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับได้แก่ ที่ที่ควรเก็บสารเคมีฯมากที่สุด และวิธีผสมสารเคมีฯการแต่งกายที่ถูกต้องในการฉีดพ่นสารเคมีฯ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 20.00) รองลงมาได้แก่ สารเคมีฯเข้าสู่ร่างกายได้ทางใดบ้าง และสารเคมีฯมีพิษต่อสุขภาพของผู้ใช้/ผู้บริโภคอย่างไร อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 19.75) และหลังจากการพ่นสารเคมีฯแล้วควรปฏิบัติอย่างไร และถ้ารู้สึกแพ้พิษสารเคมีฯ ควรทำอย่างไร อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 19.50) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ เมื่อใช้สารเคมีหมดแล้ว ควรมีการกำจัดภาชนะบรรจุ เช่น ขวด กล่อง กระป๋อง อย่างไร อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 4.00)

3. เกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในพื้นที่ตำบลลำพันชาด อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี มีพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.55) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับได้แก่ สวมถุงมือขณะผสมสารเคมี อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.98) รองลงมาได้แก่ รับประทานอาหารขณะผสมสารเคมี ($\bar{X}$ = 3.96) และเตรียมอุปกรณ์ป้องกันตนเองในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เช่น หน้ากาก ถุงมือ รองเท้าบู๊ท เป็นต้น และ ($\bar{X}$ = 3.94) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ใส่แว่นตาขณะผสมสารเคมี ($\bar{X}$ = 3.30)

4. ความสัมพันธ์และสร้างสมการพยากรณ์คุณลักษณะทางประชากรที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlations) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติจึงสามารถนำตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัว มาทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) ได้ที่ระดับ 0.05

เมื่อนำตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัวเข้าทำการวิเคราะห์การถดถอยทางพหุคูณโดยใช้เทคนิค Enter พบว่าตัวแปรพยากรณ์ได้แก่เพศ (X1) อายุ (X2) ระดับการศึกษา (X3) และรายได้ครอบครัว (X4) โดยมีค่าตัวแปรพยากรณ์ (F = 1.141 , p =0.344) ไม่มีความสัมพันธ์ซึ่งกัน และกัน (VIF มีค่าน้อยกว่า 10) และสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพการปฏิบัติงานได้ ร้อยละ 0.70 ($adjR^2$ = 0.007) จึงไม่มี Multicollinearity จึงเป็นผลให้ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัวของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในพื้นที่ตำบลลำพันชาด อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี ไม่ส่งผลต่อความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ซึ่งสามารถเขียนเป็นสมการพยากรณ์ได้ดังนี้

Y = 18.52 – 0.43(เพศ) - 0.28(อายุ) + 0.00(ระดับการศึกษา) - 0.21(รายได้ครอบครัว)

5. ความสัมพันธ์และสร้างสมการพยากรณ์คุณลักษณะทางประชากรที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlations) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติจึงสามารถนำตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัว มาทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) ได้ที่ระดับ 0.05

เมื่อนำตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัวเข้าทำการวิเคราะห์การถดถอยทางพหุคูณโดยใช้เทคนิค Enter พบว่าตัวแปร

พยากรณ์ได้แก่เพศ (X1) อายุ (X2) ระดับการศึกษา (X3) และรายได้ครอบครัว (X4) ได้ โดยมีค่าตัวแปรพยากรณ์ (F = 0.604 , p =0.661) ไม่มีความสัมพันธ์ซึ่งกัน และกัน (VIF มีค่าน้อยกว่า 10) และสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพการปฏิบัติงานได้ ร้อยละ 2.10 ($adjR^2$ = 0.021) จึงไม่มี Multicollinearity จึงเป็นผลให้ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัวของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในพื้นที่ตำบลลำพันชาด อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ซึ่งสามารถเขียนเป็นสมการพยากรณ์ได้ดังนี้

Y =3.41 + 0.31(เพศ) - 0.00(อายุ) + 0.06(ระดับการศึกษา)-0.01(รายได้ครอบครัว)

สรุปและอภิปรายผล

1. เกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในพื้นที่ตำบลลำพันชาด อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี มีความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยรวมอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่ามีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมาหลากหลายประเภท (ยี่ห้อ) และการนำมาใช้กับพืชหลายชนิด พืชทุกระดับที่แตกต่างกันออกไป ทำให้เกษตรกรมีการปรับใช้ในแต่ละครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับ พิมพ์ลดา ภิรมย์จิตร และสุชาดา ภัยหลีกลี้ (2557)[6] ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร บ้านนาเหล่า อำเภอนาวัง จังหวัดหนองบัวลำภู เกษตรกรส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับดี ร้อยละ84.30 ตอบคำถามเกี่ยวกับการความรู้การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้มากที่สุด และระดับของความรู้ ในปีค.ศ. 1965 ของบลูมและคณะได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้หรือพุทธิพิสัย (Cognitive domain) ของคนว่าประกอบด้วยความรู้ตามระดับต่าง ๆ ซึ่งอาจพิจารณาจากระดับความรู้ในขั้นต่ำไปสู่ระดับของความรู้ในระดับที่สูงขึ้นไปเน้นถึงการจำและการระลึกได้ถึงความคิด วัตถุและปรากฏการณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งง่าย ๆ ที่เป็นอิสระแก่กันไปจนถึง ความจำในสิ่งที่ยุ่งยากซับซ้อนและมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน

2. เกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในพื้นที่ตำบลลำพันชาด อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี มีพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่ามีการใช้มายาวนานซึ่งสอดคล้องกับความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีข้างต้นเกษตรกรมีการรับรู้ เข้าใจและมีประสบการณ์ มีความคล่องแคล่ว ว่องไว ชำนาญในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ซึ่งสอดคล้องกับ ชนิกานต์ คุ้มนก และ สุดารัตน์ พิมเสน (2557)[3] ศึกษาพฤติกรรมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ในขณะฉีดพ่นเกษตรกรทุกคนป้องกันตนเองโดยสวมเสื้อแขนยาวและ ไม่พักรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มขณะฉีดพ่น หลังการฉีดพ่นจะล้างอุปกรณ์ และรีบกลับบ้าน อาบน้ำชำระร่างกาย และสิทธิโชค วรานุสันติกูล (2547) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ว่า พฤติกรรมหมายถึง การกระทำของอินทรีย์ หรือสิ่งมีชีวิต การกระทำที่ว่านี้รวมทั้งการกระทำที่เกิดขึ้นทั้งที่ผู้กระทำรู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัวในขณะกระทำและยังหมายรวมทั้งการกระทำที่สามารถสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม

3. เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัวของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในพื้นที่ตำบลลำพันชาด อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี ไม่ส่งผลต่อความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช แสดงให้เห็นว่า มีการถ่ายทอดวิธีการ การแนะนำความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีโดยการบอกเล่า ปากต่อปาก รุ่นสู่รุ่น สืบทอดกันเรื่อยมาและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งคิดว่าเป็นวิธีการช่วยลดต้นทุนในการผลิตโดยไม่คำนึงถึงสิ่งแวดล้อมและระบบนิเวศที่จะได้รับผลกระทบเนื่องจากการใช้สารเคมี ซึ่งสอดคล้องกับ อทิชา เปาอินทร์ (2549) กล่าวว่า นักจิตวิทยาเชื่อว่า พฤติกรรมนั้น เป็นผลเกิดจากการกระทำปฏิกิริยาของมนุษย์ หรืออินทรีย์ (Pearson or Organism) กับสิ่งแวดล้อม (Environment) หรือการเกิดพฤติกรรม ส่วนใหญ่มักจะเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการกระตุ้น ที่เรียกว่า “พฤติกรรมที่ถูกจูงใจ”

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.1 ควรให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมที่จะทำให้เกษตรกรกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชลดลง ที่จะทำให้ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพลดลงไปด้วย

1.2 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเคมีเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา และมีขั้นตอนจะต้องสะท้อนผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้สารเคมี โดยให้เกษตรกรได้ร่วมรับรู้ถึง ผลที่เกิดขึ้นทั้งทางตรง และทางอ้อม และร่วมกันวิเคราะห์ ทดลอง หาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ของเกษตรกร ตลอดจนให้เกษตรกรได้ร่วมสรุปผลจากการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาผลผลิตให้มีมาตรฐานยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการนำเอาความรู้และพฤติกรรม มาเป็นแนวทางในการลดผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยไปประยุกต์ใช้กับเกษตรกรรมประเภทอื่นๆ เพื่อลดผลกระทบจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรทั้งต่อผู้ปลูกผู้บริโภค และสิ่งแวดล้อม

2.2 ควรมีการประเมินผลปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ความรู้ ความเข้าใจ จริยธรรม สิ่งแวดล้อมในการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน เพื่อพัฒนากระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมให้มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหามากยิ่งขึ้น

2.3 ควรมีการส่งเสริมการทำการเกษตรอินทรีย์ตามแนวทางของศาสตร์แห่งพระราชา

เอกสารอ้างอิง

1.กรมป่าไม้. **พระราชบัญญัติสงวนและคุ้มครองสัตว์ป่า พ.ศ. 2535**. กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กรุงเทพมหานคร 2535

2.กรมวิชาการเกษตร. **ปริมาณการนำเข้าสารกำจัดศัตรูพืช**. สำนักงานเศรษกิจการเกษตร (ออนไลน์) กองควบคุมพืชและวัสดุการเกษตร สถิติการใช้สารเคมีในประเทศไทย(ออนไลน์) 2539

3.ชนิกานต์ คุ้มนก และ สุดารัตน์ พิมเสน. พฤติกรรมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. **วารสารราชภัฏเพชรบูรณ์**. 16(1) มกราคม-มิถุนายน. 2557

4.ณัฏฐวุฑท์ และคณะ. พฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชในการผลิตมะเขือเทศของเกษตรกรในจังหวัดสกลนคร. **วารสารเกษตร**. 33(2) พฤษภาคม. 2560

5.ทิวา สรรพกิจ. **การพัฒนาป่าไม้เพื่อสิ่งแวดล้อม**. สำนักงานประชาสัมพันธ์และเผยแพร่การป่าไม้ กรมป่าไม้ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กรุงเทพมหานคร. 2535

5.ปณิตา คุ้มผล. **โรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช**. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำ สัปดาห์. 42(7) 257-259. 2552

6.พิมพ์ลดา ภิรมย์จิตร, สุชาดา ภัยหลีกลี้. ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร บ้านนาเหล่า อำเภอนาวัง จังหวัด สิทธิโชค วรานุสันติกูล. **จิตวิทยาสังคม : ทฤษฎีและการประยุกต์.** กรุงเทพมหานคร : บริษัทซีเอ็ดยูเคชั่นจำกัด, 2547.

7.สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. **ความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มเกษตรกร**., จาก http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/384. 2559

8.Boniface M. Muendo,., Joseph O. Lalah, and Zachary M. Getenga. "Behavior of pesticide residues in agricultural soil and adjacent River Kuywa sediment and water samples from Nzoia sugarcane belt in Kenya. **The environmentalist** .32(4) : 433-444. 2012

9.Lee, I., Eriksson, P., Fredriksson, A., Buratovic, S., & Viberg, H. Developmental neurotoxic effects of two pesticides: Behavior and biomolecular studies on chlorpyrifos and carbaryl. **Toxicology and applied pharmacology**, 288(3) : 429-438. 2015

10.Bagheri, A., Emami, N., Damalas, C. A., & Allahyari, M. S. Farmers' knowledge, attitudes, and perceptions of pesticide use in apple farms of northern Iran: impact on safety behavior. **Environmental Science and Pollution Research**, 26(9) : 9343-9351. 2019

11.Muendo, B. M., Lalah, J. O., & Getenga, Z. M. Behavior of pesticide residues in agricultural soil and adjacent River Kuywa sediment and water samples from Nzoia sugarcane belt in Kenya. **The environmentalist**, 32(4), 433-444. 2012

การศึกษารายกรณีผู้ป่วยโรคติดสุรา หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Case study of alcohol dependence patients Psychiatric ward Kalasin Hospital

พัชรินทร์ อดิสรณกุล[1]

Patcharin Adisaranakul

(Received: January 9 ,2020 ; Accepted: March 17 ,2020)

บทคัดย่อ

การศึกษารายกรณีผู้ป่วยโรคติดสุรา หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางกาย พร้อมกับให้การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุรา การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้หลักวิชาการ มาตรฐานการพยาบาล 11 มาตรฐาน กรณีศึกษาที่ 1 ศึกษาช่วงวันที่ 27 สิงหาคม 2562 – วันที่ 5 กันยายน 2562 กรณีศึกษาที่ 2 ศึกษาช่วงวันที่ 1-14 กันยายน 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า จากการติดตามผู้ป่วย พบว่า ในช่วง ระยะ 4 สัปดาห์แรก ผู้ป่วยทั้งสองราย มีความตั้งใจ ควบคุมตนเองได้ไม่ดื่มสุรา แต่เมื่อเข้าสู่สัปดาห์ที่ 8 ผู้ป่วยเริ่มหันไปดื่มสุราอีก แต่ดื่มในปริมาณที่ลดลง และ ยังคงอยู่ที่ชุมชนได้ โดยไม่ได้กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ พยาบาล ไม่มีการตำหนิ แต่ได้ให้กำลังใจในการควบคุมพฤติกรรมการดื่มต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคติดสุรา

ABSTRACT

Case study of alcohol dependence patients Psychiatric ward Kalasin Hospital. Aimed to provide patients with systematic care. And safe from physical complications while also providing psychosocial support create incentives for patients to stop drinking. Data collection using academic principles 11 Nursing standards. Case study 1, study during 27 August 2019 – 5 September 2019 , case study 2, study between 1-14 September 2019. Data were analyzed by descriptive statistics and content analysis.

The study found that according to follow-up of patients, it was found that during the first 4 weeks, both patients were determined to control themselves without drinking. But after entering Week 8, the patient began to drink again. But drink a reduced amount and can remain in the community By not coming back to stay in the hospital repeatedly, nurses without blame But encouraged to continue to control drinking habits.

Keyword : alcohol dependence patients

[1] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทนำ

การดื่มสุราของประชากรมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (2004) ประมาณการว่า มีประชากรที่ดื่มสุรามากกว่า 2 พันล้านคนทั่วโลก ในจำนวนนี้มี 76.3 ล้านคน ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา(Alcohol use disorder) สำหรับประเทศไทยถูกจัดอันดับในกลุ่มประเทศที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องมากเป็นอันดับ5ของโลก[2]

ปัญหาการบริโภคสุราส่งผลกระทบตามมา ทั้งต่อตนเอง คือ ปัญหาต่อสุขภาวะทางกาย ก่อให้เกิดการเมาสุรา การติดสุรา และผลพิษจากสุราโดยตรง ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เส้นเลือดในสมองแตก หรืออุบัติเหตุ นอกจากนี้ยังพบปัญหาสังคมจิตใจ เช่น อาชญากรรม ปัญหาการทำงาน ความรุนแรงในครอบครัว [3]

การดื่มที่ขาดสติ ดื่มถี่ขึ้นและดื่มเป็นประจำ จะนำมาสู่ปัญหาการติดสุราหรือโรคติดสุรา จัดเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขที่สำคัญประการหนึ่ง ถือว่าโรคติดสุราเป็นโรคร้ายแรงที่ต้องได้รับการรักษาเยียวยาจึงจะหายเป็นปกติ [4] และลักษณะสำคัญของโรคนี้คือ เมื่อหยุดดื่มหรือดื่มน้อยลง จะเกิดอาการถอนพิษสุรา ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ต้องเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล พบว่าร้อยละ 90 เกิดอาการชักในช่วง 7-48 ชั่วโมงหลังจากหยุดดื่มสุรา อาการประสาทหลอนจากภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal hallucinosis) ผู้ป่วยจะหวาดกลัว ตื่นตระหนก กระสับกระส่าย และการขาดสุราระดับรุนแรงมากขั้นเพ้อคลั่ง (Alcohol withdrawal delirium) ระดับสติสัมปชัญญะและความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป เช่น สับสนเรื่องวัน เวลา สถานที่ ทำให้ผู้ป่วยอยู่ไม่นิ่ง เดินไปมา เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายต่างๆ ได้ [9]

วิธีการบำบัดรักษาจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อป้องกันอันตรายและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สามารถเลิกหรือควบคุมการดื่ม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แนวทางในการบำบัดรักษานั้น แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ถอนพิษสุรา (Acute detoxification phase) เป็นการรักษา 5-7 วันแรก ในโรงพยาบาล เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีความต้องการการพยาบาลในระดับมาก เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตซึ่งเสี่ยงอันตรายต่อชีวิตจากอาการถอนพิษสุราที่รุนแรง หรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ระยะที่2 ฟื้นฟูทางสภาพร่างกายและจิตใจ(Rehabillitation phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยพ้นจากอาการถอนพิษสุรา หรือภาวะเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อชีวิต การบำบัดในระยะนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (Relapse prevention) และระยะที่ 3 ดูแลหลังการรักษา (After care or Continuing care) โดยวัตถุประสงค์ของการบำบัดจะต่อเนื่องกับระยะที่ 2 แต่เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นรายบุคคลในระยะยาว (Long term individual therapy)

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีหน้าที่ความรับผิดชอบให้บริการการดูแล บำบัดรักษาพยาบาล ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้รับบริการ ในระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) [1] ซึ่งมี การบำบัดรักษาโรคทั่วไป รวมทั้งดูแลผู้ที่มีปัญหาจากสุราและยาเสพติดด้วย ในด้านการบำบัดผู้ป่วย ที่ติดสุรา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ให้บริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยผู้ป่วยนอกจะเข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช ซึ่งให้บริการตรวจวินิจฉัย การรักษาทางยา ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ผู้อื่นและทำลายสิ่งของ จะส่งเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยจิตเวช จำนวนเตียงทั้งหมด 10 เตียง จากรายงานสถิติของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า ติดสุรา (Alcohol dependence) พบว่าตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559-2561 มีดังนี้ คือ จำนวน 54 ราย 89 ราย และ 102 ราย ตามลำดับ [1] ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยขณะบำบัดรักษาในโรงพยาบาลมีอุบัติการณ์จากความเสี่ยงหลายอย่าง สำหรับปี 2561 พบดังนี้ [1] 1) ภาวะแทรกซ้อนทางกาย ได้แก่ ชัก (Seizure) จำนวน 11 ราย ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จำนวน 23 ราย ความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย จำนวน 59 ราย 2) ได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหกล้ม จำนวน 7 ราย 3) พบอุบัติการณ์การทำร้ายผู้ป่วยอื่น เนื่องจากอาการประสาทหลอน หวาดกลัว จำนวน 5 ราย และทำลายสิ่งของ จำนวน 21 ราย หอผู้ป่วยจิตเวชได้

กำหนดตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยติดสุราเกี่ยวกับ ระยะวันนอนโดยเฉลี่ย เป้าหมายไม่เกิน 15 วัน แต่ในปี 2561 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีระยะวันนอนนานกว่าที่กำหนดไว้ มีทั้งหมด 12 ราย โดยวันนอนเฉลี่ยเป็นเวลา 26 วัน ต่ำสุด 22 วัน และสูงสุด 29 วัน ซึ่งเกิดจากการที่ไม่สามารถควบคุมอาการในระยะถอนพิษสุราได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ คือ ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุหกล้มต้องทำการเย็บแผล จำนวน 7 ราย และผู้ป่วยมีการทำร้ายตนเอง และผู้อื่นจนเกิดบาดแผล จำนวน 5 ราย ซึ่งจัดเป็นความเสี่ยงร้ายแรงที่ต้องดำเนินการจัดการอย่างเร่งด่วน นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ป่วยไม่มีแรงจูงใจในการลด ละ เลิกดื่มสุรา ยังคงมีพฤติกรรมการดื่มเหมือนเดิม

จากปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลสูงขึ้น และอาจถูกฟ้องร้องได้ หากผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายขณะบำบัดรักษา ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ต้องมีความสามารถประเมินความเสี่ยงต่างๆ เพื่อรายงานแพทย์ให้การดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็ว จึงจะสามารถควบคุมอาการผู้ป่วยได้ทันท่วงที เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น และเพื่อเป็นการตอบสนองนโยบายของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่ให้บริการโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ลดระยะเวลาการรักษา การดูแลที่ตรงปัญหา และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

ดังนั้น ผู้ศึกษาได้เห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา จึงสนใจที่จะศึกษา ความต้องการในการตอบสนองปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคติดสุราขณะรักษาอยู่ในหอผู้ป่วย โดยได้ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา เป็นการเจาะจงเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนแตกต่างกัน จำนวน 2 ราย ในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ สำหรับโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ต่อไป

วิธีดำเนินการศึกษา

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางกาย พร้อมกับให้การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุรา ได้นานที่สุด กลับไปอยู่ในชุมชนได้และสามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุข

การเก็บรวมรวมข้อมูล

1. การเตรียมพร้อมของผู้ทำการศึกษาเอง มีการเตรียมตัวศึกษาค้นคว้า ความรู้ ทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถนำไปประกอบการเก็บข้อมูลได้ครบถ้วน และอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างครอบคลุม

2. การดำเนินการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้หลักวิชาการ มาตรฐานการพยาบาล 11 มาตรฐานและกระบวนการพยาบาลดังกล่าว กรณีศึกษาที่ 1 ศึกษาช่วงวันที่ 27 สิงหาคม 2562 – วันที่ 5 กันยายน 2562 กรณีศึกษาที่ 2 ศึกษาช่วงวันที่ 1-14 กันยายน 2562

การควบคุมความถูกต้องของผลการศึกษา

มีการประสานและทบทวนแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมผู้ดูแลและแพทย์เจ้าของไข้อย่างสม่ำเสมอ และมีการปรับแผนการรักษาให้สอดคล้องกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเฉพาะราย

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุราในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
1. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการขาดสุรา (กรณีศึกษา 1,2)	1.ประเมินอาการขาดสุราเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับอาการขาดสุรา 2.ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยา 3. เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยากดระบบประสาทส่วนกลางมากเช่นง่วงนอนมากหายใจช้า การทรงตัวไม่ดีเดินเซกล้ามเนื้ออ่อนแรงหากพบอาการดังกล่าวต้องรีบรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับขนาดยา 4. ดูแลความสะอาดความสุขสบายการพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมงโดยจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยแสงสว่างเพียงพอลดสิ่งเร้าที่มากระตุ้น 5.การจัดสิ่งแวดล้อม (Supportive Environment) ให้เงียบสงบมีแสงสว่างเพียงพอและมีอากาศเย็นสบายไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตกใจหรือหวาดกลัวเนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่มีเสียงดังรบกวนไม่สะดวกสบายหรือมีสิ่งเร้ามากเกินไปจะทำให้อาการขาดสุรารุนแรงมากขึ้นและควรมีเจ้าหน้าที่ที่มีทักษะการใช้เทคนิคการจัดการทางพฤติกรรมเพื่อบรรเทาและรักษาอาการตื่นกลัวของผู้ป่วยนอกจากนี้ควรแยกผู้ป่วยเพื่อจำกัดการพบปะของผู้ป่วยหรือบุคคลอื่นๆหรือให้น้อยที่สุดถ้าผู้ป่วยมีอาการสับสนไม่รับรู้เกี่ยวกับบุคคลเวลาและสถานที่ 6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ 7. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงการดำเนินของอาการขาดสุรา เนื่องจากผู้ป่วยเกิดอาการขาดสุราขั้นรุนแรง(very severe withdrawal) **การประเมินผล** 1. ผู้ป่วยปลอดภัย 2. ได้รับการประเมินภาวะขาดสุราอย่างต่อเนื่องช่วง very severe withdrawalค่า CIWA–Ar อยู่ระหว่าง 18-27 คะแนน 3. ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากยา 4. ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้ อาการขาดสุราทุเลาลง
2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Diazepam ชนิดฉีด (กรณีศึกษา 1,2)	1. ดูแล และเฝ้าระวัง การให้ยา Diazepam ชนิดฉีดเป็นการให้ยาตามความรุนแรงของอาการขาดสุรา และพยาบาลต้องตระหนักดังนี้ 1.1 การฉีดยาDiazepam 10mg เข้าหลอดเลือดดำต้องฉีดช้าๆ หลีกเลี่ยงการฉีดเข้าหลอดเลือดแดง หรือการทำให้เส้นเลือดแตกภายหลังการฉีด 1.2 การฉีด Diazepam 10mg เข้าเส้นเลือดดำ ควรตรวจดูอาการอักเสบของหลอดเลือดดำว่ามีปวด แดง หรือมีลักษณะไหม้บริเวณฉีดยาหรือไม่ 1.3 พยาบาลประเมินอาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนทางยา ได้แก่ อาการง่วงนอน และสังเกตการหายใจ เนื่องจากยามีฤทธิ์กดการหายใจ อาจทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจได้ และวัดสัญญาณชีพทุกครั้งหลังให้ยา โดยเฉพาะการหายใจและ ความดันโลหิตโดยวัดทุก 30 นาที หลังให้ยาฉีด จำนวน 4 ครั้ง หลังจากนั้น วัดทุก 1 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง จากนั้นวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงจนกว่าอาการคงที่ 1.4 เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการตื่นเต้น กระวนกระวาย หรือ วิตกกังวลมาก ให้ยาแล้วอาการไม่สงบ ควรประเมินถึงสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้นอีกครั้ง จัดท่านอนที่เหมาะสม จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อเป็นการลดสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการสับสนมากขึ้น ได้แก่ แสง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุราในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
	ที่สว่างมากเกินไป เสียงดัง มีคนเดินไปมาพลุกพล่าน เป็นต้น 1.5 ติดตามผลของยาถ้าผู้ป่วยมีอาการซึมหรือง่วงนอนมาก การทรงตัวไม่ดี ให้รายงานแพทย์ทราบอาการ ดูแลระวังอุบัติเหตุต่างๆ ดูแลกิจวัตรประจำวัน ดูแลเรื่องการได้รับสารอาหารและน้ำอย่างพอเพียง 1.6 การใช้ยา Diazepam ในขนาดสูงควรระมัดระวังเรื่องการติดยาดังนั้น จำเป็นต้องให้ยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดรวมถึงสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง 2. รายงานแพทย์กรณีต่อไปนี้ 2.1 ให้ยาprn ซ้ำ 3 dose ติดต่อกันแล้ว อาการของผู้ป่วยยังไม่สงบ 2.2 ได้ Diazepam ถึง 80 mg ภายใน 8 ชั่วโมง 2.3 ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน ดังนี้ 2.3.1 หากผู้ป่วยปลุกไม่ตื่นหรืออัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที 2.3.2 ตรวจพบ Neurological signs ผิดปกติ หรือเปลี่ยนแปลง เช่น Weakness, Sign of increase intracranial pressure (เช่น อาเจียนมาก, Increased BP, Bradycardia) **การประเมินผล** ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากได้รับยา Diazepam ชนิดฉีด ได้รับทั้งหมด 50 mg การหายใจปกติ 20 ครั้งต่อนาที
3.เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม (กรณีศึกษา 1,2)	1. จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยลดสิ่งกีดขวางแสงสว่างเพียงพอลดสิ่งเร้าที่มากระตุ้น 2. ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพิจารณาผูกยึดผู้ป่วยโดยใช้ผ้าผูกยึดที่บุฟองน้ำเพื่อป้องกันการระคายเคืองผิวหนังขณะผู้ป่วยเคลื่อนไหวขณะให้การผูกยึดต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมากเมื่อมีการผูกยึดต้องบอกผู้ป่วยและให้เกียรติผู้ป่วยเสมอ 3. ยกไม้กั้นเตียงขึ้นเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง 4. จัดเตียงผู้ป่วยอยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด 5. แจ้งให้ญาติทราบถึงเหตุผลของการผูกยึดและการดำเนินของโรค 6. ตรวจเยี่ยมอาการสังเกตสีผิวหนังเพื่อป้องกันการระคายเคืองหรือบาดแผล 7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ปัสสาวะหรืออุจจาระตามที่ผู้ป่วยต้องการหรืออย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง 8. คลายผ้าผูกยึดเมื่อผู้ป่วยอาการสงบลง 9. เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่องจนกว่าอาการจะทุเลา การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดอุบัติเหตุ ไม่มีพลัดตกหกล้ม
4.เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากแขนขาอ่อนแรงจากภาวะโพแทสเซียมต่ำ (กรณีศึกษา 1,2)	1. ประเมินอาการอ่อนเพลียแขนขาอ่อนแรงโดยเฉพาะต้นขาและต้นแขน 2. ดูแลให้ได้รับโพแทสเซียมทดแทนตามแผนการรักษาของแพทย์ 3. ประสานกับโภชนาการจัดอาหารที่มีโพแทสเซียมให้ผู้ป่วยรับประทาน 4. อธิบายสาเหตุการเกิดภาวะดังกล่าวให้ผู้ป่วยและญาติทราบเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 5. ติดตามผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการจนกว่าระดับเกลือแร่ที่ขาดเข้าสู่ระดับปกติ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุราในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
	6. ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเรื่องอาหารน้ำดื่มความสะอาดของร่างกายและการขับถ่าย 7. ตรวจวัดสัญญาณชีพและสังเกตอาการต่อเนื่องการประเมินภาวะแขนขาอ่อนแรงจากการขาดโพแทสเซียมจะพบว่าผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียแขนขาอ่อนแรงโดยเฉพาะส่วนต้นขาและต้นแขน (Proximal muscle weakness) ถ้าให้ผู้ป่วยนอนแล้วให้ยกท่อนขาขึ้นจะยกไม่ได้แต่สามารถงอขาเข้ามาได้ (เพราะว่าต้นขาอ่อนแรง) หรือให้ยกแขนขึ้นจะยกไม่ได้แต่จะขยับแขนเข้ามาแนบลำตัวยกข้อศอกขึ้นได้ (เพราะว่าต้นแขนไม่มีแรง) โดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการชาที่แขนขาบางครั้งจะพบคลื่นหัวใจผิดปกติหรือถ้าเป็นรุนแรงจะทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะไปจนถึงหยุดเต้นได้กรณีผู้ป่วยมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำซึ่งเกิดจากภาวะตับบกพร่องจากการดื่มสุราเป็นเวลานาน (ค่าปกติ150,000-450,000 ลูกบาศก์มิลลิเมตร) 8. ประสานโภชนากร เพื่อจัดหาอาหาร เพิ่มโปรแทสเซี่ยม เช่น กล้วย ให้รับประทาน 9. ติดตาม Electrolyte ตามแผนการรักษา **การประเมินผล** -ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ -โปแตสเซี่ยม หลังให้ยาตามแผนการรักษา = 3.58mmol/L
5. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด (กรณีศึกษา 1,2)	1. พิจารณาผูกยึดผู้ป่วยหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้โดยใช้ผ้าผูกยึดที่บุฟองน้ำเพื่อป้องกันการระคายเคืองผิวหนังขณะผู้ป่วยเคลื่อนไหวขณะให้การผูกยึดต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมากเมื่อมีการผูกยึดต้องบอกผู้ป่วยและให้เกียรติผู้ป่วยเสมอ 2. ใช้มือสองนิ้ว สอดเข้าได้ เปลี่ยนท่าผู้ป่วย ทุก 2 ชั่วโมง 3. แจ้งให้ญาติทราบถึงเหตุผลของการผูกยึดและการดำเนินของโรค 4. ตรวจเยี่ยมอาการสังเกตสีผิวหนังเพื่อป้องกันการระคายเคืองหรือบาดแผล 5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ปัสสาวะหรืออุจจาระตามที่ผู้ป่วยต้องการหรืออย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง 6. คลายผ้าผูกยึดเมื่อผู้ป่วยอาการสงบลง 7. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยา การประเมินผล -ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด ไม่มีแผลถลอกที่บริเวณผูกมัด
6.เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และทำลายอาคารสถานที่เนื่องจากมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว (กรณีศึกษา 1,2)	1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วย เกิดความไว้วางใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกคับข้องใจและภาวะหวาดระแวง ด้วยท่าทีแสดงความเข้าใจ ฟังอย่างตั้งใจ สะท้อนความรู้สึกและค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม 2. เรียกชื่อผู้ป่วย และกล่าวทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล 3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเวลา สถานที่ และบุคคลซ้ำๆ 4. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด อากาศถ่ายเทสะดวก ลดสิ่งกระตุ้น เช่น แสง เสียงเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย มีอุปกรณ์เครื่องใช้เท่าที่จำเป็น ไม่มีสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่นเช่นอาวุธของแหลมไม้ แก้วเป็นต้น 5. จำกัดพฤติกรรมในรายที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ เพื่อป้องกันอันตราย ที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยเอง ผู้อื่น ทรัพย์สิน และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการผูกยึด 6. เฝ้าระวังความเสี่ยงต่างๆ เช่น การทำร้ายผู้อื่น การทำร้ายตนเองจากภาวะระแวง และประเมิน ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล เป็น

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุราในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
	ต้น หากพบ ความผิดปกติพิจารณารายงานแพทย์ 7. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากภาวะงุนงง สับสน หรือภาวะเมาสุรา 8. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยาตลอดจนการเสริมฤทธิ์ของยาบางตัวที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ 9. ประเมินความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น 10. กรณีผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการถูกทำร้ายเช่นเอะอะเสียงดังด่าทอผู้อื่นบ้วนน้ำลายใส่ผู้อื่นชี้แจงให้ผู้ป่วยอื่นทราบว่าเป็นการดำเนินของโรคช่วงเวลาหนึ่งและอาการจะสงบลง 11. เฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นของผู้ป่วย **การประเมินผล** ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีการทำร้ายตนเอง และผู้อื่น
7.เสี่ยงต่อภาวะ Aspirated pneumonia (กรณีศึกษา 1,2)	1. เมื่อผู้ป่วยตื่นดี หรือกลืนได้ปกติ ดูแลให้ดื่มน้ำหรือรับประทานอาหาร โดยจัดให้นอนศีรษะสูงพอประมาณ 2. เตรียมเตียงในการป้อนน้ำหรืออาหาร หรือ หมุนหัวเตียงให้สูงพอประมาณ หรือใช้หมอนรองศีรษะให้สูงพอประมาณ 3. เฝ้าระวังอาการสำลักน้ำ อาหารขณะป้อนและ ป้อนอาหาร-น้ำไม่เร็วเกินไปตักคำพอดีๆ สังเกตการกลืน **การประเมินผล** -ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ Aspiration สามารถดื่มน้ำได้ รับประทานอาหารได้
8.ผู้ป่วยมีภาวะตับบกพร่องจากการดื่มสุราเป็นเวลานาน (กรณีศึกษา 2)	1. ประเมินอาการคลื่นไส้เบื่ออาหาร แน่นอึดอัดท้องหรืออาการคันตามผิวหนัง 2. จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบลดเสียงรบกวนให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพออย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง 3. ประสานกับโภชนาการจัดอาหารที่มีพลังงานสูงไขมันต่ำและดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง 4. ให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการการทำงานของตับ (SGOTSGPT Alkaline phosphatase) พร้อมรายงานให้แพทย์ทราบ 6. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดำเนินของโรคพร้อมใช้ข้อมูลนี้สะท้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา 7. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงหรือตามระดับอาการขาดสุรา **การประเมินผล** ผู้ป่วยอาการคลื่นไส้ ลดลง รับประทานอาหารได้มากขึ้น ไม่แน่นอึดอัดท้อง
9.ผู้ป่วยรู้สึกไร้ค่าแยกตัว ไม่ค่อยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (กรณีศึกษา 2)	1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ 2. ประเมินอาการทางจิต ที่อาจเกิดร่วมกับการหยุดสุรา ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล เป็นต้น พบว่า มี ผลประเมิน 2 Q = Positive และประเมิน 9 Q = 13 คะแนน จัดว่ามีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง ซึ่งเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทำให้ผู้ป่วยเฉื่อยชา ไม่แจ่มใส ซึมเศร้า แยกตัวเอง และมีความรู้สึกผิด ดังนั้นการพยาบาล คือกระตุ้นและสนใจดูแลความสะอาดร่างกาย ปาก ฟัน ผู้ป่วย ให้การดูแลเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ เก็บวัสดุอุปกรณ์ที่สามารถนำมาใช้ทำร้ายตนเอง ดูแลใกล้ชิด และให้อยู่ในความดูแลเป็นพิเศษ เช่น อยู่ในห้องแยกที่สามารถมองเห็นพฤติกรรมได้ตลอดเวลาเมื่อพบความผิดปกติ พิจารณารายงานแพทย์ ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงของยาตลอดจนการเสริมฤทธิ์ของยาบางตัวที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ 3.ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย อาการประสาทหลอน ที่ผู้ป่วยแสดงออกโดยการสังเกตและการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งบันทึกพฤติกรรม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบาย ปัญหา ความคับข้องใจ และภาวะหวาดระแวงที่ยังมีอยู่ ด้วยท่าทีแสดง ความเข้าใจ ฟังอย่าง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุราในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
	ตั้งใจ สะท้อนความรู้สึกและ ค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม และให้ข้อมูลตามความเป็นจริง เกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ บุคคล (Re-orientation) การประเมินผล 1. ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ กล้าระบายความรู้สึก บอกว่าเสียใจที่แม่ตำหนิเรื่องไม่สามารถเลิกเหล้าได้ 2. สีหน้าสดชื่นขึ้น ภาวะซึมเศร้าลดลง/ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย ความวิตกกังวลลดลง 3. ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นมากขึ้น ทักทายผู้อื่นก่อน และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้
10.เสี่ยงต่อการติดซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการหยุดดื่มสุรายังมองเห็นประโยชน์ของการดื่มสุรา (กรณีศึกษา 1,2)	1. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการหยุดดื่มสุราของผู้ป่วย 2.แนะนำการเลิกสุราที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยการเลิกสุราให้สำเร็จต้องตั้งใจเลิกโดยเด็ดขาดเมื่อผู้ป่วยมีประวัติการดื่มสุราที่ยาวนานจนเกิดภาวะติดสุราเมื่อหยุดดื่มได้แล้วและหวนกลับไปดื่มอีกสุราจะกระตุ้นสมองส่วนอยากทำให้เกิดการดื่มแบบติดลมและไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มได้จะทำให้ติดสุราซ้ำโดยง่าย 3. สะท้อนให้ผู้ป่วยคิดว่าหากเกิดปัญหาเมื่อใช้สุราเป็นทางออกสุราอาจช่วยเพียงให้เกิดความเมาแล้วลืมปัญหาชั่วขณะแต่ปัญหาที่เกิดขึ้นจะหายหรือลดลงไปหรือไม่ 4. แนะนำเทคนิควิธีแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สุราเป็นทางออก 5. แนะนำการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่นำไปสู่การดื่มสุราเช่นการไปงานสังสรรค์ที่มีสุราควรต้องวางแผนก่อนไปว่าหากเพื่อนชวนจะปฏิเสธอย่างไรให้สำเร็จหรือมีญาติไปด้วยเพื่อคอยดูแลไม่ให้กลับไปดื่ม 6. ควรหากิจกรรมทำไม่ให้ว่างงานเพราะการว่างงานจะทำให้นึกถึงสุราและมีโอกาสหันกลับไปดื่มอีก 7. เมื่อถึงมื้ออาหารควรรับประทานอาหารให้อิ่มเพื่อช่วยป้องกันการเกิดอาการอยากดื่มสุรา 8. แนะนำผู้ป่วยให้คิดถึงผลกระทบที่เกิดจากการติดสุราและเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดในชีวิตพร้อมหนทางที่จะไปสู่เป้าหมาย 9. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการหยุดดื่มสุราและเทคนิคที่ผู้ป่วยจะนำไปใช้เพื่อหลีกเลี่ยงการดื่มสุราได้สำเร็จ การประเมินผล ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโทษและพิษภัยของการดื่มสุรา

11.ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา (กรณีศึกษา 1,2)	1.พยาบาลประเมิน ความเชื่อ ทัศนคติต่อการดื่มสุรา สาเหตุการดื่มสุรา สำหรับผู้ป่วยรายนี้ มีความเชื่อว่า สุราจะช่วยทำให้สายตามองเห็นดีขึ้น ไม่มีอาการปวดตา เนื่องจากผู้ป่วยทำงานช่างเชื่อมเหล็ก 2.ประเมินแรงจูงใจ(Stage of Change) เนื่องจากผู้ป่วยติดสุรามักไม่มีแรงจูงใจในการหยุดสุราผู้ป่วยอาจไม่คิดว่าตนเองติดสุรา หรือไม่คิดว่าการใช้สุรานั้นเป็นปัญหาหากมุ่งที่จะแนะนำกลวิธีในการเลิกเสพผู้ป่วยก็อาจไม่ให้ความร่วมมือหรือหายไปจากการรักษาก่อนเวลาอันสมควร 3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการแก้ไขปัญหาต่างๆ และวางเป้าหมายที่เป็นจริงในอนาคต อภิปรายร่วมกันถึงวิธีการต่างๆ ที่จะสามารถนำมา แก้ไขปัญหาปัจจุบันแต่ไม่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย 4.ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการแก้ปัญหา ที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ง่ายโดยเน้นให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย 5.กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่เห็นผลในระยะสั้น 6.สนับสนุนและชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำงานสำเร็จ 7. สร้างความมีคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วย เช่น คำพูดชมเชย หลีกเลี่ยงการตำหนิให้ความสนใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย การประเมินผล ระดับแรงจูงใจเพิ่มจากลังเล เป็นระดับตัดสินใจจะเลิกสุรา เพื่ออนาคตตนเอง

สรุปผลการศึกษา

การดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีคุณภาพ เพื่อให้สามารถกลับไปอยู่บ้านได้โดยเร็วและลดปัญหาการกลับไปเสพสุราซ้ำ พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งที่สำคัญ เพราะเป็นผู้ที่อยู่กับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เหมาะสมและมีการประเมินการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจระยะการดำเนินของผู้ป่วย ซึ่ง สุมิตรา ศรสุวรรณ และคณะ(2549)[8] ได้แบ่งการพยาบาลออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะแรกรับ(Initial phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วย มีความต้องการการพยาบาลในระดับมาก (Maximum care) เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต ซึ่งเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตจากการถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal)เน้นการรักษาโดยการให้ยาเพื่อป้องกันการเกิดอาการถอนพิษสุรา วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน อาการของผู้ป่วยจะค่อยๆ เริ่มเกิดขึ้นหลังระดับแอลกอฮอล์ในเลือดลดต่ำลง อาการอาจเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย เช่น มือสั่น นอนไม่หลับ จนถึงอาการรุนแรงมีประสาทหลอน ระแวง เพ้อ (Delilium) หรือ ชักได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องได้รับการเฝ้ากำกับติดตามอาการขาดสุราอย่างระมัดระวัง เพื่อหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ เพราะอาการขาดสุราที่ไม่ได้รับการบำบัดรักษาอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพหรืออาจถึงแก่ชีวิตได้ สอดคล้องกับผการัตน์ ถาวรวงศ์คณะ(2548) ที่กล่าวว่าสิ่งที่สำคัญ คือ พยาบาลต้องประเมินความรุนแรงของการติดสุรา ซึ่งพิจารณาจากชนิด ปริมาณ และระยะในการดื่มสุรา โดยเฉพาะ เวลาที่ดื่มครั้งสุดท้าย ตลอดจนสามารถประเมินภาวะถอนพิษสุรา ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แบบประเมิน CIWA-Arเพื่อรายงานแพทย์ให้การรักษาด้วยยา และมีการประเมินการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ละเอียดและครอบคลุม แล้วนำผลการประเมินมาวางแผนให้การพยาบาล ดังที่พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (บรรณาธิการ). (2553)[4] กล่าวว่า การดูแล เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย มีดังนี้1)เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็วและเหมาะสม 2)เพื่อความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนเช่น ภาวะ Electrolyte imbalance เป็นต้น 3) การเฝ้าระวังความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของการใช้ยา 4) ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดอุบัติเหตุจากภาวะงุนงงสับสน 5) ป้องกันการทำร้ายตนเอง

และผู้อื่น นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทด้านการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ(Physical environment)ให้เหมาะสมสอดคล้องกับโรงพยาบาลสวนปรุง(2548)[7] ที่ได้กล่าวถึงการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม ไว้ว่า เงียบสงบ อากาศถ่ายเทสะดวก มีเสียงรบกวนน้อย มีแสงสว่างในช่วงกลางคืนอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยลดการรับรู้ที่ผิดปกติไป นอกจากนี้ควรจะต้องดูแลเรื่องความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม เนื่องจากผู้ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันมีโอกาสได้รับอุบัติเหตุหกล้มหรืออุบัติเหตุอื่นๆได้ง่าย มีอุปกรณ์เครื่องใช้เท่าที่จำเป็นไม่มีสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่นเช่นอาวุธของแหลมไม้แก้ว เป็นต้น โดยพบว่า อาการที่เกิดกับผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้แก่ มือสั่น,สับสน งุนงง,ภาวะโปรแตสเซี่ยมในเลือดต่ำและนอนไม่หลับ ส่วนอาการที่ไม่เกิดกับผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้แก่เกิดภาวะแทรกซ้อนของการใช้ยา,การทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และทำลายสิ่งของ/สถานที่และเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ส่วนในรายที่ 2 พบว่ามีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งพยาบาลต้องให้การดูแล และเฝ้าระวังอาการอย่างครอบคลุมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

2. ระยะกลาง(Intermediate phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยพ้นจากการถอนพิษหรือภาวะเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อชีวิต มีความต้องการการพยาบาลในระดับปานกลาง(Moderate care) เป็นการฟื้นฟูสภาพทางจิตสังคม (Psychosocial rehabilitation) เป้าหมายคือการให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มหรือหยุดดื่มสุราได้นานที่สุดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งจากข้อมูลการศึกษาพบว่าการบำบัดรักษาทางยาควบคู่กับการฝึกเผชิญปัญหา(Coping skill training)ทำให้ผู้ติดสุราประสบความสำเร็จในการเลิกดื่มสุราได้ จึงเป็นเหตุผลที่สนับสนุนว่า ผู้ป่วย ควรได้รับการบำบัดทางจิตสังคมร่วมกับการใช้ยา [6] พยาบาลจะต้องมี การประเมินความคิด ความเชื่อ และทัศนคติของผู้ติดสุรา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ติดสุราสามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มหรือหยุดดื่มสุราได้นานที่สุดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นการบำบัดผู้ติดสุราทางจิตสังคมไม่เพียงแต่จะให้การดูแลผู้ติดสุราเท่านั้น ควรนำครอบครัวมามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาซึ่งพิทักษ์ สุริยใจ (2548)[5] กล่าวว่า การติดสุรา (Alcohol dependence) ในด้านหนึ่งถือว่าเป็นโรคของครอบครัว (Family disorder) เช่นกัน ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจให้กำลังใจและหมั่นสำรวจติดตามป้องปรามการกลับไปดื่มสุราอีกช่วยให้สมาชิกในครอบครัวและผู้ติดสุราต่างรู้บทบาทหน้าที่สื่อสารกันอย่างเหมาะสมมีความสัมพันธ์กันดี

3. ระยะก่อนกลับบ้าน(Pre-discharge phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีสภาพร่างกาย จิตใจ และกระบวนการรู้คิดดีขึ้นมีความต้องการการพยาบาลในระดับน้อย (minimal care) พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง เพื่อเตรียมพร้อมผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคมใช้ชีวิตกับครอบครัวในชุมชนเน้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกดื่มแอลกอฮอล์อย่างถาวรหรือควบคุมการดื่มให้น้อยลงได้ เมื่อมีการติดตามประเมิน ความรู้ ความเข้าใจ และเจตคติ **จากผลการประเมิน ความรู้ ความเข้าใจด้วยการสอบถาม พบว่า**ผู้ป่วยกรณีที่ 1 มีความเข้าใจหลังจากการได้รับข้อมูลครบทุกประเด็น ส่วนผู้ป่วยกรณีที่ 2 หลังจากการได้รับข้อมูล ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจเป้าหมายของการรักษาและกระบวนการรักษา จึงได้ให้ข้อมูลกับมารดาเพิ่มเติม

4. จากการติดตามผู้ป่วย พบว่า ในช่วง ระยะ 4 สัปดาห์แรก ผู้ป่วยทั้งสองราย มีความตั้งใจ ควบคุมตนเองได้ไม่ดื่มสุรา แต่เมื่อเข้าสู่สัปดาห์ที่ 8 ผู้ป่วยเริ่มหันไปดื่มสุราอีกแต่ดื่มในปริมาณที่ลดลง และ ยังคงอยู่ที่ชุมชนได้ โดยไม่ได้กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ พยาบาล ไม่มีการตำหนิ แต่ได้ให้กำลังใจในการควบคุมพฤติกรรมการดื่มต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การเตรียมทีมให้เพียงพอ และเหมาะสม การเตรียมทีมให้พร้อมสำหรับการผูกยึดผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วย ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเองได้ ควรจะมีอัตรากำลังเป็นเพศชาย เความเสี่ยงเพื่อป้องกันความไม่ปลอดภัย ให้ประสานขอความร่วมมือกับ หน่วยรักษาความ

ปลอดภัย (รปภ.) ของโรงพยาบาลมาช่วยควบคุมสถานการณ์ จับล็อคผู้ป่วยเพื่อจำกัดพฤติกรรมในห้องแยก และทำการผูกยึดต่อไป นอกจากนี่ควรมีการจัดอบรมเพิ่มเติมให้รปภ. เกี่ยวกับแนวทางการจับล็อคผู้ป่วย และศิลปะการป้องกันตนเองร่วมกับบุคลากรของโรงพยาบาลและควรจัดอบรมฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง

2. สำหรับการผูกมัด เพื่อจำกัดพฤติกรรม จะต้องผูกมัดในรายที่จำเป็นเท่านั้น ไม่ได้ ผูกมัดเพื่อความสะใจของพยาบาล ส่วนผ้าผูกมัดควรมีลักษณะนุ่ม มีการบุด้วยฟองน้ำเพื่อป้องกันการเกิดแผลถลอกในบริเวณที่ผูกมัด

3. พยาบาลควรมีการประสาน กับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัช นักโภชนาการ นักจิต และนักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น เพื่อตอบสนองปัญหาของผู้ป่วยระหว่างรับการรักษาในหอผู้ป่วย ให้ครอบคลุมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

4. ควรส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับโรงพยาบาลที่รับผิดชอบเพื่อให้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

5. การประสานความร่วมมือกับเครือข่ายเพื่อวางแผนการร่วมกันในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราอย่างแท้จริงเช่นการสร้างอาชีพให้ผู้ป่วย การไม่ขายสุราให้กับผู้ป่วยเป็นต้น

6. ควรมีการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องเป็นระยะ 3-5 ปี และการเยี่ยมบ้านและให้มีกลุ่มกิจกรรมบำบัดและฝึกอาชีพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดสุรา ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขตามอัตภาพ

เอกสารอ้างอิง

1.กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล. (2562). **รายงานสถิติผู้ป่วยประจำปี.** กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.

_____. (2561). **สถิติหอผู้ป่วยจิตเวช ปีงบประมาณ 2561.** กาฬสินธุ์: [ม.ป.พ.].

2.จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ และคณะ. (2551). **การทบทวนองค์ความรู้และการวิเคราะห์ทิศทางการวิจัยการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2493-2550**. กรุงเทพฯ:บริษัท เดอะกราฟี โก ซีสเต็มส์ จำกัด.

3.ทักษพล ธรรมรังสี. (2552). **สุราและผลกระทบ: ความเชื่อกับความจริง จดหมายข่าวศูนย์วิจัยสุรา.** กรุงเทพฯ: [ม.ป.พ.].

4.พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2549). **การประเมินภาวะถอนพิษสุรา.** เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.

5.พิทักษ์ สุริยะใจ. (2548). **สาเหตุการติดสุราและการเข้ารักษาของผู้ติดสุรา ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่**. เชียงใหม่: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

6.มานิต ศรีสุรภานนท์. (2552). **การทบทวนองค์ความรู้เรื่องการใช้ยาในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา: แผนงาน การพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.).** เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

7.โรงพยาบาลสวนปรุง. (2548). **แนวเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา.** เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.

8.สุมิตรา ศรสุวรรณ และคณะ. (2549). แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์. ใน พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, & หทัยชนนี บุญเจริญ (บรรณาธิการ).**แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช.**เชียงใหม่: หจก.ไอแอมออเกไนเซอร์แอนด์อีดเวอร์ไทซิ่ง.

9.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2553). **การป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา**. พิมพ์ครั้งที่ 4. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบรูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.).

การสนับสนุนจากองค์การตามการรับรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุรินทร์

PERCEIVED ORGANIZATIONAL SUPPORT AFFECTING THE ORGANIZATIONAL CITIZENSHIP BEHAVIOR OF PUBLIC HEALTH PERSONNEL AT SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL IN SURIN PROVINCE

ณัฐพล ละอองศรี[1] , ชนะพล ศรีฤาชา[2] ,

Nattapon Laongsri[1],Chanaphol Sriruecha[2]

(Received: July 12 ,2019 ; Accepted: August 15 ,2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสนับสนุนจากองค์การตามการรับรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุรินทร์ ประชากรที่ศึกษา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 809 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ ได้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวนทั้งหมด 118 คน และสนทนากลุ่มจำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามและแนวทางการสนทนากลุ่ม ซึ่งแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC มากกว่า 0.5 ทุกข้อ วิเคราะห์หาความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาซเท่ากับ 0.97 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 15 พฤษภาคม ถึง 15 มิถุนายน 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการสนับสนุนจากองค์การตามการรับรู้และระดับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.79 คะแนน (S.D. = 0.76) และค่าเฉลี่ย 4.14 คะแนน (S.D. = 0.38) ตามลำดับ การสนับสนุนจากองค์การตามการรับรู้ความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.474$, p-value < 0.001) นอกจากนี้พบว่าการสนับสนุนจากองค์การตามการรับรู้ ด้านการปฏิบัติงาน และด้านการพัฒนาตนเองและโอกาสก้าวหน้าในงาน สามารถร่วมกันพยากรณ์ พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุรินทร์ ได้ร้อยละ 27.6 ปัญหาอุปสรรคที่พบส่วนใหญ่คือ การปลูกฝังทัศนคติคิดเชิงบวก ร้อยละ 80.64 และข้อเสนอแนะคือควรจัดให้มีกิจกรรมการพัฒนาองค์การเพื่อสร้างเจตคติที่ดี

คำสำคัญ: พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ, การสนับสนุนจากองค์การตามการรับรู้, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, รพ.สต.

ABSTRACT

This cross sectional descriptive research aimed to study Perceived Organizational Support Affecting The Organizational Citizenship Behavior of Public Health Personnel at Sub-District Health Promoting Hospital in Surin Province,Thailand. The sample118 health personnel ramdomly selected by systematic random sampling from 809 population. Collected data by questionnaire for quantitative data and 12 key informants for qualitative data by focus group discussion. Research instruments were self – administered questionnaire and focus group guideline. Self–administered questionnaire was examined and verified by the three experts for content validity Item Objective Congruence (IOC) all items more than 0.50 and tested for reliability with Cronbach's Alpha Coefficient was at 0.975. Data collected between 25th May to 15th June, 2019. The data distribution was performed by descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation, median, minimum and maximum. The Inferential statistics were Pearson's product moment correlation and Stepwise multiple linear regression. The level of statistical significant was set at 0.05.

The results showed the perceived organizational support and the organizational citizenship behavior of public health personnel were found at high level with averages of 3.79 (S.D. = 0.76) and 4.14 (S.D. = 0.38), respectively. The perceived organizational support had moderate relationship with the organizational citizenship behavior of public health personnel ($r = 0.474$, p-value < 0.001) . Two variables of perceived organizational support; working and self-development and career advancement opportunities could join predicting organizational citizenship behavior of the public health personnel at 27.6 %. The majority of problem is cultivating positive at 80.64 percent and suggestions are should provide organizational development activities to create a positive attitude

Keyword: The Organizational Citizenship Behavior of Public Health Personnel, study Perceived Organizational Support Affecting, Health Personnel

---

[1] นักศึกษาหลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี(2560-2579) กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดยุทธศาสตร์การปฏิบัติราชการ ประกอบด้วย4ยุทธศาสตร์เห่งความเป็นเลิศคือ 1) ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ (Promotion Prevention &Protection Excellence)2) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)3) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)และ4) บริหารจัดการเป็นเลิศ(Governance Excellence)โดยกำหนดเป็นกรอบและทิศทางการทำงาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย"ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน" ได้กำหนดคุณค่าหลัก(Core Value) ของบุคลากร 4 ด้าน จากชื่อย่อของกระทรวงสาธารณสุขคือ MOPH ประกอบด้วย 1)Mastery คือ บุคลากรต้องมีภาวะผู้นำเป็นนายของตัวเอง ที่ต้องเอาชนะโลภ โกรธ หลง ให้ได้ 2)Originality สร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ ด้วยการกำหนดนโยบายที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชน 3)People Centered Approach เอาประชาชนเป็น ศูนย์กลาง และ 4) Humanility บุคลากรต้องอ่อนน้อมถ่อมตนเพราะทำงานเพื่อประชาชน ต้องชักชวนและกระตุ้นให้คนดูแลสุขภาพตนเอง โดยทุกอย่างต้องมุ่งเป้าไปที่ประชาชน ให้คุณค่าผู้ป่วยด้วยการ "เข้าใจ เข้าถึง พึ่งได้" [2] จากยุทธศาสตร์ดังกล่าว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัด พ.ศ. 2560 –2564 โดยมีวิสัยทัศน์ คือ "สร้างระบบสุขภาพด้วยนวัตกรรม นำสู่เมืองสุขภาวะดีของทุกคน ชุมชน ประชาชน พึ่งตนเองทางสุขภาพได้ยั่งยืน" ได้กำหนดในยุทธศาสตร์ที่ 4 คือ การพัฒนาสถานบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ และระบบบริการสุขภาพให้มีความเป็นเลิศ โดยมีเป้าประสงค์ในการขับเคลื่อน คือ 1) สถานบริการสุขภาพทุกระดับ มีคุณภาพมาตรฐานที่ยั่งยืน มีผลสัมฤทธิ์ทางการแพทย์ในระดับสถานบริการมาตรฐานการสาธารณสุขชั้นนำ เป็นสถานบริการปลอดภัย ที่ประชาชนเชื่อมั่นวางใจได้ ในการบริการที่ยอดเยี่ยมและมาตรฐานการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 2) บุคลากรทางการแพทย์เชี่ยวชาญและบุคลากรเครือข่ายสุขภาพมีสมรรถนะที่ดี บุคลากรทุกระดับมีความสุข ภาคภูมิใจในการบริการสุขภาพประชาชน เป็นต้นแบบของคนสุขภาพดี โดยมีกลยุทธ์ เสริมสร้างศักยภาพบุคลากรสุขภาพทุกระดับ เสริมสร้างสมรรถนะความเชี่ยวชาญ เพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงาน สร้างความสุข ความภาคภูมิใจในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ส่งผลต่อการปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิซึ่งมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิซึ่งมีความสำคัญในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัด พ.ศ. 2560 - 2564 เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพทั้ง 5 ด้าน คือ รักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและการป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค จากบุคลากรสาธารณสุขร่วมกันปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ มีมาตรฐานและคุณภาพ เพื่อสนับสนุนการมีสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน รวมทั้งส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพและใช้ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์ต่อทางราชการ [12]

การมีพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ (Organizational citizenship behavior: OCB) ตามแนวคิดของ Organ (1991)[17] นั้น พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ เป็นพฤติกรรมอันพึงประสงค์ขององค์การนั้นเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเองโดยธรรมชาติ การให้ความร่วมมือช่วยเหลือและการมีไมตรีจิตต่อเพื่อนร่วมงานปรากฏอยู่ในการปฏิบัติงาน แต่ไม่ได้เป็นที่สังเกตและไม่ได้ระบุไว้ในหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติในงาน เกิดขึ้นโดยไม่มีการบังคับ พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ เป็นพฤติกรรมที่ทุกองค์การต้องการให้เกิดขึ้นในองค์การ บุคลากรในองค์การมีพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การจะเป็นบุคลากรที่มีความกระตือรือร้นมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ เต็มใจที่จะปฏิบัติงานเพื่อรักษาผลประโยชน์ขององค์การ จะทำให้องค์การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายและประสิทธิผลขององค์การได้ พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การประกอบด้วยพฤติกรรม 5 ด้าน ได้แก่ 1)พฤติกรรมการให้ความช่วยเหลือ (Altruism) 2) พฤติกรรมการสำนึกในหน้าที่ (Conscientiousness) 3)พฤติกรรมการมีน้ำใจนักกีฬา (Sportsmanship) 4)พฤติกรรมการคำนึงถึงผู้อื่น (Courtesy) และ5)พฤติกรรมการให้ความร่วมมือ (Civic virtue) Organ (1991)[17] มีผลลัพธ์ที่สำคัญของพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การเป็นเชิงบวกทั้งต่อระดับปัจเจกบุคคลและองค์การ สรุปได้ 4 ประเด็นหลัก ดังนี้ คือ 1)ทำให้บุคลากรมีการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงาน และส่งผลให้องค์การประสบความสำเร็จ2)เมื่อบุคลากรรับรู้ในความสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนที่ดีระหว่างหัวหน้ากับบุคลากร การรับรู้การสนับสนุนขององค์การในด้านต่างๆ ทั้งด้านการปฏิบัติงาน สวัสดิภาพค่าจ้าง การพัฒนาบุคลากร เป็นต้น บุคลากรจะตอบแทนความสัมพันธ์ด้วยการเพิ่มความไว้วางใจและ

การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรและหัวหน้าและบุคลากรกับองค์การ กลายเป็นเครือข่ายทางสังคมในองค์การ เพิ่มความผูกพันต่อองค์การและความจงรักภักดี มีความพยายาม ทุ่มเทการทำงานด้วยกายและใจมากขึ้น เพื่อให้ตนและองค์การประสบความสำเร็จด้วยเป้าหมายร่วมกัน 3)การจัดการประทับใจ เป็นกลยุทธ์ที่ใช้สำหรับเป็นเครื่องมือในการแสดงออกถึงพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ เรามักพบว่าบุคลากรใช้ประโยชน์จากการสร้างความประทับใจในการบรรลุวัตถุประสงค์ของตน นำไปใช้เพื่อทำให้ตนเองมีอิทธิพลต่อความประทับใจ ทัศนคติ หรือความคิดของบุคคลที่เป็นเป้าหมายและเปลี่ยนพฤติกรรมผู้อื่น 4)ผู้บริหารจะปรับวิธี ในการกระตุ้นและจูงใจหรือร้องขอผู้ใต้บังคับบัญชาให้มีพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ ให้บุคลากรยอมที่จะปฏิบัติงานนอกเหนือบทบาทที่รับผิดชอบซึ่งเป็นบทบาทหรือการกระทำที่มีประโยชน์และทำให้องค์การประสบความสำเร็จตามเป้าหมายและมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีผู้ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ พบว่าพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การมีอิทธิพลทางตรงต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมความรับผิดชอบต่อสังคม[9] และมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความผูกพันด้านจิตใจต่อองค์กร[7] และมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความยุติธรรมในการประเมินผลการปฏิบัติงานและในการทำงานของบุคลากร[4]

ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ คือ การสนับสนุนจากองค์การตามการรับรู้ซึ่งมีความสำคัญที่จะมีผลต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสนับสนุนจากองค์การตามการรับรู้จากแนวคิดของไอเซนเบอร์เกอร์และคณะ[16] และแนวคิดของโรเดสและไอเซนเบอร์เกอร์ ได้แบ่ง การสนับสนุนจากองค์การตามการรับรู้ออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1)ด้านจิตอารมณ์ 2) ด้านการปฏิบัติงาน 3) ด้านผลตอบแทนและสวัสดิการ 4) ด้านความมั่นคงในงาน และ5) ด้านการพัฒนาตนเองและโอกาสก้าวหน้าในงาน[18] ซึ่งมีผู้ได้ทำการศึกษา การสนับสนุนจากองค์การตามการรับรู้พบว่าการรับรู้การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ[3] การรับรู้การสนับสนุนด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ทางด้านการพัฒนาความสามารถในการทำงานมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ[5] การรับรู้บรรยากาศองค์การมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ ที่ระดับสูง[8]

ในมิติของการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นนอกจากจะต้องปฏิบัติงานภายในองค์การของตนเองในระดับปฐมภูมิในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัด พ.ศ.2560-2564แล้ว การปฏิบัติงานภายนอกองค์การในบทบาทการประสานงานกับประชาชน ส่วนราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวมทั้งภาคีเครือข่ายสุขภาพในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ อีกทั้งเป็นตัวแทนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ในการสร้างภาพลักษณ์ที่ดี การแสวงหาความร่วมมือ การสื่อสาร การปกป้องทรัพยากรขององค์การ และสร้างความประทับใจในการให้บริการด้านสาธารณสุขให้เป็นที่ยอมรับต่อสังคม ดังนั้น การมีพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงมีความสำคัญอย่างมากที่จะต้องสร้างเสริมให้เกิดขึ้นในระดับปัจเจกบุคคลและองค์กรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้มีความภาคภูมิใจและตระหนักถึงที่หน้าที่แห่งตนในฐานะที่ปฏิบัติในตำแหน่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จังหวัดสุรินทร์ ประกอบด้วย 17อำเภอ 158 ตำบล 2,119 หมู่บ้าน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนทั้งสิ้น 211 แห่ง มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับปฏิบัติงานไม่รวมระดับบริหารงานในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 809 คน [10] เฉลี่ยมีเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติงานไม่รวมผู้บริหารแห่งละ 3.83 คน ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดให้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดเล็กควรมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมี 4-7 คน ขนาดกลางควรมี 8 -12 คน และขนาดใหญ่ควรมี 13-14 คน [1] จึงพบว่าอัตราเจ้าหน้าที่เฉลี่ยไม่ครบตามเกณฑ์ บ่งบอกถึงภาระงานที่รับผิดชอบที่ต้องมีเพิ่มขึ้นในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมี จากข้อมูลด้านภาระงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ รายงานในปี 2561 ว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสุรินทร์มีภารกิจในด้านการรักษาพยาบาลมีผู้มารับบริการ ต่อวันเฉลี่ย 105คน [11] นอกเหนือจากงานด้านการรักษาพยาบาลเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสุรินทร์ จะมีภาระงานอื่นๆ ด้วย เช่น งานด้านส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและการป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพ คุ้มครองผู้บริโภค งานบริหารภายในและภายนอกองค์การ เป็นต้น ซึ่งภาระ

งานทั้งหมดจะต้องมีผลการประเมินในการปฏิบัติราชการประจำปี ภายใต้ตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุรินทร์ประจำปี 2562 จำนวน 33 ตัวชี้วัด นอกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะต้องเผชิญกับภาระงานจากสัดส่วนเจ้าหน้าที่ที่ไม่เพียงพอ ในบางสถานการณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาจได้รับแรงกดดันด้านภาวะทางอารมณ์ของผู้มารับบริการจากสภาพความเจ็บป่วย ญาติผู้ป่วย ผู้ติดต่อประสานงานที่หลากหลาย และความคาดหวังของผู้รับบริการที่ต้องการเห็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีพฤติกรรมการบริการที่พึงประสงค์ไม่ว่าจะเป็นทางกายและทางวาจา จากสภาพปัญหาดังกล่าวทำให้เจ้าหน้าที่เกิดความเหนื่อยล้า ท้อแท้ หมดขวัญและกำลังใจที่จะแสดงพฤติกรรมเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ มาปฏิบัติในงานประจำจากข้อมูลสรุปผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2561 ระดับ เขตสุขภาพที่ 9 ในตัวชี้วัดที่ 22 พบว่า อัตราการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพจังหวัดสุรินทร์มีผลงานเป็นลำดับ 3(ระบบรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดเขตสุขภาพที่ 9,2561) โดยมีสาเหตุหลักจากการลาออกและโอนย้ายเปลี่ยนสายอาชีพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล [10] ก่อให้เกิดผลกระทบต่อองค์การโดยตรงซึ่งองค์การไม่สามารถรักษาเจ้าหน้าที่ให้คงปฏิบัติงานในองค์การได้ทำให้ขาดอัตรากำลังการปฏิบัติงาน ต้องเสียงบประมาณในสรรหาและพัฒนาเจ้าหน้าที่ให้พร้อมกับการปฏิบัติงาน ฉะนั้น เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาการขาดอัตรากำลังเนื่องจากเหตุผลของการลาออกหรือโอนย้ายเปลี่ยนสายอาชีพ ผู้บริหารจึงควรพัฒนาศักยภาพการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยการเสริมสร้างปัจจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์การตามความเหมาะสมในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุรินทร์

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่อง การสนับสนุนจากองค์การตามการรับรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุรินทร์ เพื่อนำผลการศึกษามาวางแผนยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรและสนับสนุนการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้องค์การเกิดผลการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งๆขึ้นไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการสนับสนุนจากองค์การตามการรับรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิก ที่ดีขององค์การของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุรินทร์

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษางานวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research)มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาการสนับสนุนจากองค์การตามการรับรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุรินทร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 809 คน [10]

กลุ่มตัวอย่างสำหรับตอบแบบสอบถามในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดสุรินทร์ มีขั้นตอนคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้น (Multiple linear regression analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของโคเฮน [15] ได้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีจำนวน 118 ตัวอย่าง

วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยนำชื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 809 คน โดยมาเรียงตามตัวอักษร ให้ได้ตัวอย่างตามที่คำนวณไว้คือ 118 ตัวอย่าง ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในทำการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบชุดสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 5 ส่วนได้แก่**ส่วนที่ 1** เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล**ส่วนที่ 2** เป็นคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์การตามการรับรู้**ส่วนที่ 3** เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุรินทร์ **ส่วนที่ 4** เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุรินทร์มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความแสดงความคิดเห็นโดยอิสระ

ชุดที่ 2 แนวทางในการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้วิจัยพิจารณาวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยคัดเลือกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดสุรินทร์ และคัดเลือกตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับปฏิบัติงานไม่รวมระดับบริหารงานในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยแบ่งเป็น 4 โซน และคัดเลือกตัวแทนมาโซนละ 3 คน ได้จำนวนทั้งสิ้น 12 คนและเป็นผู้มีความยินดีและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ด้วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อที่จะตรวจสอบความถูกต้องด้านความตรง (Validity) โดยให้ลงความเห็นชอบด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความถูกต้องเหมาะสมของการใช้ภาษา (Wording) จากนั้นจึงนำข้อคำถามมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) พบว่าทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง มากกว่า 0.50 วิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.97

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาประกอบด้วยร้อยละค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานค่าต่ำสุดค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมานประกอบด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis)

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากการวิจัยในครั้งนี้หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นเมื่อวันที่ 24 พฤษภาคม 2562 ลำดับที่ 4.3.02:11/2562 เลขที่ HE622063

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุรินทร์ จากการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุรินทร์ พบว่าพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.4 อายุเฉลี่ย 39.02 ปี (S.D. =9.41 ปี) สถานภาพสมรส ร้อยละ 77 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 93.2 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ค่ามัธยฐาน = 10 ปี ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานต่ำสุด 1 ปี ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานสูงสุด 42 ปี

2. ระดับการสนับสนุนจากองค์การตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดสุรินทร์ เมื่อพิจารณาพบว่าการสนับสนุนจากองค์การตามการรับรู้ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.79 คะแนน (S.D. = 0.76) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านจิตอารมณ์ ค่าเฉลี่ย 3.87 คะแนน (S.D. = 0.49) เนื่องจากองค์การส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ได้ร่วมกิจกรรมเพื่อรักษาขนบธรรมเนียมประเพณีในท้องถิ่นรองลงมาคือ ด้านการพัฒนาตนเองและโอกาสก้าวหน้าในงานมีค่าเฉลี่ย 3.84 คะแนน (S.D. = 0.74) ด้านการปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ย 3.81 คะแนน (S.D. = 0.49) ด้านความมั่นคงในงานมีค่าเฉลี่ย 3.67 คะแนน (S.D. = 0.59) ตามลำดับ ส่วนระดับการสนับสนุนจากองค์การตามการรับรู้ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านผลตอบแทนและสวัสดิการ ค่าเฉลี่ย 3.61 คะแนน (S.D. = 0.68)

3. ระดับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดสุรินทร์ เมื่อพิจารณาระดับพบว่า พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การภาพอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.14 คะแนน (S.D. = 0.38) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทุกด้านพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การอยู่ในระดับมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ พฤติกรรมการคำนึงถึงผู้อื่น ค่าเฉลี่ย 4.20 คะแนน (S.D. = 0.45) รองลงมาคือ พฤติกรรมการให้ความร่วมมือ มีค่าเฉลี่ย 4.18 คะแนน (S.D. = 0.46) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ พฤติกรรมการสำนึกในหน้าที่ มีค่าเฉลี่ย 4.09 คะแนน (S.D. = 0.73)

4. การสนับสนุนจากองค์การตามการรับรู้ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัด

สุรินทร์ การสนับสนุนจากองค์การตามการรับรู้ พบว่าภาพรวมของการสนับสนุนจากองค์การตามการรับรู้มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.474, p-value<0.001) เมื่อพิจารณารายด้านระดับการสนับสนุนจากองค์การตามการรับรู้ พบว่าด้านที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากที่สุด คือ ด้านการปฏิบัติงาน ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.486, p-value<0.001) รองลงมาคือ ด้านการพัฒนาตนเองและโอกาสก้าวหน้าในงาน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.480, p-value<0.001) ด้านที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์น้อยที่สุด คือ ด้านผลตอบแทนและสวัสดิการ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.295, p-value<0.001) ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการสนับสนุนจากองค์การตามการรับรู้กับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุรินทร์

การสนับสนุนจากองค์การตามการรับรู้	พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ		
	(r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การสนับสนุนจากองค์การตามการรับรู้	**0.474*** **	**< 0.001**	**ปานกลาง**
1. ด้านจิตอารมณ์	0.343***	< 0.001	ปานกลาง
2. ด้านการปฏิบัติงาน	0.486***	< 0.001	ปานกลาง
3. ด้านผลตอบแทนและสวัสดิการ	0.295***	< 0.001	ต่ำ
4. ด้านความมั่นคงในงาน	0.392***	< 0.001	ปานกลาง
5. ด้านการพัฒนาตนเองและโอกาสก้าวหน้าในงาน	0.480***	< 0.001	ปานกลาง

***ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.001

5. การสนับสนุนจากองค์การตามการรับรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุรินทร์ ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุรินทร์ ที่ถูกเลือกเข้าสมการคือ ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับดังนี้ การสนับสนุนจากองค์การตามการรับรู้ ด้านการปฏิบัติงาน (p-value = 0.008) และด้านการพัฒนาตนเองและโอกาสก้าวหน้าในงาน (p-value = 0.013) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัวแปร สามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุรินทร์ได้ร้อยละ 68.3 ดังรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุรินทร์

ตัวแปร	B	Beta	T	P-value	R	R^2	R^2adj	R^2change
1. ด้านการปฏิบัติงาน	0.230	0.295	2.705	0.008	0.486	0.236	0.229	-
2. ด้านการพัฒนาตนเองและโอกาสก้าวหน้าในงาน	0.191	0.277	2.535	0.013	0.526	0.276	0.264	0.04
ค่าคงที่ 2.535, F = 21.969, p-value < 0.001, R = 0.526, R^2 = 0.276, R^2adj = 0.264								

สรุปและอภิปรายผล

1. ภาพรวมของการสนับสนุนจากองค์การตามการรับรู้มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.474, p-value <0.001) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ((r=.665,p-value<0.01), (r=0.606,p-value<0.01) (r=0.333, p-value=0.05), (r=0.359, p-value<0.001) [7][13][14][9]

2. จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าการสนับสนุนจากองค์การตามการรับรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุรินทร์ โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการดังนี้ การสนับสนุนจากองค์การตามการรับรู้ ด้านการปฏิบัติงาน (p-value= 0.008) และด้านการพัฒนาตนเองและโอกาสก้าวหน้าในงาน (p-value =0.013) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัวแปรสามารถร่วมพยากรณ์การพฤติกรรมการเป็นสมาชิก ที่ดีขององค์การของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุรินทร์ ได้ร้อยละ 27.6

ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรมีนโยบายการสนับสนุนด้านการปฏิบัติงาน โดยการสนับสนุนด้านงบประมาณในการจัดทำแผนงานโครงการแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้านการปฏิบัติงาน โดยการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ ในการจัดทำแผนงานโครงการแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้านการพัฒนาตนเองและโอกาสก้าวหน้าในงาน การจัดกิจกรรมศึกษาดูงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการสนับสนุนค่าตอบแทนให้เหมาะสมภาระงานที่ได้รับมอบหมายแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ควรศึกษาปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. ควรศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ชนะพล ศรีฤาชา ดร.สุทินชนะบุญ, อาจารย์สุรชัย พิมหา และนายสมศักดิ์ เผ่าสอน ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์จนงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.กระทรวงสาธารณสุข (2560) **คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี 2561.**นนทบุรี:กระทรวงสาธารณสุข.

2.กระทรวงสาธารณสุข. (2559). **ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดและแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณพ.ศ.2559.**นนทบุรี:กระทรวงสาธารณสุข.

3.ฉันธะ จันทะเสนา .(2559).อิทธิพลของธรรมาภิบาลต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของพนักงานมหาวิทยาลัยราชภัฏ.**วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี,10**(21),92-103.

4.ชุติมา คุณนะ. (2557).การศึกษาและเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความยุติธรรมในการประเมินผล การปฏิบัติงาน แรงจูงใจในการทำงานและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ ของพนักงานมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี. **วารสารวิทยาการจัดการสมัยใหม่,7**(2),1-14.

5.ปริญญา หล่มเหลา.(2559).การรับรู้การสนับสนุนด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเป็น สมาชิกที่ดีขององค์กรผ่านความผูกพันต่อองค์กรด้านจิตใจของพนักงาน บริษัท ทีพีไอ โพลีน จำกัด (มหาชน) จังหวัดสระบุรี.**วารสารการบัญชีและการจัดการ,8**(2), 157-170.

6.พิพัฒน์ นนทนาธรณ์ .(2560).อิทธิพลของภาวะผู้นำที่รับผิดชอบต่อสังคมและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสังคมของพนักงานธนาคารอาคารสงเคราะห์.**วารสารสมาคมนักวิจัย,22**(1),244-255.

7.เมษา เจริญโชควิทยาและวิโรจน์ เจษฎาลักษณ์. (2558). การรับรู้ความสัมพันธ์ในองค์กรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรผ่านความผูกพันด้านจิตใจต่อองค์กรของพนักงานธนาคารอาคารสงเคราะห์ฝ่ายภาคใต้และภาคตะวันตก.**วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง,4**(2),62-75.

8.รพีพัฒน์ ศรีศิลารักษ์ และประสพชัย พสุนนท์. (2559) การรับรู้บรรยากาศองค์การและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของพนักงานประจำสังกัดสายทรัพยากรบุคคลและกำกับกิจกรรมองค์การบริษัท การบินไทย จำกัด (มหาชน). **วารสารธุรกิจปริทัศน์,8**(1),61-84.

9.วรางคณา แก้วมณี. (2554). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การความผูกพันในงานและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ.**วิทยานิพนธ์นิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

10.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. (2561).**ข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุรินทร์.**กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์.

11.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. (2561).**ฐานข้อมูลDATA CENTER** กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์.

12.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์.(2559).**ยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดสุรินทร์ พ.ศ.2560-2564.**แผนปฏิบัติการด้านสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์.

13.สิทธิพร ปรีรอด. (2560).ความสัมพันธ์ระหว่างจิตวิญญาณในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์การและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ:กรณีศึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.**วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี, 9**(2),119-127.

14.สุมินทร เบ้าธรรม.(2554). การรับรู้การสนับสนุน จากองค์กรความพึงพอใจในงาน ความผูกพันต่อองค์กรและความตั้งใจที่จะลาออกจากงานโดยสมัครใจของบุคลากรในสังกัดมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน.**วารสาร มทร.อีสาน,4**(1), 37-55.

15.Cohen, J. (1988). **Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences** (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

16.Eisenberger, R., Fasolo, P., & Lynch, P (1986). Perceived organizational support and police performance: The moderating influence of socioemotionalneeds.**Journal of Applied Psychology, 83**, 288-297.

17.Organ D W.and T.S.Bateman. (1991). **Organizational behavior**.4th ed.IL:Irwin.

18.Rhoades, L., Eisenberger, R. (2002). Perceived Organizational Support: A Review of the Literature. Journal of Applied Psychology. 87(4), 698–714.

การประเมินผลการเรียนการสอนรายวิชาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ โดยใช้เทคนิคตะกร้า 3 ใบ ของนักศึกษา หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

Evaluation of teaching and learning of communicable and non-communicable diseases course By using 3 basket techniques of students in the Bachelor of Public Health program Community Health Program Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen Province

อภิญญา ธรรมแสง[1]

Apinya Thamsaeng[1]

(Received: January 25 ,2020 ; Accepted: February 21 ,2020)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1 เพื่อประเมินผลการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ 2 เพื่อประเมินผลการสอนของอาจารย์ผู้สอนในรายวิชาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2562 หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2559 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จำนวน 57 คน โดยจัดการเรียนการสอนมีการสะท้อนคิดด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบและการใช้สุนทรียสนทนา มีการเตรียมผู้เรียนและผู้สอน มีการถอดบทเรียนจากการสะท้อนคิดของผู้เรียน ในระยะแรกของการเรียน ระยะระหว่างเรียน และระยะสิ้นสุดการเรียนการสอน มีการสะท้อนคิดในระดับบุคคลโดยมีสมุดบันทึกของผู้เรียน สะท้อนคิดระดับกลุ่มหลังจากดำเนินกิจกรรมกลุ่มระหว่างเรียนและสิ้นสุดการเรียนการสอน จากนั้นจะนำข้อมูลการสะท้อนคิดมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า 1) ด้านการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ 1.1).ผู้เรียนมีความรู้สึกต่อการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ 1.2).ผู้เรียนได้เรียนรู้ในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาโรคติดต่อและโรคไม่ 1.3). ผู้เรียนจะนำไปใช้ในอนาคต 2) ด้านการสอนของอาจารย์ผู้สอนในรายวิชาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ จากการสะท้อนคิด อาจารย์เป็นกันเองกับนักศึกษาและเข้าใจใส่ใจนักศึกษามากขึ้นชอบการเรียนที่มีสื่อการสอนที่หลากหลาย ง่วงบ้างในบางครั้งที่มีเนื้อหาที่เรียนเยอะ เวลาเรียนน้อยได้เรียนรู้เรื่องโรคต่างๆจากอาจารย์พิเศษที่ร่วมสอนช่วยให้มีความรู้และเข้าใจมากขึ้น รูปแบบวิธีการนำเสนองานของนักศึกษาช่วยให้เนื้อหาน่าสนใจและสามารถนำไปปรับใช้ในการทำงานในอนาคตได้ ประเมินผลการสอนของอาจารย์ผู้สอน โดยนักศึกษาเมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนในระบบสารสนเทศของวิทยาลัย อยู่ในระดับมาก 4.16 (3.5-4.50)

คำสำคัญ : การประเมินผลการเรียนการสอน การสะท้อนคิด

Abstract

This qualitative research study aimed to evaluate 1) the educational process of Communication and Non-communication disease course 2) the teaching results of lecturer who teach Communication and Non-communication disease course for 57 second-year public health students, academic year 2019, Sirindhorn College of Public Health. A Reflection of Thinking Through Three Baskets Technique and Dialogue were allocated. Students and lectures were prepared and reflexed all primary middle and the end of course. The individual reflection was record in students note and group reflection was done at the middle and end of course. Data were analyzed by structured content method.

Results of the study: 1) Process of education of Communication and Non-communication disease course. 1.1) The feeling of the educational process was found that environmental learning. 1.2) student learned the process of education of Communication and Non-communication disease course. 1.3) Students will apply in the future 2) The teaching method of lecture: friendly and attentive lectures and various of educational medias influenced concentration of students, felt sleepy when attended more contents, time limitation for more knowledge

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ(ด้านการสอน) อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

from guest lecturers, various presentations affected students concentration and will be applied in the future, lecturer evaluation by students was found at the excellent level 4.16 (3.5 – 4.50)

Keywords: evaluation , Reflection of Thinking

บทนำ

วิทยาลัยเป็นสถาบันที่ผลิตบัณฑิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน เพื่อสนับสนุนงานบริการด้านสาธารณสุขของประเทศ สร้างบุคลากรที่มีความสามารถในด้านการส่งเสริมป้องกันโรค การดูแลสุขภาพเบื้องต้นและสามารถฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนในชุมชนได้ วิชาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเป็นวิชาที่จัดอยู่ในหมวดพื้นฐานวิชาชีพ เป็นวิชาที่นักวิชาการสาธารณสุขต้องมีความรู้ความสามารถในการทำงานให้มีประสิทธิภาพ จากการที่โลกมีการพัฒนาด้านเทคโนโลยี มีการสื่อสารที่รวดเร็ว การคมนาคมที่สะดวก เมื่อมีการระบาดของโรคติดต่อย่อมมีความรุนแรงและมีการกระจายอย่างรวดเร็ว จากสถิติโรคติดต่ออันตรายโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โดยเฉพาะโรคอุบัติใหม่ที่เป็นปัญหาระดับโลก.เช่นไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2011 ,โคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Covid-19) ที่ส่งผลกระทบในทุกด้านทั่วโลก โรคไม่ติดต่อส่วนใหญ่ที่เกิดจากพฤติกรรมของคนในสังคมก็เพิ่มสูงขึ้น การที่ประชาชนได้รับความรู้มีทัศนคติและแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องย่อมทำให้มีสุขภาพที่ดีได้ การจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ผู้เรียนต้องมีความใฝ่รู้ สามารถเรียนรู้ได้ทั้งในและนอกห้องเรียน การเรียนรู้เพื่อให้เกิดทักษะต่างๆจึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง

ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 เป็นเป้าประสงค์ของการจัดการศึกษาและการเรียนรู้ที่ช่วยชี้นำวิธีการสร้างกระบวนการเรียนรู้ที่พัฒนาชีวิตของผู้เรียนให้มีคุณภาพและประสบความสำเร็จเพื่อการดำรงชีวิตในปัจจุบัน [4] ในการศึกษานี้ได้นำแนวคิดการพัฒนาทักษะของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 การใช้สุนทรียสนทนาและการสะท้อนคิดด้วยเทคนิค ตะกร้า 3 ใบ มาสอดแทรกในกระบวนการจัดการเรียนการสอน และประเมินผลบรรยากาศการเรียนรู้ด้านผู้สอนและผู้เรียนมีความเข้าใจและสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานและผู้เรียนจะต้องเป็นบุคคลที่ดี เก่ง และมีความสุข มีพฤติกรรมอยากเรียนรู้ตลอดชีวิต ใฝ่รู้ในการทำงานที่ท้าทายต่อไปการประเมินผลเปรียบเสมือนกระจกสะท้อนคุณภาพการจัดการเรียนรู้และคุณภาพผู้เรียน ทำให้ผู้สอนมีข้อมูลสารสนเทศนำไปปรับปรุงการจัดการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งพัฒนาผู้เรียนรายบุคคลให้เกิดการเรียนรู้เต็มตามศักยภาพ[7]

การใช้เทคนิคการสะท้อนคิดด้วยตระกร้า 3 ใบและการใช้สุนทรียสนทนา เป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทุกระยะของการเรียนทั้งก่อนเรียน ระหว่างเรียน และเมื่อสิ้นสุดการเรียน ผู้สอนได้มีการพัฒนาและปรับปรุงกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้เกิดประโยชน์และส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียนมีกระบวนการพัฒนาการคิดเชิงระบบอย่างสร้างสรรค์ ด้วยการสะท้อนคิดโดยใช้คำถาม 3 คำถามคือ 1) รู้สึกอย่างไร 2) ได้เรียนรู้อะไร และ 3) จะนำไปประยุกต์ใช้อย่างสร้างสรรค์ได้อย่างไร เทคนิคตระกร้า 3 ใบ คือเทคนิคในการทำให้เกิดการเปลี่ยนผ่านการเรียนรู้ (Transformative Learning) ของบุคคลที่ใส่ใจต่อชีวิต ดำรงชีวิตทุกขณะอย่างมีสติ ใช้ชีวิตเป็นบทเรียนที่จะเรียนรู้ตลอดชีวิต(Life Long Learning)[6]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินผลการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อประเมินผลการสอนของอาจารย์ผู้สอนในรายวิชาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษา นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 57 คน ปีการศึกษา 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การประเมินผลรายวิชาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนตาม มคอ.3 มีการสอบกลางภาค การสอบปลายภาคและจากกิจกรรมของการเรียนการสอน

2. การประเมินผลการสอนของอาจารย์ผู้สอนในรายวิชาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน โดยนักศึกษาประเมินอาจารย์ผู้สอนในระบบสารสนเทศของวิทยาลัยฯ

3. การถอดบทเรียนด้วยการสะท้อนคิดด้วยเทคนิคตระกร้า 3 ใบ รายบุคคลโดยการบันทึกในสมุดบันทึกส่วนตัว รายกลุ่มจากการทำกิจกรรมกลุ่มในชั้นเรียนครั้งที่ 1 หลังสอบกลางภาค และครั้งที่ 2 หลังสอบปลายภาค ทั้งนี้ได้มีอาจารย์ที่มีประสบการณ์การถอดบทเรียนการสะท้อนคิดด้วยเทคนิคตระกร้า 3 ใบ (Peer Coach) 1 ท่านรับฟังการสะท้อนคิดและถอดบทเรียนของนักศึกษาพร้อมให้ข้อแนะนำข้อเสนอแนะในการเรียนรู้จากกระบวนการกลุ่มในการถอดบทเรียนดังกล่าวและได้มีการนำเสนอให้อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญรับทราบผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอน

4. วิเคราะห์เชิงเนื้อหา Content Analysis โดยนำข้อมูลจากการสะท้อนคิดรายบุคคลและรายกลุ่มจากการสะท้อนคิดด้วยเทคนิคตระกร้า 3 ใบ โดยใช้สุนทรียสนทนา และจากการประเมินผลแบบปลายเปิดจากระบบสารสนเทศของวิทยาลัยฯ มารวบรวมและสรุปประเด็น

วิธีดำเนินการวิจัย

1. การเตรียมผู้เรียนในการสะท้อนคิดด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ เพื่อสะท้อนผลการเรียนรู้ ประเมินตามสภาพจริง

1.1 เตรียมเอกสารแบบ มคอ.3 วิชาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 2 รุ่นที่ 8 ปีการศึกษา 2562

1.2 ชั่วโมงแรกก่อนบทเรียนผู้สอนชี้แจงให้ผู้เรียนได้ทราบวิธีการเรียนการสอนในรายวิชาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ตาม มคอ.3 และอธิบายการใช้เทคนิคการสะท้อนคิด และสุนทรียสนทนา ใช้เทคนิคตระกร้า 3 ใบโดยใช้คำถาม 3 คำถามคือ 1) รู้สึกอย่างไร 2) ได้เรียนรู้อะไร และ 3) จะนำไปประยุกต์ใช้อย่างสร้างสรรค์ได้อย่างไร

1.3 มอบหมายให้ผู้เรียนบันทึกการสะท้อนคิดด้วยเทคนิคตระกร้า 3 ใบ หลังจากการเรียนในทุกสัปดาห์ เป็นการสะท้อนคิดแบบรายบุคคล

1.4 จัดกลุ่มโดยแบ่งผู้เรียนเป็นกลุ่ม ๆละ 11-12 คน ในหัวข้อ การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อในปัจจุบัน หลังการทำกิจกรรมกลุ่มได้สะท้อนการคิดแบบกลุ่มจำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่1 หลังการสอบกลางภาค และครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนรายวิชา

1.5 แจ้งการประเมินผลรายวิชาเป็นรายบุคคล นักศึกษาสามารถขอดูคะแนนตนเองได้เมื่อต้องการทราบคะแนน พร้อมทั้งให้นักศึกษาสะท้อนคิดรายกลุ่มแบบภาพรวม

1.6 เตรียมผู้สอน 1) ก่อนเข้าสู่บทเรียน เตรียมสติผ่อนคลายก่อนเรียนด้วยการถามสถานการณ์ในปัจจุบันของผู้เรียนหน้าชั้นเรียนหากมีสถานการณ์ที่เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับบทเรียน หรือคุณธรรมและจริยธรรมผู้สอนก็จะสอดแทรกไปด้วย 2) เตรียมผู้สอนและผู้ร่วมสอนให้เข้าใจในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้การสะท้อนคิดเทคนิคตะกร้า 3 ใบ และสุนทรียสนทนา 3) การถอดบทเรียนร่วมกันโดยมีนักศึกษา อาจารย์ประจำวิชาและอาจารย์ที่มีประสบการณ์การถอดบทเรียนการสะท้อนคิดด้วยเทคนิคตระกร้า 3 ใบ(Peer Coach) 1 ท่านร่วมกับอาจารย์ผู้รับผิดชอบวิชา 1 ท่าน

2. นำสู่การปฏิบัติ

2.1 เทคนิคตระกร้า 3 ใบ คือเทคนิคในการทำให้เกิดการเปลี่ยนผ่านการเรียนรู้(Transformative Learning) ของบุคคลที่ใส่ใจต่อชีวิต ดำรงชีวิตทุกขณะอย่างมีสติ ใช้ชีวิตเป็นบทเรียนที่จะเรียนรู้ตลอดชีวิต(Life Long Learning) โดยใช้คำถาม 3 คำถามคือ 1) รู้สึกอย่างไร 2) ได้เรียนรู้อะไร และ 3) จะนำไปประยุกต์ใช้อย่างสร้างสรรค์ได้อย่างไร

2.2 สุนทรียสนทนา คือวิธีการสนทนาแบบมนุษย์สัมผัสมนุษย์ และการเปลี่ยนวิธีคิดด้วยการฟังอย่างลึกซึ้ง การที่แต่ละคนรับฟังกันและกันมากขึ้นจะก่อให้เกิดความเข้าใจกันและกัน ตั้งแต่การเปลี่ยนวิธีการคิดของตนได้อย่างแท้จริง เป็นการลดความเป็นตน(อัตตา) พัฒนาศักยภาพแห่งปัญญา จากการฟังพิจารณาไตร่ตรอง โดยมีตนเองคอยตรวจสอบภาวะภายใน ของความรู้สึกความคิด ในขณะเดียวกันก็คอยฟังกลุ่มคนหรือกัลยาณมิตรภายนอก คือเพื่อนมนุษย์อื่นๆเพื่อทำความเข้าใจในสิ่งที่ผู้อื่นต้องการสื่อสาร โดยเราเองต้องวางใจ เปิดใจให้ฟังอย่างปราศจากอคติ

กติกา “หนึ่งเสียงพูด หลายคนฟัง ฟังทีละเสียง ไม่แทรกแซงเสียง ฟังด้วยความเคารพ ห้อยแขวนการตัดสินเสียง แบ่งปันพื้นที่ในการพูดคุย ถึงเวลาสะท้อนเสียงก็สะท้อนด้วยความซื่อสัตย์และนุ่มนวล” [6]

3. ติดตามประเมินผล รวบรวมเอกสารที่เกี่ยวของทั้งรายกลุ่มจากกิจกรรมที่รวมกันสะท้อนคิดและถอดบทเรียน รายบุคคลมีการสะท้อนรายบุคคลในชั้นเรียนและจากการสะท้อนคิดในสมุดบันทึกรายสัปดาห์ มาสรุปแยกแยะเนื้อหา (Content Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูล

เชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา เชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การขอจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

เลขที่จริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ออกโดย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ 621031 ลงวันที่ 21 สิงหาคม 2562

ผลการวิจัย

1.ด้านการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ

1.1 ผู้เรียนมีความรู้สึกต่อการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ คือ บรรยากาศการเรียนรู้มีความน่าสนใจรู้สึกสนุกสนานได้ร่วมกิจกรรมและเห็นความสามารถของเพื่อน เห็นความสามัคคีของเพื่อนๆที่ช่วยกันคิดช่วยกันทำ เช่นการทำกิจกรรมกลุ่ม การทำคลิปวิดีโอการนำเสนองาน การนำเสนองานในรูปแบบต่างๆ เป็นการเรียนรู้ในรูปแบบใหม่ให้ฝึกคิดออกแบบการนำเสนอให้เป็นที่น่าสนใจ รู้สึกดีที่อาจารย์ให้สะท้อนคิดทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่มร่วมกันและอาจารย์ก็นำสิ่งที่นักศึกษาสะท้อนไปปรับกับนักศึกษา อาจารย์ให้นักศึกษาคิดในมุมมองของนักศึกษาและรับฟังความคิดเห็นมากขึ้น

1.2 ผู้เรียนได้เรียนรู้ในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ คือ ได้เรียนรู้เนื้อหาของโรคในระบบต่างๆ การวิเคราะห์สถานการณ์โรคที่เป็นปัญหาในประเทศไทย เรียนรู้การทำงานเป็นทีม รู้จักการรับฟังความเห็นคนอื่น การให้ความร่วมมือของเพื่อน และรูปแบบการเรียนการสอนแบบใหม่ที่น่าสนใจมากขึ้นทำให้เข้าใจมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่นำเสนอโดยวีดีโอก็ได้เรียนรู้วิธีการถ่ายทำและวิธีการตัดต่อภาพด้วย

1.3 ผู้เรียนจะนำไปใช้ในอนาคต คือ นำความรู้เนื้อหาที่เรียนไปใช้ในการดูแล ตนเอง ครอบครัว ผู้อื่นและการทำงานในอนาคต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างไรจึงจะหลีกเลี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ สามารถป้องกันโรคได้ นำวิธีการสอนในรูปแบบที่น่าสนใจไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์มากที่สุด และการทำงานร่วมกับผู้อื่นได้

2 ด้านการสอนของอาจารย์ผู้สอนในรายวิชาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ จากการสะท้อนคิด อาจารย์เป็นกันเองกับนักศึกษาและเข้าใจใส่ใจนักศึกษามากขึ้น ชอบการเรียนที่มีสื่อการสอนที่หลากหลาย ง่วงบ้างในบางครั้งที่มีเนื้อหาที่เรียนเยอะ เวลาเรียนน้อยได้เรียนรู้เรื่องโรคต่างๆจากอาจารย์พิเศษที่ร่วมสอนช่วยให้มีความรู้และเข้าใจมากขึ้น รูปแบบวิธีการนำเสนองานของนักศึกษาช่วยให้เนื้อหาน่าสนใจและสามารถนำไปปรับใช้ในการทำงานในอนาคตได้ ประเมินผลการสอนของอาจารย์ผู้สอนโดยนักศึกษาเมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนในระบบสารสนเทศของวิทยาลัย อยู่ในระดับมาก 4.16 (3.5-4.50)

สรุปและอภิปรายผล

กระบวนการจัดการเรียนการสอนที่ใช้การสะท้อนคิด เทคนิคตระกร้า 3 ใบ ด้วยสุนทรียสนทนาซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนวิธีคิดด้วยการฟังอย่างลึกซึ้งแต่ละคนรับฟังกันและกันเกิดความเข้าใจกันมากขึ้น ลดความเป็นตัวตนฟังอย่างปราศจากอคติโดยใช้คำถามที่ทรงพลัง การบันทึกการ

สะท้อนคิดทำให้ผู้เรียนได้ทบทวนไตรตรองความคิดของตนเองมากขึ้น สามารถทำให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนผ่านการเรียนรู้(Transformative Learning)ของบุคคลทำให้เข้าใจความคิดของผู้อื่น มีเหตุผลมีการปรับพฤติกรรมในการยอมรับฟังผู้อื่นสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬินฑิพา นพคุณ (2561)[2] พบว่าการให้นักศึกษาสะท้อนคิดด้วยสมุดบันทึก การเขียนอธิบายความรู้สึกของตนเองที่มีต่อการเรียนการสอน การเขียนสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ทำให้ได้ฝึกคิดและเขียนเชื่อมโยงต่อยอดความรู้ไปใช้ในอนาคต ทำให้จดจำเนื้อหาในการเรียนได้เป็นอย่างดีและมีความสุขในการเรียนรู้ และเชษฐา แก้วพรม (2556)[3] พบว่าการเขียนบันทึกสะท้อนคิดบันทึกสะท้อนคิดเป็นกิจกรรมการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะทางปัญญาแก่ผู้เรียน ช่วยพัฒนากระบวนการคิดวิเคราะห์ ส่งเสริมการตระหนักรู้ในตนเองและพัฒนาทักษะการเขียน. ด้านผู้สอนการได้เรียนรู้กับผู้สอนที่มีความรู้ความสามารถเชี่ยวชาญในด้านต่างๆ จะช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนสนใจมากขึ้นและมีการเรียนการสอนที่หลากหลายรูปแบบโดยเฉพาะที่ผู้เรียนได้ออกแบบการเรียนรู้การนำเสนอด้วยตนเอง จะทำให้ผู้เรียนมีความสุขในการเรียนรู้และใฝ่รู้เพื่อพัฒนาตนเองต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ได้สำเร็จลุล่วงด้วยดีผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิ ท่านผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ดร.เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษและทีมบริหารทุกท่าน ตลอดจนแกนนำกัลยาณมิตรทุกท่านที่ได้ให้การสนับสนุนในทุกกิจกรรมร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชี้แนะ ให้คำปรึกษาและส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจมาโดยตลอด ขอขอบคุณ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 2 รุ่นที่ 8 ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1.แกนนำกัลยาณมิตร วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น.(2563).ถอดบทเรียนโครงการติดตามการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของบุคลากรสายสนับสนุนการสร้างนวัตกรรมโดยใช้วิจัยเป็นฐาน ,ขอนแก่น

2.จุฬินฑิพา นพคุณ (2561). การสะท้อนคิดความคิดผ่านสมุดบันทึกภาพของนักศึกษาสาขาวิชาการศึกษาปฐมวัย มหาวิทยาลัยสวนดุสิต.วารสารมหาวิทยาลัยสวนดุสิต.ปีที่14 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2561)

3.เชษฐา แก้วพรหม (2556). การพัฒนาทักษะสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลด้วยการเขียนบันทึกการเรียนรู้ ในรายวิชาการสอนและการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 24(2), 12-20.

4.ปรัชญนันท์ นิลสุข, 2560 การเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 ในยุค Education 4.0 http://prachyanun.com. `ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2562.

5.มกราพันธุ์ จูฑะรสก และอณิษฐา จูฑะรสก.(2560).การสะท้อนคิด: กระบวนการคิดอย่างสร้างสรรค์ด้วยตระกร้า 3 ใบ.พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพ: แดเนกซ์คอปอเรชั่น จำกัด.

6.มกราพันธุ์ จูฑะรสก, วัชรี อมรโรจน์วรวุฒิ, ศุกร์ใจ เจริญสุข, ลำเภา อุปการกุล, อณิษฐา จูฑะรสกและทิวา มหาพรหม.(2558).การพัฒนากระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์.

7.วิชัย วงษ์ใหญ่.(2559).กระบวนทัศน์การประเมินการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 นครราชสีมา : วารสารศึกษาศาสตร์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล.ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน 2559).

8.วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น.(2563).ถอดบทเรียนการพัฒนาการคิดอย่างสร้างสรรค์ของบุคลากรสายสนับสนุนโดยการใช้สุนทรียสนทนาและเทคนิคตระกร้า 3 ใบ.,ขอนแก่น.

9.Freshwater, D, Taylor, B, & Sherwood, G. (Eds) (2008). *International Textbook of reflectivePractice in Nursing.* Oxford: Blackwell Publishing & Sigma Theta Tau Press.

10.Johns, Christopher (2000). Becoming a Reflective Practitioner. London: Blackwell Science.

ประสิทธิผลการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวานคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลมุกดาหาร

Effectiveness of Case Management among Patients with Diabetes Mellitus in Primary Care Cluster at Mukdahan Hospital

อารมย์ พรหมดี[1], ทิพากร ใจตรง[2]

Arom Promdee[1], Tipakorn Chaitrong[2]

(Received: February 23 ,2020 ; Accepted: March 30 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ และ เพื่อศึกษาประสิทธิผลการจัดการรายกรณีในการส่งเสริมความร่วมมือในการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือด 130 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป หลังงดน้ำและอาหาร 8 ชั่วโมง สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 32 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ คู่มือการจัดการรายกรณี แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แบบบันทึกความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานของ Morisky Score และแบบประเมินความรู้ในการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และแบบวัดคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 2.1) กระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของพยาบาล 2.2) การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 2) ประสิทธิผลการนำรูปแบบไปใช้พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน มีความรู้และความร่วมมือในการใช้ยาสูงขึ้น ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การความอารมณ์คุณภาพชีวิต สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวและคลายตัว ของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและ ภายหลังดำเนินการจัดการรายกรณีพบว่าต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ :ประสิทธิผล, การจัดการรายกรณี, ผู้ป่วยเบาหวาน

Abstracts

This research is research and development. The objective is to develop a case-based management model to promote cooperation in self-management of patients with type 2 diabetes that cannot be controlled and to study the effectiveness of case management in promoting self-management collaboration in patients with disease. Uncontrollable Type 2 Diabetes. The sample were 32 diabetic volunteers who participated in the program. The research instruments were Case management guide Personal information questionnaire Laboratory record data recording form The Morisky Score Diabetes Medication Cooperation Record and the Medication Knowledge Assessment Form for Diabetic Patients. Questionnaire for measuring self-care behavior And the quality of life test Data were analyzed using descriptive statistics such as percentage, mean and standard deviation and Dependent t-test.

Result: 1) Case management model to promote cooperation in self-management of patients with type 2 uncontrollable diabetes that has been developed, consisting of 2.1) The process of nursing care for patients with diabetes 2.2) Management 2) The effectiveness of using the model found that Diabetic patient Have higher knowledge and cooperation in drug use The average score of eating habits The emotional quality of life was significantly increased at the level of 0.05 and the blood sugar level. And blood pressure levels during the heart contracting and loosening Of patients with diabetes before and After case management, it was found that it was significantly lower than before receiving case management at the level of 0.05.

Key word: effectiveness, receiving case management, patients with diabetic mellitus

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมุกดาหาร

[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลมุกดาหาร

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นภัยคุกคามสุขภาพชาวโลกและคนไทยเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคร้ายแรงตามมาเช่นโรคหัวใจ โรคไต โรคหลอดเลือดสมองเป็นต้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ยาวนานต่อเนื่องจนกระทั่งเสียชีวิตที่ไม่สมเหตุผล องค์การอนามัยโลกระบุว่าในปี พ.ศ. 2553 ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 285 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 415 ล้านคนในปี พ.ศ. 2558 และจะเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2583 [22] ในประเทศไทยข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพคนไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 โรคเบาหวาน เป็นภาระโรคลำดับที่ 7 ในผู้ชายทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss) 236,000 ปี (ร้อยละ 3.9 ของ DALYs loss) ส่วนในผู้หญิงเป็นภาระโรคอันดับที่ 2 ทำให้สูญเสีย 355,000 ปีสุขภาวะ (ร้อยละ 7.9 ของ DALYs loss) [7] จังหวัดมุกดาหารสถานการณ์โรคเบาหวาน ตั้งแต่ปี 2550 -2558 มีอัตราความชุกเพิ่มขึ้น เบาหวาน เท่ากับ 2,080 1,838 2,218 2,533 3,316 3,708 4,060 3,727 และ 3,987 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ผลการดำเนินงานในไตรมาสแรกในปี 2258 ร้อยละ 26.38 (เกณฑ์กำหนดมากกว่าร้อยละ 40) และเป็นสาเหตุการตายในจังหวัดมุกดาหารเป็นลำดับที่ 6 จำนวน 56 คน คิดเป็น 16.07 ต่อแสนประชากร [8] โรงพยาบาลมุกดาหาร ระดับทั่วไป มีผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในปีพ.ศ. 2561 จำนวน 916 คน ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ร้อยละ 73.45 มีภาวะแทรกซ้อน ดังนี้ แทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 4.14 ภาวะแทรกซ้อนทางไตร้อยละ 12.01 และภาวะแทรกซ้อนเท้าคิดเป็นร้อยละ 1.86 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้จำนวน 10 ราย พบว่ามีพฤติกรรมกินตามใจ ลดการใช้ยาเอง ไม่ได้ออกกำลังกายที่มีแบบแผน มีความเครียด นอนไม่หลับ ต้องพึ่งยานอนหลับ และขาดการมาตามนัด ทำให้ได้รับยาไม่ต่อเนื่อง จากการศึกษาพบว่าการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมจะช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลดีขึ้น [5] สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเกิดจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา รับประทานยาไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหารเกิดอาการไม่สุขสบายจึงหยุดยาเอง[15] จากประสบการณ์การตรงของผู้วิจัยที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ตามเป้าหมายตลอดไปอย่างถาวร จำเป็นต้องปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันในด้านการ ควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การผ่อนคลายความเครียดอย่างเหมาะสมต่อเนื่องจึงจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยพบว่านอกจากการใช้ยาที่เหมาะสมแล้ว ควรมีการจัดการรายกรณีเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ (self management)อันประกอบไปด้วยการให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง และการช่วยเหลือสนับสนุนให้มีการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยก็จะให้ความร่วมมือในการรักษาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายใน ภาพรวมของประเทศได้ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าคุณภาพการนอนที่ไม่ดีเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับ Hemoglobin A1C ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 [17] จน American Diabetes Association ได้แนะนำว่าควรซักประวัติการนอนของผู้ป่วยเบาหวานเป็นครั้งแรกเมื่อปี 2017 [13] ดังนั้นหากมีการจัดการรายกรณีให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองดีในปัจจัยเหล่านี้ก็จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานในระยะยาวได้ [10] โดยต้องมีการร่วมมือกับผู้ให้บริการสุขภาพด้วย [11] จากการประเมินระบบการให้บริการในคลินิกผู้ป่วยเบาหวานพบว่าเป็นการทำงานตามหน้าที่มอบหมายในแต่ละวัน ไม่มีเจ้าของที่เป็นผู้รับผิดชอบรายโรคที่ชัดเจน ขาดการวิเคราะห์ติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยขาดการติดตามแก้ไขปัญหาที่ตรงประเด็นเฉพาะราย ไม่มีเป้าหมายและไม่สามารถวางแผนการปฏิบัติเฉพาะรายได้ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการรายกรณีพบว่าเป็นกระบวนการประสานงานการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนการออกแบบการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวม [3] ซึ่งการใช้การจัดการสามารถใช้ได้ในการให้การพยาบาลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง ให้มีประสิทธิภาพ เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นภัยคุกคามชีวิตของคนไทย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

กำหนดให้การลดโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนอยู่ในแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขระดับชาติ 20 ปี เพื่อเป็นกรอบชี้นำสู่การปฏิบัติ เพิ่มวิถีพอเพียง 3 ด้านคือการบริโภคที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่พอเพียง การจัดการอารมณ์ในระดับตนเอง สู่ครอบครัว สังคม และประเทศ [9] การบริการพยาบาลเป็นระบบที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการช่วยลดความเสี่ยงหรือลดความเสียหายที่อาจ เกิดขึ้นกับร่างกาย จิตใจ และชีวิตของผู้รับบริการในฐานะที่เป็นบริการเชิงวิชาชีพที่มีมาตรฐาน จรรยาบรรณและจริยธรรมแห่งวิชาชีพเป็นเครื่องกำกับทิศทางและแนวปฏิบัติในการบริการ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะวิจัยและพัฒนาให้มีแนวทางการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายบุคคลในคลินิกครอบครัว โรงพยาบาลมุกดาหาร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลการจัดการรายกรณีในการส่งเสริมความร่วมมือในการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ระหว่าง26 กุมภาพันธ์ 2561 ถึง 30 พฤศจิกายน 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรสำหรับการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า ญาติผู้ป่วย และบุคลากรทีมสหวิชาชีพ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 พัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้และพัฒนาคู่มือบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน และคู่มือการจัดการรายกรณี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย แพทย์ด้านอายุรกรรม เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และนักโภชนาการ จำนวน 5 คน

ครั้งที่ 2 การศึกษาประสิทธิผลการจัดการรายกรณีในการส่งเสริมความร่วมมือในการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลมุกดาหาร ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรคเบาหวาน มีระดับน้ำตาลในเลือด 130 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไปหลังงดน้ำและอาหาร 8 ชั่วโมง รักษาด้วยยาชนิดรับประทาน มีความสามารถในการรับรู้ และสื่อสารเข้าใจ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สื่อสารได้กับผู้ทำวิจัย และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบสอบถามส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของตนเอง ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน โรคประจำตัว โรคแทรกซ้อน จำนวนรายการยาที่ได้รับ ที่แพทย์สั่งใช้ในปัจจุบัน จำนวนครั้งการบริหารยาต่อวัน ความต่อเนื่องของการใช้ยา

1.2 แบบบันทึกความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย โรคเบาหวานของ Morisky Score [17]

1.3 แบบประเมินความรู้ในการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ตัวเลือกคำตอบเป็น ใช่ และไม่ใช่ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน เกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ระดับความรู้มาก หมายถึง คะแนน 10-12 คะแนน หรือร้อยละ 80 ขึ้นไป

ระดับความรู้ปานกลาง หมายถึง คะแนน 7-9 คะแนน หรือร้อยละ 60 ขึ้นไป

ระดับความรู้ต่ำ หมายถึง คะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน หรือน้อยกว่าร้อยละ 60

หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 :KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

4) แบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ให้เลือกตอบตามมาตราวัดแบบประเมินค่า 5 ระดับ หาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีของครอนบาค (Cronbach) ค่าความ

เชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.7-1

5) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life Brief – Thai, WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ ให้เลือกตอบตามมาตราวัดแบบประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

6) แบบบันทึกข้อมูลจากบัตรบันทึกประวัติผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และตรวจร่างกาย

2. เครื่องมือใช้สำหรับกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย 2 ส่วน 1) คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านสำหรับผู้ป่วย 2) คู่มือการจัดการรายกรณี

ขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี ตามแนวคิดการจัดการรายกรณีของโพเวลและทาฮาน (2010)[20] มาใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแต่ละรายโดยใช้กระบวนการจัดการรายกรณี ระหว่างวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2561 ถึง 30 พฤศจิกายน 2561 แบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ค้นหาปัญหาทางคลินิก ประเมินปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล

ระยะที่ 2 การจัดทำแผนการจัดการรายกรณีและรูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ ที่เหมาะสมแต่ละบุคคล ตามคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ระยะที่ 3 จัดการรายกรณี หลังครบ 2 สัปดาห์ มีการติดตามเยี่ยมบ้านเสริมพลัง และค้นหาสาเหตุของปัญหาเพิ่มและติดตามกระตุ้นเตือน โดยการเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์เป็นระยะเวลา 3 เดือน และเยี่ยมทุก 1 เดือนเป็นระยะเวลา 6 เดือน

ระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิผล 2 ครั้ง คือ ครั้งที่1 เมื่อปฏิบัติตนเองครบ 3 เดือน และ ครั้งที่2 เมื่อปฏิบัติตนเองครบ 6 เดือน ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลหลังการจัดการรายกรณี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของความรู้ และความร่วมมือในการใช้ยา พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับคุณภาพชีวิต และระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต ของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการจัดการรายกรณีโดยใช้สถิติ Dependen t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลมุกดาหาร เลขที่ MEC 04/61 และอธิบายวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งลงชื่อยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยก่อนดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ องค์ประกอบที่ 1 การจัดการรายกรณีส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้สำหรับพยาบาล มี 5 ขั้นตอน 1) การจัดระบบให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจรายบุคคล 2) การประเมินการรับรู้และการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย การบริโภคอาหาร การใช้ยา การเคลื่อนไหวทางกาย การจัดการอารมณ์และความเครียด การนอนหลับ คุณภาพชีวิต และภาวะสุขภาพ 3) การให้ความรู้และสอนทักษะที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง 4) การวางเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วย 5) การติดตามอย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบที่ 2 การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 1) การรับประทานยาตามแพทย์สั่งใช้ 2) การควบคุมตนเองให้มีพฤติกรรมถูกต้อง ในเรื่อง การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวทางกาย การควบคุมอารมณ์ และการจัดการความเครียด การนอนหลับ 3) การมาพบแพทย์ตามนัด และการตรวจน้ำตาลในเลือด 4) การดูแลตนเองเมื่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

2. ประสิทธิผลการจัดการรายกรณีในการส่งเสริมความร่วมมือในการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้

2.1 ลักษณะทั่วไป พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.8 มีอายุมากกว่า 65 ปี มากถึงร้อยละ 37.5 เป็นผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 46.9 เป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี ได้รับยาจำนวน 4-10 ขนาน ร้อยละ 87.5 การบริหารยาต่อวันจำนวน 4-5 ครั้งร้อยละ 78.1 รับประทานยาไม่ต่อเนื่องร้อยละ46.88 พบผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนร้อย

ละ 90.0 จำแนกเป็น ภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 65.6 จอตาเสื่อมระยะแรก ร้อยละ15.4

2.2 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเปรียบเทียบก่อนและภายหลังดำเนินการจัดการรายกรณี

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับความรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อน และหลังดำเนินการจัดการรายกรณี

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		t	p-value
	M	S.D.	M	S.D.		
ความรู้เรื่องการใช้ยา	8.18	1.40	11.01	1.13	10.15	.000*
พฤติกรรมการดูแลตนเอง						
การรับประทานอาหาร	1.66	0.41	2.28	0.57	4.00	.000-
การเคลื่อนไหวทางกาย	2.04	0.64	2.50	0.85	2.11	0.56
การจัดการอารมณ์	2.22	.051	2.74	0.54	3.71	.001*
คุณภาพชีวิต	3.14	0.41	3.83	0.23	4.04	.000*
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ						
Fasting plasma Glucose : FPG	150.81	21.13	121.90	11.91	7.21	.000*
Systolic Blood Pressure(SBP)	120.98	15.07	129.84	11.62	3.05	.001*
Dystolic Blood Pressure (DBP)	89.40	6.31	80.41	7.90	6.59	.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 พบว่า

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและภายหลังดำเนินการจัดการรายกรณีพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การจัดการอารมณ์ หลังเข้าร่วมการจัดการรายกรณีสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้ารับการจัดการรายกรณี โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วน การเคลื่อนไหวทางกาย พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกตามองค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม หลังได้รับการจัดการรายกรณีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.01$)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเช้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและภายหลังดำเนินการจัดการรายกรณีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและภายหลังดำเนินการจัดการรายกรณี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ค่าเฉลี่ยของค่าความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและภายหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลของการวิจัยประสิทธิผลการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคเบาหวานคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลมุกดาหาร นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1.รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุม

ไม่ได้ อภิปรายใน 3 ประเด็น ได้แก่ 1) คุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ หลักฐานส่วนใหญ่มีระดับความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับ 4 คือเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา และเป็นความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะโดยผู้เชี่ยวชาญ เมื่อเทียบเคียงกับแนวปฏิบัติการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาขึ้นในประเทศไทย เช่นคำแนะนำแนวทางการดูแลรักษาโรคเบาหวานที่มีการกล่าวถึงในแนวทางเวชปฏิบัติของประเทศไทย พ.ศ. 2560 (Clinical Practice Guideline for Diabetes 2017) โดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย และโดยองค์กรต่างประเทศ ก็พบว่ามีลักษณะคล้ายกัน คือเป็นการอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 4 เป็นส่วนใหญ่เช่นเดียวกัน กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ การศึกษาครั้งนี้ในขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ กระบวนการพัฒนาเน้นการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบอาศัยข้อมูลหลากหลาย มีการประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานโดยใช้เกณฑ์ที่มาตรฐานตามข้อเสนอของมิวนิค และไฟน์เอาท์ โอเวอร์ฮอลท์ [19] แบ่งไว้ 4 ระดับ ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติมีส่วนร่วมเป็นอย่างดี ทีมทุกคนมีความเชี่ยวชาญและมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงเกิดความร่วมมือในการพัฒนา และก่อให้นำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้อย่างยั่งยืนในอนาคต 3) คุณภาพของแนวปฏิบัติ ผู้วิจัยได้นำไปคลองใช้ในคลินิกโรคเบาหวานภายหลังการทดลองใช้พบว่าแนวปฏิบัติดังกล่าวสามารถนำไปปฏิบัติได้ในสถานการณ์ จริง ไม่เกิดความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากพัฒนาขึ้นจากข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและสังคมไทยและยังสอดคล้องกับพื้นฐานของงานประจำ ในแผนกผู้ป่วยนอกและในชุมชน จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

2. ประสิทธิผลการจัดการรายกรณีในการส่งเสริมความร่วมมือในการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้

2.1 ความรู้ในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าหลังได้รับการจัดการรายกรณี เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและภายหลังดำเนินการจัดการรายกรณี พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สามารถอธิบายได้ว่าการจัดการรายกรณี ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยได้ใกล้ชิดคุยกันมากขึ้น มีการประเมินความรู้ความเข้าใจการจัดการยาของผู้ป่วยเบาหวานโดยการสอบถามเกี่ยวกับขนาดและความถี่ในการรับประทานยา วิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง ปฏิกิริยาของยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา วัตถุประสงค์ของการใช้ยา ทำให้รับรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยในประเด็นที่แตกต่างกัน หลังจากจึงให้ความรู้เรื่องการใช้ยาโดยใช้สื่อที่มีความเหมาะสมกับแต่ละบุคคลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ann Ryan (1998)[12] พบว่าการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุเป็นรายบุคคลซึ่งแต่ละคนจะมีแผนการเรียนรู้เฉพาะตามความรู้พื้นฐานเรื่องการจัดการยาภายหลังดำเนินโครงการผู้สูงอายุจะมีระดับความรู้เพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของปิยมนต์ รัตนผ่องใส,สุนีย์ ละกำปั่น,ปาหนัน พิชยภิญโญ (2559)[4] พบว่าโปรแกรมการให้การศึกษาในการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวาน มีผลต่อคะแนนความฉลาดด้านการใช้ยาดีขึ้นในกลุ่มทดลอง

2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับการจัดการรายกรณี พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการจัดการอารมณ์ของผู้ป่วยเบาหวานสูงขึ้นอย่างมีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องมาจากพยาบาลมีระบบการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจแบบรายกรณี มีการประเมินปัญหา ใช้คำถามและการสนทนาที่สร้างแรงจูงใจ ให้ข้อมูลที่จำเป็นหัวข้อสัมพันธ์กับปัญหาของผู้ป่วย มีการวางเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วย และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีแรงจูงใจที่จะกระทำที่ถูกต้องในสิ่งที่ไม่เปลี่ยนแปลงจากวิถีชีวิตมากนักเช่นเปลี่ยนจากการรับประทานข้าวเหนียวประจำเปลี่ยนมาเป็นข้าวสวยแทน และจากไม่เคยทำสมาธิ สร้างสติในการควบคุมอารมณ์เกิดทักษะในการทำจึงทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงส่งผลต่อค่าคะแนนเฉลี่ยหลังได้รับการจัดการรายกรณีสูงขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาเช่นผลการศึกษาของคมสรรค์ ชื่นรัมย์ และคณะ (2559)[1] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของ โรงพยาบาลสุคิริน จังหวัดตรัง ด้วยเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) พบว่าภายหลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตนเองด้านการบริโภคอาหาร การรับประทานยา การออกกำลัง

กายและการจัดการอารมณ์ สูงกว่าก่อนการใช้ รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำทางสถิติที่ ระดับ .05 และสอดคล้องกับทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer (2000)[14] ที่กล่าวไว้ว่า ความร่วมมือของทีมสุขภาพกับผู้เป็นโรคเป็นกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นพลวัตรส่งเสริมให้บุคคลได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เหมาะสมเนื่องจากได้รับรู้และเข้าใจในปัญหาสุขภาพ ส่วนผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมการเคลื่อนไหวทางกายคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการเปลี่ยนแปลงไม่มากเมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าค่าคะแนนก่อนและหลังการจัดการรายกรณีไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี มากถึงร้อยละ 37.5 มีข้อจำกัดทางกายการออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที ตามคำแนะนำจึงไม่เหมาะสม และขัดกับวิถีชีวิตประจำวัน

2.3 ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิต ต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อธิบายได้ว่าการจัดการรายกรณีเป็นรายบุคคลในผู้ป่วยเบาหวาน มีเป้าหมายที่จะลดระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีโรคร่วม โดยใช้กระบวนการจัดการรายกรณีตั้งแต่การคัดเลือกผู้ป่วยการประเมินสุขภาพและระบุปัญหาของผู้ป่วย การพัฒนาแผนการดูแล การดำเนินการตามแผนการดูแลการประเมินผล และการติดตาม ผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับพยาบาลผู้จัดการรายกรณี และให้คาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองหากไม่ปฏิบัติด้านสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การไม่กินยาตามแพทย์สั่งใช้ การกินยาไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาของตนเองและให้ตั้งเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลและโรคร่วมเช่นความดันโลหิต โดยให้ปฏิบัติให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเองใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี พยาบาลเป็นผู้ให้คำปรึกษาเฉพาะราย เช่นในผู้ป่วยไม่กินยาตามแพทย์สั่งใช้ก็ให้ความรู้และสอนทักษะในการกินยาเมื่อมีความเข้าใจในการใช้ยา กินยาถูกขนาด ถูกเวลา และกินยาความสัมพันธ์กับมื้ออาหารเพิ่มขึ้นสามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยมนต์ รัตนผ่องใส,สุนีย์ ละกำปั่น,ปาหนัน พิชยภิญโญ (2559)[4] พบว่าการให้ความรู้การใช้ยาทำให้ผู้ป่วยมีความฉลาดทางสุขภาพในด้านการใช้ยาเพิ่มขึ้นส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาและช่วยให้ระดับน้ำตาลลดลงได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของราตรี โกศลจิตร, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย (2560)[6] พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานหลังได้รับการจัดการรายกรณีต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณี

ข้อเสนอแนะ

1. ควรกำหนดเป็นกลยุทธ์เพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ในระดับจังหวัด และเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับเขตบริการสุขภาพที่ 10

2. ควรใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเป็นต้นแบบในการเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ในสถานบริการและในชุมชน

3. ควรจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ผลงานเกี่ยวการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในระดับเขตและระดับประเทศเพื่อได้ข้อเสนอในเชิงนโยบายที่สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาที่จริงจังเนื่องจากเป็นประเด็นสำคัญของประเทศและของโลก

4. ควรประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี โดยศึกษาผลลัพธ์ในด้านค่าใช้จ่าย การกลับมารักษาซ้ำ การเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลชุมชน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลมุกดาหาร ที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัย ขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลมุกดาหาร ทุกท่านที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำวิจัย และของคุณผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกท่านที่ร่วมโครงการเป็นครูให้ได้เรียนรู้เพื่อสร้างความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อมหาชน

เอกสารอ้างอิง

1.คมสรรค์ ชื่นรัมย์ และคณะ. “การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของ โรงพยาบาลสุคิริน ด้วยเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC)” . 3(3) : 179-193, 2559.

2.ธนกฤต มงคลชัยภักดิ์ และคณะ. “ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ณ โรงพยาบาลตำรวจ”. วารสารเภสัชกรรมไทย. 7(1) : 47-58, 2558.

3.ปิฐยาวัชร ปรากฏผล. “พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (Nurse Case Manager for Chronic Disease)”. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 28 (1) : 112-21, 2560.

4.ปิยมนต์ รัตนผ่องใส และคณะ. “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการใช้ยาต่อความฉลาดทางสุขภาพด้านการใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้”. วารสารสภาการพยาบาล. 31(4) : 50-62, 2559.

5.เพรียวพันธุ์ อุสาย และคณะ. “ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น”. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 55(5) : 11-18, 2555.

6.ราตรี โกศลจิตร, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. “ประสิทธิผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก” .พยาบาลสาร. 44(1) : 26-38, 2560.

7.วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์, 2559.

8.สำนักงานสาธารณสุจังหวัดมุกดาหาร. เอกสารตรวจราชการและนิเทศงานปกติ รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2560. การประชุมรับการตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2560 24-26 มกราคม 2560 โรงพยาบาลมุกดาหาร. เอกสารอัดสำเนา.

9.สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ . แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 255-2559. สำนักนายกรัฐมนตรี. เอกสารอัดสำเนา.

10.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 (Clinical Practice Guideline for Diabetes 2017). พิมพ์ครั้งที่ 2. บริษัทร่มเย็น มีเดีย จำกัด ปทุมธานี, 2560.

11.อารีย์ เสนีย์. “โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง”. วารสารพยาบาลทหารบก. 15(2) : 129 – 134, 2557.

12.Ann Ryan A. “A systematic approach to self-medication in older people” . British Journal of Nursing. 9: 528-35, . 1998.

13.Association AD. “Standards of Medical Care in Diabetes-2017”. Diabetes Care. 40: 142-76. 2017

14.Creer. Self-management. In M Bockaert, PR Pintrich, M Zeidner (Eds.). Handbook of self- regulation. San Diego. California: Academic Press, 2000.

15.Guénette L, et al. “Difficulty adhering to antidiabetictreatment: factors associated with persistence and compliance”. Diabetes Metab.39(3) : 250-7. 2013.

16.katsarou A, et al. “Type 1 diabetes mellitus”. **Nature reviews Disease primers**. 3: 17016. 2017.

17.Krapek K, et al. . “Medication adherence and associated hemoglobinn A1C in Type 2. Diabetes”. . Ann Pharmacother. 38(2) :: 1357- 62., 2004.

18.Manodpitipong A ,et al. “Night-shift work is associated with poorer glycaemic control In patients with type 2 diabetes”. J Sleep Res. 26(1) : 764-72. 2017.

19.Melnyk, B.M. & Fineout-Overholt, E. **Evidnce-base practice in nursing &healthcare: a guide to best practice. Philadelphia.** Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

20.Powell SK,Tahan HA. . Case management :A practicalguide for education and practice.. 3nd ed.. Philadelphia: F.A Davis company; 2010..

21.Royuela V, et al. “,the institutional V.S. the academic definition of the quality of wok Life:what is the focus of the European commission ” . **RG Journal**. 86(3) : 01-15, 2007.

22.World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011.

สิทธิในการได้รับสวัสดิการด้านบริการสาธารณสุขของรัฐไทย

The right to public health service accessibility in Thailand

พัชรี มณีไพโรจน์[1] ปิยลักษณ์ โพธิวรรณ์[2]

Putcharee Maneepairoj, Piyaluk Potiwan

(Received: February 24 ,2020 ; Accepted: March 11 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ศึกษาถึงการได้รับบริการด้านสาธารณสุขจากรัฐ ซึ่งควรจะเป็นสิทธิของประชาชนชาวไทยซึ่งสิทธิตามธรรมชาติเป็นสิทธิที่กำเนิดมาพร้อมกับมนุษย์ และสิทธิในสุขภาพเป็นสิทธิตามธรรมชาติที่จำเป็นที่รัฐต้องจัดหาให้ประชาชนได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน บนพื้นฐานความเท่าเทียม และทั่วถึง จากการศึกษาพบว่านโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศไทยพัฒนามาตามหลักความเสมอภาค ความเป็นธรรม หลักเสรีภาพ และ หลักประโยชน์สูงสุด โดยมีเป้าหมายในการช่วยให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น ตามความคาดหวังของประชาชน ซึ่งรัฐบาลไทยได้พยายามจัดหาสวัสดิการด้านการบริการสาธารณสุขให้ตอบสนองความต้องการตามสิทธิของประชาชน ตามแนวคิดสิทธิณรมชาติของจอห์น ล็อก แต่ยังพบว่ามีปัญหาหลายอย่างในระบบการจัดบริการด้านสาธารณสุขของรัฐบาลไทย ทั้งปัญหาความเหลื่อมล้ำในการใช้จ่ายงบประมาณของกองทุนต่าง ๆ ที่ไม่เท่าเทียมกัน และยังพบว่าประชาชนยังมีความรับรู้และเข้าถึงสิทธิในบริการสาธารณสุขในระดับที่ต่ำ เช่นกลุ่มผู้พิการ ในด้านหน่วยบริการ และผู้ให้บริการ ยังพบปัญหาการขาดแคลนบุคลากร และงบประมาณ การขาดขวัญกำลังใจ ความเหลื่อมล้ำไม่เป็นธรรมในด้านค่าตอบแทนของแต่ละวิชาชีพ จึงทำให้มีผลต่อคุณภาพบริการที่ประชาชนควรจะได้รับ

คำสำคัญ: สิทธิ, สวัสดิการด้านบริการสาธารณสุขของรัฐไทย

Abstract

The object of this study is to examine accessibility to public health service, that should be the right of Thai people. The natural rights is born with individuals and health rights are natural rights that are necessary for the government to provide the population with quality and standardized public health services on the basis of equality. The results revealed that public health policy in Thailand is developed in accordance with the principles of equality, fairness, freedom and benefits by the goal of helping the people's health to get better as the expectation of the people. The Thai government has tried to provide welfare of the public health service to fulfill demand of the rights for people by following John Locke's natural rights theory. But there are a lot of problems in the system of providing the public health service of Thai government not only the problem at inequality in spending budget of various funds. But also the people have knowledge and accessibility for the public health service in low level, such as the disabled group. In the service department and service provider have shortage of staff and budget, lack of morale and the inequality of compensation in each profession have an effect on the quality of service accessibility of the people.

Keyword: rights, The right to public health service accessibility in Thailand

---

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาเอกตามหลักสูตรสาขาวิชารัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาขาวิชารัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

[2] รองศาสตราจารย์ประจำหลักสูตรสาขาวิชารัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

บทนำ

สิทธิตามธรรมชาติเป็นสิทธิที่กำเนิดมาพร้อมกับมนุษย์ ซึ่งในสภาวะตามธรรมชาติมนุษย์เป็นอิสระและมีความเสมอภาค ทุกคนมีสิทธิและหน้าที่ที่จะป้องกันและรักษาสิทธิ และเสรีภาพในทรัพย์ของตนเอง [17] รัฐธรรมนูญ 2560 มาตรา 47 กำหนดว่า "บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ ผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย" ซึ่งสิทธิในสุขภาพเป็นสิทธิธรรมชาติที่ติดตัวมนุษย์มาตั้งแต่เกิด มีศักดิ์ศรีและความเสมอภาคกัน ซึ่งถือว่าเป็นสิทธิสากลขั้นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ที่รัฐต้องรับรองคุ้มครอง ตามปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน Universal Declaration of Human Rights, 1948 [1] ในประเทศไทยที่ผ่านมา แม้จะมีการกำหนดสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ แต่ยังพบปรากฏการณ์ และข่าวการร้องทุกข์ การร้องเรียนหรือฟ้องร้องถึงการได้รับบริการสาธารณสุขที่ไม่เป็นธรรม มีความความเหลื่อมล้ำ ทั้งในกลุ่มผู้รับ และผู้ให้บริการเอง จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะหาคำตอบเกี่ยวกับสิทธิในการได้รับสวัสดิการด้านบริการสาธารณสุขในรัฐไทย ว่าบริการด้านสุขภาพซึ่งควรจะเป็นสิทธิของประชาชนเป็นอย่างไร โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดสิทธิในสุขภาพของจอห์น ล็อก มาทำความเข้าใจกับแนวคิดสิทธิธรรมชาติจากเอกสารตำรา และงานเขียนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง มาเป็นแหล่งข้อมูลที่ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิในสุขภาพซึ่งเป็นสิทธิมนุษยชนที่เป็นสากล แล้วนำมาวิพากษ์การจัดสวัสดิการด้านบริการสาธารณสุขของรัฐไทย โดยมุ่งศึกษาสิทธิการเข้าถึงสวัสดิการด้านบริการสาธารณสุขของประชาชนชาวไทย และนโยบายด้านสาธารณสุขที่ใช้แนวคิดสิทธิในสุขภาพมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อพิทักษ์สิทธิของประชาชน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสิทธิการเข้าถึงสวัสดิการด้านบริการสาธารณสุขของประชาชนชาวไทย

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ข้อมูลปฐมภูมิผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ สอบถามกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้ได้รับผลกระทบจากการรับบริการสาธารณสุขของรัฐ ส่วนข้อมูลทุติยภูมิศึกษาจากเอกสารหนังสือที่สำคัญของจอห์น ล็อก Two Treaties of Civil Government และ A Letter Concerning Toleration ที่ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1689-1690 รวมถึงงานของนักคิดปรัชญาทางการเมืองแนวเสรีนิยมอื่น ๆ ที่เขียนเกี่ยวกับแนวคิดสิทธิธรรมชาติ และสิทธิมนุษยชน โดยเฉพาะประเด็นสิทธิในด้านสุขภาพ ศึกษาจากนโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศไทย นอกจากนี้ยังมีหนังสือตำรา บทความทางวิชาการ และข่าวสารทางสื่อมวลชนที่เผยแพร่ทั้งในรูปแบบสิ่งพิมพ์ และทางสื่อออนไลน์ รวมถึงวิทยานิพนธ์ รายการการวิจัย และการศึกษาค้นคว้าอิสระอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสิทธิในการได้รับบริการด้านสาธารณสุขของไทย โดยผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมขอมูลทางเอกสารเป็นแบบบันทึกดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของแหล่งข้อมูลประกอบด้วย 1) ประเภทของแหล่งข้อมูล 2) ชื่อ-สกุล ผู้แต่ง 3) ปี พ.ศ. ที่ตีพิมพ์ 4) ชื่อเรื่อง 5) ครั้งที่พิมพ์ (กรณีมีมากกว่า 1 ครั้ง) 6) จังหวัดที่ตั้งสำนักพิมพ์ 7)สถานที่หรือสำนักพิมพ์ ข้อมูลเหล่านี้ผู้วิจัยใช้ประโยชน์ในการอ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูล

ตอนที่ 2 เป็นการสรุปเนื้อหาสาระที่ได้จากแหล่งข้อมูล โดยผู้วิจัยตั้งคำถามปลายเปิดไว้เพื่อหาคำตอบ (สิทธิธรรมชาติของจอห์น ล็อก, ฐานคิดนโยบายระบบบริการสาธารณสุขของไทย, ผลที่เกิดต่อประชาชน) แล้วหาความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับสิทธิในสุขภาพ และสรุปเนื้อหาสาระที่ค้นพบ

ตอนที่ 3 ข้อสังเกตที่ได้จากแหล่งข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาจัดหมวดหมู่ และทำการอ่าน สรุปเนื้อหาและถอดความสังเคราะห์ข้อมูล ลงรหัสบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แล้วจึงทำการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล หากยังไม่สมบูรณ์ผู้วิจัยจะย้อนกลับไปค้นคว้าหาข้อมูลเพิ่มเติมจนข้อมูลอิ่มตัวครบถ้วนสมบูรณ์ เมื่อข้อมูลที่บันทึกไว้มีความถูกต้องสมบูรณ์แล้ว การจัดกระทำกับข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่บันทึกไว้ตามแบบบันทึกมาทำการวิเคราะห์เนื้อหา แล้วเขียนสรุปและพรรณนานำเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ต่อไป

ผลการวิจัย

ธรรมชาติสร้างมนุษย์ให้มีความเท่าเทียมกันทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้นจึงมีสิทธิเสรีภาพเท่าเทียมกันโดยธรรมชาติ [13] และ John Locke เชื่อว่า สิทธิตามธรรมชาติเป็นสิทธิที่กำเนิดมาพร้อมกับมนุษย์ ซึ่งในสภาวะตามธรรมชาติมนุษย์เป็นอิสระและมีความเสมอภาค ทุกคนมีสิทธิและหน้าที่ที่จะป้องกันและรักษาสิทธิ และเสรีภาพในทรัพย์ของตนเอง ดังนั้นมนุษย์จึงอยู่รวมกันเป็นสังคมเพื่อปกป้องชีวิตและทรัพย์สิน และทำข้อตกลงร่วมกันทำให้เกิดเป็นรัฐขึ้นมา “สภาพธรรมชาติมีกฎธรรมชาติควบคุมอยู่ ซึ่งมีผลผูกพันกับทุกคน และเหตุผลซึ่งก็คือกฎธรรมชาตินั้นนั่นเองก็สอนมนุษย์ทุกคนว่า. ทุกคนล้วนเสมอภาคกันและเป็นอิสระต่อกัน จึงไม่ควรมีผู้ใดทำร้ายชีวิต สุขภาพ เสรีภาพ หรือทรัพย์สินของอีกคนหนึ่ง” [8] อริสโตเติ้ลและเพลโตมีความเห็นสอดคล้องกันที่ว่า ธรรมชาติของมนุษย์เป็นเหตุให้เกิดรัฐ และชีวิตที่ดีเป็นจุดหมายของรัฐ [4] รัฐเกิดขึ้นโดยธรรมชาติตามความจำเป็นของมนุษย์ รัฐที่ดีคือรัฐที่สอดคล้องกับธรรมชาติของมนุษย์ ทำให้มนุษย์ได้บรรลุความสุขตามธรรมชาติของแต่ละคน ซึ่งต่างจาก Thomas Hobbes และ John Locke ที่เชื่อว่ารัฐเกิดจากเจตนาของมนุษย์ สัญญาประชาคมเป็นข้อตกลงร่วมกันเพื่อคุ้มครองทรัพย์สินและความผาสุกของมนุษย์ [17] รัฐในทรรศนะของ John Locke มีอำนาจภายใต้ขอบเขตซึ่งเป็นอำนาจของประชาชนที่ให้รัฐใช้เพื่อประโยชน์ของประชาชน รัฐจึงมีหน้าที่คุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชน แต่ประชาชนไม่ได้มอบสิทธิให้รัฐ ประชาชนจึงมีอำนาจสูงสุดในการโค่นล้มหรือเปลี่ยนแปลงผู้บริหารได้ ส่วน Thomas Hobbes มีความเห็นว่าในการบังคับใช้กฎหมายสูงสุดเป็นอำนาจขององค์อธิปัตย์ สรุปคือ สำหรับรัฐแล้ว John Locke ให้ประชาชนมีอำนาจสูงสุด แต่ Thomas Hobbes องค์อธิปัตย์เป็นผู้มีอำนาจสูงสุด

โดยธรรมชาติมนุษย์รักตนเองและแสวงหาความสุขหลีกเลี่ยงความทุกข์ ซึ่งความสุขที่ยั่งยืนตามความคิดของ John Locke คือ สุขภาพ ชื่อเสียง ความรู้ การทำความดี และความสุขที่ถาวรในโลกหน้า [4] ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2491 [18] ยืนยันว่าทั้งชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน ทุกคนต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานและเคารพในคุณค่า และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิในสุขภาพเป็นสิทธิมนุษยชนที่เป็นสากลของมนุษย์ทุกคนตามธรรมชาติ เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ยังคงดำรงไว้ใครก็ไม่สามารถมาล่วงละเมิดหรือโอนมอบให้แก่ใคร ๆ ได้ “ผมต้องการสุขภาพอนามัยอันดี และรัฐบาลจะต้องให้บริการป้องกันโรคแก่ผมอย่างฟรี กับบริการการแพทย์ รักษาพยาบาลอย่างถูกอย่างดี เจ็บป่วยเมื่อใดหาหมอหาพยาบาลได้สะดวก” [5] สิทธิในสุขภาพเป็นสิทธิธรรมชาติที่ติดตัวมนุษย์มาตั้งแต่เกิด มีศักดิ์ศรีและความเสมอภาคกัน ไม่สามารถถ่ายโอนให้แก่กันได้ และ ไม่สามารถแยกเป็นส่วน ๆ ว่าสิทธิใดมีความสำคัญกว่าอีกสิทธิหนึ่งแล้วอ้างเพื่อเลือกกระทำไม่ได้ ห้ามเลือกปฏิบัติไม่ว่าจะเป็นคนจน คนรวย คนพิการ เด็กหรือผู้สูงอายุ คนที่เจ็บป่วยหรือสุขภาพดี การที่จะมีสุขภาพดีได้นั้นจำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพหรือบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันทุกคน ซึ่งองค์การอนามัยโลก มีมติเรื่องสุขภาพว่า “สิทธิที่จะมีสุขภาพดี เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของสิทธิมนุษยชน” โดยกำหนดสิทธิด้านสาธารณสุข ข้อ 25 บัญญัติว่า “ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอสำหรับสุขภาพและความอยู่ดีของตนและของครอบครัว รวมทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการดูแลรักษาทางการแพทย์ และบริการสังคมที่จำเป็น และมีสิทธิในหลักประกันยามว่างงาน เจ็บป่วย พิการ หม้าย วัยชรา หรือปราศจากการดำรงชีพอื่นในสภาวะแวดล้อมนอกเหนือการควบคุมของตน” ดังนี้ [1]

1) มนุษย์ทุกคนพึงได้รับสิทธิด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นตามหลักสิทธิมนุษยชน โดยที่รัฐจะต้องสร้างสภาวะหรือเงื่อนไขที่เอื้ออำนวยให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายให้ได้มากที่สุด ตามเจตนารมณ์ ธรรมนูญก่อตั้งองค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2489 คือ “การที่มนุษย์ทุกคนได้รับมาตรฐานทาง สุขภาพที่ดีที่สุด ถือเป็นสิทธิพื้นฐานหรือสิทธิมนุษยชนอย่างหนึ่ง ไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีความแตกต่างทางเชื้อชาติ ชาติพันธุ์ ศาสนา ความคิดเห็นทางการเมือง หรือสภาพทาง เศรษฐกิจหรือสังคมเช่นไรก็ตาม” สิทธิด้านสุขภาพจึงมีขอบเขตกว้างกว่าเรื่องระบบสาธารณสุขหรือการเข้า ถึงบริการสาธารณสุข และ

2) รัฐต้องเคารพสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน และ

ต้องปกป้อง คุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนให้ ประชาชนได้รับสิทธิด้านสุขภาพ โดยไม่เลือกปฏิบัติ และปฏิบัติตามพันธกรณีของกฎหมายระหว่าง ที่กำหนดหน้าที่ของรัฐเกี่ยวกับสิทธิด้านสุขภาพใน 3 ลักษณะคือ 1) หน้าที่เคารพต่อสิทธิด้านสุขภาพ ภาครัฐควรลดข้อ จำกัดในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข หรือหลีกเลี่ยงการดำเนินการที่เป็นการเลือกปฏิบัติต่อบุคคลในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ไม่ควรมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ด้านสุขภาพ รวมถึงการไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2) หน้าที่ปกป้องคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพ ภาครัฐควรออกกฎหมายหรือมาตรการอื่นๆ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาที่จำเป็น รวมถึงการควบคุมกำกับดูแลผู้ประกอบธุรกิจในอุตสาหกรรมสุขภาพมิให้มีการทำการตลาดยาหรือเครื่องมือแพทย์ การออกกฎหมายห้ามประเพณีหรือ ธรรมเนียมท้องถิ่นที่คุกคามสุขภาพ 3) หน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนสิทธิด้านสุขภาพ เช่นการสนับสนุนงบประมาณ ค่าใช้จ่าย กำลังคนด้านสุขภาพที่เหมาะสม เพียงพอต่อผู้รับบริการสาธารณสุข การฝึกอบรมบุคลากรที่ให้การดูแลสุขภาพ ประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ หรือการกำหนดกฎหมาย มาตรการทางฝ่าย บริหารที่เอื้อต่อโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ หรือการจัดให้มีบริการสายด่วนให้คำปรึกษาแนะนำด้านสุขภาพ เช่น การเลิกเหล้า บุหรี่ ยาเสพติด

สุขภาพเป็นภาวะความเป็นอยู่ที่มีความสมบูรณ์ทางด้านกาย จิตใจ และ สังคม มิใช่พียงปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น สุขภาพเป็นสิ่งที่โอนให้ผู้อื่นไม่ได้ ทุกคนต้องมีสถานะทางสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งแม้จะจน ที่สุดก็ตาม ประกาศ กฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ เรื่อง “การส่งเสริมสุขภาพ” ณ กรุงออตตาวา ประเทศแคนนาดา ในการประชุมครั้งนี้ ได้มีได้กำหนดยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้ [20] 1) การสร้างนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ การกำหนดนโยบายจะต้องคำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพเป็นสำคัญ 2) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ส่งเสริมให้คนและสิ่งแวดล้อมอยู่ร่วมกันอย่างเกื้อกูลและสมดุล 3) การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง สนับสนุนให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ โดยชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจและจัดการ มีการระดมทรัพยากร และวัตถุภายในชุมชน ทั้งนี้ชุมชนจะต้องได้รับข้อมูลข่าวสาร โอกาสการเรียนรู้และแหล่งทุนสนับสนุน 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล โดยการสนับสนุนในเรื่องการพัฒนาบุคคลและสังคมด้วยการให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาเพื่อสุขภาพและการเสริมทักษะชีวิตในการจัดการที่ดีเพื่อป้องกันและควบคุมสุขภาพของตน 5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ การจัดระบบบริการสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างบุคคล ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข สถาบันบริการสาธารณสุขและรัฐบาล

ฐานคิดนโยบายระบบบริการสุขภาพของไทย เปรียบเทียบตามแนวคิด สิทธิธรรมชาติของจอห์น ล็อก การจัดระบบบริการสาธารณสุขในสังคมตามหลักสากล ประกอบด้วย หลักความเสมอภาค หลักความเป็นธรรม หลักเสรีภาพ และ หลักประโยชน์สูงสุด [10] โดยระบบสุขภาพต้องมีเป้าหมายพื้นฐานคือ เพื่อช่วยให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้นตามความคาดหวังของประชาชน โดยปกป้องปัญหาค่าใช้จ่ายจากการเจ็บป่วย อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วย 4 กระบวนงานคือ การสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การวินิจฉัยและรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ [16] ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ ในโลกนี้แบ่งออกได้เป็น 4 รูปแบบ คือ การจัดบริการสาธารณสุขแบบตลาดแข่งขันเสรี แบบรัฐสวัสดิการ แบบสังคมนิยม และ แบบครอบคลุมทั้งหมด ซึ่งทิศทางการจัดบริการสาธารณสุขของประเทศไทย มีความพยายามที่จะมุ่งเน้นไปสู่ระบบรัฐสวัสดิการ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นมากยิ่งขึ้น โดยการจัดให้มี “ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 แก่ประชาชนชาวไทย เป็นการเพิ่มเติม จากเดิมที่มีระบบหลักประกันสุขภาพเพียง 2 ระบบเท่านั้น คือ “ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ” และ “ระบบประกันสังคม” ซึ่งหลักการของระบบบริการสุขภาพมี 3 ประเภท [10] 1) หลักการอรรถประโยชน์นิยม จัดสรรสวัสดิการ ทรัพยากร และอื่น ๆ เพื่อให้เกิดมูลค่ามากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เท่ากับเป็นการเน้นเรื่องประสิทธิภาพ โดยไม่คำนึงถึงการกระจายสวัสดิการ ทรัพยากร และอื่น ๆ ระหว่างบุคคลในสังคม หลักการอรรถประโยชน์นิยมยอมให้การครอบครองหรือการกระจายทรัพยากรมีมากกว่าสิทธิ

ประโยชน์ที่ได้รับจากระบบบริการสุขภาพ 2) หลักการความเท่าเทียมกันกระจาย (สวัสดิการ ทรัพยากร และอื่น ๆ) ให้กับสมาชิกในสังคมได้รับอย่างเท่าเทียมกัน เน้นเรื่องความเสมอภาคโดยไม่คำนึงว่าผลของการกระจายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ บางทีเรียกว่า welfare state หลักการความเท่าเทียมกันทำให้การครอบครองหรือการกระจายทรัพยากรใกล้เคียงกับสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากระบบบริการสุขภาพ 3) หลักการลอเซียนส์ กระจายสวัสดิการ ทรัพยากร และอื่น ๆ โดยยึดหลัก ผู้ด้อยโอกาสที่สุดในสังคมได้รับสวัสดิการ ทรัพยากร และอื่น ๆ ที่มีปริมาณและคุณภาพไม่ต่ำกว่ามาตรฐานที่สังคมพึงให้ได้ เน้นมาตรฐานขั้นต่ำ หลักการลอเซียนส์ ต้องการให้สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากระบบบริการสุขภาพสูงกว่าการครอบครองหรือการกระจายทรัพยากรสำหรับผู้ด้อยโอกาส

จากฐานคิดข้างต้นระบบบริการสาธารณสุขของรัฐไทยใช้หลายแนวคิดมาเป็นแนวทางในการจัดระบบบริการสาธารณสุข และเน้น “แนวคิดแบบรัฐสวัสดิการ” เป็นแนวทางในการจัดบริการเพื่อให้คนยากจนเข้าถึงบริการได้ ซึ่งประเทศไทยมีระบบสวัสดิการและหลักประกันสุขภาพที่ภาครัฐเข้าไปมีส่วนร่วม 4 ระบบ อันได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคม ระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (โครงการบัตรสุขภาพ) โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) รวมระบบประกันสุขภาพที่ภาคเอกชนเป็นผู้ดำเนินงานเป็นทั้งสิ้น 5 ระบบ สามารถครอบคลุมประชากรประมาณร้อยละ 70 ของประเทศ กล่าวอีกอย่างหนึ่งก็คือ จากความพยายามของรัฐบาลที่ผ่านมา ยังมีประชากรอีกกว่า 20 ล้านคนหรือร้อยละ 30 ของทั้งประเทศที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ [2] จึงเป็นประเด็นปัญหาสำคัญประการหนึ่งที่ผลักดันให้มีการขยายสวัสดิการรักษาพยาบาลและหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรที่ตกหล่นจากความพยายามของรัฐบาลที่ผ่านมาดังกล่าว จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลของนายกรัฐมนตรี ทักษิณ ชินวัตร เลือกใช้แนวทางการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้สวัสดิการและหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ครอบคลุมประชากรทั้งหมดของประเทศผ่าน “นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค” ซึ่งสามารถดำเนินการได้ทั่วประเทศในปีพ.ศ. 2545 ซึ่งระบบประกันสุขภาพในอุดมคติที่ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ คิดและพยายามผลักดันคือ “การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นระบบของการ ‘เฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข’ ในสังคม คนมีช่วยคนจน คนไม่ป่วยช่วยคนป่วย ให้ทุกคนเสียค่าใช้จ่ายในอัตราเดียวกันหรือไม่เสีย เป็นสัญลักษณ์ของประเทศที่มีวัฒนธรรมของประชาคมที่เจริญแล้ว คือการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันในสังคม ไม่ใช่อยู่อย่างตัวใครตัวมัน” และเขาได้ให้แนวคิดและได้อธิบายหลักการของหลักประกันสุขภาพไว้อย่างชัดเจนว่า การประกันสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการการประกันสังคม ซึ่งเป็นการส่งเสริมระบบความมั่นคงทางสังคมวิธีหนึ่งโดยให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมีความจำเป็นต้องไปรับบริการทางสุขภาพทุกประเภท ซึ่งผู้ที่ได้รับความคุ้มครองดังกล่าวสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเมื่อมีความจำเป็นยามเจ็บป่วยได้โดยไม่ต้องกังวลถึงรายได้ รายจ่าย หรือความแตกต่างของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การนำแนวคิดสู่การปฏิบัติ โดยรัฐบาลนายทักษิณ ชินวัตร “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนไทยทุกคนได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย [6] ซึ่งในรัฐบาลสมัยต่อมาก็ยังคงใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพเพียงแต่ปรับปรุงในบางรายละเอียด เช่นการยกเลิกการร่วมจ่ายค่าบริการในสมัยรัฐบาลนายกอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ แล้วให้กลับมาร่วมจ่ายเป็นบางกรณีในรัฐบาลพลเอกประยุทธ จันทร์โอชา ในปัจจุบัน

สิทธิในการได้รับสวัสดิการด้านบริการสาธารณสุขของรัฐไทย ปัญหาการเจ็บป่วยของคนไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไป ทั้งจำนวนผู้เจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้นและสาเหตุการเกิดโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดขึ้นจากเชื้อโรคเช่น โรคติดต่อร้ายแรงต่าง ๆ สาเหตุจากภัยพิบัติธรรมชาติ และที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างชัดเจนคือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมหรือโรคไม่ติดต่อ และเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับบริการยาวนานหรืออาจตลอดชีวิต ได้แก่โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ [3] ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นรัฐในฐานะที่เป็นผู้ปกครอง จึงมีหน้าที่ที่จะต้องให้ความคุ้มครองต่อสิทธิ

ของประชาชน จัดหาบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานให้ครอบคลุมผู้มีสิทธิในประเทศ สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ เป็นสิทธิที่มีอยู่ในบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ เพื่อใช้เป็นเป็นกลไกในการทำหน้าที่ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่จำเป็น ซึ่งวิวัฒนาการเกี่ยวกับนโยบายของโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลให้แก่ประชาชนเริ่มขึ้นอย่างเป็นทางการในประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2518 โดยรัฐบาลสมัยหม่อมราชวงศ์ คึกฤทธิ์ ปราโมช เป็นนายกรัฐมนตรีได้มีการเริ่มต้นโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยในด้านการรักษาพยาบาล (สปน.) ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ที่มีรายได้น้อยได้มีหลักประกันในการเข้าถึงการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยสามารถใช้สิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ และรัฐมีหน้าที่ซึ่งเป็นกิจกรรมหลักที่สำคัญที่จะต้องค้นหาประชาชนผู้มีรายได้น้อยเพื่อการออกบัตรสงเคราะห์และสวัสดิการดังกล่าว เป็นการเข้าสู่ระบบการพิจารณาสิทธิทางการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามระดับรายได้ของครัวเรือน [9] เมื่อปี พ.ศ. 2524 มีผู้มีสิทธิ์ได้รับความคุ้มครองจากบัตรสงเคราะห์ดังกล่าวจำนวน 10.9 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ23 ของประชาชนทั้งในประเทศในขณะนั้น และได้มีการแบ่งแยกข้อมูลของกลุ่มประเทศผู้รับบริการในโครงการดังกล่าวออกเป็น 3 ประเภทคือ ประเภท ก. กลุ่มผู้ป่วยสงเคราะห์ที่ไม่มีบัตร ประเภท ข. เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่จ่ายเงินบางส่วน และประเภท ค. เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีสิทธิตามระเบียบอื่น ๆของทางราชการ ในปีพ.ศ. 2526 มีการประกาศเป็นปีผู้สูงอายุสากล มีการแบ่งประเภทของผู้สูงอายุที่มารับบริการออกเป็น 4 กลุ่มคือ กลุ่มที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล กลุ่มที่เบิกได้จากสวัสดิการข้าราชการ กลุ่มผู้ถือบัตรรายได้น้อยและ กลุ่มที่เป็นผู้ป่วยรายได้น้อย ซึ่งต่อมาในปี พ.ศ. 2536 ได้มีการขยายความคุ้มครองไปถึงผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ตลอดจนเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี บุคคลผู้พิการและ ผู้นำทางศาสนา ในปี พ.ศ. 2537 ได้เปลี่ยนชื่อจากโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย เป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) โดยมีกลุ่มบุคคลที่โครงการดังกล่าวได้ให้ความคุ้มครองทั้งสิ้น 6 กลุ่มคือ 1) ผู้มีรายได้น้อยและผู้ว่างงาน 2) ผู้สูงอายุ 3) เด็กอายุ 0 ถึง 12 ปี 4) ทหารผ่านศึก 5) ผู้นำศาสนาและผู้นำชุมชน 6) ผู้พิการ

ปัจจุบัน สิทธิในการรักษาพยาบาลของประชาชนชาวไทยมาจาก 3 กองทุนหลักคือ กองทุนสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า [12] นอกจากนี้ยังมีสิทธิในการรับบริการอื่น ๆ เช่นบริการของมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) การประกันสุขภาพเอกชน ระบบประกันภัยอุบัติเหตุทางจราจรตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ซึ่งในที่นี้จะขอกล่าวถึงเฉพาะระบบประกันสุขภาพหลักของรัฐทั้ง 3 ประเภทซึ่งรัฐมีภาระหน้าที่ในการจัดทำให้แก่ประชาชนหรือบรรดาสมาชิกภายใต้ระบบประกันสุขภาพดังที่จะกล่าวต่อไปได้แก่

ประเภทที่ 1 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประเภทที่ 2 ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ

ประเภทที่ 3 ระบบประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน

1. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจัดตั้งขึ้นโดยดำเนินการให้เป็นไปตามบทบัญญัติของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2545 โดยมีแหล่งที่มาของเงินทุนส่วนใหญ่จากงบประมาณรายจ่ายประจำปี มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้บริหารจัดการ คุณสมบัติของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ บุคคลสัญชาติไทย มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักตามกฎหมาย และ ไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้ ซึ่งมีขอบเขตในการให้บริการ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

2. ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ เป็นสวัสดิการในการให้ความช่วยเหลือแก่ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญและบุคคลในครอบครัว เฉพาะการรักษาอาการเจ็บป่วยไม่รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเสริมสวย สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการถือเป็นสวัสดิการจากทางราชการประเภทหนึ่งที่ต้องอาศัยการเบิกจ่าย จากเงินงบประมาณรายจ่ายโดยกรมบัญชีกลางซึ่งเป็นหน่วยงานใน

สังกัดกระทรวงการคลังมีหน้าที่ดูแลและรับผิดชอบในการเบิกจ่ายในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการดังกล่าว ทั้งระบบ คุณสมบัติของผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการฯ คือ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ซึ่งได้รับเงินเดือนจากเงินงบประมาณรายจ่ายหมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำของกระทรวง ทบวง กรม และผู้ได้รับบำนาญปกติหรือผู้ได้รับบำนาญพิเศษเหตุทุพพลภาพตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการ และทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัดตามข้อบังคับกระทรวงกลาโหมว่าด้วยเงินเบี้ยหวัด รวมถึงครอบครัว ซึ่งได้แก่บิดามารดา คู่สมรส และบุตรชอบด้วยกฎหมาย ของข้าราชการและลูกจ้างที่กล่าวมาข้างต้น ขอบเขตบริการ ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ ให้บริการครอบคลุมเฉพาะ การรักษาอาการเจ็บป่วยเท่านั้น ไม่รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเสริมสวย

3. ระบบประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นหลักประกันในการให้ความช่วยเหลือแก่ลูกจ้างซึ่งเป็นผู้ประกันตน และครอบครัว ลดภาระความเดือดร้อนของครอบครัวของลูกจ้างหรือสังคม โดยรวม เพื่อให้ลูกจ้างมีความมั่นคงและความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมและเป็นการวางระบบการสร้างหลักประกันพื้นฐานให้กับลูกจ้างและบุคคลอันซึ่งเป็นผู้ประกันตน ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ. ศ. 2533 มาตรา 19 ให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ส่งผลให้ลูกจ้างทุกคนมีสิทธิ์ในการได้รับหลักประกันในการดูแลสุขภาพโดยได้รับสิทธิในการให้ความคุ้มครองตามสิทธิประโยชน์จากกองทุนประกันสังคม ที่มาของเงินทุนประกันสังคมซึ่งประกอบด้วยเงินสมทบจากรัฐบาล นายจ้าง ผู้ประกันตน และรายได้อื่น ๆ คุณสมบัติของผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคม เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 คือลูกจ้างที่ขึ้นทะเบียนและจ่ายเงินสมทบ ผู้ประกันตนตามมาตรา 39 คือผู้เคยเป็นลูกจ้างผู้ประกันตนและสิ้นสภาพ แต่ยื่นความจำนงขอจ่ายเงินสมทบเองและขอใช้สิทธิประกันสังคมต่อ ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เป็นบุคคลอื่นใดซึ่งมิใช่ลูกจ้าง แสดงความจำนงและต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเป็นรายปี ประเภทและขอบเขตของสิทธิประโยชน์ทดแทนจะขึ้นอยู่กับหลักเกณฑ์และเงื่อนไขของผู้ประกันตนตามแต่ละประเภท

ผลการดำเนินงานนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขที่เกิดต่อประชาชน (มุมมองภาครัฐ,ประชาชน) เปรียบเทียบตามแนวคิด สิทธิธรรมชาติของจอห์น ล็อก สิทธิสุขภาพตามแนวคิดของ จอห์น ล็อก ประชาชนทุกคนควรจะมีสิทธิในการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขของรัฐไทยได้อย่างอย่างทั่วถึง และเท่าเทียม ดังเช่นวิสัยทัศน์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ: สปสช. *“ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทย ได้รับความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าด้วยความมั่นใจ” โดยสนับสนุนให้มีบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ทุกคนเข้าถึงได้ ไม่เกิดวิกฤติทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล เสริมสร้างความเท่าเทียมกันระหว่างกองทุนอื่น ๆ และทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมพัฒนาและเป็นเจ้าของโดยเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีซึ่งกัน”* (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาเมื่อมองถึงความเท่าเทียมในแต่ละกองทุนกลับพบปัญหาความเหลื่อมล้ำในการใช้งบประมาณ ตัวอย่างเช่น จากรายงานการรับบริการสาธารณะสุข พ.ศ.2555 ของกองทุนข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เปรียบเทียบเป็นจำนวนและร้อยละของผู้มีสิทธิ์เรียงตามลำดับกองทุน คือ 5 ล้านคน (8%), 10.4 ล้านคน (15.8%) และ 47 ล้านคน (76.2%) ส่วนงบประมาณที่ใช้ต่อกองทุนได้แก่ 62,195 ล้านบาท, 846,544 ล้านบาท และ 120,846 ล้านบาท ค่าใช้จ่ายต่อรายต่อปีของกองทุนต่าง ๆ มีดังนี้ 15,000 บาท, 2,500บาท และ 2,755.60 บาท เรียงตามลำดับ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2555) ดังนั้นหากถามว่าระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบันได้ มาตรฐาน มีประสิทธิภาพ และเป็นไปอย่างทั่วถึงแล้วหรือไม่ เพียงใด ต้องขอตอบว่า ยังมีปัญหาเรื่องการมีหลายมาตรฐาน มีปัญหาเรื่องสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานของแต่ละกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน มีความแตกต่างและเหลื่อมล้ำกันอยู่ และในขณะเดียวกันการบริหารจัดการของแต่ละกองทุนก็ได้สะท้อนถึงประสิทธิภาพในการบริหารจัดการด้วย ระบบสวัสดิการข้าราชการใช้ระบบการจ่ายเมื่อไปใช้บริการ หรือ free for service ซึ่งทำให้เกิดปัญหาการควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ได้ ส่วนระบบประกันสังคม และระบบบัตรทอง ใช้ระบบการจ่าย

ค่ารักษาพยาบาลแบบเหมาจ่ายต่อหัวหรือ capitation ซึ่งระบบนี้มีข้อดีคือสามารถที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายได้ แต่มีข้อเสียคือทำให้ได้รับบริการที่ไม่ดีมากนัก เนื่องจากโรงพยาบาลได้รับเงินไปแล้วเมื่อคนไข้เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลก็มักจะประหยัดหรือไม่อยากรักษา หรือเมื่อพบผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ก็จะแนะนำให้เลือกรับบริการจากที่อื่น เช่นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เป็นการกันผู้ป่วยป่วยเรื้อรังไปที่อื่น (กองบรรณาธิการสำนักกฎหมาย, 2554)

การพยายามสร้างความครอบคลุมผู้มีสิทธิ ในระบบประกันสุขภาพ ของรัฐบาลไทย (Universal Health Coverage: UHC) ประชากรไทยมีหลักประกันสุขภาพ 99.92%" ใช้งบประมาณ 83,989,256,989.97 ล้านบาท ประชาชนในพื้นจังหวัดชายแดนใต้ ได้รับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีมาตรฐาน 3,600,920 คน คิดเป็นร้อยละ 95.33 งบประมาณที่ใช้จ่าย 43,332,720.65 รายงานผลการดำเนินงานของรัฐบาลพลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี (ระหว่างวันที่ 12 กันยายน 2560 – 31 พฤษภาคม 2561) จากรายงานข้างต้นทำให้มองได้ว่าประชาชนชาวไทยได้รับสิทธิในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขของรัฐอย่างครอบคลุม แต่ผลการวิจัยกลับพบความแตกต่าง ประชาชนส่วนใหญ่ยังมีความรับรู้เกี่ยวกับสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพน้อย เช่น ประชาชนรู้จักว่าในตำบลตนเองมีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในระดับต่ำ ส่วนการรับรู้เรื่องสิทธิและการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ ประชาชนมีการรับรู้ในระดับต่ำ การเข้าถึงบริการของกลุ่มคนพิการเข้าถึงบริการในระดับที่ต่ำร้อยละ 24.5 โดยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ร้อยละ 21.3 และได้รับกายอุปกรณ์ร้อยละ 17.2 [15] ส่วนการศึกษาปัญหาการบริการสาธารณสุขโรงพยาบาลมาบตาพุดพบปัญหาสำคัญ 3 อันดับแรกคือ ระบบการให้บริการล่าช้า แพทย์และพยาบาลมีไม่เพียงพอ และความไม่สะดวกสบายในสถานที่ ส่วนปัญหาบริการของคลินิกคือ ค่าใช้จ่ายสูง ผู้รับบริการมาก สถานที่คับแคบ ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง และปัญหาการบริการในสถานีอนามัยคือผู้ใช้บริการจำนวนมาก บริการล่าช้า ขาดแคลนแพทย์ และเจ้าหน้าที่ [7] และ กฤษฎา บุญชัย ได้เสนอบทสรุปผู้บริหารใน แนวคิดและทัศนะต่อความเป็นธรรมของกลไกสำคัญในการอภิบาลระบบสุขภาพว่า รัฐบาล ราชการ สถาบันการแพทย์ และกลไกสำคัญในระบบอภิบาลสุขภาพทั้งหมดควรที่จะต้องผลักดันให้เกิดปฏิรูประบบสุขภาพ โดยให้หลักความเป็นธรรมตามแนวคิดของ John Rawls โดยมุ่งสร้างความเป็นธรรมหรือความยุติธรรมของระบบ ด้วยการพัฒนาระบบหลักประกันการเข้าถึงสุขภาพของประชาชนให้มีความก้าวหน้าทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ และมีแนวนโยบายสนับสนุน คุ้มครองสิทธิของประชาชนผู้ด้อยอำนาจให้มีสิทธิพิเศษในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และมีอำนาจต่อรองในกระบวนการกำหนดนโยบาย และการปฏิบัตินโยบายมากยิ่งขึ้น (กฤษฎา บุญชัย และคณะ, 2556)

ตามมุมมองของประชาชนและผู้รับบริการ กลับไม่ต้องการสิทธิในการเข้าถึงบริการที่มากมาย แต่พวกเขาต้องการบริการที่ได้มาตรฐาน และมีความปลอดภัย *"เมื่อฉันมาคลอด ฉันอยากให้ลูกเกิดรอด และฉันปลอดภัย"* ผู้ได้รับความเสียหายทางการแพทย์ กล่าวในเวทีเสวนา วันแห่งความปลอดภัยของผู้ป่วยโลก และวันแห่งความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย [11] ส่วนในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ เมื่อถามถึงสิทธิและความต้องการรับบริการสาธารณสุขของรัฐได้รับคำตอบว่า *"ขอให้มาแล้วมีหมออยู่ดูแลเรา"* หรือ *"เมื่อมาแล้วก็ต้องได้ยากลับบ้าน"* ในด้านหน่วยบริการพบว่าปัญหาในการจัดบริการสาธารณสุขคือ การขาดแคลนบุคลากรผู้ให้บริการ การจัดสรรงบประมาณที่ล่าช้าและมีจำนวนไม่เพียงพอกับภาระงาน นอกจากนี้ยังพบปัญหาโครงสร้างที่ไม่เป็นธรรมของแต่ละวิชาชีพ ส่วนระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ความต้องการรับบริการจากหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐของประชาชนไม่แตกต่างกัน คือ ขอให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพเฉพาะด้านและลดระยะเวลาในการรอคอย *"วันที่หมอนัดเราต้องเสียเวลาทั้งวัน"* ทำให้บางคนที่มีเศรษฐานะที่ดีจึงเลือกที่จะใช้บริการจากโรงพยาบาลเอกชน จากปัญหาการรอคอยและความแออัด รัฐบาลได้มีความพยายามที่จะพัฒนารูปแบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ครอบคลุม ลดเวลารอการจ่ายยา ลดเวลารอคอยในโรงพยาบาล ลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยให้ร้านขายยาเข้าร่วมจัดบริการจ่ายยาตามใบสั่งของแพทย์ "รับยาที่ร้านขายยาใกล้บ้าน"ไม่ต้องมาโรงพยาบาล เริ่ม 1 ตุลาคม 2562 นำร่องก่อน 500 ร้านขายยา

(คำสัมภาษณ์ นพ. สุขุม กาญจนพิมาย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มา : https://www.thaihealth.or.th/Content/49957 สืบค้นเมื่อ 27 สิงหาคม 2562) ส่วนปัญหาขวัญกำลังใจ และความเหลื่อมล้ำในสายวิชาชีพ มีในทุกระดับบริการ ถึงแม้ว่าตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาประเทศไทย มีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข โดยขยายความครอบคลุมของสถานบริการ มีโครงสร้างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ กระจายครอบคลุมพื้นที่ทุกจังหวัด และมีระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชาชนทุกภาคส่วน แต่อย่างไรก็ตาม ระบบบริการสาธารณสุขของไทยยังมีสภาพปัญหาความไม่เป็นธรรม ทำให้จำกัดสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน อันมีสาเหตุมาจากจำนวนบุคลากรสาธารณสุขไม่เพียงพอ ขาดความเป็นธรรมในการกระจายตัวของบุคคลากรด้านสุขภาพ รวมถึงการกระจายตัวของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง ที่มีการกระจุกตัวอยู่เฉพาะในบางพื้นที่ นอกจากนี้ระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่กระจายตัวอย่างครอบคลุมและอยู่ใกล้ชิดประชาชนผู้รับบริการมากที่สุด ยังขาดคุณภาพการบริการ และขาดความเข็มแข็ง (สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, 2548) เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาวิกฤตความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการสาธารณสุข ทำให้มีการร้องเรียนและฟ้องดำเนินคดีกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขในกรณีที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขเป็นจำนวนมากยิ่งขึ้น (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2554)

บทสรุป สิทธิตามธรรมชาติเป็นสิทธิที่กำเนิดมาพร้อมกับมนุษย์ และสิทธิในสุขภาพเป็นสิทธิตามธรรมชาติที่จำเป็นที่รัฐต้องจัดหาให้ประชาชนได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน บนพื้นฐานความเท่าเทียม และทั่วถึง นโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศไทยพัฒนามาตามหลักความเสมอภาค ความเป็นธรรม หลักเสรีภาพ และ หลักประโยชน์สูงสุด โดยมีเป้าหมายในการช่วยให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น ตามความคาดหวังของประชาชน จากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่ารัฐบาลไทยได้พยายามจัดหาสวัสดิการด้านการบริการสาธารณสุขให้ตอบสนองความต้องการตามสิทธิของประชาชน แต่ยังมีสภาพปัญหาความไม่เป็นธรรม ทำให้จำกัดสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน และยังพบปัญหาความเหลื่อมล้ำในการใช้จ่ายงบประมาณของกองทุนต่าง ๆ ที่ไม่เท่าเทียมกัน แล้วยังพบว่าประชาชนยังมีความรับรู้และเข้าถึงสิทธิและความพึงพอใจ ในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐยังอยู่ในระดับที่ต่ำ ในด้านหน่วยบริการและผู้ให้บริการยังพบปัญหาการขาดแคลนบุคลากร และงบประมาณ การขาดขวัญกำลังใจ ความเหลื่อมล้ำไม่เป็นธรรมในด้านค่าตอบแทนของแต่ละวิชาชีพ จึงทำให้มีผลต่อคุณภาพบริการที่ประชาชนควรจะได้รับ

เอกสารอ้างอิง

1.กรมองค์การระหว่างประเทศ. **ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน : 60 ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ศักดิ์ศรีและความยุติธรรมสำหรับเราทุกคน**. กระทรวงการต่างประเทศ. 2551

2.คณะทำงานพัฒนาระบบหลักสุขภาพถ้วนหน้า. **ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.** สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพไทย. นนทบุรี, 2549. https://www.nhso.go.th/ARCHIVES/section3/detail1.aspx. สืบค้นเมื่อ (16/กันยายน/2561).

3.จิรวัฒน์ ตั้งเจริญถาวร. **สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ : ศึกษาเฉพาะกรณีการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา.** วิทยานิพนธ์ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์. (2552).

4.ปรีชา ช้างขวัญยืน. **ปรัชญาแห่งอุดมการณ์ทางการเมือง**. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ. 2533.

5.ป๋วย อึ๊งภากร. **คุณภาพชีวิต ปฏิทินแห่งความหวัง จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน.** บทความ **หนังสือพิมพ์บางกอกโพสต์** ฉบับวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ. 2516. สืบค้นใน https://th.wikwpedia.org/wiki/ เมื่อวันที่ 22 กันยายน 2561.

6.พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. หมวด 1, มาตรา 5, วันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545.

7.พอพล อุยยานนท์. **การให้บริการและความต้องการบริการสาธารณสุขในพื้นที่มาบตาพุด จังหวัดระยอง.** สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์. กรุงเทพมหานคร, (2557).

8.วินัย ผลเจริญ. เอกสารประกอบการสอน **วิชาทฤษฎีการเมืองและสังคม.** สาขาวิชารัฐศาสตร์ วิทยาลัยการเมืองการปกครอง มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. (2556).

9.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. **ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.** ปีที่ 5 (ฉบับบที่ 1) : หน้า 9-18, 2540.

10.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. **บนเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**. (พิมพ์ครั้งที่3). สพิจิตร. กรุงเทพฯ. 2550.

11.สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. **เวทีเสวนา วันแห่งความปลอดภัยของผู้ป่วยโลก และวันแห่งความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย.** Fri, 2019-09-20 12:28 https://www.hfocus.org/content/2019/09/17765 สืบค้นเมื่อ (17/กันยายน/2562).

12.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. **ลดความเหลื่อมล้ำเพิ่มความเป็นธรรม "3 กองทุนสุขภาพ" รับความท้าทายในอนาคต**. วารสาร HSRI Forum พื้นที่แบ่งปันความรู้ด้านระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2555.

13.สมบัติ ธำรงธัญวงศ์ (2538). **การเมือง แนวความคิดและการพัฒนา**. (พิมพ์ครั้งที่ 3). เอส แอนด์ จี กราฟฟิค. กรุงเทพฯ. 2538.

14.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. **รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปี 2559**. 2559.

15.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 8 อุดรธานี. **การประเมินการรับรู้เรื่องสิทธิและความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2556.** 2556.

16.อำพล จินดาวัฒนะ. **การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม : มิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพ**. (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี. 2551

17.John Locke. **Treatise of Civil Government and A Letter Concerning Toleration**. D. Appleton-Century company, incorporated. New York. 1937.

18.United Nations. **The Universal Declaration of Human Rights**. 2015.

19.World Health Organization (WHO). **Health as a Human right Health aspects of human rights with special reference to development in biology and medicine**. WHO. Geneva. 1976.

20.World Health Organization (WHO). **Constitution of the World Health Organization**. WHO. Geneva. 1948.

ผลของกระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วมของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

Effect of participatory strategy development process of Nakhon Pathom Provincial Health Officer

สุภัทร กตัญญูทิตา[1]

Supat Katanyutita

(Received: March 7 ,2020 ; Accepted: April 30 ,2020)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อศึกษาผลของกระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วมของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงานยุทธศาสตร์ ในทุกระดับ จำนวน 268 คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และทะเบียนรายงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน F-test ด้วยเทคนิค Two-way ANOVA เปรียบเทียบรายคู่โดย Duncan และ F-test ด้วยเทคนิค Repeated Measurement เปรียบเทียบรายคู่โดย LSD ส่วน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา พบว่า ระดับความเข้าใจในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ระหว่าง ปี 59 60 และ61มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value เท่ากับ .000) โดยที่ ปี 2561 มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด และระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ระหว่าง ปี 59 60 และ 61 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value เท่ากับ .002) โดยที่ ปี 2561 มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด และนวัตกรรมจากการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมได้แก่ ระบบบริหารจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพของโรงพยาบาลในเขตอำเภอนครชัยศรีหรือ Nakhonchaisi Model

คำสำคัญ : กระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วม

Abstract

This research was research and development aimed to studied effect of participatory strategy development process of Nakhon Pathom Provincial Health Officer. Sample size were 268 Nakhon Pathom Provincial Health Officer that is involved in driving the strategic work. Data were collected by questionnaire and registration report. Data were analyzed by percentile , mean , standard deviation , F-test by Two-way ANOVA technique multiple comparison by Duncan , F-test by Repeated Measurement technique multiple comparison by LSD. Qualitative data analyzed by Content Analysis.

The results showed that understanding level of strategic driving of Public Health Service Units affiliation the Provincial Health Office of Nakhon Pathom between year 2016 , 2017 and 2018 there was statistically significant difference at .05 level (p - value = .000). By that year 2018 with the highest average score. And participatory level of strategic driving of Public Health Service Units affiliation the Provincial Health Office of Nakhon Pathom between year 2016 , 2017 and 2018 there was statistically significant difference at .05 level (p - value = .002). And innovations from the strategic driving of the Public Health Service Unit under the Nakhon Pathom Provincial Health Office namely the health resource management system of hospitals in Nakhon Chai Si District or Nakhonchaisi Model.

Keyword : Participatory strategy development process

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

บทนำ

ระบบสุขภาพอาจนิยามจากบทบาทหน้าที่ หรือองค์ประกอบ ในเชิงบทบาทหน้าที่ ระบบสุขภาพมุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาวะกายและจิตที่ดี ผ่านกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค ฟื้นฟูการทำงานของร่างกายและกระบวนการสร้างความแข็งแกร่งและความพร้อมของสาธารณสุขในการรับมือโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและภัยพิบัติ[1]

สังคมไทยในปัจจุบันนั้น มีความเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นบริบททางสังคมเศรษฐกิจสิ่งแวดล้อม การสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ อันเนื่องมาจากกระแสการพัฒนาที่เข้มข้นอย่างต่อเนื่องส่งผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายของประชากรและสังคมอย่างเสรีมากขึ้นกว่าเมื่อก่อน การต้องรับมือกับโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่จึงเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และในอนาคตอันใกล้ประเทศไทยก็จะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวอีกทั้งยังส่งผลถึงบริบททางเศรษฐกิจของประเทศไทยอีกด้วย จากเดิมที่เคยเป็นเศรษฐกิจสังคมอุตสาหกรรมก็กำลังจะเปลี่ยนผ่านเป็นเศรษฐกิจสังคมดิจิทัล ดังนั้นบริบทในแง่ของการดำรงชีวิตของประชากรไทยก็ต้องมีการปรับเปลี่ยนตามไปด้วย จึงจะเห็นได้ว่าสังคมไทยนั้นได้มีการพลวัตอยู่อย่างต่อเนื่อง แต่ในทางกลับกันคุณภาพชีวิตของคนไทยและการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วนี้กลับยังไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร ด้วยเหตุเหล่านี้จึงได้ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของคนไทยทั้งทางตรงและทางอ้อม[2]

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555–2559 [3] มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งพัฒนาภายใต้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง สร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการอภิบาลระบบสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการสร้างกระบวนการการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม มุ่งเน้นการสร้างหลักประกันและการจัดบริการที่ครอบคลุม เป็นธรรม เห็นคุณค่าของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพกำหนดไว้ 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ ยุทธศาสตร์ที่ 1: เสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีสุขภาพในการสร้างสุขภาพตลอดจนการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพบนพื้นฐานภูมิปัญญาไทย ยุทธศาสตร์ที่ 2: พัฒนาระบบเฝ้าระวังเตือนภัยและการจัดการภัยพิบัติ อุบัติเหตุและภัยสุขภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 3: มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรค และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เพื่อให้คนไทยแข็งแรงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา ยุทธศาสตร์ที่ 4: เสริมสร้างระบบบริการสุขภาพให้มีมาตรฐานในทุกระดับ เพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในทุกกลุ่มเป้าหมาย และพัฒนาระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อ และยุทธศาสตร์ที่ 5: สร้างกลไกกลางระดับชาติในการดูแลระบบบริการสุขภาพ และพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560–2564 [4] โดยวางกรอบแนวคิดให้มีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ประเทศไทย 4.0 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) นโยบายรัฐบาล การปฏิรูปด้านสาธารณสุข ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) นอกจากนี้ยังได้นำผลจากการทบทวนจุดยืน วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยม และยุทธศาสตร์ (Retreat) กระทรวงสาธารณสุข ทำให้เกิดยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence) 2) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) เพื่อขับเคลื่อนและสร้างความเข้าใจร่วมกันให้แก่ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดนครปฐม และได้มีการถ่ายทอดลงไปยังพื้นที่เพื่อเกิดการทำงานทิศทางเดียวกันในทุกระดับ เป็นเรื่องสำคัญต้องอาศัยการดำเนินการแบบบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม โดยมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์จากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงจะบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด จากการดำเนินการดังกล่าวผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาผลของกระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วมของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เพื่อเป็นแนวทางในการการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอและตำบล ให้มีศักยภาพในการรองรับนโยบายประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมของการทำงานแบบบูรณาการทั้งเชิงปฏิบัติการและบริหารจัดการ มีการพัฒนาโครงสร้าง แนวทาง รูปแบบการดำเนินงานที่มีเอกภาพและประสิทธิภาพในระบบบริการสาธารณสุขอย่างยั่งยืน[5]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วมของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

3. เพื่อศึกษาผลของกระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วมของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

รูปแบบการศึกษา

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อศึกษาผลของกระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วมของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงานยุทธศาสตร์ ในทุกระดับ จำนวน 268 คน**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผลของกระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วมของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม มีดังต่อไปนี้

1.เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมประกอบด้วย

1.1 การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม เพื่อทบทวนผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาโดยการเก็บข้อมูลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

1.2เครื่องมือในกำหนดกิจกรรมและวิธีการติดตามประเมินผลในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วมของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ได้แก่ การประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับกระบวนการกลุ่มแบ่งเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

2.เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามความเข้าใจในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ การกำหนดประเด็น การกำหนดตัวชี้วัดการจัดทำโครงร่างในการแก้ปัญหาการดำเนินตามโครงการ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน
มาก เท่ากับ 4 คะแนน
ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน
น้อย เท่ากับ 2 คะแนน
น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนดังนี้[๑๑]

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มากที่สุด
3.41 – 4.20	มาก
2.61 – 3.40	ปานกลาง
1.81 – 2.60	น้อย
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด

2.2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ การกำหนดประเด็น การกำหนดตัวชี้วัดการจัดทำโครงร่างในการแก้ปัญหาการดำเนินตามโครงการมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน
มาก เท่ากับ 4 คะแนน
ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน
น้อย เท่ากับ 2 คะแนน
น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนดังนี้[๑๑]

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

การสร้างและตรวจคุณภาพเครื่องมือ โดยการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดเป็นประเด็นคำถาม หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้ไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อหาความสอดคล้องของเนื้อหาและวัตถุประสงค์ (IOC) หลักจากนั้นทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ และนำไปใช้ทดลองกับประชากรที่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค[๑๒] ได้ค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค 0.80

2.2 ทะเบียน/รายงานผลการพัฒนายุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วมของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ได้แก่

1.1 ศึกษาทบทวนผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาโดยการเก็บข้อมูลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมจากการสนทนากลุ่มร่วมกับบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

1.2 การเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามความเข้าใจในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

1.3 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปกำหนดแนวทางร่วมกับบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

2. ทบทวนและกำหนดกระบวนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมปี 2560

3. ติดตามประเมินผลกระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วมของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมในทุกระดับ ได้แก่

3.1 ผลการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วมของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ในทุกระดับ ปี 2560

3.2 ผลการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วมของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ในทุกระดับ ปี 2561

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

1. ข้อมูลศึกษาสถานการณ์ระดับการบริหารจัดการใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างกับความคิดเห็น แนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ โดยใช้สถิติ F-test ด้วยเทคนิค Two-way ANOVA เปรียบเทียบรายคู่โดย Duncan และ F-test ด้วยเทคนิค Repeated Measurement เปรียบเทียบรายคู่โดย LSD

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

ระดับความเข้าใจในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมปี 59 พบว่าระดับความเข้าใจในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.44, S.D.=0.43) และรายด้าน พบว่าด้าน 2,4,5,7,8 อยู่ในระดับมากเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย จำนวน 2 อันดับแรกคือ ด้าน 4. การกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issues): ประเด็นหลักต้องคำนึงถึงต้องพัฒนาต้องมุ่งเน้น ($\bar{X}$ =3.51, S.D.=0.50) รองลงมาคือ ด้าน 8. การกำหนดกลยุทธ์ (Strategy): สิ่งที่หน่วยงานจะทำเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ ($\bar{X}$ =3.50, S.D.=0.50) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้าน 1. การวิเคราะห์ศักยภาพ (SWOT Analysis): วิเคราะห์ปัจจัยทางยุทธศาสตร์ ($\bar{X}$ =3.34, S.D.=0.55)

ระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมปี 59 พบว่าระดับการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.37, S.D.=0.48) และรายด้าน พบว่าด้าน 5,6,8 อยู่ในระดับมากเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย จำนวน 2 อันดับแรกคือ ด้าน 6. การวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จ (Critical Success Factors) ($\bar{X}$ =3.50, S.D.=0.54) รองลงมาคือ ด้าน 5. การกำหนดเป้าประสงค์ (Goal): อะไรคือสิ่งที่หน่วยงานอยากจะบรรลุ ($\bar{X}$ = 3.44, S.D.=0.57) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้าน 9. การกำหนดตัวชี้วัด (Key Performance Indicators): สิ่งที่จะเป็นตัวบอกว่าหน่วยงานสามารถบรรลุเป้าประสงค์หรือไม่ ($\bar{X}$ =3.26, S.D.=0.63)

2. ผลการทบทวนและกำหนดกระบวนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ปี 2560

จากการวิเคราะห์ระดับความเข้าใจในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมปี 59 พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้าน 1. การวิเคราะห์ศักยภาพ (SWOT Analysis): วิเคราะห์ปัจจัยทางยุทธศาสตร์ และระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมปี 59 คือ ด้าน 9. การกำหนดตัวชี้วัด (Key Performance Indicators): สิ่งที่จะเป็นตัวบอกว่าหน่วยงานสามารถบรรลุเป้าประสงค์หรือไม่ ระดับความเข้าใจและระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมปี 59 ระหว่างอำเภอมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ระดับความเข้าใจในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมปี 59 อำเภอดอนตูม บางเลน และเมือง มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด และระดับความเข้าใจในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมปี 59 อำเภอดอนตูม และเมือง มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ปัญหาดังกล่าวสามารถสรุปเป็นแนวทางแก้ไขดังตาราง 1

ตาราง 1 การวิเคราะห์ปัญหาและสรุปแนวทางแก้ไข

หัวข้อและอำเภอที่ต้องการพัฒนา	แนวทางแก้ไข
การวิเคราะห์ศักยภาพ (SWOT Analysis) : วิเคราะห์ปัจจัยทางยุทธศาสตร์ ได้แก่ อำเภอเมือง นครชัยศรี ดอนตูม บางเลน สามพราน และพุทธมณฑล	จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำความเข้าในเกี่ยวกับการวิเคราะห์ศักยภาพ (SWOT Analysis) : วิเคราะห์ปัจจัยทางยุทธศาสตร์ ร่วมกับอำเภอเมือง นครชัยศรี ดอนตูม บางเลน สามพราน และพุทธมณฑล
การกำหนดวิสัยทัศน์ (Vision) : สิ่งที่อยากจะให้หน่วยงานเป็นในอีก 3 – 5 ปีข้างหน้า ได้แก่ อำเภอ นครชัยศรี และบางเลน	จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำความเข้าในเกี่ยวกับการกำหนดวิสัยทัศน์ (Vision) : สิ่งที่อยากจะให้หน่วยงานเป็นในอีก 3 – 5 ปีข้างหน้า ร่วมกับอำเภอ นครชัยศรี และบางเลน

ตาราง 1 การวิเคราะห์ปัญหาและสรุปแนวทางแก้ไข

หัวข้อและอำเภอที่ต้องการพัฒนา	แนวทางแก้ไข
การกำหนดพันธกิจ (Mission) : กรอบขอบเขต การดำเนินงานของหน่วยงาน ได้แก่ อำเภอ นครชัยศรี บางเลน และสามพราน	จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำความเข้าในเกี่ยวกับการกำหนดพันธกิจ (Mission) : กรอบขอบเขต การดำเนินงานของหน่วยงานร่วมกับอำเภอ นครชัยศรี บางเลน และสามพราน
การกำหนดเป้าประสงค์ (Goal) : อะไรคือสิ่งที่หน่วยงานอยากจะบรรลุ ได้แก่ อำเภอนครชัยศรี บางเลน และสามพราน	จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำความเข้าในเกี่ยวกับการกำหนดเป้าประสงค์ (Goal) : อะไรคือสิ่งที่หน่วยงานอยากจะบรรลุร่วมกับ อำเภอนครชัยศรี บางเลน และสามพราน
การกำหนดตัวชี้วัด (Key Performance Indicators) : สิ่งที่จะเป็นตัวบอกว่าหน่วยงานสามารถบรรลุเป้าประสงค์หรือไม่ ได้แก่ อำเภอ นครชัยศรี บางเลน และสามพราน	จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำความเข้าในเกี่ยวกับการกำหนดตัวชี้วัด (Key Performance Indicators) : สิ่งที่จะเป็นตัวบอกว่าหน่วยงานสามารถบรรลุเป้าประสงค์หรือไม่ ร่วมกับ อำเภอ นครชัยศรี บางเลน และสามพราน

3. ผลการประเมินผลกระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วมของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมในทุกระดับ

3.1 ระดับความเข้าใจในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

ระดับความเข้าใจในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมปี 60 พบว่าระดับความเข้าใจในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =3.88, S.D.=0.46) และรายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก เรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย จำนวน 2 อันดับแรก คือ ด้าน 1. การวิเคราะห์ศักยภาพ (SwotAnalysis) : วิเคราะห์ปัจจัยทางยุทธศาสตร์ ($\overline{X}$ =3.95, S.D.=0.84), ด้าน 4. การกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issues) : ประเด็นหลักต้องคำนึงถึง ต้องพัฒนาต้องมุ่งเน้น ($\overline{X}$ =3.95, S.D.=0.68) รองลงมาคือด้าน 2. การกำหนดวิสัยทัศน์ (Vision) : สิ่งที่อยากจะให้หน่วยงานเป็นในอีก 3–5 ปีข้างหน้า ($\overline{X}$ =3.93, S.D.=0.73) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้าน 5. การกำหนดเป้าประสงค์ (Goal) : อะไรคือสิ่งที่หน่วยงานอยากจะบรรลุ ($\overline{X}$ =3.80, S.D.=0.65)

ระดับความเข้าใจในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมปี 61 พบว่าระดับความเข้าใจในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.50, S.D.=0.37) และรายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด เรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย จำนวน 2 อันดับแรก คือ ด้าน 1. การวิเคราะห์ศักยภาพ (SwotAnalysis) : วิเคราะห์ปัจจัยทางยุทธศาสตร์ ($\overline{X}$ =4.58, S.D.=0.58) รองลงมาคือ ด้าน 3. การกำหนดพันธกิจ (Mission) : กรอบขอบเขต การดำเนินงานของหน่วยงาน ($\overline{X}$ =4.55, S.D.=0.56) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้าน 7. การกำหนดเป้าหมาย (Target) : ตัวเลขหรือค่าของตัวชี้วัดที่จะต้องไปให้ถึง ($\overline{X}$ =4.42, S.D.=0.61)

3.2 ระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

ระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมปี 60 พบว่ามีระดับการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =3.81, S.D.=0.68) และรายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก เรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย จำนวน 2 อันดับแรก คือ ด้าน 8. สร้าง Strategy Map หรือแผนที่กลยุทธ์ ($\overline{X}$ =3.90, S.D.=0.81) รองลงมาคือ ด้าน 6. การวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จ (Critical Success Factors) ($\overline{X}$ =3.89, S.D.=0.73) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้าน 2. การกำหนดวิสัยทัศน์ (Vision) : สิ่งที่อยากจะให้หน่วยงานเป็นในอีก 3–5 ปีข้างหน้า ($\overline{X}$ =3.69, S.D.=0.93)

ระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมปี 61 พบว่าระดับการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.60, S.D.=0.46) และรายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด เรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย จำนวน 2 อันดับแรก คือ ด้าน 3. การกำหนดพันธกิจ (Mission) : กรอบขอบเขต การดำเนินงานของหน่วยงาน ($\overline{X}$ =4.68, S.D.=0.59) รองลงมาคือ ด้าน 8. สร้าง Strategy Map หรือแผนที่กลยุทธ์ ($\overline{X}$ =4.67, S.D.=0.54) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้าน 2. การกำหนดวิสัยทัศน์ (Vision) : สิ่งที่อยากจะให้หน่วยงานเป็นในอีก 3–5 ปีข้างหน้า ($\overline{X}$ =4.52, S.D.=0.78

3.3 การเปรียบเทียบระดับความเข้าใจและระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

ตาราง 2 เปรียบเทียบระดับความเข้าใจและระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ปี 61 ระหว่างอำเภอ

แหล่งข้อมูล		Sum of Squares	df	Mean Square	F	p – value
ระดับความเข้าใจ	Between Groups	6.998	6	1.166	10.124	.000*
	Within Groups	30.067	261	.115		
	Total	37.065	267			
ระดับการมีส่วนร่วม	Between Groups	9.756	6	1.626	8.915	.000*
	Within Groups	47.604	261	.182		
	Total	57.361	267			

*อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 2 พบว่า ระดับความเข้าใจและระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ปี 61 ระหว่างอำเภอ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p–value เท่ากับ .000 เท่ากัน)

3.4 การเปรียบเทียบระดับความเข้าใจในและระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ระหว่างปี 59 60 และ 61

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบระดับความเข้าใจในและระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ระหว่าง ปี 59 60 และ 61

ตัวแปร	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	p-value	Epsilon[a]		
					Greenhouse-Geisser	Greenhouse -Geisser	Greenhouse -Geisser
ความเข้าใจ	.876	35.255	2	.000*	.890	.895	.500
การมีส่วนร่วม	.954	12.496	2	.002*	.956	.963	.500

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบระดับความเข้าใจในและระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ระหว่างปี 59 60 และ 61 พบว่าระดับความเข้าใจในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ระหว่าง ปี 59 60 และ 61 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p–value เท่ากับ .000) โดยที่ ปี 2561 มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดดังตาราง 4 และระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ระหว่างปี 59 60 และ 61 ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p–value เท่ากับ .002) โดยที่ ปี 2561 มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดดังตาราง 5

ตาราง 4 การเปรียบเทียบรายคู่ระดับความเข้าใจในในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ระหว่าง ปี 59 60 และ 61

(I)	(J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p-value	95% Confidence Interval for Differenceb	
					Lower Bound	Upper Bound
ปี 2559	ปี 2560	-.407*	.030	.000	-.466	-.347
	ปี 2561	-1.059*	.042	.000	-1.140	-.977
ปี 2560	ปี 2559	.407*	.030	.000	.347	.466
	ปี 2561	-.652*	.037	.000	-.725	-.579
ปี 2561	ปี 2559	1.059*	.042	.000	.977	1.140
	ปี 2560	.652*	.037	.000	.579	.725

ตาราง 5 การเปรียบเทียบรายคู่ระดับการมีส่วนร่วมในในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมระหว่าง ปี 59 60 และ61

(I)	(J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p-value	95% Confidence Interval for Differenceb	
					Lower Bound	Upper Bound
ปี 2559	ปี 2560	-.429*	.042	.000	-.511	-.346
	ปี 2561	-1.227*	.046	.000	-1.316	-1.137
ปี 2560	ปี 2559	.429*	.042	.000	.346	.511
	ปี 2561	-.798*	.050	.000	-.897	-.699
ปี 2561	ปี 2559	1.227*	.046	.000	1.137	1.316
	ปี 2560	.798*	.050	.000	.699	.897

3.5 นวัตกรรมจากการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

จากการดำเนินงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมโดยการจัดทำเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการสร้างความเข้าใจในและการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมซึ่งจะนำไปใช้ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ในปี 2561 ในอำเภอนครชัยศรี ได้เกิดเป็นนวัตกรรมการพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพของโรงพยาบาลในเขตอำเภอนครชัยศรี หรือ Nakhonchaisi Model โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทและโอกาสในการพัฒนาจากทรัพยากรด้านสุขภาพของโรงพยาบาลนำสู่การพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพร่วมกันของโรงพยาบาลในเขตอำเภอนครชัยศรี 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลนครชัยศรี โรงพยาบาลห้วยพลู และโรงพยาบาลหลวงพ่อปิ่น สามารถสรุปประเด็นได้ ดังภาพประกอบที่ 1,2,3, 4,5และ 6

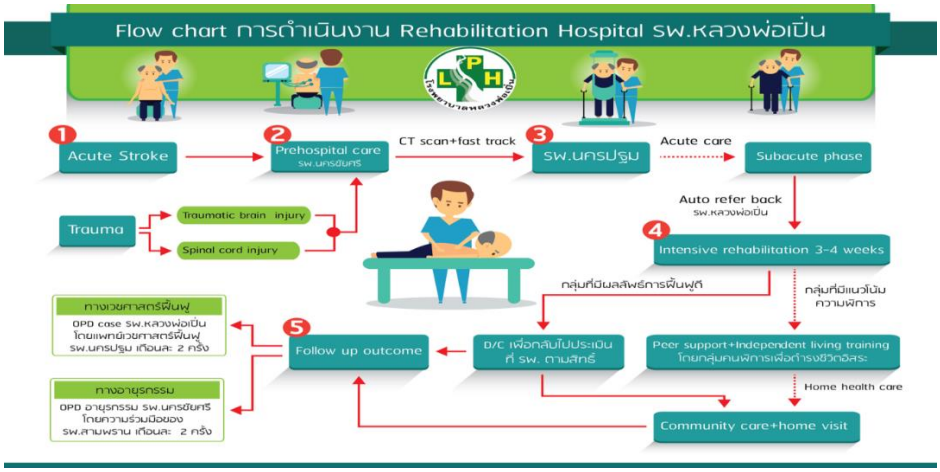


ภาพประกอบ 1 นครชัยศรีโมเดล



	ปีงบประมาณ		
	2562	2563	2564
1.ร้อยละ Refer out NSTEMI ลดลง	35	30	20
2. เปิดบริการระบบ Pre hospital care	1ผลกณ 2กุมภา	1ผลกณ 2กุมภา	1ผลกณ 2กุมภา
3.การส่งต่อ Elective Surgery ลดลงร้อยละ	25	30	40
4. Refer out ทันตกรรมเฉพาะทางลดลงลดลงร้อยละ	10	20	30
5. ผู้ป่วยIMC (Stroke) ในพื้นที่ ที่จำเป็นต้องฟื้นฟูได้รับ intensive rehab.	70	75	80
6. ร้อยละของโรงงานในเขตอำเภอนครชัยศรี ได้รับการดูแลด้านอาชี [illegible] จสุขภาพพนักงานและความเสี่ยง)	20	30	40

ภาพประกอบ 2 ตัวชี้วัดการจัดบริการนครชัยศรีโมเดล



ภาพประกอบ 3 แผนผังการดำเนินงาน Rehabilitation Hospital โดรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น



ภาพประกอบ 4 แผนผังระบบบริการศัลยกรรม Elective Surgery โรงพยาบาลห้วยพลู



ภาพประกอบ 5 แผนผังระบบบริการ ทันตกรรมเฉพาะทาง โรงพยาบาลห้วยพลู



ภาพประกอบ 6 แผนผังระบบบริการ Pre – hospital โรงพยาบาลนครชัยศรี

สรุปและอภิปรายผล

ผลของกระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วมของบุคลากรสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม [8] เพื่อศึกษาผลของกระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วมของบุคลากรสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมโดยศึกษาจากบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงานยุทธศาสตร์ ในทุกระดับจำนวน 268 คน ผลการศึกษาพบว่า

สถานการณ์การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม พบว่า ระดับความเข้าใจในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมปี 59 พบว่า ระดับความเข้าใจในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.44, S.D. = 0.43) ระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมปี 59 พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.37, S.D. = 0.48)

จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงได้ดำเนินการ ทบทวนและกำหนดกระบวนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ปี 2560 [8] พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้าน 1. การวิเคราะห์ศักยภาพ (SWOT Analysis) [9] : วิเคราะห์ปัจจัยทางยุทธศาสตร์และระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ปี 59 คือ ด้าน 9. การกำหนดตัวชี้วัด (Key Performance Indicators) : สิ่งที่จะเป็นตัวบอกว่าหน่วยงานสามารถบรรลุ

เป้าประสงค์หรือไม่ ระดับความเข้าใจและระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ปี 59 ระหว่างอำเภอ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ระดับความเข้าใจในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ปี 59 อำเภอดอนตูม บางเลน และเมือง มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด และระดับความเข้าใจในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ปี 59 อำเภอดอนตูม และเมือง มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ปัญหาดังกล่าว สามารถสรุปเป็นแนวทางแก้ไข

จากการดำเนินงานพบว่า ระดับความเข้าใจในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ปี 60 พบว่า ระดับความเข้าใจในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.88, S.D. = 0.46) และในปี 61 พบว่าระดับความเข้าใจในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

ระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ปี 60 พบว่ามีระดับการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.81, S.D. = 0.68) และในปี 61 พบว่าระดับการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.60, S.D. = 0.46)

ผลการเปรียบเทียบระดับความเข้าใจในและระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ระหว่างปี 59 60 และ61 พบว่าระดับความเข้าใจในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ระหว่าง ปี 59 60 และ61มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value เท่ากับ .000) โดยที่ ปี 2561 มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด และระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ระหว่าง ปี 59 60 และ 61 ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value เท่ากับ .002) โดยที่ ปี 2561 มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ชดาภร ศิริคุณและวุธิพงศ์ ภักดีกุล (2557) [10] ได้ศึกษาเรื่องการประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่าย บริการสุขภาพ System ระดับอำเภอ (District Health: DHS) ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร พบว่า บริบทแต่ละพื้นที่มีวิวัฒนาการทำงานที่ต่อยอดจากทุนเดิม ที่เป็น วัฒนธรรมองค์กรในการทำงานกับชุมชน มีเครือข่ายที่แนบแน่น เน้นการทำงานเป็นทีมที่มากด้วย ประสบการณ์ และเรียนรู้ เทคนิคร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยนำเข้าสู่ระบบที่สำคัญ คือ การมีโครงสร้างหน้าที่ สร้างการรับรู้ กระตุ้นการตอบสนองนโยบายหรือปัญหาสุขภาพ และให้ การสนับสนุนอย่างเป็นระบบ ที่เริ่มด้วยการมีส่วนร่วม (participation) การมีปฏิสัมพันธ์ (interaction) เสริมสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (learning) ร่วมลงมือปฏิบัติจริง (action) ภายใต้การประเมิน ตนเองและการตรวจเยี่ยม (checking) จนเกิดผลผลิตที่คุ้มค่า จนเป็นเครือข่ายสุขภาพที่มีการบูรณาการทรัพยากรเพื่อร่วมทำกิจกรรมที่ตอบสนองต่อปัญหาชุมชน จนเกิดอรรถประโยชน์สูงสุด ด้านสุขภาพ โดยคณะกรรมการหรือผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานมีความพึงพอใจต่อระบบอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 86.11 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) จากการดำเนินงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม โดยการจัดทำเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ [10,11] เกี่ยวกับการสร้างความเข้าใจในและการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ซึ่งจะนำไปใช้ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ในปี 2561 ในอำเภอนครชัยศรี ได้เกิดเป็นนวัตกรรมการพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพของโรงพยาบาลในเขตอำเภอนครชัยศรี หรือ Nakhonchaisi Model สอดคล้องกับการศึกษาของ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2557) [13] พบว่าในการจัดทำแผนงานระดับจังหวัด มีองค์ความรู้ที่น่าสนใจหลายประเด็น เช่น การจัดทำแผนงานแบบ Bottom up การจัดทำตัวชี้วัดแบบ Composite index กระบวนการตรวจสอบแผนงาน เป็นต้น องค์ความรู้เหล่านี้น่าจะนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และพัฒนาทิศทางการทำงานของจังหวัดต่าง ๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนา นันทะเสน (2557) [12] ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินผลการพัฒนางานระบบสุขภาพอำเภอ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษา พบว่า ผลลัพธ์ของการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยผลการประเมินชี้ให้ เป็นพัฒนาการและความเชื่อมโยงของ 5 ปัจจัย

สำคัญ คือ (1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (3) การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และตัวผู้ให้บริการเอง (4) การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร และ(5) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น โดยเน้นการแก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่ (CBL) ในการพัฒนาระบบสุขภาพ ภายใต้การ ดำเนินงานหนึ่งอำเภอหนึ่งประเด็นสุขภาพ (one district one project : ODOP) เพื่อแก้ไขปัญหาตามบริบทในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาปัจจัยพื้นฐานในการทำงาน ได้แก่ คณะทำงานและการบริหารจัดการการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร และการพัฒนาศักยภาพคณะทำงานในด้านภาวะผู้นำ และเทคนิคการแก้ไขปัญหาในชุมชน รวมทั้งควรมีบทบาทร่วมรับผิดชอบในการวางแผนแก้ไขปัญหา และเครือข่ายภายนอกให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้ ให้มีความพร้อมและมีศักยภาพ

2. หน่วยงานที่รับผิดชอบในระดับนโยบาย ควรเร่งสนับสนุนความรู้และเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง และควรมีการพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลให้ครอบคลุมทั้งด้านผลลัพธ์ที่เกิดกับประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย

3. ผู้บริหารมีส่วนสำคัญในการกำหนดนโยบาย การติดตามประเมินผลและโดยเฉพาะการสนับสนุนให้ทุกคนมีส่วนร่วมในทุกองค์ประกอบ

4. การพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจใน การจัดทำแผนยุทธศาสตร์มีส่วนสำคัญ โดยเฉพาะกระบวนการ วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา การวิเคราะห์ความเชื่อมโยง ของยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ กิจกรรมหลัก และกิจกรรม ในแผนปฏิบัติการ

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ระบบสุขภาพ. 2559. https://www.hsri.or.th/researcher/classroom/detail/4741
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สรุปสาระสำคัญ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบเอ็ดพ.ศ. 2555 - 2559.
3. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติกระทรวงสาธารณสุข. (2555). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559).กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปภัมภ์.
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขพ.ศ. 2560 – 2564 กระทรวงสาธารณสุข
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. ยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดนครปฐม. นครปฐม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม 2560.
6. Best, John W. Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1981
7. บุญชม ศรีสะอาด.การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: ชมรมเด็ก, 2545.
8. ศศิธร ศรีแก้ว. การพัฒนารูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดลพบุรี. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2561 3-12
9. วัฒนาวงศ์เกียรติรัตน์. การวางแผนงานเชิงกลยุทธ์ในหน่วยงานภาครัฐบาล. กรุงเทพฯ : คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2555.
10. ชดาภร ศิริคุณและวุธิพงศ์ ภักดีกุล. การประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพSystem ระดับอำเภอ (District Health: DHS)ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม–มีนาคม 2557 1- 11
11. พรทิพย์ อุดมสิน รูปแบบ และเครื่องมือที่ใช้ในการจัดการความรู้ในงานส่งเสริมการเกษตรหน่วยที่ 2 ใน การจัดการความรู้ในงานส่งเสริมการเกษตร นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2554
12. Ipe, M. 2003. Knowledge sharing in organizations: A conceptual framework. Human Resource Development Review. 2(4) :337–359.
13. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ผลการศึกษากระบวนการและการบริหารแผนสาธารณสุขระดับพื้นที่.บริษัท บุญศิริการพิมพ์ จำกัด. 2558
14. วัฒนา นันทะเสน. การประเมินผลการพัฒนางานระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2558; 7(30): 105-13.

การพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยวัณโรคติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงร่วมกับภาวะติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ:กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing for prevention and control of the spread of Tuberculosis with severe sepsis with antibiotic resistance: Case study 2 case

ณัชชา เพียงพอ[1]

Nutcha Pheingpo

(Received: February 16 ,2020 ; Accepted: March 21 ,2020)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงร่วมกับภาวะติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเป็นแนวทางในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค วิธีการศึกษาเลือกผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน พฤษภาคม – กรกฎาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 2 ราย

ผลการศึกษา: กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 43 ปี อาการสำคัญ เหนื่อยอ่อนเพลีย ถ่ายเหลว เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับติดเชื้อวัณโรค ได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจ หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาภาวะแทรกซ้อน อาการผู้ป่วยทุเลาแพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน การวินิจฉัยโรคSeptic shock with Acute respiratory failure, anemia, diabetic mellitus type II, hypertension ,HCV cirrhosis, pulmonary tuberculosisระยะเวลานอนโรงพยาบาล6 วัน กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 63 ปี อาการสำคัญ ปวดศีรษะร่วมกับมีอาเจียนเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 10 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีภาวะเยื้อหุ้มสมองอักเสบจากการติดเชื้อวัณโรค ร่วมกับภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษา มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ระบบหายใจล้มเหลวไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ การวินิจฉัยโรค Tuberculosis Meningitis with Hypertension, anemia, acute respiratory failure, pneumonia, septic shock, pulmonary tuberculosisระยะเวลานอนโรงพยาบาล 59 วัน

คำสำคัญ : โรควัณโรค, เชื้อในกระแสเลือด, เยื้อหุ้มสมองอักเสบจากวัณโรค

Abstract

The objective of this study To be a guideline for nursing care for TB patients with severe sepsis and antimicrobial resistance as a way to prevent and control the spread of tuberculosis. Methods: 2 tuberculosis patients with complications were enrolled in the Kalasin hospital wards between May - July 2019.

RESULTS**:** 1st case was a male Thai patient, ages 43, presented with dyspnea, fatigue, diarrhea for 3 days prior to admission. Then he was diagnosed with TB and had sepsis. Invasive Mechanical ventilator was used. After 6th day of admission, patient recovered and was discharged. The final diagnosis was septic shock with acute respiratory failure, anemia, diabetic mellitus type II, hypertension, HCV cirrhosis, pulmonary tuberculosis. 2nd case was a male Thai patient, ages 63, presented with headache, vomiting for 10 hours prior to admission. Patient was diagnosis with tuberculosis meningitis. During admission he developed sepsis, respiratory failure with prolong intubation. The final diagnosis was tuberculosis meningitis with hypertension, anemia, acute respiratory failure, pneumonia, septic shock, pulmonary tuberculosis. The admission duration was 59 days.

KEYWORDS: Tuberculosis, Sepsis, Tuberculosis meningitis

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium tuberculosis จัดอยู่ในกลุ่ม Mycobacterium tuberculosis complex ส่วนใหญ่พบเชื้อวัณโรคมักเกิดที่ปอด(ร้อยละ 80)ซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ง่าย เชื้อวัณโรคอาจพบได้ในอวัยวะอื่นๆได้แก่ เยื่อหุ้มปอดต่อมน้ำเหลือง กระดูกสันหลังข้อต่อ ช่องท้องระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ ระบบประสาท องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศ ที่มีปัญหาวัณโรครุนแรงระดับโลก (WHO, 2018) ทั้งวัณโรคทั่วไป วัณโรคโรคเอดส์ วัณโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ Tuberculosis Meningitis (TBM) รวมถึงวัณโรคดื้อยาหลายขนาน วัณโรคยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตและความพิการสูง และใช้เวลาในการรักษาผู้ป่วยนาน 9 -12 เดือน หรืออาจนานกว่านั้น การป้องกันการกลับเป็นวัณโรคซ้ำต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่องส่งผลให้เกิดการกลับเป็นซ้ำและเชื้อดื้อยาส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วยและระบบสุขภาพสูงขึ้นอีกทั้งวัณโรคมีโอกาสแพร่เชื้อสูงจากผู้ป่วยไปสู่ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์หรือบุคคลอื่นๆ (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ส่งผลให้เกิดการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อและการทำงานของอวัยวะสำคัญล้มเหลวจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุดและเป็นปัญหาทางสารณสุขทั่วโลก และยังพบการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดทั่วโลกสูงถึง 27-30 ล้านคนและเสียชีวิต 7-9 ล้านคน (Global Sepsis Alliance, 2018) ในประเทศไทยข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 175,000 ราย/ปี และพบผู้ป่วยเสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ปี

เชื้อแบคทีเรียดื้อยา เป็นปัญหาสำคัญและอันตราย เป็นภัยคุกคามกับผู้ป่วยในทุกประเทศทั่วโลก(Center for Disease Control and Prevention, 2018) องค์การอนามัยโลกได้รายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในทวีปยุโรปตั้งแต่ปี ค.ศ. 2015 ถึง 2018 พบอุบัติการณ์เชื้อ Klebsiella pneumoniae มีแนวโน้ม เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 4.6 เป็น ร้อยละ 8.3 (World Health Organization, 2018) สำหรับ ประเทศไทยรายงานจากศูนย์เฝ้าระวังเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ พบเชื้อ ดื้อต่อยา เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.8 เป็นร้อยละ 66.5 (ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ, 2561) พบการติดเชื้อในผู้ป่วยจากตำแหน่งสำคัญต่างๆ เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะและแผลผ่าตัด ซึ่งเชื้อก่อโรคที่พบบ่อยคือ Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella spp., Methicillin resistant Staphylococcus aureus (MRSA) และ Enterococci เชื้อโรคดื้อยาส่งผลทำให้ประสิทธิภาพของยาที่ใช้ในการรักษาโรคติดเชื้อดังกล่าวลดต่ำลง ส่งผลให้อาการของผู้ป่วยมีความรุนแรงขึ้นรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นและในบางกรณีอาจไม่สามารถรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้ได้ อีกทั้งอาจพบการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อเหล่านี้ไปยังบุคลากรทางการแพทย์ได้และแพร่เชื้อไปยังผู้ป่วยอื่นในโรงพยาบาล ส่งผลต่อระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อดื้อยามีมูลค่ามหาศาล

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิพบอุบัติการณ์ของโรควัณโรคพบสถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรค เข้ารับการรักษา จำนวนเพิ่มมากขึ้น ใน พ.ศ. 2560- 2562 จำนวน 278, 282 และ 299 ราย และพบผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อดื้อยาใน พ.ศ. 2560- 2562 จำนวน 62, 83 และ 120 อีกทั้งยังพบอัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดใน พ.ศ. 2560- 2562 คิดเป็นร้อยละ 35.12, 29.18 และ 25.27 (สถิติข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2562) ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยลดอัตราการติดเชื้อปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราตายบุคลากรสามารถป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล รวมทั้งเป็นแนวทางเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันการระบาดของเชื้อที่จะเกิดกับผู้ป่วยรายอื่นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จากการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคติดต่ออันตราย โรคติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพและการติด

เชื้อในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคที่เข้ามารับการรักษาจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยเร็ว ได้รับการรักษาการพยาบาลจากบุคลากรทางการพยาบาลที่มีความรู้ทักษะและความชำนาญการในมาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล รวมถึงการติดตามประเมินอาการเปลี่ยนแปลง พร้อมทั้งให้การช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องจนผู้ป่วยโรควัณโรคร่วมกับภาวะติดเชื้อดื้อยาสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้ด้วยดี

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงร่วมกับภาวะติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเป็นแนวทางในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

วิธีการศึกษา

1. เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี(Case study)โดยการซักถามผู้ป่วยและญาติ รวบรวมข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในและเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย

2. คัดเลือกกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการ และอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการได้รับยา การผ่าตัด แบบแผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผลการตรวจเอ็กซเรย์และผลการเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ แผนการรักษาของแพทย์

3. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากเอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความ ตลอดจนงานวิจัย
ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรควัณโรคการติดเชื้อดื้อยาและติดเชื้อในกระแสเลือด

4. สรุปผลการศึกษาเพื่อรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วย เพื่อหาแนวทางในการแก้ไข

ผลการศึกษา

ตาราง 1 การวินิจฉัย การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
การวินิจฉัย	Septic shock with Acute respiratory failure, anemia, diabetic mellitus type II, hypertension ,HCV cirrhosis, pulmonary tuberculosis	Tuberculosis Meningitis with Hypotension, anemia, acute respiratory failure, pneumonia, septic shock, pulmonary tuberculosis
ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 43 ปี สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ อาชีพ รับจ้าง การศึกษามัธยมศึกษา 6	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 63ปี สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ อาชีพ รับจ้าง การศึกษาประถมศึกษา 4
การวินิจฉัยโรค	Septic shock with Acute respiratory failure, anemia, diabetic mellitus type II, hypertension ,HCV cirrhosis, pulmonary tuberculosis	Tuberculosis Meningitis with Hypotension, anemia, acute respiratory failure, pneumonia, septic shock, pulmonary tuberculosis
อาการสำคัญ	เหนื่อยเพลียร่วมกับถ่ายเหลวเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน	ปวดศีรษะร่วมกับมีอาเจียนเป็นก่อนมาโรงพยาบาล10 ชั่วโมง
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	3 วัน ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียเหนื่อยง่ายไม่สามารถลุกนั่งหรือเดินได้นาน มีอาการวิงเวียนและมีอาการไอเล็กน้อย ร่วมกับมีอาการท้องเสียและมีอาการถ่ายเหลวสีเหลืองไม่มีกลิ่นเหม็นคาว เข้ารับการรักษาที่สถานีอนามัยแห่งหนึ่ง ได้รับการรักษา คือ Glucose 50 ml. vein และORS ผสมน้ำจิบเวลาถ่ายเหลว ให้กลับไปสังเกตอาการต่อที่บ้านอาการไม่ดีขึ้นจึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด	1 สัปดาห์ก่อนมีอาการปวดศีรษะ อาการปวดมากร่วมกับมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน เพื่อตรวจอาการเบื้องต้น ได้ยาแก้ปวดศีรษะ คือ paracetamal 2 tabs oral 4-6 hrs อาการปวดเริ่มทุเลาลง 1วันก่อนมาผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะมากขึ้นมีคลื่นไส้อาเจียน 10 ครั้งติดต่อกัน ญาตินำตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ได้รับการรักษาคือ 0.9%NSS. 1,000 ml. vein, NPO ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด

ตาราง 1 การวินิจฉัย การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	มีประวัติ ป่วยเป็นโรคเบาหวานมาประมาณ 5 ปี รับยาเป็นประจำที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ตรวจพบโรคไวรัสตับอักเสบC ประมาณ 6 เดือน รับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด	ปฏิเสธโรคติดต่อทางพันธุกรรมและโรคเรื้อรังต่างๆ เคยผ่าตัดเนื้องอกในสมองปี พ.ศ.2556 ด้วยวิธีผ่าตัดเปิดกะโหลกออก พบแพทย์ที่โรงพยาบาลขอนแก่นทุก 3 เดือนเพื่อติดตามอาการและรับยาต่อเนื่อง
การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ		
General Appearance	ชายไทยวัยผู้ใหญ่ รูปร่างผอม น้ำหนัก 37 Kg. ส่วนสูง 165cm. BMI 13.59	ชายไทยวัยผู้ใหญ่ รูปร่างผอม น้ำหนัก 54 Kg. ส่วนสูง170 cms. BMI 18.68
HEENT	Markedly pale conjunctiva, no icteric sclera, no edematous of eyelids, no neck engorged	Not pale, icteric sclera, no edematous of eyelids, Stiff neck negative
Heart	Regular rhythm Normal S1, S2, no murmur	Regular rhythm No murmur Normal S1, S2
Lungs	Crepitation both lung, no pleural effusion	Lung Clear, no crepitation
Abdomen	Abdomen soft not tender Liver was just palpable +tender at RUQ, no spider nevi	Abdomen soft not tender , Liver was just palpable no spider nevi
Extremities	No edema, no rash, no petechiae	No edema ,no petting
Neuro sign	GCS E4V5M6 pupil 3mm RTLBE ,stiff neck negative	GCS E4V5M6 pupil 3mm RTLBE , Stiff neck negative
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
	Arterial blood gas (ABG) pH 7.40 , $pCO_2$28.2mmHg,$pO_2$111.1mmHg,$HCO_3$17.5 mmHg Hematology : WBC 4,000 x10^3/ul RBC 3.53 /ul Hct 17 vol% Platelet: 4,000 K/uL Blood chemistry :BUN 29 mg/dL Cr 2.24 mg/dL GFR 35 Ml/min/1.73m2 Na 121.2 mmol/L K 4.60 mmol/L Chloride89.1 mmol/L $CO_2$21.4 mmol/L LFT: Total protein 5.4 g./dl, Albumin 1.3 g./dl, DB5.9mg./dl, TB 9.67 mg./dl, ALP 112 U/L , SGOT (AST)29 U/L, SGPT (ALT) 23 U/L Urine analysis :RBC 10-20/HP, WBC 3-5 Cell/HP, Stool exam:Occult blood: Positive Sputum C/S: Numerous Acinetobacter baumannii (MDR) 20/6/62 Sputum Acid Fast Bacilli : (AFB) Positive 3+ **ผลเอ็กซเรย์ปอด: Crepitation both lung, Interstitial infiltration**	Arterial blood gas (ABG) pH 7.29 , $pCO_2$34.7 mmHg, $pO_2$71.7 mmHg, $HCO_3$16.3 mmHg Hematology: WBC 19,400 x10^3/ul RBC 3.01 /ul Hct 27.7 vol%, Platelet: 221,000 K/uL Blood chemistry :BUN 60 mg/dL Cr 3.82 mg/dL GFR 16 Ml/min/1.73m2 Na 118.7 mmol/L K 2.40 mmol/L Chloride 74.1 mmol/L $CO_2$17.6 mmol/L Total protein 4.7 g./dl, Albumin 1.4 g./dl, DB 0.41 mg./dl, TB 1.03 mg./dl, ALP 55 U/L , SGOT (AST) 29 U/L, SGPT (ALT) 23 U/L Urine analysis : > 100 /HP WBC 5-10 Cell/HP PCR for TB =(Expert MTB/RIF assay), MTB note detected (15/6/62) Sputum C/S : Numerous Acinetobacter baumannii (MDR) TSC : Abom, MDR CSF : Protein CSF 500.9 mg%, Sugar CSF 50.9 mg/dl, LDH fluid 371.5, WBC 240 Cell/mm^3, RBC count 90-1680 Cell/mm^3 ADA: 3.6 U/L (9/5/2) , 6.5 U/L (13/5/62) **ผลเอ็กซเรย์ปอด** : Pulmonary Infiltration both lung, at left lobe, at right lobe, not sharp both CPA, wheezing

ตาราง 1 การวินิจฉัย การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
		CT Brain : Hypodense lesions at left frontal lobe and right parietal lobe; encephalitis or acute infarction,TB Meningitis
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		
	1. มีภาวะพร่องออกซิเจนจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนออกซิเจนลดลง 2. มีการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 3. มีภาวะelectrolyte imbalance 4. มีภาวะ hypoglycemia 5. มีภาวะช็อกเนื่องจากติดเชื้อในกระแสโลหิต 6. มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค เนื่องจากอยู่ในระยะ Active TB 7. มีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาวัณโรค 8. ญาติและครอบครัววิตกกังวล	**1.** การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง 2. เสี่ยงต่อภาวะIICP เนื่องจากมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง 3. มีไข้เนื่องจากมีการติดเชื้อที่เยื่อหุ้มสมอง 4. มีภาวะติดเชื้อปอกอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 5. มีภาวะelectrolyte imbalance 6. ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากมีภาวะชีด 7. มีภาวะ Hypokalemia 8. มีภาวะพร่องออกซิเจนจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนออกซิเจนลดลง 9. มีภาวะช็อกเนื่องจากติดเชื้อในกระแสเลือด 10.มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเนื่องจากมีการติดเชื้อ TB Meningitis, MDR 11.ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย

แผนการพยาบาลผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 1.มีภาวะพร่องออกซิเจนจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนออกซิเจนลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนประเมินอัตราการหายใจชีพจร สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้า เยื่อบุผิวหนัง ลักษณะการชีด เขียว แสดงถึงภาวะพร่องออกซิเจน

2. ดูแลช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ ET tube no 7.5 depth 22 with bird's respirator

3. ดูแล Suction clear airway โดยใช้หลัก Sterile technique เพื่อลดภาวะพร่องออกซิเจน

4. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที เพื่อประเมินสัญญาณชีพจะทำให้ทราบความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจน

5. ดูแลส่งผู้ป่วย CXR และติดตามผลเพื่อดูตำแหน่งของท่อช่วยหายใจและการขยายตัวของปอด

6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC และ Arterial blood Gas

การประเมินผล: หลังใส่ท่อช่วยหายใจ**On** ET tube no 7.5 depth 22 และ Suction clear airway ความดันโลหิต 90/5 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที oxygen saturation 99% Capillary refill < 2 วินาทีฟังปอดมีเสียง Crepitation both lung

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 2.มีการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ด้านบุคลากรควรปฏิบัติ ดังนี้ 1) การล้างมือ การดูแลจัดท่านอนและการพลิกตัวการดูดเสมหะการดูแลความสะอาดภายในช่องปากและฟัน การดูแลท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์ท่อช่วยหายใจ 2) การให้ความรู้แก่บุคลากรทุกระดับควบคุม กำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด 3) กรณีพบการติดเชื้อมีการควบคุมการระบาดโดยทบทวนวิธีปฏิบัติของบุคลากรให้ได้ตามมาตรฐาน

2. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนได้แก่ อัตราการหายใจ ชีพจร สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้า

3. ประเมินสภาพการหายใจทุก 4 ชั่วโมง เช่น การฟังเสียงการหายใจ สังเกตการขยายของทรวงอก

4. ดูดเสมหะทุกครั้งที่ได้ยินเสียงเสมหะโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อในการดูดเสมหะ

5. ติดตามการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานตามแผนการรักษาของแพทย์

6. วัดความดันของกระเปาะ (cuff) ET – tube เวรละ 2 ครั้งประเมินการรั่วของอากาศรอบ กระเปาะ

7. ติดตามผลเอกซเรย์ปอดเพื่อติดตามพยาธิสภาพของปอด ตรวจดูของท่อหายใจ

8. ติดตามpulse O_2 saturation, ABG

9. เปลี่ยนท่านอนทุก 1 - 2 ชม. จัดให้นอนศีรษะสูง 30 องศา ให้ปอดขยายตัวได้ดี

10. ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล หรือ การสัมผัสกับสารคัดหลั่งผู้ป่วยโดยใช้หลัก Aseptic Technique แยกของใช้ เช่น Ambu bag, ขวดน้ำ, เครื่องดูดเสมหะเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ

11. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามการรักษาของแพทย์และสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา

12. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC, Neutrophil Lymphocyte เพื่อติดตามภาวะติดเชื้อ

ประเมินผล :ผู้ป่วยมีไข้ อุณหภูมิ39.3 องศาเซลเซียส หลังใส่เครื่องช่วยหายใจมีเสมหะขาวขุ่นมากขึ้น
หายใจหอบ การหายใจ 38 ครั้งต่อนาที ชีพจร 120 ครั้งต่อนาที WBC 30,610 cell/mm^3 ผล X-ray พบ Pulmonary Infiltration both lung, Rhonchi + crepitation sand both lung, wheezy, Bilateral reticulonodular infiltration , Sputum Gram stain : Negative Bacilli, Culture : *Acinetobacter baumannii* (MDR)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 3.มีภาวะelectrolyte imbalance

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตภาวะขาดสารน้ำและ electrolyte เช่น ผิวหนังแห้ง ปัสสาวะน้อย ซึม ตัวเย็น เป็นต้น

2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามการรักษาของแพทย์

3. ประเมินอาการและอาการแสดงของ electrolyte ไม่สมดุล

4. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเพิ่มระดับความสมดุลของ electrolyte

5. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกและปริมาณของน้ำปัสสาวะ keep > 30 ml/hr

7. วัด Vital sign ทุก 1 ชม. ติดตามดูคลื่น EKG พบความผิดปกติรายงานแพทย์ทันที

8. ติดตามผล Lab Electrolyte และ ABG รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ

การประเมินผล : ผู้ป่วยรู้สึกตัวทำตามคำบอกได้ GCS E4VTM6 สัญญาณชีพ ชีพจร 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที Urine >30 ml/hr ค่า Electrolyte อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4. มีภาวะช็อกเนื่องจากติดเชื้อในกระแสโลหิต

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำ pulse pressure แคบ สับสน กระสับกระส่ายซึมลงและไม่รู้สึกตัวปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 - 1 ml/kg/hr ผิวหนังซีดเย็น เหงื่อออกตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียว

2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยากระตุ้นความดันโลหิตตามแผนการรักษา

3. ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวโดยใช้ GCS เพื่อติดตามดูการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

4. บันทึกสารน้ำเข้าออกทุก 1 ชั่วโมง จนพ้นภาวะวิกฤติเพื่อติดตามการทำงานของไต

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัว GCS E4VTM6 สัญญาณชีพ อยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 87/54 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 130 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยมีอาการ หายใจเร็ว ปลายมือปลายเท้าเย็นซีด Urine > 30 ml/hr หรือ 0.5 -1 ml/kg/hr

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5. มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค เนื่องจากอยู่ ในระยะ Active TB

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัย (Face Mask) ที่ถูกต้องตลอดเวลารักษาในโรงพยาบาลและในชุมชน 1 เดือนแรกหลังวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด

2. ดูแลให้เคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างปลอดภัยไม่มีการแพร่กระจายเชื้อ

3. บ่งชี้สื่อสารการเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อแก่ทีมสุขภาพโดยติดสัญลักษณ์เตือน

4. รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมเช่น อาการไอ ประวัติไข้ น้ำหนักลด การเป็นหวัดและการใช้ยาเป็นต้น

5. ส่งตรวจเอกซเรย์ทรวงอก (Chest X-ray)และติดตามผลการตรวจ

6. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเคลื่อนย้ายและเข้ารักษาในโรงพยาบาล

7. แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคโดยให้หลีกเลี่ยงการคลุกคลีใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัวไม่ควรพักร่วมห้องกับผู้อื่นเป็นเวลา 1 เดือน นับตั้งแต่เริ่มรับประทานยารักษาวัณโรค และควรอยู่ในบริเวณหรือห้องที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก หลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่ที่มีคนแออัด

9. แนะนำการรับประทานยารักษาวัณโรคครบชนิดและถูกขนาดยาติดต่อกัน 6 เดือน

10. แนะนำผู้ป่วยและญาติมาตรวจตามนัดและอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องทั้งขณะนอนโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน

2. ไม่มีรายงานบุคคลในครอบครัวติดเชื้อเพิ่มเติม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 6. มีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาวัณโรค

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย และ/หรือญาติ ต่อภาวะสุขภาพ

2. วางแผนการควบคุมโรคและการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน

3. รับฟังปัญหาและการระบายอารมณ์ของผู้ป่วยให้กำลังใจและชี้แนะการปฏิบัติตัว

4. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยประเมินสภาพอารมณ์จิตใจและความเชื่อของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ซักถาม

5. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการที่ยังมีการหายใจเหนื่อยเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเมื่อได้รับ การรักษาอาการเหนื่อยดังกล่าวจะดีขึ้นการเหนื่อยจะลดลง

6. อธิบายแผนการรักษา การให้ยา อาการข้างเคียงที่ต้องสังเกต

7. สอนให้ผู้ป่วยและญาติสังเกต อาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น

8. แนะนำและเน้นให้เห็นความสำคัญของการดูแลตนเองการร่วมมือในการรักษา การมาตามนัด

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส ให้ความร่วมมือในการรักษา และตอบคำถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 7: มีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาวัณโรค

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายชื่อลักษณะขนาดและจำนวนยาแต่ละชนิด

2. อธิบาย ผลของการรับประทานยาไม่ตรงตามเวลาหรือไม่ต่อเนื่องที่อาจก่อให้เกิดการดื้อยา

3. อธิบายอาการแสดงของอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่อาจเกิดขึ้น

4. แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาและควรรีบไปพบแพทย์ทันที

การประเมินผล

ให้ความร่วมมือในการรักษา รับประทานยา ครบจำนวน ขนาด และเวลาตามแพทย์สั่ง ตอผลข้างเคียงที่อาจเกิด และวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการข้างเคียงและการมาตรวจตามนัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 8 เตรียมความพร้อมในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลตนเองและความพร้อมในการกลับบ้าน

2. อธิบายและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติตามแบบแผนการจำหน่ายโดยใช้หลัก D-M-E-T-H-O-D ดังนี้

D = Diagnosis คือการให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

M = Medicine คือการแนะนำการไปฉีดยาต่อเนื่องจนครบ การรับประทานยา ให้ตรงเวลา ไม่ควรหยุดยาเอง แนะนำเกี่ยวกับการสังเกตอาการภาวะแทรกซ้อน อาการข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยได้รับ

E = Environment คือการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาด เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ และวางแผนร่วมกับศูนย์ดูแลต่อเนื่อง เรื่องการติดตามการเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย

T = Treatment คือทักษะที่จำเป็นตามแผนการรักษา รวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการตนเอง

H = Health ได้แก่ การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

O = Out of patient ได้แก่ การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาล ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

D = Diet การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค หลีกเลี่ยง หรือ งดอาหารเค็ม อาหารหมักดอง อาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

3. เปิดโอกาสให้ซักถาม ตัดสินใจ และมีส่วนร่วมในการดูแลตามความเหมาะสม

การประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้กับบุคคลในครอบครัว เข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติจากการรับประทานยา รวมทั้งอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์

วิจารณ์กรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยอาการถ่ายเหลว ร่วมกับมีไข้และรับประทานอาหารไม่ได้ มีประวัติการเจ็บป่วยคือโรคเบาหวานมา 5 ปี และไวรัสตับอักเสบชนิดซี รับการรักษาได้ 6 เดือน 1 สัปดาห์ก่อนมาผู้ป่วยตรวจพบโรควัณโรคที่ปอดจากการตรวจเสมหะ AFB 3+ และได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา TB drug ได้ 1 สัปดาห์ ผลจากการตรวจร่างกายพบ Film CXR มี infiltration both lung ขณะรับการรักษาผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ค่า oxygen saturation 80% ได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ No.7.5 deep 22 with bird's respirator ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่อง มีอาการหายใจหอบเป็นช่วงๆ ร่วมกับปัญหา Hypovolemic shock with sepsis หลังได้รับยาอาการผู้ป่วยทุเลาขึ้นตามลำดับ และสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยเข้ารักษาด้วยอาการปวดศีรษะมีอาเจียน มีประวัติ Brain tumor ผ่าตัดสมองแบบเปิด Craniectomy พ.ศ. 2556 ที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น GCS แรกรับ E4V5M6 pupil 3 mm reac to light both eye Motor power grade 5 ขณะดูแลผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะมาก Pain score=10 คะแนน ได้รับการรักษาด้วยการเจาะไขสันหลังเพื่อระบายแรงดันและส่งตรวจน้ำไขสันหลัง พบความผิดปกติของ CSF ค่า protein 200, sugar 36.6 , cell count 41 แพทย์วินิจฉัยโรค TB Meningitis เริ่มให้การรักษาด้วยการให้ยากลุ่ม TB drug หลังจากรักษาผู้ป่วยมีภาวะdelirium และค่าGCSลดลง E3V2M5 แพทย์Consult Neuro surgeon เรื่อง Severe hydrocephalus ได้รับการเจาะหลังเพื่อparelease และผ่าตัดทำ EVD หลังผ่าตัดผู้ป่วย มีปัญหาความดันโลหิตต่ำ และมีภาวะ electrolyte imbalance ผลSputum C/S พบ Klebsiella spp, MDR, TSC พบเชื้อ Abom, MDR ตรวจพบ LFT ผิดปกติ ร่วมกับมีผื่นบริเวณด้านหลัง แพทย์คิดถึงปัญหา drug allergy ได้รับการปรึกษาเภสัชกรและพิจารณาปรับเปลี่ยนยา อีกทั้งผู้ป่วย Prolong on ET tube ได้รับการทำหัตการtracheostomy tube ผู้ป่วยมี GCS ลดลง E1VTM1 ได้รับการรักษาด้วยการทำหัตการ VP –Shunt เพื่อระบายน้ำไขสันหลังลดแรงดันในกะโหลกศีรษะหลังทำ VP- Shunt ผู้ป่วยมีปัญหา Prolong shock

ร่วมกับหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ Oxygen Saturation 85% แพทย์อธิบายอาการให้ภรรยาและญาติของผู้ป่วยให้รับทราบอาการ ภรรยาและญาติเข้าใจในการเจ็บป่วยถึงความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน ภรรยาผู้ป่วยและญาติตัดสินใจขอปฏิเสธการรักษาต้องการนำผู้ป่วยไปรักษาอาการต่อที่บ้าน

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยมีโรคร่วมคือติดเชื้อวัณโรคร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะติดเชื้อดื้อยา ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการเฝ้าระวังความเสี่ยง ตั้งแต่กระบวนการ Assessment ปัญหาโดยการค้นหาความเสี่ยงได้จากประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการได้รับยาเดิม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สิ่งเหล่านี้จะช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีแนวทางคัดกรองเบื้องต้น จากประวัติการเจ็บป่วยและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ ผลการตรวจเสมหะ ผลการตรวจ ADA การรายงานผลการตรวจทางเป็นระบบ FAST จะช่วยให้บุคลากรเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้

2. ควรมีการติดตามผู้ป่วยที่มีประวัติสงสัยติดเชื้อวัณโรค/ ผู้ที่ตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรคดื้อยาให้ผู้ป่วยได้อยู่ห้องแยกจนกว่าผลการตรวจเพาะเชื้อจะเป็นลบ

3. การให้ความรู้กับบุคลากรเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคทางอากาศ (airborne droplet nuclei)ในบุคลากรใหม่ทุกคน และควรมีการให้ความรู้ในบุคลากรทุกคนอย่างน้อย 1 ปี/ ครั้ง

เอกสารอ้างอิง

1. Word Health Organization. **Global tuberculosis report 2018** [internet] . 2018 [cited 2019 january 5] . Available from: http:// www. Who.int/tb/publications/global_report/en/

2. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย.** กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดีไซน์; 2561.

3. สำนักงานวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข. **ผลการดำเนินงานควบวัณโรคประเทศไทยปีงบประมาณ 2552 - 2558** [อินเทอร์เน็ต].2561[เข้าถึงเมื่อ 3 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: http:// www. Tbthailand.org/download/Manual/ผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคประเทศไทย 52-58.pdf

4. Center for Disease Control and Prevention. **Antibiotic Resistance Threats in the US**. [online].2018. [cited 2018 April 2], Availablefrom: http://www.cdc.gov/features/ Antibiotic Resistance Threats/index.html.

5. World Health Organization. Summary of the latest data on antibiotic resistance in the European Union. [online].2018.[cited 2018 April 2], Available from: http://ecdc.europa.eu/en/ publications/_layouts/forms/Publication_ DispForm.aspx?List=4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90&ID=1205

6. สถิติข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. **งานข้อมูลและสถิติ.** กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2559-2561. (อัดสำเนา)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายต่อระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์

Effect of Eating Behavior and Exercise Training Program on Blood Sugar Levels in Diabetes during Pregnancy

นงคราญ ไชยรบ[1], เกศกัญญา ไชยวงศา[2]

Nongkarn Chairob[1], Kedkanya chaiwongsa[2]

(Received: February 19 ,2020 ; Accepted: March 21 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายและเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของหญิงที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ ประชากรที่ศึกษาเป็นหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ในระหว่างเดือนมีนาคม – เดือนธันวาคม 2562 กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิด class A1 และ A2 อายุครรภ์อยู่ระหว่าง 12 – 30 สัปดาห์ มีความเต็มใจและให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 30 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการในแผนกฝากครรภ์ระยะเวลา 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการทดลอง หลังทดลอง 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังทดลอง ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)

ผลวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายในสัปดาห์ที่ 8 สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง (2-hour postprandial blood sugar: 2-hr PP) ใน 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนการทดลองและหลังทดลองสัปดาห์ที่ 4 และ 8 พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(2,58)=25.03, p< .001$) โดยพบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดในการวัดครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 2 และการวัดครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ได้

คำสำคัญ : โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม, ระดับน้ำตาลในเลือด, เบาหวานในระยะตั้งครรภ์

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research is to compare blood glucose levels before and after using a diet and exercise behavioral promotion program for pregnant women with diabetes during pregnancy. The population studied is women who have been diagnosed with diabetes during pregnancy. Who come to antenatal care clinic Sawang Daen Din Crown Prince Hospital. During March - December 2019. The sample consisted of 30 pregnant women with type A1 and A2 diabetes. The gestational age was between 12 - 30 weeks. There were willing and cooperated researches.The subjects received the eating and exercise promoting program of pregnant women who attended the antenatal care clinic for 8 weeks. Data were collected by using eating and exercise behavior questionnaire. Blood glucose record form before the experiment, 4 weeks and 8 weeks after the experiment. Analyzed using frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. Comparison of blood glucose levels before and after the experiment with statistics of variance analysis repeated measurements (Repeated Measures ANOVA).

[1] RN. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร

[2] M.N.S. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

The results showed that the mean score of exercise behavior after receiving the diet and exercise promoting program in the 8th week was significantly higher than before the experiment ($p < .001$). Comparison of blood glucose, 2-hour postprandial blood sugar (2-hr PP) after 3 time, either before the trial and after the week 4 and 8 trials, showed significant differences ($F(2,58) = 25.03$, $p < .001$). It was found that blood glucose time 1 and time 2, time 1 and time 3 were significantly different ($p < .001$). The program promotes eating and exercise behavior can release the blood sugar level of diabetes during pregnancy.

Keywords. Behavioral promotion program, blood sugar levels, diabetes during pregnancy

บทนำ

การตั้งครรภ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต[1] มีภาวะดื้อต่ออินซูลิน โดยเฉพาะในช่วงกลางของการตั้งครรภ์ประมาณ 24 - 28 สัปดาห์ หรือในช่วงปลายไตรมาสที่ 2 ไปจนถึงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ รกจะผลิตฮอร์โมนที่มีฤทธิ์ต้านต่ออินซูลินเข้าสู่ กระแสเลือด ได้แก่ ฮิวแมนพลาเซนทอล แลคโตเจน (human placental lactogen, HPL) เอสโตรเจน โปรเจสเตอโรน และโปรแลคติน (prolactin) นอกจากนี้ ยังผลิตเอนไซม์อินซูลินเนส (insulinase) และต่อมหมวกไตของทารกจะผลิตคอร์ติซอล (cortisol) เพิ่มขึ้นด้วย เอนไซม์ดังกล่าว ทำให้เนื้อเยื่อตอบสนองต่ออินซูลินลดลงหรือทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลินขึ้น จนทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติหลังรับประทานอาหาร (postprandial hyperglycemia)[2] กลายเป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ครรภ์แฝดน้ำ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและการติดเชื้อในช่องคลอดจากเชื้อโมนิเลีย (monilial vaginitis) การคลอดยากเนื่องจากทารกตัวโต การตกเลือดหลังคลอด การคลอดก่อนกำหนด และผลกระทบต่อทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด ได้แก่ ทารกตัวโต ภาวะ บิลิรูบินในเลือดสูง ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ภาวะตายคลอด กลุ่มอาการหายใจลำบากแรกเกิด ทารกหัวใจพิการแต่กำเนิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแรกเกิด และปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกได้แก่ มารดาได้รับการรักษาโดยการฉีดอินซูลิน[3] หากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองและการวินิจฉัยโรคเบาหวานตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์ จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติตลอดการตั้งครรภ์ เพื่อลดอันตรายหรือผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นได้

หลักในการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติให้มากที่สุดตลอดการตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและกิจวัตรประจำวันด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาด้วยอินซูลิน และมีการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดเป็นระยะๆ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการดูแลส่วนใหญ่มักจัดเป็นกิจกรรมหรือจัดโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมความเสี่ยงหรือระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ การควบคุมอาหาร ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้อาหารเพียงพอแก่มารดาและทารกในครรภ์ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดปกติและป้องภาวะคีโตซีสจากการขาดอาหาร (starvation ketosis)[2] จากการศึกษาของสร้อย อนุสรณ์ธีรกุลและพัชรี จันทอง[4] พบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของหญิงตั้งครรภ์ มีระดับน้ำตาลในเลือดขณะงดน้ำงดอาหารและหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงลดลง ซึ่งโปรแกรมนี้ ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวเกิดการพัฒนากระบวนการคิดวิเคราะห์ รวมทั้งตระหนักในคุณค่าของสิ่งที่ได้เรียนรู้ด้วยตนเอง เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ เจตคติ จึงมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ การออกกำลังกายเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น เมื่อปฏิบัติคู่กับการควบคุมอาหาร ซึ่งการออกกำลังกายที่มีความแรงระดับปานกลางขึ้นไป จะช่วยกระตุ้นการนำน้ำตาลในเลือดไปใช้เป็นพลังงานมากขึ้น เพิ่มความไวในการตอบสนองของฮอร์โมนอินซูลินได้ดีขึ้น[5] ลดภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ จากการตั้งครรภ์

ได้แก่ ครรภ์เป็นพิษ การคลอดก่อนกำหนด การคลอดยาก ส่วนผลต่อทารกในครรภ์ ได้แก่ การเจริญเติบโตและการพัฒนาสมองของทารกในครรภ์เป็นไปตามเกณฑ์ปกติ[6] จากการศึกษาของพรธรรมรส โพธิและคณะ[5] พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานได้รับการดูแลปกติร่วมกับโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้แรงต้าน มีสัดส่วนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติเพียงอย่างเดียว และการศึกษาของราตรี พลเยี่ยมและสมพร วัฒนนุกูลเกียรติ[7] พบว่าการใช้โปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนตามความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น และมีผลดีต่อระดับน้ำตาลในเลือด รวมทั้งสามารถลดความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานได้ และนวลพรรณ เอี่ยมตระกูล[8] ศึกษาผลของการให้ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ได้แก่การรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเองและการดูแลตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานเพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง พบว่าหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่อายุรแพทย์รับได้คิดเป็น 100 เปอร์เซ็นต์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมทำได้เพียง 47 เปอร์เซ็นต์

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงจัดโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายในหญิงที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์เพื่อช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด โดยการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายโดยการเล่นโยคะและท่าฤาษีดัดตน ซึ่งกิจกรรมนี้จะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ได้ และลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับมารดา ทารกในครรภ์และทารกแรกเกิดได้ รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการดูแลและจัดระบบบริการของแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดินต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของหญิงที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของหญิงที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายของหญิงที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลอง

3. ระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายในหญิงที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ มีระดับต่ำกว่าก่อนทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ซึ่งมีแบบแผนการวิจัยเป็นการทดลองแบบอนุกรมเวลา (Time Series Design) ประชากรที่ศึกษาเป็นหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จ.สกลนคร ในเดือนมีนาคม – เดือนธันวาคม 2562 กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิด class A1 และ A2 อายุครรภ์อยู่ระหว่าง 12– 30 สัปดาห์ มีความเต็มใจและให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง มีขั้นตอนในการทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมส่งเสริม

พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์เมื่อเข้ารับบริการในแผนกฝากครรภ์เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดำเนินการวิจัยโดยนัดหมายเก็บรวบรวมข้อมูลตามการนัดฝากครรภ์ตามปกติทุกครั้งจนสิ้นสุดการวิจัย โดยมีขั้นตอน ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 เป็นกิจกรรมให้ความรู้ สาธิตและสาธิตย้อนกลับ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 4-5 คน ได้รับการดูแลโดยการชั่งน้ำหนัก ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดขณะงดน้ำงดอาหาร (Fasting plasma glucose: FBS) และหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง (2-hour postprandial blood sugar: 2-hr PP) และให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เป็นการรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง เป็นการรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 หลังจากนั้น ผู้วิจัยให้ความรู้เป็นระยะเวลา 55 นาที โดยการอภิปรายกลุ่ม การสะท้อนคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกในครรภ์ การปฏิบัติตัวในด้านการรับประทานอาหาร ได้แก่ การจัดแบ่งมื้ออาหาร การกระจายมื้ออาหาร การใช้รายการอาหารแลกเปลี่ยน การคำนวณพลังงานตามความต้องการในแต่ละวัน และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับการจัดอาหารรายวันและรายสัปดาห์ เพื่อให้นำกลับไปปฏิบัติต่อที่บ้าน สอนการออกกำลังกายด้วยการฝึกโยคะและฤาษีดัดตน และให้สาธิตย้อนกลับ แจกและสอนการใช้คู่มือการจัดเมนูอาหารและการออกกำลังกาย รวมทั้งแบบบันทึกการรับประทานอาหารเพื่อติดตามผลการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อลงบันทึกต่อที่บ้าน

กิจกรรมที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 และ 3 เป็นกิจกรรมการติดตามเยี่ยมและสอบถามการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่องโดยนัดมาฝากครรภ์ตามปกติเป็นรายบุคคล (หรือการโทรศัพท์ติดตามในกรณีที่ไม่ตรงกับการนัดมาฝากครรภ์ปกติ) ใช้เวลาในการดำเนินการรายละ 10-15 นาที มีการสอบถามการปฏิบัติตัว และให้กำลังใจ เป็นการสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง และทราบปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตัวและให้คำแนะนำเพิ่มเติม

กิจกรรมที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 เป็นกิจกรรมทบทวนความรู้โดยการทำกลุ่มโฟกัส (Fogus group) โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามปกติ ชั่งน้ำหนัก ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดขณะงดน้ำงดอาหาร (Fasting plasma glucose: FBS) และหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง (2-hour postprandial blood sugar : 2-hr PP) และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เป็นการรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 ซึ่งการทบทวนความรู้โดยการทำกลุ่มโฟกัส (Fogus group) โดยมีแบบสัมภาษณ์ และกระตุ้นโดยการใช้วิธีการสะท้อนคิด กลุ่มละ 4-5 คน ใช้เวลา 55 นาที โดยการให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงประสบการณ์การจัดเมนูอาหารจากการนำรายการอาหารที่วางแผนในกิจกรรมที่ 1 ไปทดลองปฏิบัติ และให้เล่าถึงการแก้ปัญหาและอุปสรรคในการจัดอาหาร ทบทวนความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ในเรื่อง การจัดแบ่งมื้ออาหาร การกระจายมื้ออาหาร การใช้รายการอาหารแลกเปลี่ยน และให้ฝึกปฏิบัติการเลือกอาหารที่เหมาะสม และให้หญิงตั้งครรภ์จัดรายการอาหารและรายการอาหารแลกเปลี่ยน เพื่อนำกลับไปใช้ที่บ้าน และทบทวนท่าในการออกกำลังกายด้วยโยคะและฤาษีดัดตน และให้ฝึกปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 5, 6 และ 7 เป็นการติดตามเยี่ยมและสอบถามการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่องโดยนัดมาฝากครรภ์ตามปกติเป็นรายบุคคล (หรือการโทรศัพท์ติดตามในกรณีที่ไม่ตรงกับการนัดมาฝากครรภ์ปกติ) ใช้เวลาในการดำเนินการรายละ 10-15 นาที เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง และทราบปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตัวและให้คำแนะนำเพิ่มเติม

สัปดาห์ที่ 8 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชั่งน้ำหนัก ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดขณะงดน้ำงดอาหาร (Fasting plasma glucose: FBS) และหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง (2-hour postprandial blood sugar: 2-hr PP) และตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายหลังการทดลอง เป็นการรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 3 เป็นการสิ้นสุดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่

1.1 คู่มือการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายด้วยโยคะและฤาษีดัดตนของหญิงที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์

1.2 แบบบันทึกกิจกรรมจัดรายการเมนูอาหารและการออกกำลังกายด้วยโยคะและฤาษีดัดตนประจำวัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพของหญิงตั้งครรภ์ อาชีพของสามี รายได้ของครอบครัวต่อเดือน สถานภาพสมรส ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยประยุกต์จากแบบสอบถามของกรมอนามัย (2562) เป็นข้อคำถามปลายปิด จำนวน 26 ข้อ ข้อความทางบวก 14 ข้อ ข้อความทางลบ 12 ข้อ คำตอบเป็นแบบ 4 ตัวเลือก ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ มีระดับคะแนน 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ (คะแนนเต็ม 104 คะแนน) และแบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นข้อคำถามปลายปิด จำนวน 13 ข้อ ข้อความทางบวก 9 ข้อ ข้อความทางลบ 4 ข้อ คำตอบเป็นแบบ 4 ข้อ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ มีระดับคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ (คะแนนเต็ม 65 คะแนน) เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน โดยหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.73 ผู้วิจัยจึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายก่อนและหลังทดลองสัปดาห์ที่ 8 ด้วยสถิติการวิเคราะห์ค่าที (paired t test) เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังทดลองสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน เอกสารรับรองเลขที่ SWDCPH 2019-001 รหัสโครงการ 134/2562 ไว้ ณ วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2562โดยผู้วิจัยได้อธิบายขั้นตอนการปฏิบัติตัว ประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย การรักษาความลับ ค่าใช้จ่ายในการวิจัยแก่หญิงตั้งครรภ์ก่อนเข้าร่วมการวิจัย โดยการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ในด้านการรักษาพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.3 ระดับการศึกษาสูงสุดชั้นมัธยมศึกษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 36.7 มีสถานะสถานภาพสมรสคู่และอยู่ด้วยกันมากที่สุดร้อยละ 93.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 36.7 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,001 -15,000 บาท มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 33.3 และมีอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 12-30 สัปดาห์

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ก่อนและหลังทดลองสัปดาห์ที่ 8 โดยการวิเคราะห์ค่าที (paired t test)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	P-value
	x	SD	X	SD		
1.ด้านการรับประทานอาหาร	2.83	.28	2.86	.17	-.531	.599
2.ด้านการออกกำลังกาย	2.80	.68	3.61	.71	-5.363	.001*

* p< .05

จากตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ในสัปดาห์ที่ 8 พบว่า คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง (post-pandrial : 2-hr PP) ก่อนและหลังทดลองสัปดาห์ที่ 4 และ 8

ระดับน้ำตาลในเลือด (2-hour postprandial blood sugar: 2-hr PP)	Mean	SD	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
ครั้งที่ 1	164.80	6.78	150.93	178.66
ครั้งที่ 2	131.33	7.88	115.20	147.46
ครั้งที่ 3	115.63	6.84	101.64	129.62

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง (post-pandrial : 2-hr PP) ก่อนและหลังทดลองสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) โดยการใช้วิธีการทดสอบของ Bonferroni

ระดับน้ำตาลในเลือด (2-hour postprandial blood sugar: 2-hr PP)		Mean	Std. Error Mean	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	33.467*	7.654	.000	14.018	52.915
	ครั้งที่ 3	49.167*	7.110	.000	31.100	67.233
ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 1	-33.467*	7.654	.000	-52.915	-14.018
	ครั้งที่ 3	15.700	6.485	.066	-.778	32.178
ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	-49.167*	7.110	.000	-67.233	-31.100
	ครั้งที่ 2	-15.700	6.485	.066	-32.178	.778

* p< .05

จากตาราง 2,3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง (2-hour postprandial blood sugar: 2-hr PP) ใน 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนและหลังได้รับ

โปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของหญิงที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 จากการทดสอบด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated-measures ANOVA) โดยการทดสอบของ Huynh และ Feldt (Greenhouse-GeisserEpsilon = .95) พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(2,58) = 25.03$, $p < .001$) โดยพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดในการวัดครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 และในการวัดครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปและอภิปรายผล

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของหญิงที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ ผลพบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลอง เนื่องจากโปรแกรมนี้ได้รับการพัฒนาจากแนวคิดของเพนเดอร์ซึ่งการที่บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคคลจะต้องได้รับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค รวมทั้งความรุนแรงของโรค รับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติตัว และรับรู้ความสามารถของตนเอง เมื่อเกิดการรับรู้จะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถูกต้องมากขึ้น โปรแกรมส่งเสริมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของหญิงที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ได้รับ จึงมีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ การส่งเสริมการคิดรู้ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน การสร้างเสริมให้เห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ[9] และการจัดการกับอุปสรรคเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อเนื่อง จึงทำให้ระดับการออกกำลังกายภายหลังการทดลองสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของราตรี พลเยี่ยม, สมพร วัฒนนุกูลเกียรติ[7] พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในระยะตั้งครรภ์มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการทำงาน การพักผ่อน การจัดการความเครียดและพฤติกรรมโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าก่อนและหลังทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์รับรู้ความรุนแรงของการเป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ จึงมีความตระหนักต่อภาวะสุขภาพของตนเองมากขึ้น ก่อนเข้าร่วมการทดลอง และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของตนเอง จึงทำให้พฤติกรรมการรับประทานอาหารในการศึกษาครั้งนี้ไม่แตกต่างกันภายหลังการทดลอง

2. ระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ ได้รับความรู้ที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหา การรับรู้ประโยชน์ จึงมีฝึกทักษะตนเองในการปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยมีการคำนวณปริมาณอาหารและพลังงานในแต่ละวัน การแบ่งมื้ออาหาร รวมทั้งมีการติดตามแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องทั้งทางโทรศัพท์และการนัดตรวจครรภ์ตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณี สุวรรณรัตน์และคณะ[10] ที่พบว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากหญิงที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ ได้รับความรู้ที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาและมีการฝึกทักษะการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสม มีการจัดการตนเองได้ดีและสามารถคุมน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสร้อย อนุสรณ์ธรกุลและพัชรี จันทอง[4] ที่พบว่าโปรแกรมการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานมีการควบคุมอาหารที่เหมาะสม เกิดจากการพัฒนากระบวนการคิด การวิเคราะห์ รวมทั้งตระหนักในคุณค่าของสิ่งที่ได้เรียนรู้ด้วยตนเอง จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงและมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมถูกต้อง ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้ออกกำลังกายโดยการเล่นโยคะและฤาษีดัดตนอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที ซึ่งการออกกำลังกายทำให้

กล้ามเนื้อนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้มากขึ้น อินซูลินมีความไวในการทำงานเพิ่มมากขึ้น ภาวะดื้อต่ออินซูลินจึงลดลง จึงช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอยู่ในระดับเกณฑ์ปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของพรธรรมรส โพธิและคณะ[5] ที่พบว่าโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้แรงต้าน ช่วยให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์รับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายมากขึ้น จะช่วยให้เกิดความตั้งใจในการออกกำลังกายได้ดีและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล ควรส่งเสริมให้สามีและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพหญิงที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ โดยการช่วยกระตุ้นเตือนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

2. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพและครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างให้มีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่ชัดเจนมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร รวมทั้งหญิงที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1.วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดีและคณะ. ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์: บทบาทพยาบาลกับการดูแล. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 9(2) : หน้า 100-113. 2562.

2.กาญจนา ศรีสวัสดิ์และอรพินท์ สีขาว. การดูแลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์: Management for Gestational Diabetes Mellitus. วารสารพยาบาลทหารบก. 15(2) : หน้า 50-59, 2557.

3.ทิฆัมพร ทองบุญนุ่มและสิวิลักษณ์ กาญจนบัตร. ผลกระทบของทารกแรกเกิดที่เกิดที่จากมารดามีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในคณะแพทย์ศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 61(1) : หน้า 21-32, 2560.

4.สร้อย อนุสรณ์ธีรกุลและพัชรี จันทอง. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 37(1) : หน้า 51-59. 2557.

5.พรธรรมรส โพธิและคณะ. ผลของโปรแกรม การออกกำลังกายโดย ใช้ แรงต้านต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ชนิด เอ วัน. วชิรสารการพยาบาล . 18(2) : 12-24, 2559.

6.ศิริมา เขมะเพชร. การออกกำลังกาย: ผลต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์. วารสารพยาบาลตำรวจ. 5(1) : หน้า 1-18, 2556.

7.ราตรี พลเยี่ยม, สมพร วัฒนนุกูลเกียรติ. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนตามความเชื่อด้านสุขภาพต่อ พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในระยะตั้งครรภ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี นครราชสีมา. 22(1) : หน้า 77-92, 2560.

8.นวลพรรณ เอี่ยมตระกูล. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ที่มีต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถการกำกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเลิดสิน. วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา. 5(1) : หน้า 129-138, 2556.

9.ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์. แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพทางการพยาบาล : Pender's Health Promotion Model and Its Applications in Nursing Practice. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 38(2) : หน้า 132-141, 2561.

10.กฤษณี สุวรรณรัตน์และคณะ. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 30(2) : หน้า 1 – 13, 2562.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อทัศนคติและความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการหนึ่งหมอหนึ่งบ้าน ในพื้นที่ ต.ลานข่อย อ.ป่าพะยอม จ.พัทลุง

Factors correlating attitudes and satisfaction of participants in One doctor One house project of Lan Khoi Subdistrict, Pa Phayom District, Phatthalung Province

รัตนวดี อีมหมัน[1] เมศิณี ชูมณี[1] สุไรยา บินลาเต๊ะ[1] อุสรา กาหยี[1] อรสา อนันต์[2] วิทวัส หมาดอี[1] และ กุสุมาลย์ น้อยผา[1*]

Rattanawadee Imman[1], Masinee Choomanee[1], Suraiya Binlateh[1], Usara Kayee[1], Orasa Anan[2]

Wittawas Made[1] and Kusumarn Noipha[1*]

(Received: January 31 ,2020 ; Accepted: March 25 ,2020)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อทัศนคติและความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการหนึ่งหมอหนึ่งบ้าน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ที่ได้รับการบริการดูแลรักษาสุขภาพโดยภูมิปัญญาแพทย์แผนไทยในโครงการหนึ่งหมอหนึ่งบ้าน จำนวน 219 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 30.1 เพศหญิง ร้อยละ 69.9 ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 52.5 โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพ มีความสัมพันธ์ต่อทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p<0.05$) และ เพศ มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p<0.05$) 2) ปัจจัยสภาพการใช้บริการแพทย์แผนไทยในชุมชนไม่มีความสัมพันธ์ต่อทัศนคติและความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ และ 3) ปัจจัยประสบการณ์การใช้บริการแพทย์แผนไทยในการรักษาจากแหล่งอื่นๆ นอกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p<0.05$)

คำสำคัญ : ทัศนคติ ความพึงพอใจ โครงการหนึ่งหมอหนึ่งบ้าน

Abstract

The purposes of this survey research were to study factor scorrelated with attitudes and satisfaction of participants in One doctor One house project. Participants were 219 people who received health care by Thai traditional medicine wisdom in the One doctor One house project were male 30.1%, female 69.9%, most aged 60 year old up 52.5%. The questionnaire was used to collect data. Analysis results showed that 1) Personal factors as classified by occupation was significantly correlated with the attitudes ($p<0.05$), and sex correlated with the satisfaction was significant ($p<0.05$). 2) The factors of the usage of Thai traditional medicine in the community has no significant correlation with the attitudes and satisfaction. And 3) the factors of experience in using Thai traditional medicine for treatment from other sources besides the hospital correlated with satisfaction was significant ($p <0.05$).

Keyword: Attitude, Satisfaction, One doctor One house project

[1] สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ จังหวัดพัทลุง 93210

*Corresponding author; e-mail address : **Kusumarn.n@hotmail.com**

[2] คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ จังหวัดพัทลุง 93210

บทนำ

การแพทย์ทางเลือกเป็นวิธีการที่นอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบันที่นำมาใช้รักษาผู้ป่วย โดยในประเทศไทยได้มีการนำเอาการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นการแพทย์ทางเลือกแบบองค์รวมเข้าในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นทางเลือกแก่ประชาชนเพิ่มมากขึ้น เช่น การนวดไทย การใช้ยาสมุนไพรไทย การอบประคบ เนื่องจากสามารถนำมาใช้ได้ง่าย ผลข้างเคียงน้อย และสามารถนำมาใช้เสริมในการรักษาโรคต่างๆได้อย่างประสิทธิภาพ ซึ่งการแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถรักษาได้ (1)

สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการรักษาสุขภาพแบบองค์รวม โดยใช้ภูมิปัญญาแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ดังนั้นทางสาขาจึงจัดตั้งโครงการหนึ่งหมอหนึ่งบ้านเพื่อเข้าไปส่งเสริม ดูแลรักษา ฟื้นฟูสุขภาพของคนในชุมชนตำบลลานข่อย อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง และเพื่อเป็นการเผยแพร่ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยให้คนในชุมชนได้รู้จักมากขึ้น โดยมีนิสิตและอาจารย์ในสาขาแพทย์แผนไทย เป็นผู้ให้บริการแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ ณ บ้านเรือนของผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งการบริการประกอบไปด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การให้หัตถการต่างๆ เช่น การนวดรักษา การประคบสมุนไพร การจ่ายยาสมุนไพร และการให้คำแนะนำต่างๆ เช่น การบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตน โดยโครงการได้มีการดำเนินต่อเนื่องมาแล้วเป็นเวลา 3 ปี ในช่วงเดือน มกราคม ถึง มีนาคม ตั้งแต่ พ.ศ.2560 พ.ศ.2561 และ พ.ศ.2562 ใช้แบบสอบถามในการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมโครงการหลังจากการได้รับบริการจำนวน 15 ครั้ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาทัศนะคติและความพึงพอใจในการได้รับบริการแพทย์แผนไทยในโครงการหนึ่งหมอหนึ่งบ้าน เพื่อเป็นการประเมินโครงการ และได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อทัศนคติและความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการในการค้นหาแนวทางส่งเสริมให้มีการใช้การแพทย์แผนไทยและเพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนาศักยภาพการดูแลรักษาสุขภาพและสนับสนุนให้มีการดูแลรักษาสุขภาพโดยวิธีการแพทย์แผนไทยมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาทัศนคติของผู้เข้าร่วมโครงการหนึ่งหมอหนึ่งบ้าน

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการหนึ่งหมอหนึ่งบ้าน

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติและความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการหนึ่งหมอหนึ่งบ้าน ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ปัจจัยสภาพการใช้บริการแพทย์แผนไทยในชุมชน และปัจจัยประสบการณ์การใช้บริการแพทย์แผนไทย

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อทัศนคติและความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการหนึ่งหมอหนึ่งบ้าน ในพื้นที่ ต.ลานข่อย อ.ป่าพะยอม จ.พัทลุง เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่พื้นที่ตำบลลานข่อย อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง คือ ทุกคนที่ยินดีเข้าร่วมโครงการหลังจากได้การประชาสัมพันธ์โครงการ โดยมีปัญหาสุขภาพอย่างน้อย 1 โรค และต้องสามารถเข้ารับบริการอย่างน้อยจำนวน 15 ครั้ง อยู่ในช่วงเดือน มกราคม ถึง มีนาคม เป็นเวลา 3 ปี ตั้งแต่ พ.ศ.2560 พ.ศ.2561 และ พ.ศ.2562

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ใช้แบบสอบถามทัศนคติของผู้ใช้บริการแพทย์แผนไทยในชุมชนและความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการหนึ่งหมอหนึ่งบ้าน ได้อ้างอิงมาจากงานวิจัยเรื่องการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการแพทย์แผนไทยในจังหวัดภูเก็ต (2) และได้ประยุกต์ให้มีความเหมาะสมกับการใช้บริการแพทย์แผนไทยในชุมชน ตำบล ลานข่อย สำหรับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา การใช้ภาษา และความถูกต้องของเกณฑ์การให้คะแนน ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมโครงการเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ จำนวน 219 คน ได้ค่าเท่ากับ 0.95

แบบสอบถามประกอบไปด้วยแบบสอบถามทัศนคติของผู้ใช้บริการแพทย์แผนไทยในชุมชนและความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการหนึ่งหมอหนึ่งบ้าน แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน คือ

1) แบบสอบถามปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และการประกอบอาชีพ มี จำนวน 4 ข้อ

2) แบบสอบถามสภาพการใช้บริการแพทย์แผนไทยในชุมชน มีจำนวน 7 ข้อ

3) แบบสอบถามประสบการณ์การใช้บริการแพทย์แผนไทย มีจำนวน 10 ข้อ

4) แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย ลักษณะคำถามเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่มีความคิดเห็น ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีจำนวน 20 ข้อ

5) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ร่วมโครงการ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการหนึ่งหมอหนึ่งบ้าน ลักษณะคำถามเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีจำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้แสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงปริมาณ คือ ค่าร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้ไคสแควร์ (chi-square test)การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามส่วนที่ 1 ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ (%) ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามส่วนที่ 4 และส่วนที่ 5 ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับการแปลผลคะแนนเฉลี่ยของระดับทัศนคติและความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการหนึ่งหมอหนึ่งบ้าน ผู้วิจัยแบ่งตามเกณฑ์ของ (2) โดยแบ่งเป็นช่วงคะแนนดังนี้

การแปลผลทัศนคติแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง มีทัศนคติเชิงบวก

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง ไม่มีความเห็น

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง มีทัศนคติเชิงลบ

การแปลผล ความพึงพอใจออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 คะแนน หมายถึง มากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 คะแนน หมายถึง มาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 คะแนน หมายถึง ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 คะแนน หมายถึง น้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด

ศึกษาความสัมพันธ์ไคสแควร์ (chi-square test) ส่วนที่ 1 คือ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สภาพการใช้บริการแพทย์แผนไทย ประสบการณ์การใช้บริการแพทย์แผนไทย มีความสัมพันธ์กับระดับทัศนคติเกี่ยวกับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยหรือไม่ ในส่วนที่ 2 คือเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สภาพการใช้บริการแพทย์แผนไทย การใช้บริการแพทย์แผนไทย มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ร่วมโครงการหรือไม่

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยทักษิณ (เอกสารรับรอง เลขที่ COA No.TSU 2019-027 REC No.010) โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้อ่านคำชี้แจงแบบสอบถาม และลงนามบันทึกข้อความยินยอมเข้าร่วมก่อนทำแบบสอบถามในการทำวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีอายุ

60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 52.5 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.9 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 73.5 และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 62.6 ในด้านของปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพ มีความสัมพันธ์ต่อทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และเพศมีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

2. ปัจจัยสภาพการใช้บริการแพทย์แผนไทยในชุมชน ผลการวิเคราะห์สภาพการใช้บริการแพทย์แผนไทยในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยรับการรักษาโรคด้วยวิธีแพทย์แผนไทย คิดเป็นร้อยละ 60.7 ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแพทย์แผนไทยทางสื่อโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 45.2 และผลการศึกษาในครั้งนี้ยังพบส่วนใหญ่คิดว่าสถานบริการแพทย์แผนไทยมีไม่เพียงพอกับความต้องการ คิดเป็นร้อยละ 56.6 เมื่อมีอาการเจ็บป่วยจะใช้การแพทย์แผนไทยเป็นทางเลือกในการรักษาเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 80.8 นอกจากนี้การศึกษาในครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่เชื่อว่าความเจ็บป่วยจะหายเป็นปกติ ร้อยละ 84 โดยการเลือกใช้บริการมากที่สุดจากความเชื่อส่วนตัวจากประสบการณ์ที่เคยได้รับ คิดเป็นร้อยละ 65.3 และส่วนใหญ่ได้รับการบริการทางการแพทย์แผนไทยที่บ้านจากหมอพื้นบ้านคิดเป็นร้อยละ 28.8 และค่าไคสแควร์ (Chi-square test) ระหว่างปัจจัยสภาพการใช้บริการแพทย์แผนไทยในชุมชนต่อทัศนคติ และความพึงพอใจ ไม่มีความสัมพันธ์กัน

3.ปัจจัยประสบการณ์การใช้บริการแพทย์แผนไทย ผลการวิเคราะห์ปัจจัยประสบการณ์การใช้บริการแพทย์แผนไทย พบว่าส่วนใหญ่เคยใช้บริการแพทย์แผนไทยควบคู่กับการรักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 80.8 และเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาล ร้อยละ 65.3 ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการรักษาจากแพทย์แผนไทยที่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 53 แต่เคยได้รับการรักษาจากแพทย์แผนไทยจากแหล่งอื่นๆ นอกเหนือจากโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 65.8 ส่วนใหญ่เคยใช้ยาสมุนไพรที่ได้รับจากโรงพยาบาล ร้อยละ 53 และเคยได้รับยาสมุนไพรจากแหล่งอื่น ร้อยละ 67.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยอบสมุนไพรที่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 72.6 และเมื่อมีอาการปวดเมื่อยส่วนใหญ่จะไม่เลือกใช้การนวดที่โรงพยาบาล ร้อยละ 57.5 แต่จะนำการรักษาจากโรงพยาบาลมาประยุกต์ใช้ ร้อยละ 67.6 และค่าไคสแควร์ (Chi-square test) ระหว่างในปัจจัยประสบการณ์การใช้บริการแพทย์แผนไทยต่อทัศนคติ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) แต่ในส่วนค่าไคสแควร์ (Chi-square test) ระหว่างในปัจจัยประสบการณ์การใช้บริการแพทย์แผนไทยต่อความพึงพอใจ พบว่าการได้รับการรักษาด้วยแพทย์แผนไทยจากแหล่งอื่นๆนอกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (n=219) และค่าไคสแควร์ (Chi-square test) ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ปัจจัยสภาพการใช้บริการแพทย์แผนไทยในชุมชน และปัจจัยประสบการณ์การใช้บริการแพทย์แผนไทย

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ทัศนคติ χ^2		ความพึงพอใจ χ^2	
			Value	p-value	Value	p-value
1. อายุ			**5.905**	**0.749**	**2.953**	**0.399**
5-14 ปี	2	0.9				
15-21 ปี	1	0.5				
22-59 ปี	101	46.1				
60 ปีขึ้นไป	115	52.5				
2. เพศ			**1.359**	**0.715**	**6.144**	**0.013***
ชาย	66	30.1				
หญิง	153	69.9				

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (n=219) และค่าไคสแควร์ (Chi-square test) ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ปัจจัยสภาพการใช้บริการแพทย์แผนไทยในชุมชน และปัจจัยประสบการณ์การใช้บริการแพทย์แผนไทย

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ทัศนคติ χ^2		ความพึงพอใจ χ^2	
			Value	p-value	Value	p-value
3. ระดับการศึกษา			**10.776**	**0.291**	**0.215**	**0.095**
ประถมศึกษา	161	73.5				
มัธยมศึกษา	36	16.4				
ปริญญาตรี	10	4.6				
ปริญญาโท	0	0				
อื่นๆ	12	5.5				
4. อาชีพ			**64.270**	**<0.001***	**1.878**	**0.866**
นักเรียน/นักศึกษา	3	1.4				
รับราชการ	2	0.9				
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	0	0				
รับจ้าง	7	3.2				
เกษตรกรรม	137	62.6				
ธุรกิจส่วนตัว	25	11.4				
อื่นๆ	45	20.5				
ปัจจัยสภาพการใช้บริการแพทย์แผนไทยในชุมชน						
1. การรักษา			**4.080**	**0.253**	**0.386**	**0.534**
เคย	133	60.7				
ไม่เคย	86	39.3				
2.การรับข้อมูลข่าวสาร			**6.028**	**0.420**	**1.005**	**0.605**
เคย	185	84.5				
หนังสือหรือนิตยสาร	23	10.5				
สื่อทางโทรทัศน์	99	45.2				
สื่อทางวิทยุ	12	5.5				
อื่นๆ	51	23.3				
ไม่เคย	34	15.5				
3.สถานบริการมีเพียงพอ			**4.955**	**0.550**	**0.617**	**0.432**
เพียงพอ	95	43.4				
ไม่เพียงพอ	124	56.6				
4.ใช้เป็นทางเลือกในการรักษา			**4.875**	**0.560**	**3.256**	**0.196**
เลือก	177	80.8				
ไม่เลือก	16	7.3				
ไม่แน่ใจ	26	11.9				
5.เชื่อว่าความเจ็บป่วยหายเป็นปกติ			**5.630**	**0.776**	**6.284**	**0.099**
เชื่อ	184	84.0				
ไม่เชื่อ	1	0.5				
ไม่แน่ใจ	34	15.5				
6. ทางเลือกในการใช้บริการ			**12.994**	**0.792**	**7.801**	**0.168**

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (n=219) และค่าไคสแควร์ (Chi-square test) ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ปัจจัยสภาพการใช้บริการแพทย์แผนไทยในชุมชน และปัจจัยประสบการณ์การใช้บริการแพทย์แผนไทย

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ทัศนคติ χ^2		ความพึงพอใจ χ^2	
			Value	p-value	Value	p-value
การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	70	32.0				
ความเชื่อจากประสบการณ์ที่เคยได้รับ	143	65.3				
คำบอกเล่าของบุคคลต่างๆ	105	47.9				
ความสะดวกในการเดินทาง	56	25.6				
ค่าใช้จ่ายในการรักษา	51	23.3				
ระยะเวลาในการรักษา	43	19.6				
คุณภาพของยาที่ใช้ในการรักษา	80	36.5				
อื่นๆ	1	0.5				
7. ได้รับการบริการทางการแพทย์แผนไทยที่บ้าน			**1.059**	**0.787**	**0.007**	**0.932**
เคย	127	58.0				
โรงพยาบาล (แพทย์แผนไทย)	10	4.6				
รพ.สต. (อสม.)	30	13.7				
หมอพื้นบ้าน	63	28.8				
อื่นๆ	23	10.5				
ไม่เคย	92	42.0				
ปัจจัยประสบการณ์การใช้บริการแพทย์แผนไทย						
1.ใช้ควบคู่กับแผนปัจจุบัน			**1.445**	**0.695**	**0.604**	**0.437**
เคย	177	80.8				
ไม่เคย	42	19.2				
2. เลือกใช้บริการของโรงพยาบาล			**3.624**	**0.305**	**1.621**	**0.203**
เลือก	143	65.3				
ไม่เลือก	76	34.7				
3. ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล			**2.567**	**0.463**	**0.410**	**0.522**
เคย	103	47.0				
ไม่เคย	116	53.0				
4. ได้รับการรักษาจากแหล่งอื่นๆ			**4.815**	**0.186**	**5.214**	**0.022***
เคย	144	65.8				
ไม่เคย	75	34.2				
5.ใช้ยาสมุนไพรที่ได้รับจากโรงพยาบาล			**3.039**	**0.386**	**1.204**	**0.272**
เคย	116	53.0				
ไม่เคย	103	47.0				
6.ได้รับยาสมุนไพรจากแหล่งอื่นๆ นอกเหนือจากโรงพยาบาล			**0.407**	**0.939**	**0.826**	**0.364**
เคย	148	67.6				
ไม่เคย	71	32.4				
7.อบสมุนไพรที่โรงพยาบาล			**3.791**	**0.285**	**0.066**	**0.798**
เคย	60	27.4				
ไม่เคย	159	72.6				

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (n=219) และค่าไคสแควร์ (Chi-square test) ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ปัจจัยสภาพการใช้บริการแพทย์แผนไทยในชุมชน และปัจจัยประสบการณ์การใช้บริการแพทย์แผนไทย

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ทัศนคติ χ^2		ความพึงพอใจ χ^2	
			Value	p-value	Value	p-value
8.เมื่อปวดเมื่อย จะเลือกใช้การนวดที่โรงพยาบาล			**3.347**	**0.341**	**1.527**	**0.217**
เลือก	93	42.5				
ไม่เลือก	126	57.5				
9.เมื่อปวดเมื่อย จะเลือกใช้การนวดที่แหล่งอื่นๆ			**1.763**	**0.623**	**0.695**	**0.404**
เลือก	155	70.8				
ไม่เลือก	64	29.2				
10.นำวิธีการรักษาของโรงพยาบาลมาประยุกต์ใช้			**0.411**	**0.938**	**0.024***	**0.876**
เคย	148	67.6				
ไม่เคย	71	32.4				

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

4. ทัศนคติของผู้เข้าร่วมโครงการ ทัศนคติของผู้เข้าร่วมโครงการ ผลการวิเคราะห์ระดับทัศนคติของผู้เข้าร่วมโครงการหนึ่งหมอหนึ่งบ้าน ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในเชิงบวก($\bar{X}$=4.26,S.D=0.51) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การใช้บริการทางการแพทย์แผนไทยต่อไป ($\bar{X}$=4.77,S.D=0.60) รองลงมา คือ การให้บริการทางการแพทย์แผนไทยควรออกให้บริการถึงบ้านเรือนประชาชน ($\bar{X}$=4.73,S.D=0.79) และน้อยที่สุด คือ ยาเฉาวัลย์เปรียงช่วยแก้ปวดเมื่อย ($\bar{X}$=4.00,S.D=1.03) ส่วนทัศนคติของผู้รับบริการที่ไม่มีความเห็นซึ่งได้แก่ การใช้ยาสมุนไพรที่มีขั้นตอนการใช้ยุ่งยากคิดเป็นร้อยละ ($\bar{X}$=2.83,S.D=1.45) และการใช้ยาสมุนไพรมีผลข้างเคียงคิดเป็นร้อยละ ($\bar{X}$=3.07,S.D=1.52)

5. ความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการ ด้านผู้ให้บริการ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=4.64,S.D=0.07) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้ให้บริการแต่งกายสะอาด สุภาพ ($\bar{X}$=4.73,S.D=0.46) รองลงมา คือ ให้บริการด้วยความนุ่มนวล ($\bar{X}$=4.69,S.D=0.48) และ น้อยที่สุด คือ มีความรู้ในการรักษาจนอาการดี ($\bar{X}$=4.54,S.D=0.54) ในส่วนของด้านการให้บริการ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=4.58,S.D=0.13) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การบริการสุภาพเอาใจใส่ ($\bar{X}$=4.79,S.D=0.41) รองลงมา คือ สะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย ($\bar{X}$=4.64,S.D=0.48) และ น้อยที่สุด คือ ได้รับการอธิบายที่ถูกต้อง ($\bar{X}$=4.44,S.D=0.68) ซึ่งอยู่ในระดับมากและในส่วนของความพึงพอใจด้านอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.43,S.D=0.28) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สะอาดเป็นระเบียบ ($\bar{X}$=4.63,S.D=0.53) รองลงมา คือความมีประสิทธิภาพ ($\bar{X}$=4.45,S.D=0.59) และ น้อยที่สุด คือ มีความทันสมัยของเครื่องมือ ($\bar{X}$=4.01,S.D=1.14) ซึ่งอยู่ในระดับมาก

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความต้องการการใช้แพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุ อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง พบว่าส่วนใหญ่ผู้ที่ใช้บริการแพทย์แผนไทยมีอายุ 60-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.5 ซึ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 69.7โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมคิดเป็นร้อยละ 66.0 [3] ในขณะที่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องคุณภาพการบริการ และความพึงพอใจโรงพยาบาล AAA อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ส่วนของช่วงอายุของ

ผู้ใช้บริการน้อยที่สุด คือ อายุตั้งแต่ 61 ปี ขึ้นไป จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 2.8 ในส่วนอาชีพของผู้มาใช้บริการน้อยที่สุด คือ อาชีพเกษตรกร/ ประมง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 8 [4] เนื่องมาจากเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลเอกชนทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรับบริการสูงกว่าโรงพยาบาลของรัฐ จึงทำให้ผู้สูงอายุและผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกร/ ประมง เข้าถึงการรับบริการได้ค่อนข้างน้อย ในด้านของปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล อาชีพมีความสัมพันธ์ต่อทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และเพศมีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความต้องการและโอกาสของประชาชนในอำเภอป่าพะยอมต่อการเข้าถึงคลินิกการแพทย์แผนไทยมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง พบว่าปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลกับความต้องการใช้บริการการแพทย์แผนไทยของประชาชนในอำเภอป่าพะยอม ได้แก่ อาชีพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) [5]

ปัจจัยสภาพการใช้บริการแพทย์แผนไทยในชุมชน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยรับการรักษาโรคด้วยวิธีแพทย์แผนไทย และได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแพทย์แผนไทยทางสื่อโทรทัศน์ สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้แพทย์ทางเลือกของคนไทย พบว่า ผู้ที่เคยใช้บริการแพทย์ทางเลือกมากกว่าผู้ที่ไม่เคยใช้บริการแพทย์ทางเลือก แต่ไม่สอดคล้องกับการรับข้อมูลข่าวสารซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ได้รับหนังสือ วารสาร สิ่งตีพิมพ์ และอินเทอร์เน็ต [6] เนื่องจากเป็นผลการศึกษาของปีพ.ศ.2557 ทำให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแพทย์แผนไทยยังไม่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายทางสื่อโทรทัศน์เช่นปัจจุบัน และผลการศึกษาในครั้งนี้ยังพบส่วนใหญ่คิดว่าสถานบริการแพทย์แผนไทยมีไม่เพียงพอกับความต้องการ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยจะใช้การแพทย์แผนไทยเป็นทางเลือกในการรักษาเป็นส่วนใหญ่คิดเป็น ข้อค้นพบนี้อาจอธิบายได้จากการศึกษาเรื่อง คุณภาพและการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยที่พบว่า เหตุผลสำคัญที่ทำให้เลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย คือการเดินทางสะดวก รองลงมาคือ ความเชื่อมั่นในความสามารถของแพทย์ และบริการดี [7]

ปัจจัยประสบการณ์การใช้บริการแพทย์แผนไทย ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เคยใช้บริการแพทย์แผนไทยควบคู่กับการรักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบัน และเคยได้รับการรักษาจากแพทย์แผนไทยจากแหล่งอื่นๆ นอกเหนือจากโรงพยาบาล และค่าไคสแควร์ระหว่างในปัจจัยประสบการณ์การใช้บริการแพทย์แผนไทยต่อทัศนคติ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) แต่ในส่วนค่าไคสแควร์ ระหว่างในปัจจัยประสบการณ์การใช้บริการแพทย์แผนไทยต่อความพึงพอใจ พบว่าการได้รับการรักษาด้วยแพทย์แผนไทยจากแหล่งอื่นๆนอกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องสถานการณ์การใช้บริการการแพทย์แผนไทย ปี 2552, 2554, 2556 พบว่า ผู้ที่เป็นโรคผู้ปวดหลัง และปวดกล้ามเนื้อส่วนอื่นไปหาหมอพื้นบ้านเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 0.1 ใน พ.ศ.2552 เป็นร้อยละ 0.2 และ 0.24 ใน พ.ศ. 2554 และ พ.ศ.2556 ตามลำดับ [8] ในขณะที่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องรูปแบบการใช้การแพทย์แบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างในจังหวัดนครปฐม พบว่าสถานที่หลักที่ใช้การแพทย์แผนโบราณส่วนใหญ่คือ โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของรัฐ คิดเป็นร้อยละ 56.29 รองลงมาคือ หมอชาวบ้านหรือหมอนวดพื้นบ้าน คิดเป็นร้อยละ 19.21 [9] เนื่องจากโรงพยาบาลในพื้นที่อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุงยังไม่ได้มีการประชาสัมพันธ์และการเข้าถึงการให้บริการการแพทย์แผนไทยแก่ประชาชนในพื้นที่มากนัก จึงทำให้ประชาชนในพื้นที่ยังคงใช้บริการการรักษาด้วยแพทย์แผนไทยจากแหล่งอื่นๆนอกจากโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่

ทัศนคติของผู้เข้าร่วมโครงการ ผู้เข้าร่วมโครงการหนึ่งหมอหนึ่งบ้าน ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในเชิงบวก สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ ทัศนคติ การรับรู้และพฤติกรรมในการรับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จังหวัดอุทัยธานี พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติอยู่ในระดับมาก โดยทัศนคติต่อด้าน

บริการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก [10] และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการแพทย์แผนไทยในจังหวัดภูเก็ต พบว่าทัศนคติที่มีต่อการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยของผู้ตอบแบบสอบถามโดยภาพรวมมีทัศนคติเชิงบวกต่อการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย ซึ่งผลการวิเคราะห์ระดับทัศนคติของผู้รับบริการในโครงการหนึ่งหมอหนึ่งบ้านโดยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในเชิงบวก [2]

ความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการ ความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการหนึ่งหมอหนึ่งบ้าน ด้านผู้ให้บริการ และด้านการให้บริการ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ในส่วนของความพึงพอใจด้านอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ โดยรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการการแพทย์แผนไทย: กรณีศึกษา งานแพทย์แผนไทย ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสงขลา โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา พบว่า ผู้รับบริการพอใจในกิริยามารยาทของผู้ให้บริการระดับมากที่สุด และ มีความพึงพอใจในสภาพรวมทั่วๆ ไประดับมาก [11]

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่าผู้เข้าร่วมโครงการมีทัศนคติที่ว่ายาสมุนไพรมีขั้นตอนการใช้ที่ยุ่งยาก มีผลข้างเคียง จึงอาจจะมีการจัดกิจกรรมต่างๆร่วมกับการดูแลรักษา เช่น การสาธิตการทำผลิตภัณฑ์สมุนไพร หรือ วิธีการใช้ยาสมุนไพรที่ถูกต้อง เพื่อเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ศึกษาขอขอบคุณทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง และขอขอบคุณ ผู้เข้าร่วมโครงการที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.ธีรยา นิยมศิลป์, ฉัฏฐิญา ค้าผล. การแพทย์ทางเลือกและการนำไปใช้. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2552;7(1):1.

2.ดุษฎี ยี่ร่อสา. การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการแพทย์แผนไทยในจังหวัดภูเก็ต [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. จังหวัดภูเก็ต: สาขายุทธศาสตร์การพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต; 2550.

3.นิธิวดี สมิตินทร์, สุวรรณา จงรักษ์, วิทวัส หมาดอี, กุสุมาลย์ น้อยผา. ความต้องการการใช้แพทย์แผน

ไทยของผู้สูงอายุ อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง. ใน: นุชลี ทิพย์มณฑา, บรรณาธิการ. หนังสือการประมวลผลวิชาการ Proceedings. การประชุมวิชาการระดับชาติด้านศิลปะศาสตร์ ครั้งที่ 4; วันที่1-2 เม.ย. 2562; มหาวิทยาลัยราชมงคลศรีวิชัย. จังหวัดสงขลา: ม.ป.พ.; 2562. น. 369-380.

4.ปุณยภา พวงทับทิม. คุณภาพการบริการ และ ความพึงพอใจโรงพยาบาล AAA อำเภอศรีราชาจังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. จังหวัดชลบุรี: สาขาวิชาการจัดการธุรกิจโลก วิทยาลัยพาณิชยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.

5.นูรีซัน หิเล, นูรีมัน ลือแบลูวง, นูรูลฮดูา เจ๊ะเต๊ะ, รุสนา อาแด, วิทวัส หมาดอี, กุสุมาลย์ น้อยผา. ความต้องการและโอกาสของประชาชนในอำเภอป่าพะยอมต่อการเข้าถึงคลินิกการแพทย์แผนไทยมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง. ใน: นุชลี ทิพย์มณฑา, บรรณาธิการ. หนังสือการประมวลผลวิชาการ Proceedings. การประชุมวิชาการระดับชาติด้านศิลปะศาสตร์ ครั้งที่ 4; วันที่1-2 เม.ย. 2562; มหาวิทยาลัยราชมงคลศรีวิชัย. จังหวัดสงขลา: ม.ป.พ.; 2562. น. 383-396.

6.ฤทธิรงค์ อัญจะนะ, วิภาวดี ลี้มิ่งสวัสดิ์. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือกของคนไทย. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ. 2557;17(2):107.

7.อัจฉรา เชียงทอง, อรนุช ภาชื่น, ฉวีวรรณ บุญสุยา, ฉัตรชัย สวัสดิไชย. คุณภาพและการเข้าถึงบริการของ โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2560;34 (3):213-215.

8.รัชนี จันทร์เกษ, มนนิภา สังข์ศักดา, ปรียา มิตรานนท์. สถานการณ์การใช้บริการการแพทย์แผนไทยปี2552, 2554, 2556. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2559;10(2):109.

9.พิษณุ อภิสมาจารโยธิน. รูปแบบการใช้การแพทย์แบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างในจังหวัดนครปฐม. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร ฉบับภาษาไทย. 2557;34(3):179.

10.ชะลอรัตน์ ศิริเขตรกรณ์. ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ และพฤติกรรมในการรับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จังหวัดอุทัยธานี. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2562;3(2):115-119.
11.รักษ์เกียรติ จิรันธร, ฉรงค์ศักดิ์ สิงห์ไพบูลย์พร, ภัทราภรณ์ เงาดุลยวัต, ศิวพร มงคลสุข, ศรีวิมล มหัทธโนบล.การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการการแพทย์แผนไทย: กรณีศึกษางานแพทย์แผนไทยศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสงขลา โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2548;24(6):521.

ผลของโปรแกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธีต่อการปรับตัวของนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 1

The Effect of Dialectical Behavior Therapy Program on Adaptation in first year Nursing student

ฐพัชร์ คันศร[1] ,วีระชัย เตชะนิรัติศัย์[2] ,อานนท์ สังขะพงษ์[3] ,นภาพร เหลืองมงคลชัย[4]
ศิริลักษณ์ ชิ้นทอง[5] , ศิศศิประภา อาจนิมาตย์[6]
Thaphat Khansorn , Weerachai Techanirattis , Anon Sangkhapong , Naraphon Leungmongkolchai
Sirilak Chinthong , Sissiprapha Atnimat

(Received: January 22 ,2020 ; Accepted: March 28, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research designs) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธีต่อการปรับตัวของนิสิตปริญญาตรีระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ นิสิตระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น บุรีรัมย์ ปีการศึกษา 2561 ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อพัฒนาสติ จำนวน 76 คน (Simple random sampling) เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 38 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธี จำนวน 4 วัน วันละ 60 นาที แต่ละวันมีขั้นตอนที่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมใดๆ การทดลองแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยร้อยละ และสถิติ Independent t- test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นิสิตที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธี มีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัว ในระยะหลังการทดลอง สูงกว่านิสิตกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นิสิตที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธี มีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัว และนิสิตที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธี มีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัว ในระยะหลังการทดลอง สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สรุปได้ว่าโปรแกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธี มีประสิทธิภาพในการช่วยให้นิสิตชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์นบุรีรัมย์ มีการปรับตัวได้ดีขึ้นจริง

คำสำคัญ:โปรแกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธี/การปรับตัว / นิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 1

Abstract

This research methodology was taken Quasi-Experimental designs. The study aimed to compare effect of Dialectical Mindfulness Practice Program on adaptation among bachelor degree students, pre-post experimental intervention. The samples were First year Bachelor Nursing Students of Western University, Buriram Campus in academic year 2018 who volunteer to be participants in the program to develop mindfulness. Total 76 cases recruited by Simple random sampling technique into experimental and control group and each group consist of 38 cases. The experimental group received Dialectical Mindfulness Practice Program for 4 days, 60 minutes daily, and different step for each day while control group without any treatment given. The experiment divided into 2 phases: pre and post intervention. Statistical analyzing data by frequency, mean, percentage and compare mean by Independent t- test, significant level set at .05

The results found that there was interaction between method and duration of experiment significantly ($p < .05$) The students given Dialectical Mindfulness Practice Program had average adaptation score at post intervention higher than the control group significantly ($p < .05$) Thus, conclusion support that Dialectical Mindfulness Practice Program was efficiency to enhance first year students of Western University, Buriram Campus on adaptation pragmatically.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy Program / adaptation/ First year Bachelor Nursing Students

[1] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลห้วยราช
[2].พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเปาโล สมุทรปราการ
[3]อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น บุรีรัมย์
[4]อาจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

บทนำ

การปรับตัวเป็นกิจกรรมสำคัญอย่างหนึ่งของชีวิต เนื่องจากในการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลย่อมมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งเป็นสิ่งที่มีผลที่ทำให้สภาพความสมดุลของชีวิตที่เคยเป็นอยู่เสียไป เป็นอุปสรรคขัดขวางในการดำเนินชีวิต เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดขึ้น ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งสถานที่เรียนใหม่ เพื่อนใหม่ รวมถึงแยกจากครอบครัวมาอยู่หอพัก อยู่ต่างจังหวัดห่างไกลจากครอบครัว วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ บุคลิกภาพและสังคม จึงเป็นวัยที่ต้องมีการปรับตัวเป็นอย่างมากในทุกด้าน นักศึกษาที่เข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษา พบว่าส่วนมากจะมีอายุ ระหว่าง 17-25 ปี ต้องมีการปรับตัวเป็นอย่างมากและปรับตัวอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งสำเร็จการศึกษา [8] นิสิตชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ มีปัญหาด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ปัญหาด้านบทบาทหน้าที่ อัตมโนทัศน์ และด้านร่างกาย ตามลำดับ ระดับปัญหาการปรับตัวโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ปัญหาการปรับตัวด้านสุขภาพและพัฒนาการทางร่างกาย ด้านกิจกรรมสังคมและนันทนาการ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านอารมณ์และส่วนตัว ด้านเพศ ด้านครอบครัว และด้านศีลธรรม จรรยาและศาสนาอยู่ในระดับต่ำ ขาดทักษะในการแก้ปัญหารวมทั้งปัญหาการปรับตัวกับสถานภาพใหม่ ดังจะพบจากสถิติการกระทำผิดระเบียบวินัยของมหาวิทยาลัย การเที่ยวกลางคืนการแต่งตัวล่อแหลมหรือแม้แต่ผลสัมฤทธิ์จากการเรียนพบว่าอยู่ในระดับต่ำ

การปรึกษาเชิงวิภาษวิธี (Dialectical behavior therapy) เป็นการปรับความคิดที่มีพฤติกรรมปรับตัว จะนำไปสู่ความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (affect) และพฤติกรรม โดยนำหลักการและปรัชญาตะวันออก เช่น การเพ่ง (Mindfulness) ผสมผสานเทคนิคต่าง ๆ ของทฤษฎีกลุ่มพฤติกรรมนิยมแบบดั้งเดิมโดยเฉพาะทักษะที่ใช้ในการประเมินและแก้ปัญหาด้านอารมณ์ความคิดและพฤติกรรม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาการปรับตัวของนิสิตชั้นปีที่ 1 โดยใช้โปรแกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธี เพื่อสนับสนุนให้นิสิตชั้นปีที่ 1 มีการปรับตัวให้มีคุณสมบัติของนิสิตที่พึงประสงค์ของมหาวิทยาลัย และใช้ชีวิตอย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธีต่อการปรับตัวของนิสิตปริญญาตรีระยะก่อนทดลอง และ หลังทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design โดยมีแบบแผนการวิจัยเป็นแบบแผนการศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธีที่เกิดขึ้นของนิสิตชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวของนิสิตชั้นปีที่ 1 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธี และเพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวของนิสิตชั้นปีที่ 1 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธีและกลุ่มการฝึกสติตามวิธีที่นิสิตใช้ตามปกติ

1. ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยนำแบบวัดการปรับตัวไปวัดกับนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เพื่อเป็นคะแนนก่อนการทดลอง (Pretest) โดยเก็บข้อมูลทั้งหมด 158 คน คัดเลือกผู้ป่วยที่มีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวระดับน้อย ตั้งแต่ 52.5 ลงมา และสมัครใจเข้าร่วมการทดลองและสามารถเข้าทำการทดลองได้ สุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 79 คน

2. ระยะทดลอง ผู้วิจัยพัฒนาระดับการปรับตัวของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ในกลุ่มทดลอง โดยใช้โปรแกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธีต่อการปรับตัว จำนวน 4 วัน ต่อเนื่องกันทุกวัน ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมใดๆ เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยได้วัดระดับการปรับตัวของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อเป็นคะแนนภายหลังการทดลอง (Posttest)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ ปีการศึกษา 2561 จำนวน 94 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 ที่มีคะแนนการปรับตัวในระดับน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 52.50 ลงมา คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้สูตรการคำนวณของเครซี่และมอร์แกน สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดน้อย ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 76 คน ทำการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากในลักษณะการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 38 **คน**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) เพื่อพัฒนาระดับการปรับตัวของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น โดยใช้โปรแกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธีต่อการปรับตัว โดยได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากกรรมการพิจารณาจริยธรรม มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เลขที่ WTU 2561-0056

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.แบบวัดการปรับตัว

1.1 ผู้วิจัยปรับปรุงแบบวัดการปรับตัวของ เปรมพร มั่นเสมอ, 2545 ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดของ Baker และ Siryk สร้างขึ้นเมื่อ ค.ศ. 1984 และปรับปรุงครั้งสุดท้ายเมื่อปี ค.ศ. 1986 ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

1.2 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงขึ้นมาใหม่ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามทั้งในแง่ของวัตถุประสงค์ภาษาที่ใช้และความตรงเชิงเนื้อหาอันประกอบไปด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการปรับตัวของนิสิต จำนวน 3ท่าน

1.3 นำแบบวัดการปรับตัวที่ได้รับการปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยการหาค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) ของข้อคำถามแต่ละข้อ กับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item-total correlation) โดยข้อคำถาม 55 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนก .33 ถึง . 93 และการวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือวัด (Reliability of the instrument) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (α-Coefficient) .91

2. โปรแกรมการพัฒนาฝึกสติแบบวิภาษวิธี

2.1 ศึกษาและทบทวนเอกสาร ตำรา เกี่ยวกับแนวคิดและเทคนิคของการปรึกษากลุ่มเชิงวิภาษวิธี

2.2 สร้างโปรแกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธี ให้สอดคล้องเหมาะสมด้านวัตถุประสงค์ จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที

2.3 นำโปรแกรมการพัฒนาฝึกสติแบบวิภาษวิธีไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบ

2.4 ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมการพัฒนาฝึกสติแบบวิภาษวิธีตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

2.5 ผู้วิจัยนำโปรแกรมการพัฒนาฝึกแบบวิภาษวิธี จำนวน 4 Sessions ซึ่งประกอบด้วย การตระหนักรู้ 1 ครั้ง ช้า ๆ ได้พร้าเล่มงาม 1 ครั้ง พัฒนาทักษะการปรับตัว 1 ครั้ง และสร้างอนาคตด้วยมือเรา 1 ครั้ง

รายละเอียดของโปรแกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธีของนิสิตชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์

Session	เรื่อง	เทคนิค
1	การตระหนักรู้	1.การเพ่งความสนใจ (Mindfulness) 2.การไม่ตัดสิน 3.มีสติในขณะที่ทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง
2	ช้าๆได้พร้าเล่มงาม	1.การเพ่งความสนใจ (Mindfulness) 2.เพิ่มอารมณ์ทางบวก 3.เพิ่มทักษะความอดทน 4.การพัฒนาความเข้มแข็งด้วยเทคนิค STRONG
3	พัฒนาทักษะการปรับตัว	1.การเพ่งความสนใจ (Mindfulness) 2.รับรู้ ณ ปัจจุบัน ตามเทคนิค IMPROVE -การจินตนาการ (Imagery) -การให้ความหมาย (Meaning) -ผ่อนคลาย (Relaxation) -ใส่ใจในปัจจุบัน (One thing in the moment) -การสนับสนุน (Encouragement)
4	สร้างอนาคตด้วยมือเรา	1.การเพ่งความสนใจ (Mindfulness) 2.ยอมรับความจริงของชีวิต 3.ยินดีที่จะมี จะเป็น

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. คะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกสติวิภาษวิธีของนิสิตชั้นปีที่ 1 นิสิตชั้นปีที่ 1 ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธีและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวเป็น 2.09 และ 2.15 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 0.18 และ 0.19 ในระยะหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวเป็น 4.11 และ 3.52 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 0.24 และ 0.31

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธีและการปรับตัวของนิสิตชั้นปีที่ 1

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธีและการปรับตัวของนิสิตชั้นปีที่ 1

ตัวแปร	โปรแกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธี		Chi-Square	p-value
	(r)	**p.value**		
กลุ่มทดลอง	.45	.01*	8.526	.999
กลุ่มควบคุม	.56	.02*	7.474	1.000

p< .05

จากตาราง 1 โปรแกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธีและกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีความสัมพันธ์ กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อสิ้นสุดการศึกษาทั้งสองวิธีแล้วพบว่าทางการศึกษาด้วยวิธีปกติและการปรึกษาแบบกลุ่มเชิงวิภาษวิธีมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นและมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะหลังการทดลอง แต่การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีมีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการปรึกษาด้วยวิธีปกติ

สรุปและอภิปรายผล

1. นิสิตชั้นปีที่ 1 กลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธีมีการปรับตัวคะแนนเฉลี่ยในระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .05) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวคือ นิสิตระดับปริญญาตรีที่ได้รับโปรกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธีคะแนนการปรับตัวในระยะหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองกลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธีมีคะแนนเฉลี่ย 4.11 สูงกว่ากลุ่มควบคุม 3.52 เนื่องจากการฝึกสติแบบวิภาษวิธีช่วยให้นิสิตชั้นปีที่ 1 เข้าใจถึงสาเหตุของปัญหา การควบคุม ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออกมา สอดคล้องกับงานวิจัยของอรอนงค์ นิยมธรรม [8] ได้วิจัยเรื่อง การปรับตัวของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ตาก ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษามีการปรับตัวโดยรวมระดับมาก โดยมีการปรับตัวด้านการเรียน ด้านสัมพันธภาพกับอาจารย์ และด้านสัมพันธภาพกับเพื่อนระดับมาก ส่วนการปรับตัวด้านกิจกรรมของมหาวิทยาลัย และด้านสภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัยระดับปานกลางนักศึกษาเพศชายและเพศหญิงมีการปรับตัวโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 นักศึกษาที่ศึกษาอยู่ในคณะแตกต่างกันมีการปรับตัวโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 นักศึกษาชั้นปีแตกต่างกันมีการปรับตัวโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกนกพร เรืองเพิ่มพูน [3] ได้วิจัยเรื่อง ลักษณะการปรับตัวทางสังคมของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า การปรับตัวทางสังคมโดยภาพรวมของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับค่อนข้างดีถึงดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนันทิชา บุญละเอียด[4] ได้วิจัยเรื่อง ผลการใช้ชุดกิจกรรมแนะแนวเพื่อพัฒนาการปรับตัวอยู่ในหอพักของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ผลการวิจัยพบว่า นิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพามีระดับการปรับตัวในด้านการเรียน ด้านสังคม ด้านอารมณ์และการปรับตัวทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกาญจนา บุตรมี [1] ได้วิจัยเรื่อง ผลการใช้ชุดกิจกรรมแนะแนวเพื่อพัฒนาการปรับตัวอยู่ในหอพักของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาที่ได้รับการฝึกด้วยชุดกิจกรรมแนะแนวเพื่อพัฒนาการปรับตัวอยู่ในหอพักมีการปรับตัวได้สูงกว่านักศึกษากลุ่มควบคุมที่ได้ใช้ชุดกิจกรรมแนะแนวอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01

2. นิสิตชั้นปีที่ 1 ที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธีมีคะแนนการปรับตัวในระยะหลังทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .05) ซึ่งเป็นไปตาม

สมมติฐานข้อที่ 2 กล่าวคือ นิสิตระดับปริญญาตรีที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธีมีคะแนนการปรับตัวในระยะหลังทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลอง โปรแกรมการการปรึกษาเชิงวิภาษวิธี เป็นการศึกษาแบบเปลี่ยนแปลงมุมมองและความคิดของบุคคลที่มีความเจ็บปวดด้านจิตใจโดยการให้เขาได้ตระหนักรู้อย่างแท้จริงด้วยตนเองซึ่งพัฒนาโดยลินฮาน [9] โดยเน้นกระบวนการรับรู้ความเข้าใจและการยอมรับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ลินตัน [10] ศึกษาผลกระทบของการเพ่งความสนใจต่อการรักษาอาการทางจิตเวช รวมไปถึงการรู้สติเพื่อนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่าการศึกษาแบบเปลี่ยนแปลงมุมมองและความคิดของบุคคลต่างจากเจ็บป่วยด้านจิตใจ โดยการตระหนักให้รู้อย่างแท้จริงด้วยตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของกาญจนา บุตรมี และคณะ, (2555) ได้วิจัยเรื่อง ผลการใช้ชุดกิจกรรมแนะแนวเพื่อพัฒนาการปรับตัวอยู่ในหอพักของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาที่ได้รับการฝึกด้วยชุดกิจกรรมแนะแนวเพื่อพัฒนาการปรับตัวอยู่ในหอพักมีการปรับตัวได้สูงกว่านักศึกษากลุ่มควบคุมที่ได้ใช้ชุดกิจกรรมแนะแนวอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01

3. นิสิตชั้นปีที่ 1 ที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธีมีคะแนนการปรับตัวในระยะหลังทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 กล่าวคือ นิสิตระดับปริญญาตรีที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธีมีคะแนนการปรับตัวในระยะหลังทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลอง โปรแกรมการฝึกสติแบบวิภาษวิธี ช่วยให้นิสิต มีความเข้มแข็งภายในตนเอง โดยมีความพร้อมในการดูแลพึ่งพาตนเองได้ทั้งในภาวะปกติและภาววิกฤติ รวมไปถึงเมื่อเกิดเหตุการณ์อื่นๆนอกเหนือความคาดหมายก็เตรียมพร้อมอยู่เสมอ ดังเช่นการศึกษาของ เมลิซซ่า แลงและคณะ [10] ได้ทำการศึกษาการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีเพื่อใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากบ่อยครั้งที่พบว่า การให้การปรึกษาด้านจิตวิทยามักจะไม่ได้รับการสนับสนุน เนื่องจากถูกจำกัดด้วยเวลา บุคลากร แต่การปรึกษาเชิงวิภาษวิธีสามารถลดเวลาและต้นทุนลงได้ โดยการฝึกทักษะในการสนทนา การเพ่งความสนใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การควบคุมอารมณ์ และทักษะการยอมรับความทุกข์ การสนับสนุนทางอารมณ์สามารถบวกได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและยังมีผลลัพธ์สุขภาพทางบวกด้วย นอกจากนี้การมีสัมพันธภาพที่ดียังเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับนิสิตกลุ่มนี้ การฝึกสติเชิงวิภาษวิธีจึงมีประสิทธิภาพดีและมีผลดีในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ทำวิจัยควรเป็นผู้มีความรู้และใช้โปรแกรมการปรึกษาเชิงวิภาษวิธีเป็นอย่างดี และควรเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านจิตวิทยาเป็นอย่างดี

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้จากความร่วมมือของนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น และขอขอบพระคุณคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญ ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ ดร.รุจิระชัย เมืองแก้ว ดร.อารีย์ ขันติธรรมกุล และ ดร.วรางคณา โสมะนันท์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1.กาญจนา บุตรมี และคณะ. (2555). ผลการใช้ชุดกิจกรรมแนะแนวเพื่อพัฒนาการปรับตัวอยู่ในหอพักของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย. การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มสธ. ครั้งที่3. (ออนไลน์). แหล่งที่มา http://www.stou.ac.th/thai/grad_stdy/Masters/%E0.pdf. สืบค้นเมื่อวันที่ 11 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2561.

2.ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2557). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เล่ม 1. นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.

3.ชุติวรรณ ภัทรานุรักษ์กุล และคณะ. (2558). การศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวของนักศึกษาชั้นปีที่1มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. (ออนไลน์). แหล่งที่มา http://bkkthon.ac.th/home/user_files/department/department-24/files/22pdf. สืบค้นเมื่อวันที่ 08 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561.

4.นันทิชา บุญละเอียด. (2554). การปรับตัวของนิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 คณะวิทยาศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. (ออนไลน์). แหล่งที่มา : http://www.lib.buu.ac.th/st/ST0002601.pdf. สืบค้นเมื่อวันที่ 08 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561.

5.นันทิพย์ หาสิน และคณะ. (2557). ความเครียด และการปรับตัวของนักศึกษาปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์, 31(3), 94-101.(ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.kuer.edu.ku.ac.th/file_upload/abstract/12/12- 235.pdf. สืบค้นเมื่อวันที่ 11 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561.

6.สุทธิรักษ์ ไชยรักษ์. (2556). ปัญหาการปรับตัวของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาเทคโนโลยีสุรนารี.(ออนไลน์). แหล่งที่มา : http://sutir.sut.ac.th:8080/sutir/bitstream/123456789/6017/2/Fulltext.pdf. สืบค้นเมื่อวันที่ 08 เดือนสิงหาคม พ.ศ.2561

7.สุริยัน อ้นทองทิม และคณะ. (2558). การปรับตัวของนักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1สถาบันอุดมศึกษาภายในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมาร , 23(1), 18-25. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://apheit.bu.ac.th/jounal/social- 2017/2_suliyun.pdf. สืบค้นเมื่อวันที่ 08 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561.

8.อรอนงค์ นิยมธรรมและคณะ. (2560). การปรับตัวของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ล้านนาตาก. วารสารวิจัยทางการศึกษา. คณะศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ปีที่ 12, หน้า273-285.

9.Roy, S.C.& Andrews, H. A. (1999). The roy adaptation model. (2nd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.

10.Roy. (2009). Roy adaptation model. (3rd ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson.

กิจกรรมทางด้านร่างกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพในกลุ่มคนวัยทำงาน อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

PHYSICAL ACTIVITY AND FOOD CONSUMPTION AFFECT TO HEALTH STATUS IN WORKER AT KHLONG LUANG, PATHUM THANI.

กริช เรืองไชย[1], อภิญญา อุตระชัย[1]

Krich Ruangchai[1], Apinya Uttarachai[1]

(Received: January 10 ,2020 ; Accepted: March 12 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากิจกรรมทางด้านร่างกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพในกลุ่มคนวัยทำงาน อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 688 ราย สุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบบันทึกกิจกรรมทางด้านร่างกาย แบบบันทึกการบริโภคอาหารต่อเนื่อง 7 วัน และแบบบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณโดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเป็นมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียรสัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมทางด้านร่างกายแยกตามประเภทกิจกรรมหนักร้อยละ 17.7 เฉลี่ยวันละ 82.7 นาที กิจกรรมปานกลางร้อยละ 41.6 เฉลี่ยวันละ 44.1 นาที และกิจกรรมเบาร้อยละ 40.7 เฉลี่ยวันละ 12.6 นาที บริโภคอาหารสุกี้ ชาบู ปริมาณการบริโภคเฉลี่ย 592.3 กรัม/วัน กลุ่มอาหารอีสาน ปริมาณการบริโภคเฉลี่ย 217.8 กรัม/วัน กลุ่มขนมปังมีไส้ปริมาณการบริโภคเฉลี่ย 114.3 กรัม/วัน กลุ่มขนมกรุบกรอบปริมาณการบริโภคเฉลี่ย 68.7 กรัม/วัน กลุ่มขนมปังเวเฟอร์ปริมาณการบริโภคเฉลี่ย 37.8 กรัม/วัน กลุ่มขนมหวานปริมาณการบริโภคเฉลี่ย 86.3 กรัม/วัน ระดับความดันโลหิตเฉลี่ย 136.4/85.7 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนักเพศชายเฉลี่ย 71.5 กิโลกรัม น้ำหนักเพศหญิงเฉลี่ย 64.0 กิโลกรัม ส่วนสูงเพศชายเฉลี่ย 167.2 เซนติเมตร ส่วนสูงเพศหญิงเฉลี่ย 154.6 เซนติเมตร เส้นรอบเอวเพศชายเฉลี่ย 102.6 เซนติเมตร เส้นรอบเอวเพศหญิงเฉลี่ย 95.9 เซนติเมตร ปริมาณการบริโภคอาหารส่งผลต่อภาวะสุขภาพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (r=0.539, p-value < 0.001) ความถี่ในการบริโภคอาหาร ส่งผลต่อภาวะสุขภาพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (r = 0.423, p-value < 0.001) ส่วนกิจกรรมด้านร่างกายไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพ

คำสำคัญ : กิจกรรมทางด้านร่างกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะสุขภาพ วัยทำงาน

Abstract

The objective of this study to physical activity and food consumption affect to health status in worker at Khlong Luang, Pathum Thani. A sample was 688 persons in the Khlong Luang district area, Pathum Thani province, who were selected by cluster random sampling. The instrument used in the study were a questionnaire, activity record, food record in 7 day. Statisticts used in data analysis were mean, standard deviation, percentage, Pearson's product moment correlation coefficient.

The finding showed that the worker was 17.7 % activity hard (Mean = 82.7 Min/day), 41.6% activity medium (Mean = 44.1 Min/day), 40.7% solf activity (Mean = 12.6 Min/day). The consumption cha-bu su ki was of 592.3 g/day, e-san food was of 217.8 g/day, eaten bread was 114.3 g/day, snack was 68.7 g/day, wafer bread was 37.8 g/day, dessert was 86.3 g/day, blood pressure of 136.4/85.7 mmph, male body weight was 71.5 kilograms, female body weight was 64.0 kilograms, male height was 167.2 centimeters, female height was 154.6 centimeters, waist circumference of male was 102.6 centimeters, female waist circumference was 95.9 centimeters, volume of food consumption, frequency of food consumption was significantly correlated with health status (r=0.539, p-value < 0.001, r = 0.423, p-value < 0.001)

Key words: Physical activity, Food consumption, Health status, Worker

[1] อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

บทนำ

ประชากรวัยผู้ใหญ่เป็นวัยแห่งการทำงาน สร้างสรรค์สิ่งต่าง ๆ เพื่อการพัฒนาองค์กรของตนเองให้มีความเจริญก้าวหน้า มากกว่าร้อยละ 30 มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับการมีน้ำหนักเกินสาเหตุเกิดจากร่างกายได้รับพลังงานจากอาหารเกินความต้องการในแต่ละวันและถูกสะสมไว้ในรูปของไขมันตามอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย [19] รวมไปถึงกิจกรรมทางด้านร่างกายที่มีการปฏิบัติเกี่ยวข้องกับอาชีพที่ตนเองปฏิบัติส่งผลให้ร่างกายเกิดการเผาผลาญพลังงานไม่เป็นไปตามกระบวนการของระบบเมตาบอลิซึมและทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา [13] การรับประทานอาหารในวัยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่บริโภคอาหารอาหารที่มีรสจัดร้อยละ 34.0 บริโภคอาหารในร้านประเภทกินได้ไม่จำกัดปริมาณร้อยละ 32.4 บริโภคเครื่องดื่มรสหวานชนิดแก้วจากร้านกาแฟหรือร้านขายนมสด และบริโภคมากสุด คือ กาแฟ นม ชาเขียว และชาไข่มุก ความถี่ของการบริโภควันละ 2-3 แก้ว [10] การบริโภคอาหารพร้อมกับเครื่องดื่มรสหวานเป็นสิ่งที่ปฏิบัติเป็นประจำของกลุ่มคนวัยทำงานยิ่งบริโภคมากยิ่งคำนึงถึงการออกกำลังกายได้น้อย [5] กิจกรรมทางด้านร่างกายส่วนใหญ่เป็นการเดินเนื่องจากบริบทของคนกลุ่มวัยทำงานต้องเดินติดต่อประสานงานภายในสถานที่ทำงานร้อยละ 58.1 การออกกำลังกายให้เป็นไปตามเกณฑ์และพอเพียงสามารถทำได้เพียงร้อยละ 17.1 [1] ภาวะสุขภาพเป็นผลที่เกิดขึ้นจากปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้เกิดผลทางด้านที่ดีและไม่ดีต่อร่างกาย โดยเฉพาะการมีกิจกรรมทางด้านร่างกายที่ต่อเนื่องเหมาะสมและการบริโภคอาหารไม่เกินปริมาณที่ร่างกายควรได้รับต่อวัน [8] การมีสุขภาพดีต้องประกอบไปด้วยการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับสัดส่วนของร่างกายและมีกิจกรรมทางด้านร่างกายในระยะเวลาที่เหมาะสมและต่อเนื่อง ภาวะสุขภาพของกลุ่มคนวัยทำงานในปัจจุบันป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคอ้วนร้อยละ 26.8 โรคไขมันและหลอดเลือดร้อยละ 20.1 และโรคเบาหวานร้อยละ 17.3 เป็นต้น [9] ประชากรภาคกลางส่วนใหญ่เป็นเขตเมืองประกอบไปด้วย กรุงเทพมหานคร จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรปราการ จังหวัดนนทบุรี และจังหวัดปทุมธานี โดยเฉพาะอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ที่มีประชากรกลุ่มคนวัยทำงานความหลากหลายในการประกอบอาชีพ เช่น วิศวกร เจ้าหน้าที่โรงงาน พนักงานบริษัท ข้าราชการ ลูกจ้าง และคนงานต่างชาติ เป็นต้น คนวัยทำงานส่วนใหญ่ในพื้นที่เป็นประชากรแฝง การใช้ชีวิตส่วนใหญ่จะซื้ออาหารบริโภคเอง กิจกรรมทางด้านร่างกายเป็นกิจกรรมการเดิน การเข้าถึงแหล่งอาหารส่วนใหญ่จะเป็นตลาดสด ห้างสรรพสินค้า และร้านสะดวกซื้อเป็นต้น [7]

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่ากิจกรรมทางด้านร่างกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีโอกาสเสี่ยงที่จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ ได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต การทำงาน ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล และสภาวะทางจิตใจของกลุ่มคนวัยทำงาน เพื่อไม่ให้เกิดผลต่อภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษากิจกรรมทางด้านร่างกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพในกลุ่มคนวัยทำงาน อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับกลุ่มคนวัยทำงาน โดยศึกษาแนวคิดของภาวะสุขภาพ เพื่อใช้ทำนายการความคุมพฤติกรรมของกลุ่มคนวัยทำงานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล กิจกรรมทางด้านร่างกาย และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในกลุ่มคนวัยทำงาน อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

สมมติฐานการวิจัย

กิจกรรมทางด้านร่างกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในกลุ่มคนวัยทำงาน อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ กลุ่มคนวัยทำงานที่อาศัยอยู่ในอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 43,435 คน [7] กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างกรณีทราบจำนวนประชากรโดยใช้วิธีการประมาณค่าเฉลี่ยประชากร และสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบกลุ่มในลักษณะการจับฉลากตามสถานที่ทำงาน(Cluster random sampling) โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง (Estimating a finite population mean formula)[16]

$$n = \frac{N\sigma^2 z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}{d^2(N-1) + \sigma^2 z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}$$

การสุ่มตัวอย่างมีลักษณะของการสุ่มแบบกลุ่มเข้ามาเกี่ยวข้องผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องคำนวณค่าผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างเข้าไปด้วย เนื่องจากไม่มีค่าการอ้างอิงของผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างจึ่งใช้ค่าเต็ม คือ 2 เท่า และได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 688 คน จากนั้นนำรายชื่อสถานที่ทำงานมาสุ่มอย่างง่ายที่ถูกแยกตามกลุ่มของสถานที่ทำงาน แผนก และนับรวมจำนวนจนกว่าจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสถานที่ทำงานที่ต้องเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบไปด้วย แบบบันทึกกิจกรรมทางด้านร่างกาย แบบบันทึกการบริโภคอาหารต่อเนื่อง 7 วัน และแบบบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น โดยศึกษาในกลุ่มคนวัยทำงาน อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แบบบันทึกกิจกรรมทางด้านร่างกาย ลักษณ์ของการบันทึกข้อความเป็นแบบปลายเปิดตามชนิด ระยะเวลาและความถี่ของกิจกรรมทางด้านร่างกายต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 7 วัน โดยคำนวณออกมาให้เป็นค่าเฉลี่ยนาทีต่อวัน

ตอนที่ 2 แบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ลักษณะของการบันทึกข้อความเป็นแบบปลายเปิดตามชนิด ความถี่ และปริมาณการบริโภคต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 7 วัน โดยคำนวณออกมาให้เป็นปริมาณสารอาหารที่ได้รับต่อวันแยกตามประเภท เช่น อาหารประเภทผัดและทอด ต้ม นึ่ง ย่าง ข้าว อาหารว่าง เครื่องดื่มรสหวาน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น และคำนวณออกมาเป็นค่าเฉลี่ยกรัมต่อวันจากปริมาณสารอาหารอาหารที่ได้รับต่อวันโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

ตอนที่ 3 แบบบันทึกภาวะสุขภาพ โดยใช้เครื่องมือในการวัดความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท) อัตราการเต้นของหัวใจ (ครั้งต่อนาที) น้ำหนักร่างกาย (กิโลกรัม) ส่วนสูง (เซนติเมตร) และเส้นรอบเอว (เซนติเมตร) โดยทีมนักวิจัยลงเก็บด้วยตนเอง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยให้ความสำคัญต่อการเคารพสิทธิ์ การตัดสินใจการรับฟังข้อชี้แจง การสิ้นสุดการทำวิจัยร่วมกับนักวิจัย โดยให้อาสาสมัครเป็นบุคคลตัดสินใจหลักในการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ โดยรับฟังขั้นตอนรายละเอียด ระยะเวลาในการให้ข้อมูล และเมื่อเกิดข้อขับข้องใจหรือเกิดความรู้สึกไม่ดีระหว่างการทำวิจัย ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการทำวิจัยได้ทันที ข้อมูลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมทางด้านร่างกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coeficient)

ผลการวิจัย

กิจกรรมทางด้านร่างกาย จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมทางด้านร่างกายแยกตามประเภทกิจกรรมหนักร้อยละ 17.7 เฉลี่ยวันละ 82.7 นาที กิจกรรมปานกลางร้อยละ 41.6 เฉลี่ยวันละ 44.1 นาที และกิจกรรมเบาร้อยละ 40.7 เฉลี่ยวันละ 12.6 นาที (ตาราง 1)

ตาราง 1 กิจกรรมทางด้านร่างกายในกลุ่มคนวัยทำงาน อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

ข้อความ	จำนวน(ร้อยละ)	$\bar{x}$ (นาที/วัน)	S.D.
กิจกรรมหนัก	122 (17.7)	82.7	22.3
กิจกรรมปานกลาง	286 (41.6)	44.1	10.9
กิจกรรมเบา	280 (40.7)	12.6	5.3

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคอาหารสุกี้ ชาบู ปริมาณการบริโภคเฉลี่ย 592.3 กรัม/วัน กลุ่มอาหารอีสานปริมาณการบริโภคเฉลี่ย 217.8 กรัม/วัน กลุ่มขนมปังมีไส้ปริมาณการบริโภคเฉลี่ย 114.3 กรัม/วัน กลุ่มขนมกรุบกรอบปริมาณการบริโภคเฉลี่ย 68.7 กรัม/วัน กลุ่มขนมปังเวเฟอร์ปริมาณการบริโภคเฉลี่ย 37.8 กรัม/วัน และกลุ่มขนมหวานปริมาณการบริโภคเฉลี่ย 86.3 กรัม/วัน (ตาราง 2)

ตาราง 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มคนวัยทำงาน อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

รายการอาหาร	จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{x}$ (กรัม/วัน)	S.D.

กลุ่มอาหารชาบู สุกี้	291 (42.3)	592.3	138.4
กลุ่มอาหารอีสาน	472 (68.5)	409.1	103.6
กลุ่มอาหารคาวใส่กะทิ	369 (53.6)	217.8	86.3
กลุ่มขนมปังมีไส้	307 (44.6)	114.3	63.9
กลุ่มขนมกรุบกรอบ	395 (57.4)	68.7	32.5
กลุ่มขนมปังเวเฟอร์	258 (37.5)	37.8	10.7
กลุ่มขนมหวาน	216 (31.4)	86.3	44.9

ภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตเฉลี่ย 136.4/85.7 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนักเพศชายเฉลี่ย 71.5 กิโลกรัม น้ำหนักเพศหญิงเฉลี่ย 64.0 กิโลกรัม ส่วนสูงเพศชายเฉลี่ย 167.2 เซนติเมตร ส่วนสูงเพศหญิงเฉลี่ย 154.6 เซนติเมตร เส้นรอบเอวเพศชายเฉลี่ย 102.6 เซนติเมตร และเส้นรอบเอวเพศหญิงเฉลี่ย 95.9 เซนติเมตร (ตาราง 3)

ตาราง 3 ภาวะสุขภาพในกลุ่มคนวัยทำงาน อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

ข้อความ	$\bar{x}$	S.D.
1. ระดับความดันโลหิต		
Systolic	136.4 มิลลิเมตรปรอท	39.4
Diastolic	85.7 มิลลิเมตรปรอท	28.2
2. อัตราการเต้นของหัวใจ	87.8 ครั้ง/นาที	41.7
3. น้ำหนักร่างกาย		
ชาย	71.5 กิโลกรัม	35.4
หญิง	64.0 กิโลกรัม	22.7
4. ส่วนสูง		
ชาย	167.2 เซนติเมตร	60.1
หญิง	154.6 เซนติเมตร	56.3
5. เส้นรอบเอว		
ชาย	102.6 เซนติเมตร	48.2
หญิง	95.9 เซนติเมตร	40.7

ความสัมพันธ์ระหว่างการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการบริโภคอาหาร พบว่า ปริมาณการบริโภคอาหารส่งผลต่อภาวะสุขภาพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r=0.539$, p-value < 0.001) ความถี่ในการบริโภคอาหาร ส่งผลต่อภาวะสุขภาพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r = 0.423$, p-value < 0.001) ส่วนกิจกรรมด้านร่างกายไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพ

ตาราง 4 กิจกรรมทางด้านร่างกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพในกลุ่มคนวัยทำงาน อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

ตัวแปร	r	p-value
1. กิจกรรมด้านร่างกาย	1.203	0.087
2. ปริมาณการบริโภคอาหาร	0.539	<0.001
3. ความถี่ในการบริโภคอาหาร	0.423	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

กิจกรรมด้านร่างกายในกลุ่มคนวัยทำงานอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี มีกิจกรรมอยู่ที่ระดับปานกลาง และมีกิจกรรมด้านร่างกายแบบเบาๆ ในระยะเวลาที่สั้นเป็นผลมาจากชีวิตต้องเร่งรีบและสภาพสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่อการมีกิจกรรมทางร่างกายที่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกายมากกว่า 30 นาทีขึ้นไป [8] สอดคล้องกับการศึกษาของ ชมนาด วรรณพรศิริ และนิยม เล็กชูผล (2559)[2] กล่าวว่าการมีกิจกรรมในระดับปานกลางไปถึงเบามีผลต่อภาวะเมตาโบลิกที่ลดลง และยังส่งผลให้ค่าดัชนีมวลการที่เพิ่มมากขึ้นในกลุ่มคนวัยผู้ใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาคภูมิ โชคทวีพาณิชย์, ภูฟ้า เสวกพันธ์, ทวีศักดิ์ สว่างเมฆ และพงษ์ เอกสุขใส. (2018)[4] กล่าวว่าการมีกิจกรรมทางด้านร่างกายน้อยสาเหตุเกิดจากมีการใช้จักรยานยนต์หรือยานพาหนะประเภทอื่นๆ แทนการเดินมากเกินไป ซึ่งช่วงเวลาที่สามารถไปออกกำลังกายคือ 16.00 – 18.00 น. สอดคล้องกับการศึกษาของ Jalayondeja, C. (2019)[14] กล่าวว่าพฤติกรรมเนือยนิ่งหรือกิจกรรมทางด้านร่างกายที่น้อยเกินไปจะนำไปสู่การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและเสียชีวิตได้

พฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มวัยทำงานอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ส่วนใหญ่บริโภคอาหารที่ปรุงประกอบเสร็จหรือพร้อมรับประทาน และต้องเป็นอาหารที่คุ้มค่าต่อการบริโภคในแต่ละครั้ง ปริมาณต้องมากพอที่จะบริโภคในแต่ละครั้งได้ เพราะว่าประชาชนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับความสะดวกสบายและได้ผลตอบรับที่เพียงพอตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยขาดการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความไม่สมดุลของสิ่งที่เกิดขึ้น เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของ วิระพงศ์ จันทร์สนาม, ภัทรภร ณ์หิรัญคำ, มัสยา หงส์คามี และอิทธิพล สำราญรื่น. (2018)[6]

กล่าวว่าการบริโภคอาหารคุ้มค่าส่วนใหญ่ต้องบริการตนเอง การบริการตนเองมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารในกลุ่มหวาน มัน เค็ม และทำให้การบริโภคสามารถบริโภคได้ในปริมาณที่มากตามความต้องการของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์ลภัส พงศกรรังศิลป์ และศิวฤทธิ์ พงศกรรังศิลป์. (2016)[3] กล่าวว่าอาหารที่ปรุงสำเร็จรูปกับการบริโภคอาหารนอกบ้านทุกวันจะทำให้บริโภคอาหารได้ถูกปากและบริโภคได้ในปริมาณที่มากพอกับความพึงพอใจของผู้บริโภคอาหารประเภทนั้นด้วย

ภาวะสุขภาพกลุ่มวัยทำงานอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ส่วนใหญ่มีน้ำหนักต่อส่วนสูงที่อยู่ในกลุ่มท้วมและมีระดับความดันโลหิตสูงอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุหลักเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารกลุ่มหวาน มัน และเค็มร่วมกับการอาศัยในเขตเมืองชีวิตมีความเร่งรีบทำให้เกิดความเรียดสนับสนุนกับพฤติกรรมส่วนบุคคลที่ไม่เหมาะสมทำให้ประชากรกลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Phoglin, M., Bangsumruj, J., Choombuathong, A., Sanguansit, P. and Tothonglor, A. (2019)[18] กล่าวว่าภาวะสุขภาพของกลุ่มคนวัยทำงานส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานและมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธาสินี ศรี นุ่น, et al. (2560)[11] กล่าวว่าการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมส่วนบุคล การเขารับการประเมินด้านสุขภาพเป็นประจำสามารถบอกได้ว่าสุขภาพแต่ละบุคคลมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยอะไรได้บ้างและต้องส่งเสริม ความคุม ป้องกันโรคอย่างไรขึ้นอยู่กับการได้รับสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภายในแต่ละบุคคล

ความสัมพันธ์ของการบริโภคอาหารในปริมาณและความถี่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางด้านร่างกาย กรณีได้รับสารอาหารมากเกินไปและขาดการมีกิจกรรมทางด้านร่างกายร่วมก็จะส่งผลทำให้ร่างกายมีภาวะสุขภาพของการเจ็บป่วยเกิดขึ้นตามชนิด ความถี่ และปริมาณที่มีการบริโภคต่อวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Pavadhgul, P., Therawiwat, M. and Maleevong, K. (2018)[17] กล่าวว่าการบริโภคอาหารในปริมาณที่มากเกินไปถึงจะมีการออกกำลังกายร่วมก็ไม่สามารถลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ยิ่งบริโภคด้วยความถี่มากเท่าไร ยิ่งส่งผลต่ออัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้นเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Zagorsky, J. L., & Smith, P. K. (2017)[20] กล่าวว่าสังคมมีผลทำให้เกิดการบริโภคที่เพิ่มมากขึ้นและมีภาวะสุขภาพที่ป่วยด้วยโรคที่คล้ายกันในอนาคตด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Lim, Hee-Sook, et al. (2018)[15] กล่าวว่าการบริโภคอาหารในปริมาณที่มากและมีความถี่ในการบริโภคเกิดจากการเข้าสังคมการบริโภคอาหารในรูปแบบนี้ช่วยลดความเครียดลงได้ แต่ก็มีผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างรวดเร็วเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ในการวิจัยครั้งนี้ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้กำหนดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเชิงนโยบายด้านโภชนาการสำหรับกลุ่มคนวัยทำงานในองค์กรหรือบริษัทต่าง ๆ ได้ เพื่อให้กลุ่มคนวัยทำงานได้ความรู้และตระหนักรู้ต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการบริโภคอาหารในปริมาณที่เกินความจำเป็นของร่างกาย

2. สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาในประเด็นการค้นคว้าแบบเชิงลึกหรือปรากฏการณ์เชิงความเป็นจริงเพื่อให้ได้ประเด็นเพิ่มเติมต่อการนำไปศึกษาสำหรับการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและภาวะสุขภาพของกลุ่มคนวัยทำงานต่อไป

กิติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณฝ่ายบริหาร ฝ่ายทรัพยากรบุคคล บริษัทต่าง ๆ ในเขตนิคมอุตสาหกรรม นวนคร อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ที่เอื้ออำนวยเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย และคณะผู้บริหารคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ที่ให้ความอนุเคราะห์ สนับสนุน และอำนวยการให้งานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย. สืบค้นจาก [www.anamai.moph.go.th]

2.ชมนาด วรรณพรศิริ, นิยมเล็ก ชูผล. (2016). ผลของโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจต่อดัชนีมวลกายรอบเอวความดันโลหิตและพฤติกรรมการป้องกันภาวะเมตาโบลิกของผู้ใหญ่ในชนบทไทย. Journal of Nursing and Education, 9(4), 29-41.

3.พิมพ์ลภัส พงศกรรังศิลป์ และศิวฤทธิ์ พงศกรรังศิลป์. (2016). พฤติกรรมการรับประทานอาหารนอกบ้านของผู้บริโภคชาวนครศรีธรรมราช. Journal of Social Sciences and Humanities, 22(2).

4.ภาคภูมิ โชคทวีพาณิชย์, ภูฟ้า เสาวกพันธ์, ทวีศักดิ์ สว่างเมฆ และพงษ์เอก สุขใส. (2018). สภาพปัญหาการจัดการกิจกรรมทางกายของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 5(3), 262-273.

5.ละออ ชัยลิตร และฉิตชาธร ภาโนมัย. (2558). การรับรู้ต่อการเกิดโรค และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของพระนิสิตมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 (193-203).

6.วิระพงศ์ จันทร์สนาม, ภัทรภร ณ์หิรัญคำ, มัสยา หงส์คำมี และอิทธิพล สำราญรื่น. (2018). ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นและพฤติกรรมผู้บริโภคที่มีต่อส่วนประสมทางการตลาดของร้านอาหารประเภทบริการตนเองในจังหวัดชัยภูมิ. Panyapiwat Journal, 10(1), 29-40.

7.สำนักงานแรงงานจังหวัดปทุมธานี. (2561). สถิติแรงงานจังหวัดปทุมธานี. สืบค้นจาก [pathumthani.mol.go.th]

8.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2561). แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573. สืบค้นจาก [http://resource.thaihealth.or.th/library/hot/17077]

9.สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ, (2561) ต้นทุนการศึกษาและการจัดการการศึกษาของกลุ่มคนวัยทำงาน. สืบค้นจาก [http://www.ops.moe.go.th/ops2017]

10.สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560. สืบค้นจาก [http://www.nso.go.th]

11.สุธาสินี ศรีนุ่น, ลภัสร ดาหนุ่มคำ, วนลดา ทองใบ, จีราภรณ์ กรรมบุตร, สุกัญญา พูลโพธิ์กลาง, ประกายเพชร วินัยประเสริฐ, แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล. (2017). ภาวะสุขภาพและความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชน: กรณีศึกษาชุมชนในเขตเทศบาลเมืองคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. Journal of Public Health, 47(1), 56-66.

12.Biggs, A. (2008). Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory: Update on the State of the Art and Science. Nursing Science Quartiles, 21(3), 200-204.

13.Centers for Disease Control and Prevention. (2019). CDC Global Noncommunicable Diseases (NCDs). Retrieved from [https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/ncd/index.html]

14.Jalayondeja, C. (2019). การศึกษาติดตามไปข้างหน้า 6 เดือนของสุขภาพและสมรรถภาพทางกายในพนักงาน สำนักงานหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายและเบรกการนั่งนาน. Journal of Nursing and Health Sciences, 13(4), 74-86.

15.Lim, H. S., Kim, T. H., Lee, H. H., Park, Y. H., Lee, B. R., Park, Y. J., & Kim, Y. S. (2018). Fast food consumption alongside socioeconomic status, stress, exercise, and sleep duration are associated with menstrual irregularities in Korean adolescents: Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2009-2013. Asia Pacific journal of clinical nutrition, 27(5), 1146.

16.Ngamjarus, Chetta. (2018). n4Studies: Sample Size Calculation for an Epidemiological Study on a Smart Device. Siriraj Medical Journal, [S.l.], v. 68, n. 3, p. 160-170,

17.Pavadhgul, P., Therawiwat, M., & Maleevong, K. (2018). Nutrition Promotion Program: Reducing Sugar, Fat, and Salt Intake Applying Self-Regulation and Family Support among Patients with Type 2 Diabetes. Journal of Public Health, 48(3), 284-295.

18.Phoglin, M., Bangsumruj, J., Choombuathong, A., Sanguansit, P. and Tothonglor, A. (2019). On the Relationship among Age, Sex, Body Mass Index and Audiovisual Reaction Time in Normal Thai Subjects. Journal of Health Science, 28(1), 56-67.

19.World Health Organization. (2004). Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. Lancet.

20.Zagorsky, J. L., & Smith, P. K. (2017). The association between socioeconomic status and adult fast-food consumption in the US. Economics & Human Biology, 27, 12-25.

การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุ บ้านคลองใหญ่ จังหวัดพัทลุง

Promoting Health for the Elderly with Thai Traditional Medicine : A Case Study of the Bankhlongyai's Elderly Club, Phatthalung Province

ศุภรัตน์ ผุดวัฒน์[1] กาญจนา ปานจีน[1] มนภาส ธรรมโชติ[1] มาหามะดานิส ดิลฮาม[1] รัชนีกร แซ่ลิ้ม[1] สุไมรี่ หวันเต๊ะ[1] วิทวัส หมาดอี[1] และกุสุมาลย์ น้อยผา*

Supharat Phutwat[1] Kanjana Panjeen[1] Monnapas Thammachot[1] Mahamadanis Dilaham[1] Ratchaneekorn Saelim[1] Sumairee Wanteh[1] Wittawat Marde[1] and Kusumarn Noipha*

(Received: January 21 ,2020 ; Accepted: March 23 ,2020)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษากิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัย และ 2) เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบกิจกรรมและเปรียบเทียบความรู้ ความเข้าใจ ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย คุณภาพชีวิต การเห็นคุณค่าตนเองก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้วิธีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก ธรรมานามัย ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านคลองใหญ่ รวมจำนวน 34 คน การประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามในการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าหลังการเข้าร่วมกิจกรรมผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้ ความเข้าใจ มีคุณภาพชีวิต และการเห็นคุณค่าของตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) รวมถึงสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในชีวิตประจำวันและเผยแพร่หรือช่วยเหลือผู้สูงอายุอื่นในชุมชนได้ จึงสรุปได้ว่าการเข้าร่วมกิจกรรมนี้สามารถสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ : การสร้างเสริมสุขภาพ แพทย์แผนไทย หลักธรรมานามัย ผู้สูงอายุ

Abstract

The objectives of this action research were 1) to study the health promotion activities of the elderly by Thai traditional medicine with the Dhammanamai and 2) to assess the use of activity models and compare knowledge comprehension in quality of life and self-appreciation before and after participating the activity. This participants are 34 elderly in the Bankhlongyai's Elderly Club Province. The evaluation using the questionnaire showed, knowledge and comprehension, quality of life and self-esteem were statistically increases ($p<0.001$) after attending the event. Moreover, the elderly can apply the promoting health in the daily life and disseminate or help other elderly in the community. In conclusion, Thai Traditional Medicine with the Dhammanamai can promote health of elderly in the Bankhlongyai's Elderly Club, Phatthalung Province.

Keyword: Health Promoting, Thai Traditional Medicine, Dhammanamai, Elderly

[1] สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ จังหวัดพัทลุง 93210

*Corresponding author; e-mail address: **Kusumarn.n@hotmail.com**

บทนำ

เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนบทบาทจากผู้นำมาเป็นผู้ตาม และด้วยอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดน้อยลง[5] ส่งผลให้ผู้สูงอายุมักมองว่าตนเองด้อยค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น แต่แท้จริงแล้วผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีคุณค่าต่อสังคมเป็นอย่างมาก เป็นแหล่งความรู้ความชำนาญ และเป็นผู้ธำรงไว้ซึ่งประเพณี วัฒนธรรม อีกทั้งยังเป็นสายใยสำคัญของครอบครัวอีกด้วย[9] และอีกหนึ่งประเด็นที่น่าห่วงใย คือ เรื่องการอยู่บ้านเพียงลำพังทำให้ผู้สูงอายุอาจมีภาวะเครียด รู้สึกหดหู่[3] ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนับว่าเป็นสิ่งที่สำคัญของครอบครัว ชุมชน และสังคม จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมมานามัย ซึ่งเป็นหัวใจหลักในการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม คือ กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย กายานามัยเป็นหลักเพื่อการป้องกันก่อนการเจ็บป่วย เช่น การรับประทานอาหาร การใช้สมุนไพร การออกกำลังกายด้วยท่าบริหารฤาษีดัดตน เป็นต้น จิตตานามัย คือ หลักการบริหารจิตด้วยทาน ศีล ภาวนา ส่วนชีวิตานามัย คือ การดำเนินชีวิตชอบมีอาชีพสุจริต เดินทาง สายกลาง[7] จะเห็นได้ว่าการแพทย์แผนไทยเป็นศาสตร์ทางการแพทย์แขนงหนึ่งที่มีลักษณะเป็นแนวสุขภาพแบบองค์รวม โดยองค์ความรู้ที่ใช้จะเป็นองค์ความรู้ที่สั่งสมกันมาแต่ในอดีต ทำให้ผู้สูงอายุมีความคุ้นเคย และสามารถนำองค์ความรู้ไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพได้ง่าย ไม่ซับซ้อน[1]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยโดยใช้หลัก ธรรมานามัย
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความเข้าใจในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย คุณภาพชีวิตและการเห็นคุณค่าตนเอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยแบบองค์รวมตามหลักธรรมานามัยให้กับผู้สูงอายุจำนวน 8 สัปดาห์ ซึ่งจะจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยกิจกรรมจะมาจากการเลือกของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุบ้านคลองใหญ่ จังหวัดพัทลุง จำนวน 8 กิจกรรม ที่ผู้สูงอายุมีความสนใจมากที่สุด ดังนี้ การทำสมุนไพรแช่เท้า การทำน้ำมันไพล การรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน การบริหารร่างกายโดยท่าฤาษีดัดตน การนวดตนเองแบบแพทย์แผนไทย การทำยาดมสมุนไพร การทำลูกประคบ และการทำยาพอกเข่า และมีการประเมินผลการจัดกิจกรรมด้วยความพึงพอใจต่อหัวข้อกิจกรรม การทำแบบประเมินเปรียบเทียบก่อน-หลัง ด้านความรู้ ความเข้าใจในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย คุณภาพชีวิตและการเห็นคุณค่าตนเอง ระยะเวลาในการศึกษาในช่วงเดือน มกราคม พ.ศ.2562 ถึงเดือน สิงหาคม พ.ศ.2562 ขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. จัดประชุมแกนนำเพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการกับประธานชมรมผู้สูงอายุบ้านคลองใหญ่และทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองใหญ่ อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง
2. จัดประชุมเพื่อเลือกกิจกรรมสร้างเสริมผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยโดยใช้หลักธรรมานามัยโดยใช้แบบสอบถามเลือกกิจกรรมเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัยเพื่อให้ผู้สูงอายุบ้านคลองใหญ่เลือกกิจกรรมที่สนใจและเหมาะสมกับศักยภาพของผู้สูงอายุ
3. ให้ผู้สูงอายุทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินด้านความรู้ ความเข้าใจ ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย คุณภาพชีวิตและการเห็นคุณค่าตนเองก่อนเข้าร่วมโครงการ
4. จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัย นั่นคือ กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัยตามที่ผู้สูงอายุบ้านคลองใหญ่ได้เลือกกิจกรรมที่สนใจ รวมถึงส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าตนเองในการช่วยเหลือหรือนำความรู้ไปถ่ายทอดให้กับผู้สูงอายุอื่นๆในชุมชน
5. ประเมินด้านความรู้ ความเข้าใจในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย คุณภาพชีวิตและการเห็นคุณค่าตนเองหลังเข้าร่วมโครงการครบ 8 สัปดาห์และ

หลังเข้าร่วมโครงการหลังเข้าร่วมโครงการ 1 เดือน และ 2 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุบ้านคลองใหญ่ จังหวัดพัทลุง จำนวน 80 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าทดสอบ (Inclusion criteria) คือ บุคคลที่เป็นเพศชายหรือหญิงที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุบ้านคลองใหญ่ จังหวัดพัทลุง ที่ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงและไม่เป็นผู้ที่กระดูกแขนขาหักและอยู่ในระหว่างการดามเหล็กและมีความสนใจที่จะเข้าร่วมโครงการอีกทั้งยังรวมถึงผู้ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ อาสาสมัครที่ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมภายในโครงการ 2 ครั้งติดต่อกันตลอดระยะเวลาในการทำโครงการ เกณฑ์การถอนอาสาสมัครออกจากการทดลอง (Withdrawal of participant criteria) คือ อาสาสมัครเกิดอาการแพ้สมุนไพรหรือเกิดอุบัติเหตุระหว่างการทำกิจกรรม หรืออาสาสมัครไม่มีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม รวมถึงอาสาสมัครไม่สมัครใจที่จะเข้าโครงการต่อ และเกณฑ์การยุติโครงการ (Termination of study criteria) คือ อาสาสมัครเกิดอาการแพ้สมุนไพรหรือเกิดอาการเจ็บป่วยอย่างรุนแรงระหว่างการทำกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. คู่มือกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย โดยจัดทำเป็นเอกสารให้ความรู้ในการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ

2. แบบสอบถามเลือกกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจ จัดทำขึ้นโดยใช้ข้อมูลและความรู้ทางด้านศาสตร์การแพทย์แผนไทย ซึ่งแบบสอบถามสร้างขึ้นโดยกลุ่มผู้จัดทำวิจัย เพื่อให้ผู้สูงอายุบ้านคลองใหญ่เลือกกิจกรรมที่สนใจและเหมาะสมกับศักยภาพของผู้สูงอายุ

3. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินผลก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม“การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย” ซึ่งได้ประยุกต์มาจากงานวิจัยเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย[10] โดยแบบประเมินผลจะมีการหาค่า IOC : Index of item objective congruence จากการนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ตรวจสอบแบบสอบถามการวิจัย ซึ่งค่าดัชนีความสอดคล้องที่ยอมรับได้ในแบบสอบถามมีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไปทุกข้อ จึงนำมาใช้เป็นแบบประเมินผลในงานวิจัยนี้ และได้แบ่งแบบประเมินผลก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมเป็น 2 ตอน โดยตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามระดับความพึงพอใจ /ความรู้ความเข้าใจ /การนำความรู้ไปใช้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย จำนวน 13 ข้อ และตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและการเห็นคุณค่าตนเอง จำนวน 10 ข้อ โดยใช้แบบประเมินลักษณะเป็นมาตรส่วนประเมินค่า (Rating scale) มีทั้งหมด 5 ระดับ ตามวิธีของลิเคิร์ท[6] มีเกณฑ์การประเมินเป็นระดับดังนี้ มากที่สุด มีค่าคะแนน 5 มาก มีค่าคะแนน 4 ปานกลาง มีค่าคะแนน 3 น้อย มีค่าคะแนน 2 น้อยที่สุด มีค่าคะแนน 1 โดยนำแบบประเมินมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยคะแนนและแบ่งออกเป็น 3 ระดับ แล้วนำมาแปลความหมายดังนี้ ความคิดเห็นระดับมาก ระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 3.67 – 5.00 ความคิดเห็นระดับปานกลาง ระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 2.34 – 3.66 ความคิดเห็นระดับน้อย ระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 1.00 – 2.33

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้

สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และสถิติเชิงอนุมาน ค่าที (Paired samples T-test)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้นำโครงร่างงานวิจัยเสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง (หมายเลขรับรองการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์ COA No. TSU 2019-024 REC No. 007)

ผลการวิจัย

1. การเลือกกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จากการทำแบบสอบถามพบว่ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุบ้านคลองใหญ่ จังหวัดพัทลุง สนใจมากที่สุด 8 กิจกรรม เรียงลำดับจาก มากไปน้อย ดังนี้ การทำสมุนไพรแช่เท้า การ

ทำน้ำมันไพล การรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน การบริหารร่างกายโดยท่าฤาษีดัดตน การนวดตนเองแบบแพทย์แผนไทย การทำยาดมสมุนไพร การทำลูกประคบ และการทำยาพอกเข่า

2. การจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านคลองใหญ่ ตำบลเกาะเต่า อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง โดยผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ซึ่งจะเหลือผู้สูงอายุจำนวนทั้งหมด 34 คนจากจำนวน 52 คน ประกอบด้วยเพศหญิง 33 คน เพศชาย 1 คน ข้อมูลส่วนบุคคลและสภาวะสุขภาพของผู้เข้าร่วมกิจกรรมดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2 การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัยประกอบด้วยหลัก 3 ประการ คือ กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย ดังนี้

หลักกายานามัย ประกอบด้วย ธาตุเจ้าเรือน รสอาหารที่ชอบรับประทาน การออกกำลังกาย และการนอนหลับพักผ่อน จากผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีธาตุเจ้าเรือนเกิดอยู่ในทั้ง 4 ธาตุใกล้เคียงกัน รสอาหารส่วนใหญ่ที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมชอบรับประทานมากที่สุด คือ รสจืด ร้อยละ 52.9 รองลงมา คือ รสเปรี้ยว ร้อยละ 35.3 และจากการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายโดยเลือกการออกกำลังกายที่ไม่ต้องออกแรงมากจนเกินไป แต่จะเห็นได้ว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมไม่ค่อยรู้จักการบริหารร่างกายท่าฤาษีดัดตน รู้จักเพียงร้อยละ 8.8 นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมบางส่วนมีการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอถึงร้อยละ 26.5

หลักจิตตานามัย เป็นการดำเนินชีวิตโดยปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา ประกอบด้วย การสวดมนต์ การบริหารจิตและสมาธิ เป็นต้น จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการสวดมนต์และฝึกปฏิบัติสมาธิเป็นบางวัน ร้อยละ 73.5

หลักชีวิตานามัย เป็นหลักในการดำเนินชีวิตโดยชอบการปฏิบัติตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง จากการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่รู้จักหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงอยู่แล้ว ร้อยละ 94 และอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่สะอาด สงบ ร่มรื่น ร้อยละ 100

3. การประเมินผลการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย

การประเมินผล ด้านหัวข้อกิจกรรม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมากโดยเรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ การสวดมนต์ไหว้พระ (4.73±0.447) การบำเพ็ญประโยชน์ (4.73±0.447) การทำยาดมสมุนไพร (4.38±0.652) การทำสมุนไพรแช่เท้า (4.26±0.751) การนวดตนเองแบบแพทย์แผนไทย (4.20±0.538) การทำลูกประคบ (4.20±0.808) การบริหารร่างกายด้วยฤาษีดัดตน (4.05± 0.488) การทำยาพอกเข่า (4.02± 0.758) การทำน้ำมันไพล (4.00±0.696) และการกินอาหารามธาตุเจ้าเรือน (3.91±0.900)

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความรู้ ความเข้าใจ คุณภาพชีวิต การเห็นคุณค่าตนเอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม (n = 34)

การเปรียบเทียบ	คะแนน ($\bar{x}$)	SD	p* - value
ความรู้ความเข้าใจ			
ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม	2.50	1.108	-
หลังการเข้าร่วมกิจกรรม	4.09	0.514	p < 0.001
หลังการเข้าร่วม 1 เดือน	4.41	0.743	p < 0.001
หลังเข้าร่วมม 2 เดือน	4.03	0.758	p < 0.001
คุณภาพชีวิต			
ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม	3.85	0.679	-
หลังการเข้าร่วมกิจกรรม	4.68	0.467	p < 0.001
ติดตามหลังการเข้าร่วม	4.30	0.562	p < 0.001
กิจกรรม 1 เดือน	4.25	0.432	p < 0.001
ติดตามหลังการเข้าร่วม			
กิจกรรม 2 เดือน			
การเห็นคุณค่าตนเอง			
ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม	4.23	0.700	-
หลังการเข้าร่วมกิจกรรม	4.96	0.140	p < 0.001
ติดตามหลังการเข้าร่วม	4.55	0.578	p < 0.001
กิจกรรม 1 เดือน			
ติดตามหลังการเข้าร่วม	4.46	0.540	p < 0.001
กิจกรรม 2 เดือน			

***มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05**

จากตาราง พบว่า

การเปรียบเทียบความรู้ ความเข้าใจ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมพบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรม

มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความเข้าใจ อยู่ในระดับระดับปานกลาง (2.50±1.108) หลังเข้าร่วมกิจกรรมพบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความเข้าใจ อยู่ในระดับระดับมาก (4.09±0.514) หลังเข้าร่วมกิจกรรม 1 เดือน พบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความเข้าใจ อยู่ในระดับระดับมาก (4.41±0.743) และหลังเข้าร่วมกิจกรรม 2 เดือน พบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความเข้าใจ อยู่ในระดับระดับมาก (4.03±0.758) เมื่อเปรียบเทียบความรู้ ความเข้าใจ พบว่าหลังการเข้าร่วมกิจกรรมผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความเข้าใจ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$)

การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมพบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับระดับมาก (3.85±0.679) หลังเข้าร่วมกิจกรรม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับระดับมาก (4.68±0.467) หลังเข้าร่วมกิจกรรม 1 เดือน ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับระดับมาก (4.31±0.562) และหลังเข้าร่วมกิจกรรม 2 เดือน ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับระดับมาก (4.25±0.432) เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$)

การเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าตนเองก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมพบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยด้านการเห็นคุณค่าตนเองอยู่ในระดับระดับมาก (4.23±0.700) หลังเข้าร่วมกิจกรรม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยด้านการเห็นคุณค่าตนเองอยู่ในระดับระดับมาก (4.96±0.140) หลังเข้าร่วมกิจกรรม 1 เดือน ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยด้านการเห็นคุณค่าตนเองอยู่ในระดับระดับมาก (4.55±0.578) และหลังเข้าร่วมกิจกรรม 2 เดือน ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยด้านการเห็นคุณค่าตนเองอยู่ในระดับระดับมาก (4.46±0.540) เมื่อเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าตนเอง พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมคะแนนเฉลี่ยด้านการเห็นคุณค่าตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$)

สรุปและอภิปรายผล

1. การเลือกกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จากผลการเลือกกิจกรรมของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุบ้านคลองใหญ่ จังหวัดพัทลุง จะเห็นได้ว่ากิจกรรมส่วนใหญ่ที่ผู้สูงอายุมีความสนใจเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมได้ง่าย และสามารถนำกลับไปประยุกต์ใช้เองที่บ้านได้ กล่าวคือในชุมชนบ้านคลองใหญ่ จังหวัดพัทลุง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการปลูกพืชสมุนไพรไว้บริเวณรอบบ้าน จึงสามารถนำสมุนไพรบริเวณรอบบ้านมาใช้ในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ง่าย และนอกจากนี้กิจกรรมส่วนใหญ่ที่ผู้สูงอายุสนใจยังสามารถนำไปสร้างรายได้ให้กับครอบครัวได้อีกด้วย

2. การจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย

หลักกายานามัย จากผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงธาตุเจ้าเรือนของตนเองและอาจมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะกับธาตุของตน ดังแสดงในตารางที่ 3 ซึ่งตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยได้กล่าวไว้ว่า ร่างกายของคนประกอบขึ้นด้วยธาตุต่างๆ เมื่อธาตุทั้งสี่ในร่างกายขาดความสมดุลมักจะเกิดความเจ็บป่วย โดยคนที่เกิดธาตุไฟ ควรรับประทานอาหารที่มีรสขมและรสจืด อาหารที่มีฤทธิ์เย็น คนที่เกิดธาตุลม ควรรับประทานอาหารที่มีอาหารรสเผ็ด คนที่เกิดธาตุน้ำ ควรรับประทานอาหารที่มีรสเปรี้ยวและคนที่เกิดธาตุดิน ควรรับประทานอาหารที่มีรสฝาด หวาน มัน เค็ม ซึ่งผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุบ้านคลองใหญ่ จังหวัดพัทลุงได้เลือกกิจกรรมการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจ จากกิจกรรมนี้จะช่วยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทราบถึงธาตุในร่างกายของตนเองและรู้จักการรับประทานอาหารตามธาตุของตนเอง และจากการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายโดยเลือกการออกกำลังกายที่ไม่ต้องออกแรงมากจนเกินไป แต่จะเห็นได้ว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมไม่ค่อยรู้จักการบริหารร่างกายท่าฤาษีดัดตน ซึ่งเป็นการบริหารร่างกายแบบแพทย์แผนไทย โดยใช้การเคลื่อนไหวควบคู่กับการหายใจ และการเคลื่อนไหวต้องมีเทคนิคการนวดประกอบการยืดกล้ามเนื้อและการจัดสมดุลของร่างกาย อาทิเช่น ท่านั่งนวดขา ท่ายิงธนู เป็นต้น ซึ่งในกิจกรรมการบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษี

ดัดตน สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงการออกกำลังกายที่ถูกต้อง รวมถึงยังทำให้มีสุขภาพที่แข็งแรงขึ้นอีกด้วย นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมบางส่วนมีการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งจากปัญหานี้ กิจกรรมการทำสมุนไพร แช่เท้าจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความผ่อนคลายและช่วยให้นอนหลับสนิทมากยิ่งขึ้น

หลักจิตตานามัย จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการสวดมนต์และฝึกปฏิบัติสมาธิเป็นบางวัน ดังนั้นผู้ทำการวิจัยได้นำกิจกรรมสวดมนต์ไปสอดแทรกก่อนและหลังการทำกิจกรรม ทุกครั้งเพื่อให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญของการสวดมนต์ไหว้พระและเป็นการฝึกสมาธิเพื่อทำให้จิตใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมพร้อมที่จะปฏิบัติกิจกรรม

หลักชีวิตานามัย จากการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่รู้จักหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงอยู่แล้ว ซึ่งผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยและสามารถสร้างรายได้ให้กับครอบครัว และชุมชนได้ เป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตให้กับผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยกิจกรรมที่ผู้เข้าร่วมได้เลือกเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตมีดังนี้ การทำยาดมสมุนไพร การทำน้ำมันไพล การทำลูกประคบ การทำยาพอกเข่า และการทำสมุนไพรแช่เท้า โดยกิจกรรมเหล่านี้ผู้สูงอายุสามารถนำกลับไปประยุกต์ใช้เองที่บ้านได้ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการปลูกพืชสมุนไพรไว้บริเวณรอบบ้าน จึงสามารถนำสมุนไพรบริเวณรอบบ้านมาใช้ในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ง่าย ซึ่งเป็นการนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงนำมาปรับใช้ในการดำเนินชีวิต

3. การประเมินผลการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย

การประเมินผล ด้านหัวข้อกิจกรรม จะเห็นได้ว่ากิจกรรมส่วนใหญ่ที่ผู้สูงอายุพึงพอใจมาก จะเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมได้ง่ายและสามารถนำกลับไปประยุกต์ใช้เองที่บ้านได้ ซึ่งในชุมชนบ้านคลองใหญ่ จังหวัดพัทลุง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการปลูกพืชสมุนไพรไว้บริเวณรอบบ้าน จึงสามารถนำสมุนไพรบริเวณรอบๆบ้านมาใช้ในการทำกิจกรรมต่างๆได้ง่าย นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ รวมถึงชุมชนบ้านคลองใหญ่มีความใกล้ชิดกับวัด และการสวดมนต์ถือเป็นการทำบุญอย่างหนึ่งในศาสนาพุทธ ผลการประเมินครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ[8] ที่พบว่าการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย กิจกรรมที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมพึงพอใจ เป็นกิจกรรมที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถมีส่วนร่วม เนื่องจากพื้นที่ชุมชนที่ใช้ในการศึกษามีลักษณะคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ เป็นชุมชนในชนบท และมีบริเวณพื้นที่รอบๆบ้านกว้างกว่าชุมชนเมือง ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการปลูกพืชสมุนไพรไว้บริเวณๆใกล้บ้าน และด้วยลักษณะความเป็นอยู่ของชุมชนในชนบทจะมีความใกล้ชิดระหว่างชุมชนกับวัดมากกว่าผู้สูงอายุในชุมชนเมือง

การเปรียบเทียบความรู้ ความเข้าใจ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าหลังการเข้าร่วมกิจกรรมผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความเข้าใจ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$) แม้ว่าระยะเวลาผ่านไป 1 เดือน และ 2 เดือน หลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ผู้สูงอายุยังคงมีความรู้ ความเข้าใจ เพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$) เนื่องจากเมื่อเสร็จกิจกรรมทุกกิจกรรมแล้ว ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่นำความรู้ที่ได้รับกลับไปปฏิบัติเองที่บ้าน และได้บันทึกภาพส่งมาให้ผู้วิจัยดูว่าถูกต้องหรือไม่ ผลการประเมินครั้งนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ[4,8] ที่พบว่างานวิจัยการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยหลังการอบรมผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$) จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับความรู้ในแต่ละกิจกรรมจะมีความรู้ ความเข้าใจ เพิ่มมากยิ่งขึ้น เนื่องจากงานวิจัยดังกล่าวผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เรียนรู้และปฏิบัติจริง ทำให้เห็นภาพและจดจำได้ง่ายมากยิ่งขึ้น

การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$) แม้ว่าคะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพชีวิตหลังเข้าร่วมกิจกรรม 1 เดือนและ 2 เดือน จะมีค่าน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพชีวิตหลังเข้าร่วมกิจกรรม แต่จะเห็นได้ว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม แสดงว่ากิจกรรมมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านคลองใหญ่ จังหวัด

พัทลุงผลการประเมินครั้งนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ [2,4,8] ที่พบว่างานวิจัยการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยหลังการอบรมคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในชุมชนชนบทมีสภาพแวดล้อมรอบชุมชนสะอาด สงบร่มรื่น จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับระดับมาก แต่เมื่อได้เข้าร่วมกิจกรรมแม้ว่ากิจกรรมที่ได้จัดอบรมในงานวิจัยแต่ละงานวิจัยจะแตกต่างกัน ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น เนื่องมาจากผู้สูงอายุได้นำความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมมาดูแลสุขภาพตนเองได้ และเมื่อสุขภาพกายดีสุขภาพจิตก็ ย่อมดีตามไปด้วย

การเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าตนเองก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมคะแนนเฉลี่ยด้านการเห็นคุณค่าตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$) แม้ว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการเห็นคุณค่าตนเองหลังเข้าร่วมกิจกรรม 1 เดือนและ 2 เดือน จะมีค่าน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการเห็นคุณค่าตนเองหลังเข้าร่วมกิจกรรม แต่จะเห็นได้ว่าการเห็นคุณค่าตนเองของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม แสดงว่ากิจกรรมมีผลต่อการเห็นคุณค่าตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุบ้านคลองใหญ่ จังหวัดพัทลุงผลการประเมินครั้งนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ [4,8] ที่พบว่างานวิจัยการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยหลังการอบรมมีการเห็นคุณค่าตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่างๆตามรูปแบบในแต่ละงานวิจัย ทำให้ผู้สูงอายุนำความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมนี้ไปใช้ในชีวิตประจำวันและเผยแพร่รวมถึงช่วยเหลือผู้สูงอายุอื่นในชุมชน เพราะในชุมชนชนบท ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการรวมตัวกันหรือนั่งพูดคุยด้วยกันอยู่เป็นประจำ ทำให้สามารถเผยแพร่ความรู้ต่างๆที่เป็นประโยชน์ให้กับผู้สูงอายุอื่นได้ง่าย ซึ่งจากการได้ช่วยเหลือผู้อื่นทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีและเห็นคุณค่าตนเองเพิ่มมากยิ่งขึ้น

การติดตามผลในระยะเวลา 1 เดือน และ 2 เดือน หลังการเข้าร่วมกิจกรรม จากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้นำความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยไปใช้ในชีวิตประจำวันคือการดูแลสุขภาพให้กับตนเองและกับครอบครัว โดยบางท่านได้นำความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรม นำกลับไปทำเองและใช้เองที่บ้าน เช่น การทำน้ำมันไพล การทำยา พอกเข่า เป็นต้น ทำให้ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในส่วนของยารักษาโรคได้ นอกจากนี้ยังสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น รู้จักใช้ชีวิตอย่างเหมาะสม อยู่อย่างพอเพียง ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ทำให้ไม่รู้สึกหดหู่หรือมีภาวะเครียด และเนื่องจากชุมชนที่ได้ทำการศึกษาเป็นชุมชนชนบท ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการรวมตัวกันหรือนั่งพูดคุยด้วยกันอยู่เป็นประจำ ทำให้สามารถเผยแพร่ความรู้ต่างๆที่เป็นประโยชน์ให้กับผู้สูงอายุอื่นได้ง่าย โดยการแนะนำให้ผู้สูงอายุอื่นได้มีความรู้ เช่น แนะนำการออกกำลังกาย การนวดตนเอง แนะนำกายบริหารท่าฤาษีดัดตนและแนะนำสมุนไพรที่มีประโยชน์กับผู้สูงอายุเกี่ยวกับกินอาหารตามธาตุเจ้าเรือน

ข้อเสนอแนะ

กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย อาจต้องมีการปรับปรุงในส่วนของก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ควรมีการตรวจสุขภาพเบื้องต้น ในด้านระยะเวลาควรปรับระยะเวลาในการทำกิจกรรมให้เหมาะสม รวมถึงเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผล เช่น การติดตามผลในระยะเวลา 2 เดือนและ 6 เดือน เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ ความเข้าใจของผู้สูงอายุว่าระยะเวลามีผลต่อระดับความรู้ ความเข้าใจของผู้สูงอายุหรือไม่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง ขอขอบคุณประธานชมรมผู้สูงอายุ นายสุทิน สุวรรณมณีและสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ บ้านคลองใหญ่ ที่เข้าร่วมกิจกรรมและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1.นันทนาวดี บุญขวัญ และนริศรา ดิลกลาภ. การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2559;11(2):34-43.

2.ประภา พิทักษา และปัณสุข สาลิตุล. คุณภาพ ชีวิตผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยแพทย์แผนไทยชุดหลักธรรมานามัย. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2555;10(1):43-51.

3. ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกของประเทศไทย. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา. 2557;9(2): 13-20.

4.สุนันทา โอศิริ และคณะ. การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา. 2559;11(2):33-43.

5.ดนยา สุเวทเวทิน. คู่มือการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการสร้างเสริมสมรรถภาพของผู้สูงอายุฉบับเจ้าหน้าที่และผู้ดูแล). มหาวิทยาลัยมหิดล สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). 2561.

6.บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2545.

7.อวย เกตุสิงห์. ธรรมานามัย. หน่วยที่ 1 – 7. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2531.

8.อับดุลเลาะห์ ยศนุ้ย และคณะ. การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย กรณีศึกษาชมรม ผู้สูงอายุบ้านบ่อทรายจังหวัดพัทลุง. งานประชุมวิชาการนำเสนอผลงานการวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชมงคลศรีวิชัย ครั้งที่ 3; วันที่ 29-30 มี.ค. 2559; สงขลา. มหาวิทยาลัยราชมงคลศรีวิชัย; 2559. น. 161-168.

9.ความสำคัญของผู้สูงอายุ [อินเตอร์เน็ต]. Thaiseniormarket; 2542. [สืบค้นเมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2562]. จาก: http://www.thaiseniormarket.com.

10. ระบบสถิติทางการลงทะเบียน [อินเตอร์เน็ต]. ข้อมูลสถิติจำนวนผู้สูงอายุประเทศไทยปี 2559.
[สืบค้นเมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2562]. จาก: http://www.stat.bora.dopa.go.th.

11. สถิติประชากรและบ้าน [อินเตอร์เน็ต]. ระบบสถิติทางการทะเบียน; 2561.[สืบค้นเมื่อวันที่25 มิถุนายน 2562]. จาก: http://www.stat.dopa.go.th.

การประเมินผลระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

Evaluation of Strategic Management System of Offices under Songkhla Provincial Health Office

ทรรศวิช คำเจริญ[1] , วรางคณา จันทร์คง[2] , สมโภช รติโอฬาร[3]

Tutsawich Kamcharoen, Warangkana Chankong, Sompoch Ratioran

(Received: March 25,2020 ; Accepted: March 11 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ประเมินสภาพแวดล้อม ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ของระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ และ (2) ศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพในหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา จำนวน 95 คน โดยเก็บทุกหน่วยประชากร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถาม 2 ชุด และ แบบสัมภาษณ์ 2 ชุด ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าเท่ากับ 0.966 และ 0.970 ตามลำดับ โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า (1) ผลการประเมินด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ของระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพอยู่ในระดับสูงและผ่านเกณฑ์ในทุกด้าน และ (2) ผลการศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ พบว่า ปัญหา อุปสรรคที่สำคัญ คือ คู่มือใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพและการประชุม/อบรม และผู้กำหนดนโยบายควรใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพโดยตรง โดยมีข้อเสนอแนะคือคู่มือควรเพิ่มเติมรายละเอียดเชิงลึกในเชิงปฏิบัติมากขึ้น และควรมีการกระตุ้นให้ผู้กำหนดนโยบายใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพมากขึ้น

คำสำคัญ การประเมิน, ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ, ซิปป์โมเดล

Abstract

This evaluation research was aimed to (1) evaluate the context, input, process and product of strategic management system (SMS), and (2) study the problems, obstacles and suggestions for solving the problems of SMS in affiliated agencies belonging to Songkhla Provincial Public Health Office. The research populations were SMS users in affiliated agencies belonging to Songkhla Provincial Public Health Office in amount of 95 people which all population units were collected. The research tools composed of 2 sets of questionnaires and interview forms which their validities were qualified by professional reviewers, showing the reliability and alpha-coefficient as 0.966 and 0.970, respectively. Data analysis using content analysis and the descriptive statistic as percent, mean and standard deviation were used. The findings revealed that (1) the evaluation of context, input, process and product of SMS showed the high-level score and all criteria were passed, and (2) regarding the study on problems, obstacles and suggestions for solving the problems of SMS, the results found that the major problems and obstacles were the SMS handbook, the meeting/seminar course, and the policy makers should apply the SMS directly. The suggestions from this study composed of the practical in-depth details should be added in the handbook and the policy makers should be encouraged to use the SMS more.

Keywords: Evaluation, Strategic Management System (SMS), CIPP Model

[1] นิสิตหลักสูตร ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[2] รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[3] รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

บทนำ

เทคโนโลยีสารสนเทศได้สร้างการเปลี่ยนแปลงในทุกระดับ ตั้งแต่ระบบสังคม องค์การธุรกิจ และปัจเจกชน โดยเทคโนโลยีสารสนเทศกระตุ้นให้เกิดการปรับรูปแบบความสัมพันธ์ภายในสังคม การแข่งขัน และความร่วมมือทางธุรกิจ ตลอดจนกิจกรรมการดำรงชีวิตของบุคคลให้แตกต่างจากอดีต ผู้บริหารและบุคลากรต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ใช้เป็นเครื่องมือในการเพิ่มขีดความสามารถของการบริหารงานของผู้บริหาร และสามารถประยุกต์เทคโนโลยีสารสนเทศให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่องค์การ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานและสร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน (Competitive advantage) ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ มีประโยชน์ต่อผู้ใช้งาน ดังนี้ 1) สามารถเข้าถึงสารสนเทศที่ต้องการได้อย่างรวดเร็วและทันต่อเหตุการณ์ 2) ช่วยในการกำหนดเป้าหมายกลยุทธ์และการวางแผนปฏิบัติการ 3) ตรวจสอบผลการดำเนินงาน 4) ช่วยในการศึกษาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา 5) ช่วยวิเคราะห์ปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น 6) ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน นอกจากนี้ ยังช่วยให้ผู้บริหารเข้าถึงข้อมูลประกอบการวางแผน ตรวจสอบการดำเนินงาน ค้นหาสาเหตุและทำการแก้ปัญหา ส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ แต่พบปัญหาที่น่าเป็นห่วงเกี่ยวกับการใช้ระบบสารสนเทศ คือ คนส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจในศักยภาพและขอบเขตการใช้งานระบบสารสนเทศ บุคลากรบางส่วนขาดความเข้าใจเกี่ยวกับเทคโนโลยีสารสนเทศ มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการใช้งานระบบสารสนเทศ ไม่ยอมเรียนรู้ และเปิดรับการเปลี่ยนแปลง และผู้บริหารหลายคนยังติดอยู่กับระบบงานที่เชื่องช้า ไม่ยืดหยุ่น ไม่ยอมรับ และกลัวต่อการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี ทำให้การพัฒนาและการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้งานล่าช้า [1] และ พบว่า ปัญหาจากระบบสารสนเทศ อาจเกิดจากผู้วางนโยบายและนักวางแผนหรือผู้บริหารระดับต่าง ๆ อาจไม่ทราบแหล่งสารสนเทศที่มีอยู่ มีช่องว่างระหว่างผู้ผลิตสารสนเทศ และผู้ใช้สารสนเทศ ปัญหาการผลิตผลงานให้เป็นภาษาที่เข้าใจง่าย การเก็บรวบรวมสารสนเทศ ไม่ทันสมัย ไม่ทันต่อเหตุการณ์ สารสนเทศที่ได้จากแหล่งต่าง ๆ ไม่ตรงกัน และสารสนเทศที่มีอยู่สำหรับการตัดสินใจยังไม่สมดุล สารสนเทศบางประเภทได้รับการพัฒนาไปอย่างดี ในขณะที่สารสนเทศที่จำเป็นบางประเภทไม่มีเลย การบริหารในปัจจุบันมีลักษณะซับซ้อนมากขึ้น ต้องการความรวดเร็วและถูกต้องมากขึ้น มีการแข่งขันมากขึ้น ข้อมูลสารสนเทศจึงมีความจำเป็นมากถึงกับมีผู้กล่าวกันทั่วไปว่ายุคนี้เป็นยุคของการบริหารด้วยระบบสารสนเทศ [2]

ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ เป็นโปรแกรมที่กระทรวงสาธารณสุขสร้างขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการกำกับ ติดตาม โครงการ งบประมาณ และผลการดำเนินงาน ของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ตามกรอบยุทธศาสตร์สาธารณสุข แผนงาน โครงการหลักกระทรวงสาธารณสุข ตัวชี้วัด เพื่อพัฒนาระบบการติดตามข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล (Dashboard) ที่สำคัญด้านสุขภาพ และเพื่อใช้ในการกำกับและติดตามได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง โดยให้ทุกหน่วยงาน บันทึกโครงการตามแผนปฏิบัติการ รายงานผลการดำเนินงาน และผลการใช้จ่ายงบประมาณ โดย ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ มีขั้นตอนหลักในการดำเนินงาน ได้แก่ ขั้นตอนการบันทึกรับโอนและจัดสรรงบประมาณ ขั้นตอนบันทึกโครงการ กิจกรรม และงบประมาณ บันทึกเบิกจ่ายงบประมาณ บันทึกผลงานของโครงการ และ การนำข้อมูลในระบบบริหารยุทธศาสตร์ไปใช้ในการควบคุม กำกับ ติดตาม [30]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา กำหนดระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ เป็นเครื่องมือในการกำกับ ติดตามตามยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดสงขลา ปีงบประมาณ 2561 โดยใช้ประโยชน์จากระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ในการทบทวน ประเมินผลยุทธศาสตร์และผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2560 ใช้ข้อมูลจากระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพประกอบการกำหนดยุทธศาสตร์จังหวัดและจัดทำแผนปฏิบัติการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ปีงบประมาณ 2561 และ ใช้ข้อมูลในการควบคุม กำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน และงบประมาณ ตามแผนปฏิบัติการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา และควบคุมกำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน และงบประมาณ ในภาพรวมแผนยุทธศาสตร์ของคณะทำงานประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) โดยการใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดังกล่าว ยังไม่มีการประเมินผล จึงกำหนดให้มีการประเมินผล เพื่อประเมินการดำเนินงานระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ โดยทำการศึกษาในสองกลุ่ม คือ ผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงาน [4] นั้น

สตัพเฟิลบิม และคณะ [5] ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการประเมิน เรียกว่า ซิปโมเดล (CIPP Model) เป็นการประเมินที่ต่อเนื่องมีจุดเน้นที่สำคัญคือ ใช้ควบคู่กับการบริหารเพื่อหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา วัตถุประสงค์การประเมินคือ การให้สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ โมเดลซิป (CIPP Model) เป็นกระบวนการรวบรวม พรรณนา และจัดหาสารสนเทศที่มีประโยชน์เพื่อการตัดสินใจของผู้บริหาร [6] สอดคล้องกับ อริยะ บุญงามชัยรัตน์ (2557)[7] รูปแบบซิปโมเดล (CIPP Model) เป็นการอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินผลกับการตัดสินใจด้วยความสมเหตุสมผล ในการบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และรูปแบบการประเมินนี้ ช่วยวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อยของการดำเนินงาน ทำให้ปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานได้อย่างทันท่วงที มีการประเมินสรุปเพื่อบ่งชี้ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน โดยฝ่ายประเมินทำหน้าที่ระบุ จัดหา และนำเสนอสารสนเทศให้กับฝ่ายบริหาร ส่วนฝ่ายบริหารมีหน้าที่เรียกหาและนำผลการประเมินที่ได้นั้นไปใช้ประกอบการตัดสินใจ รูปแบบการประเมินนี้ จึงสามารถนำไปใช้ควบคู่กับการบริหารงาน ช่วยพิจารณาการดำเนินงาน บริหารงาน และกำหนดอนาคตการดำเนินงาน ดังนั้น ควรใช้แบบจำลองนี้กับกิจกรรมที่เริ่มดำเนินการหรือกำลังดำเนินงานอยู่ และการประเมินปัจจัยนำเข้าและองค์ประกอบอื่น ๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้จัดทำข้อเสนอ โดยมุ่งการประเมิน 4 ด้าน คือ การประเมินสภาพแวดล้อม (Context Evaluation) การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) และการประเมินผลผลิต (Product Evaluation) [8]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้รูปแบบการประเมิน ซิปป์ (CIPP Model) ตามแนวคิดสตัพเฟิลบิม ในการประเมินผล “ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ” ในการควบคุม กำกับ ติดตาม งบประมาณ และผลการดำเนินงาน ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา โดยประเมินผลระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ 4 ด้าน คือ ด้านสภาพแวดล้อม (Context Evaluation) ปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) กระบวนการ (Process Evaluation) ด้านผลผลิต (Product Evaluation) และศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการแก้ไขปัญหาการบริหารระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมิน สภาพแวดล้อม ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ของระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

2. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผลสำรวจตัดขวาง เพื่อประเมินระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา โดยใช้รูปแบบการประเมินที่เน้นการตัดสินใจตามแนวคิดของสตัพเพิลบิม (Stufflebeam) รูปแบบซิปป์ (CIPP model)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้กำหนดนโยบาย และ ผู้ปฏิบัติงาน โดยเก็บทุกหน่วยประชากร จำนวน 95 คน ประกอบด้วย ผู้กำหนดนโยบาย จำนวน 27 คน และผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 68 คน [4]

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ในครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด และ แบบสัมภาษณ์ จำนวน 2 ชุด โดยแบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC. (index of item objective congruence) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารจัดการ จำนวน 3 คน ผู้เชี่ยวชาญสาขาการวัดและการประเมินผล จำนวน 1 คน และ ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ จำนวน 1 คน และผู้วิจัยได้ได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม พบว่าแบบสอบถามชุดที่ 1 สัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient) เท่ากับ 0.966 ส่วนแบบสอบถามชุดที่ 2 สัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient) เท่ากับ 0.970

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (μ) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (σ) และ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการรวบรวมข้อเท็จจริง ความคิดเห็น ปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น แล้วศึกษาความสัมพันธ์ตั้งเป็นข้อสมมติเพื่อใช้สรุปหรืออ้างอิงต่อไป

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการประเมินผลสำรวจตัดขวางระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา โดยใช้รูปแบบการประเมินที่เน้นการตัดสินใจ รูปแบบซิปป์ (CIPP model) ตามแนวคิดสตัพเฟิลบิม โดยประเมิน 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านสภาพแวดล้อม (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) ด้านผลผลิต (Product) และศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ผู้กำหนดนโยบายการดำเนินงานระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ พบว่า ประสบการณ์ในการทำงาน มีประสบการณ์มากกว่า 30 ปีขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.2 และมีประสบการณ์ระหว่าง 21 – 30 ปี และ ไม่เกิน 20 ปี เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 30.4 และ มีประสบการณ์ในการใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 91.3

1.2 ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ พบว่า ประสบการณ์ในการทำงาน มีประสบการณ์ในการทำงานไม่เกิน 10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.2 รองลงมา มีประสบการณ์ระหว่าง 21 - 30 ปี มีประสบการณ์ 30 ปีขึ้นไป และ มีประสบการณ์ระหว่าง 11 – 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.8, 22.0 และ 17.0 ตามลำดับ และ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 76.3 และ มีประสบการณ์ในการใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ น้อยกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 3.4

2.ผลการประเมินด้านสภาพแวดล้อมระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ สรุปผลการประเมินด้านสภาพแวดล้อมของระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา พบว่า ทั้งผู้กำหนดนโยบาย และผู้ปฏิบัติงานการดำเนินงานระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ อยู่ในระดับมาก โดยผู้กำหนดนโยบายมีคะแนนเฉลี่ย 3.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.52 และ ผู้ปฏิบัติงาน มีคะแนนเฉลี่ย 3.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.49 และหากพิจารณารายข้อ พบว่า ทั้งผู้กำหนดนโยบาย และ ผู้ปฏิบัติงาน มีความคิดเห็นด้านสภาพแวดล้อม อยู่ในระดับมากทุกข้อ โดย ผู้กำหนดนโยบาย มีความคิดเห็นว่า ทั้งนโยบายของจังหวัดเอื้อต่อการดำเนินงาน และ หน่วยงานมีการประกาศหรือแจ้งการใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.17 และ 4.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.49 และ 0.78 และ การให้ความสำคัญกับระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพในการกำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงาน ของหน่วยงาน มีคะแนนต่ำสุด 3.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.77 ส่วน ผู้ปฏิบัติงาน มีความคิดเห็นว่า ความต้องการใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.71 และ ผู้บริหารใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพในการกำกับ ติดตาม แผนงาน/โครงการ งบประมาณ และ ผลการดำเนินงาน มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3.52 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.88

ผลจากการวิเคราะห์เนื้อหาจากแบบสัมภาษณ์ที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม ของผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงาน พบว่า ทุกหน่วยงานมีความต้องการใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ในการกำกับ ติดตาม แผนงาน/โครงการ งบประมาณ และผลการดำเนินงาน โดยเฉพาะการกำกับติดตามงบประมาณ ซึ่งสามารถดูภาพรวมของเบิกจ่ายงบประมาณของหน่วยงานได้ และเป็นไปได้ที่จะใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ในการกำกับติดตามแผนงาน/โครงการ งบประมาณ ผลการดำเนินงาน แต่ต้องมีข้อมูลในระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ที่มีความถูกต้อง ความครบถ้วนและความทันเวลา ทั้งข้อมูลโครงการ/กิจกรรม การเบิกจ่ายงบประมาณ ผลการดำเนินงาน นอกจากนี้ ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพสามารถตอบสนองความต้องการสารสนเทศในการกำกับ ติดตาม แผนงาน/โครงการ งบประมาณ ผลการดำเนินงาน ได้เป็นอย่างดี แต่ยังไม่ได้ตอบสนองความต้องการสารสนเทศในกำกับติดตามผลการดำเนินงานและการประเมินผลโครงการในระบบ โดย ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพยังไม่ได้เชื่อมโยงข้อมูลโครงการ งบประมาณ และผลการดำเนินงาน เข้ากับฐานข้อมูลอื่น เช่น ฐานข้อมูลคลังข้อมูล

สุขภาพ (Health Data Center : HDC) รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง.506/507) และในส่วนของการอภิปรายและการประเมินผลโครงการที่อยู่ในของระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ เป็นการประเมินผลโครงการเชิงปริมาณมากกว่าเชิงคุณภาพ

3.ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้าระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ สรุปผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้าของระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา พบว่า ทั้งผู้กำหนดนโยบาย และผู้ปฏิบัติงานการดำเนินงานระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ อยู่ในระดับมาก โดย ผู้กำหนดนโยบาย มีคะแนนเฉลี่ย 3.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.49 และ ผู้ปฏิบัติงาน มีคะแนนเฉลี่ย 3.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.48 และหากพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้กำหนดนโยบาย มีความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้า อยู่ในระดับมากทุกข้อ โดย ความรู้ความเข้าใจของผู้นิเทศหรือผู้ประสานงานระดับจังหวัดต่อการดำเนินการระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.64 ส่วน ผู้ปฏิบัติงาน มีความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก มีเพียงข้อเดียวที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ คู่มือ/เอกสารประกอบการใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพของจังหวัด มีคะแนนต่ำสุด 3.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.85 และการให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหาระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพของผู้ดูแลระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพระดับจังหวัด มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.20 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.69

ผลจากการวิเคราะห์เนื้อหาจากแบบสัมภาษณ์ที่เกี่ยวข้องกับด้านปัจจัยนำเข้า ของผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงาน พบว่าด้านงบประมาณและวัสดุ/ระบบอินเตอร์เน็ตมีความเพียงพอต่อการดำเนินงาน ส่วน ด้านความรู้ความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง พบว่า ยังต้องประสานผู้ดูแลระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพระดับจังหวัดในการตอบข้อซักถามและแก้ไขปัญหา ด้านความเพียงพอของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง พบว่า ส่วนใหญ่มีความเพียงพอ มีเพียง 2 หน่วยงานที่มีบุคลากรในการบันทึกการเบิกจ่ายงบประมาณ ไม่เพียงพอ เกิดจากภาระงานมากหรือลาออกหรือเปลี่ยนแปลงโครงสร้างขององค์กร ไม่มีการส่งต่องานและไม่ได้กำหนดผู้รับผิดชอบงานรายใหม่ให้ชัดเจน ด้านโปรแกรมระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ มีความเหมาะสมกับการใช้ในการกำกับติดตามแผนงาน โครงการ งบประมาณ ผลการดำเนินงาน เป็นอย่างดี ในระดับจังหวัด ส่วนในระดับอำเภอ มีความเหมาะสมกับการใช้ในการกำกับติดตามแผนงาน/โครงการ งบประมาณ ส่วนผลการดำเนินงานยังไม่ได้ตอบสนองความต้องการของหน่วยงานในระดับอำเภอ เนื่องจากแต่ละหน่วยงานมีการกำกับติดตามผลการดำเนินงานที่แตกต่างกัน ด้านคู่มือประกอบการใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ควรเพิ่มเติมรายละเอียดเชิงลึกในการบันทึกข้อมูลในแต่ละส่วน เช่น หมวดกิจกรรม หมวดงบประมาณ หมวดรายจ่าย การบันทึกผลการประเมินโครงการ การใช้ประโยชน์จากระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ และ การกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องกับระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ และแผนหรือแนวทางดำเนินการของแต่ละหน่วยงาน จังหวัดต้องมีการกำหนดแนวทาง/แนวปฏิบัติ ระยะเวลาในการดำเนินการ ที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องกับระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพทุกส่วนดำเนินการตามบทบาท หน้าที่ และจัดทำระบบพี่เลี้ยงเมื่อผู้ใช้ข้อมูลต้องการความช่วยเหลือ

4.ผลการประเมินด้านกระบวนการของระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ สรุปผลการประเมินด้านกระบวนการของระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา พบว่า ทั้งผู้กำหนดนโยบาย และ ผู้ปฏิบัติงานการดำเนินงานระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ อยู่ในระดับมาก โดย ผู้กำหนดนโยบาย มีคะแนนเฉลี่ย 3.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.61 และ ผู้ปฏิบัติงาน มีคะแนนเฉลี่ย 3.64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.53 และหากพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้กำหนดนโยบาย และ ผู้ปฏิบัติงาน มีความคิดเห็นด้านกระบวนการ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก มีเพียงข้อเดียว ที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ ความสม่ำเสมอของการรายงานผลการดำเนินงานให้กับผู้บริหาร มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3.30 และ 3.40 ตามลำดับ และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70 และ 0.75 ตามลำดับ และหน่วยงานมีการกำหนดผู้รับผิดชอบระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.09 และ 3.95 ตามลำดับ และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.92 และ 0.65

ผลจากการวิเคราะห์เนื้อหาจากแบบสัมภาษณ์ที่เกี่ยวข้องกับด้านกระบวนการ ของผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงาน พบว่า ทุกหน่วยงานมีการกำหนดผู้รับผิดชอบและมอบหมายงาน โดย ผู้กำหนดนโยบายทุกหน่วยงาน มอบหมาย

ให้ผู้รับผิดชอบงานแผนหน่วยงาน วางแผนหรือแนวทางดำเนินการระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ส่วนการมอบหมายงานให้ผู้เกี่ยวข้องบันทึกข้อมูลมีความแตกต่างกันในแต่ละหน่วยงาน ด้านการนำองค์กร พบว่า ผู้บริหารของหน่วยงานไม่ได้ใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ โดยตรง แต่มอบหมายให้ผู้รับผิดชอบงานแผนเป็นผู้ดำเนินการกำกับติดตาม และ นำเสนอข้อมูล และ ด้านการควบคุม กำกับ ติดตามการดำเนินงาน พบว่า มีเพียงสองในห้าของหน่วยงานทั้งหมดที่ใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพในการ กำกับ ติดตาม และรายงานผล โดยตรง

5.ผลการประเมินด้านผลผลิตของระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ

สรุปผลการประเมินด้านผลผลิตของระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา พบว่า ทั้งผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานการดำเนินงานระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ อยู่ในระดับมาก โดย ผู้กำหนดนโยบาย มีคะแนนเฉลี่ย 3.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.57 และ ผู้ปฏิบัติงาน มีคะแนนเฉลี่ย 3.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.51 และหากพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้กำหนดนโยบายมีความคิดเห็นด้านผลผลิต อยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยสารสนเทศจากระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพมีประโยชน์ในการบริหารงบประมาณ และ ผู้ใช้สารสนเทศได้รับประโยชน์จากระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพในการบริหารงบประมาณตามแผน มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3.83 และ 3.83 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.83 และ 0.72 ตามลำดับ และ สารสนเทศจากระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพมีประโยชน์ในการติดตามกำกับผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการหรือแผนยุทธศาสตร์ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3.57 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.59 ส่วน ผู้ปฏิบัติงาน มีความคิดเห็นด้านผลผลิต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก มีเพียงข้อเดียว ที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ ความทันเวลาของข้อมูลการเบิกจ่ายในระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ย 3.32 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.83 และความถูกต้องของข้อมูลโครงการในระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3.84 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.64

ผลจากการวิเคราะห์เนื้อหาจากแบบสัมภาษณ์ที่เกี่ยวข้องกับด้านกระบวนการ ของผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงาน พบว่า ทุกหน่วยงานสามารถใช้สารสนเทศระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพในการรวบรวมข้อมูลโครงการกิจกรรม งบประมาณ ในเบื้องต้น โดยหน่วยงานส่วนใหญ่ ใช้สารสนเทศจากระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพในการกำกับติดตาม แผนงาน/โครงการ งบประมาณ และผลการดำเนิน โดยเน้นด้านการกำกับติดตามงบประมาณ เป็นหลัก และมีเพียงสองในห้าของหน่วยงานทั้งหมดที่ใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ในการกำกับ ติดตาม แผนงาน/โครงการ งบประมาณ และผลการดำเนินงานและนำไปใช้ในการรายงานผลโดยตรงในที่ประชุมหน่วยงาน นอกจากนี้ หน่วยงานส่วนใหญ่เริ่มใช้สารสนเทศจากระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพในการกำกับติดตาม แผนงาน/โครงการ งบประมาณ และผลการดำเนินงานในไตรมาส 3 มีเพียงหน่วยงานเดียวใช้สารสนเทศจากระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพในไตรมาส 2

6. สรุปผลการวิเคราะห์ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ

6.1 ด้านสภาพแวดล้อม นโยบายเป็นหนึ่งในปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน จังหวัดควรมีการประกาศนโยบายและกำชับให้ผู้บริหารระดับอำเภอใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพในการกำกับ ติดตาม และประเมินผลโครงการ และนำเสนอผลการดำเนินงานระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพเปรียบเทียบรายอำเภอ ในที่ประชุม คปสจ.เพื่อกระตุ้นให้ผู้บริหารระดับอำเภอเล็งเห็นถึงความสำคัญของระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ในการกำกับ ติดตาม แผนงาน/โครงการ งบประมาณและผลการดำเนินการในทุกมิติ และ ควรมีการพัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพในระดับอำเภอ ให้สามารถดำเนินการได้เช่นเดียวกับระดับจังหวัด เช่น การประมวลผลข้อมูล นำเสนอข้อมูล ให้สามารถเปรียบเทียบข้อมูลด้วยกราฟหรือแผนภูมิ ในแต่ละอำเภอ และ ควรเพิ่มเติมให้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพสามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับระบบฐานข้อมูลสำคัญอื่น ๆ เช่น HDC รง. 506/507 เพื่อใช้ประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงาน

6.2 ด้านปัจจัยนำเข้า

6.2.1 ความรู้ความเข้าใจของผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินการระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดควรมีจัดอบรม/ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือกิจกรรมอื่น เพื่อช่วยเพิ่ม

ความรู้ความเข้าใจให้กับผู้เกี่ยวข้องในแต่ละกลุ่มของผู้ใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ

6.2.2 ความเพียงพอของบุคลากร ในกรณีที่เกิดการย้ายออกหรือเปลี่ยนแปลงโครงสร้างขององค์กร โดยเฉพาะผู้รับผิดชอบการบันทึกการเบิกจ่ายงบประมาณ ควรมีการมอบหมายงานและส่งต่องานการบันทึกการเบิกจ่ายงบประมาณภายในหน่วยงาน

6.2.3 แผนปฏิบัติการ/โครงการ ต้องมีความชัดเจน โดยเฉพาะกรอบงบประมาณ และควรมีการกำหนดระยะเวลาในการเสนออนุมัติแผนปฏิบัติการ/โครงการ

6.2.4 คู่มือประกอบการใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ควรเพิ่มเติมในส่วนของรายละเอียดเชิงลึก เช่น หมวดกิจกรรม หมวดงบประมาณ หมวดรายจ่าย การบันทึกผลการประเมินโครงการ ระเบียบการใช้งบประมาณในแต่ละแหล่งงบประมาณ การใช้ประโยชน์จากระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพในแต่ละขั้นตอนการบันทึกข้อมูล และข้อจำกัดของระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ และ จังหวัดควรจัดทำคลิปวิดีโอประกอบการใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้ความเข้าใจระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพมากขึ้น

6.2.5 ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ควรพัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพให้สามารถรองรับการบันทึกข้อมูลยุทธศาสตร์หรือประเด็นปัญหาในพื้นที่ และ สามารถส่งออกรายงานค่าใช้จ่ายให้เป็นหมวดหมู่โดยตรง เช่น ค่าที่พัก ค่าพาหนะ ค่าสาธารณูปโภค การประชุม การอบรม เป็นต้น นอกจากนี้ ควรเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลสำคัญอื่น ๆ เช่น HDC รง. 506/507 เพื่อประโยชน์ในการเปรียบเทียบประสิทธิภาพประสิทธิผลของการดำเนินโครงการ

6.2.6 แผนหรือแนวทางการดำเนินการ จังหวัดต้องมีการกำหนดแนวทาง/แนวปฏิบัติ ระยะเวลาในการดำเนินการ และการกำกับติดตาม ที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องในทุกส่วนดำเนินการตามบทบาท หน้าที่ และหน่วยงานก็ต้องมีการกำหนดแนวทาง/แนวปฏิบัติ ตั้งแต่การขออนุมัติแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ โครงการ ระยะเวลาในการดำเนินการ การกำกับติดตามของหน่วยงานเอง ที่ชัดเจนและได้รับการลงนามโดยผู้บริหารของหน่วยงาน

6.3 ด้านกระบวนการ

6.3.1 การวางแผน หน่วยงานควรกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ (Flow Chart) กำหนดระยะเวลาดำเนินการ ระยะเวลาในการกำกับ ติดตาม ให้ชัดเจน และจังหวัดควรมีการกำหนดการประชุมหารือผู้ที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง เพื่อทบทวน ปัญหาอุปสรรค แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน เพื่อปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ

6.3.2 การมอบหมายงาน/กำหนดผู้รับผิดชอบ หน่วยงานต้องกำหนดผู้รับผิดชอบการดำเนินงานในทุกขั้นตอนให้ชัดเจนก่อนเริ่มดำเนินการระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ และ ในแต่ละหน่วยงานต้องมีผู้รับผิดชอบดูแลระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพเป็นหนึ่งในปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ

6.3.3 การนำองค์กร จังหวัด ควรใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ นำเสนอเปรียบเทียบการดำเนินงานของแต่ละ คปสอ. ในที่ประชุม คปสจ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้บริหารระดับอำเภอ เล็งเห็นความสำคัญและวางแผนในการบริหารจัดการระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพและผู้บริหารหน่วยงานควรใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพในการกำกับ ติดตามแผนงาน/โครงการ งบประมาณ และผลการดำเนินงาน ในที่ประชุม คปสอ.ด้วยตนเอง

6.3.4 การควบคุมกำกับ จังหวัดควรมีการควบคุม กำกับติดตาม ในที่ประชุม คปสจ. 1-2 ไตรมาสต่อครั้ง และคืนข้อมูลให้กับหน่วยงาน ในรอบไตรมาสที่ 2 หรือ 3 เพื่อกระตุ้นเตือนให้พื้นที่ดำเนินการต่อเนื่อง และ ควรกำชับให้ผู้บริหารระดับอำเภอใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพในการกำกับ ติดตามแผนงาน/โครงการ งบประมาณ ผลการดำเนินงาน

6.4 ด้านผลผลิต

6.4.1 ความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ของข้อมูล เป็นหนึ่งในปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ดังนั้น ควรมีการกำหนดผู้ตรวจสอบระดับอำเภอ/คปสอ. เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาของข้อมูลจากระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพและ จังหวัดควรมีการตรวจสอบและคืนข้อมูลให้กับพื้นที่

6.4.2 ประโยชน์ที่ได้รับจากระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ พบว่า หากข้อมูลในระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ มีความถูกต้อง ครบถ้วน และ ทันเวลา

สารสนเทศที่ได้สามารถนำมาใช้ในการควบคุม กำกับ ติดตาม ตรวจสอบและคืนข้อมูลการดำเนินงานให้แก่ผู้รับผิดชอบโครงการได้เป็นอย่างดี เนื่องจากระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพสามารถเข้าถึงข้อมูลหรือสารสนเทศได้สะดวก รวดเร็ว ทุกที่ ทุกเวลา และ ยังสามารถใช้ประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารในการอนุมัติโครงการหรืองบประมาณ ได้เป็นอย่างดี

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืนจากกลุ่มประชากรจริง จึงไม่เกิดการเบี่ยงเบนจากความผิดพลาดประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้กำหนดนโยบาย และผู้ปฏิบัติงาน โดยเก็บทุกหน่วยประชากร เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาค้นคว้าจากข้อมูลปัจจัยพื้นฐานของผู้ใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ผู้กำหนดนโยบาย และผู้ปฏิบัติงานการดำเนินงานระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65.2 และ 83.1 ตามลำดับ ระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี และ ระดับปริญญาตรี มีสัดส่วนเท่ากัน และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 91.3 และ 76.3 แสดงให้เห็นว่าผู้ใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี สามารถมองเห็นมุมมองปัญหา อุปสรรค และ ให้ข้อเสนอแนะได้เป็นอย่างดี

ผลการศึกษาวิจัย เรื่องการประเมินผล ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผลการประเมินด้านสภาพแวดล้อม จากการศึกษาพบว่า ผลการประเมินด้านสภาพแวดล้อม ทั้งผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพโดยภาพรวมผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับมาก ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ย 3.96 และ 3.75 (เกณฑ์การประเมิน 3.50) เนื่องจากหน่วยงานส่วนใหญ่มีความต้องการใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ในการกำกับ ติดตาม แผนงาน/โครงการ งบประมาณ และผลการดำเนินงาน และระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพสามารถตอบสนองความต้องการสารสนเทศในการกำกับ ติดตาม แผนงาน/โครงการ งบประมาณ ผลดำเนินงาน โดยเฉพาะงบประมาณ สอดคล้องกับ อนันต์ อัครสุวรรณกุล และ คณะ (2558).[9] ศึกษาการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารโครงการ และงบประมาณของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 12 พบว่า กลุ่ม CEO ต้องการสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับแผนงาน ระดับประเทศ เขต และระดับหน่วยงาน และการเบิกจ่ายงบประมาณ

2. ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า จากการศึกษาพบว่า ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า ทั้งผู้กำหนดนโยบายและ ผู้ปฏิบัติงานการดำเนินงานระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ โดยภาพรวม ผ่านเกณฑ์การประเมินทั้งสองกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ย 3.72 และ 3.78 (เกณฑ์การประเมิน 3.50) เมื่อพิจารณารายละเอียด ทุกหน่วยงานมีความเพียงพอด้านงบประมาณและวัสดุ อุปกรณ์/ระบบอินเตอร์เน็ต แต่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ คู่มือประกอบการใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ โครงการ/แผนยุทธศาสตร์ และ แผนงานหรือแนวทางดำเนินการ ควรมีการปรับปรุงหรือเพิ่มเติมกิจกรรมให้สามารถดำเนินงาน ได้ดียิ่งขึ้น โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 บุคลากร หน่วยงานส่วนใหญ่บุคลากรเพียงพอ แต่มีบางหน่วยงานบุคลากรไม่เพียงพอ เนื่องจากการลาออกของบุคลากร การเปลี่ยนแปลงโครงการองค์กร และบางหน่วยงานมีความต้องการบุคลากรเพิ่มเติม ในการวิเคราะห์ข้อมูลในระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ สอดคล้องกับ ชมภูนุช หุ่นนาค (2553)[10] ศึกษาการประเมินผลระบบบริหารการเงินการคลังภาครัฐด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMIS) จังหวัดนนทบุรี พบปัญหาการเปลี่ยนแปลงเจ้าหน้าที่ในการใช้ระบบบริหารการเงินการคลังภาครัฐด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMIS)

1.2 งบประมาณ มีความเพียงพอต่อการดำเนินการระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ โดย หน่วยงานส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้งบประมาณเพิ่มเติมในการจัดประชุม อบรมหรือกิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ เนื่องจาก จังหวัดได้จัดประชุม/อบรมเกี่ยวกับระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพให้กับอำเภอ

1.3 วัสดุ/อุปกรณ์ ส่วนใหญ่มีความเพียงพอต่อการดำเนินงาน โดยมีเพียง คู่มือประกอบการใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.39 อยู่ในระดับปานกลาง จึงควรมีการปรับปรุงเพิ่มเติมเนื้อหาคู่มือประกอบการใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ และเพิ่มเติมเนื้อหารายละเอียดเชิงลึกในการ

จัดประชุม/อบรม ในการบันทึกข้อมูลในแต่ละส่วน เช่น หมวดกิจกรรม หมวดงบประมาณ หมวดรายจ่าย การบันทึกผลการประเมินโครงการ การใช้ประโยชน์จากระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ สอดคล้องกับ มนตรี เด่นดวง (2545)[11] ได้ให้ข้อเสนอแนะผลการวิจัยว่า ควรมีการปรับปรุงการพัฒนาศักยภาพให้ได้มาตรฐานยิ่งขึ้น เช่น การจัดสัมมนา อบรมแก่บุคลากรทุกคน เช่นเดียวกับ วรรณภา ศรีพุธสมบูรณ์ (2557)[12] ศึกษา การประเมินผลโครงการฝึกอบรมหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพประมงจังหวัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 พบว่า ควรมีการพัฒนาหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ และควรมีการนำเทคโนโลยีในการบริหารจัดการฝึกอบรม เช่น การผลิตเอกสารฝึกอบรมในรูปแบบวีซีดี หรือ ดิจิตอล เป็นต้น

1.4 ระยะเวลาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ไม่ได้ใช้เวลานานในการบันทึกข้อมูลในระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ สอดคล้องกับ ณัฏฐพันธ์ เขจรนันทน์ และ ไพบูลย์ เกียรติโกมล (2550)[1] ได้กล่าวว่า ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ ต้องช่วยให้ผู้ใช้สามารถเข้าถึงสารสนเทศที่ต้องการได้อย่างรวดเร็ว

1.5 เทคโนโลยี คอมพิวเตอร์และระบบอินเตอร์เน็ตของหน่วยงานมีความเพียงพอต่อการดำเนินงาน ส่วน ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ มีความเหมาะสมกับการใช้ในการกำกับติดตามแผนงานโครงการ งบประมาณ ผลการดำเนินงาน ในระดับจังหวัด เป็นอย่างดี แต่สำหรับในระดับอำเภอ ควรมีการพัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพให้สามารถรองรับความต้องการสารสนเทศของระดับอำเภอ สอดคล้องกับวนิดา คงปล้อง (2554) ศึกษา การจัดระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารของสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดและอำเภอในเขตการศึกษา 2 พบว่า การจัดระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร ทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผล การเก็บรักษา การนำเสนอข้อมูลและสารสนเทศ และการนำข้อมูลและสารสนเทศไปใช้เพื่อการบริหาร ยังไม่ตอบสนองความต้องการสารสนเทศของผู้ใช้อยู่ในระดับปานกลาง และ สอดคล้องกับอนันต์ อัครสุวรรณกุล และคณะ (2558)[9] ศึกษาการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารโครงการและงบประมาณของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 12 พบว่า การนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อติดตามกำกับโครงการและงบประมาณของหน่วยงานในเขตสุขภาพไปประยุกต์ใช้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือเขตสุขภาพอื่น ๆ ควรคำนึงถึงการใช้ประโยชน์ของหน่วยงานปฏิบัติงานระดับพื้นที่เป็นหลัก และควรเปิดโอกาสให้หน่วยงานในส่วนภูมิภาคพัฒนาระบบที่สอดคล้องกับบริบทการทำงานจริงของแต่ละเขตสุขภาพ นอกจากนี้ Penn et al. (2019)[14] ศึกษาระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการสำหรับการปรับปรุงสุขภาพชุมชน กรณีศึกษาผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่า ควรออกแบบระบบสารสนเทศให้เน้นประโยชน์และตอบสนองต่อการใช้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และตอบสนองต่อการใช้งาน

1.6 แผนหรือแนวทางทางการดำเนินงาน จังหวัดและหน่วยงานควรมีการกำหนดแนวทาง/แนวปฏิบัติ ระยะเวลาในการดำเนินการ ที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรและต้องได้รับการลงนามโดยผู้บริหารของหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดำเนินการตามบทบาท หน้าที่

2. ผลการประเมินด้านกระบวนการ จากการศึกษาพบว่า ผลการประเมินด้านกระบวนการ ทั้งผู้กำหนดนโยบาย และผู้ปฏิบัติงานการดำเนินงานระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ โดยภาพรวม ผ่านเกณฑ์การประเมินทั้งสองกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ย 3.65 และ 3.64 (เกณฑ์การประเมิน 3.50) เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่า ความสม่ำเสมอของการรายงานผลการดำเนินงานการนำองค์กรของผู้บริหาร และ ความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ควรมีการปรับปรุงหรือเพิ่มเติมกิจกรรมให้สามารถดำเนินงาน ได้ดียิ่งขึ้น โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การวางแผนหรือวางแนวทางการดำเนินการ พบว่า ทุกหน่วยงาน ผู้บริหารหรือผู้กำหนดนโยบาย มอบหมายให้ผู้รับผิดชอบแผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการของหน่วยงาน กำหนดแนวทางในการดำเนินการระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ

2.2 การกำหนดผู้รับผิดชอบและมอบหมายงาน พบว่า ทุกหน่วยงานมีการกำหนดผู้รับผิดชอบและมอบหมายงาน โดยในแต่ละหน่วยงานกำหนดผู้รับผิดชอบและมอบหมายการดำเนินงานระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพที่แตกต่าง

2.3 การนำองค์กรของผู้บริหาร พบว่า ผู้บริหารหรือผู้กำหนดนโยบายไม่ได้ใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพโดยตรง แต่มอบหมายให้ผู้รับผิดชอบแผนยุทธศาสตร์/ปฏิบัติการ เป็นผู้ดำเนินการกำกับติดตามและนำเสนอข้อมูล โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.43 อยู่ในระดับปานกลาง จากค่าเฉลี่ย

แบบสอบถามของผู้กำหนดนโยบาย สอดคล้องกับ ชมภูนุช หุ่นนาค (2553)[10] พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการระบบบริหารการเงินการคลังภาครัฐด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMIS) ได้แก่ การขาดการสนับสนุนและการสั่งการของผู้บริหาร เช่นเดียวกับ และ ณัฏฐพันธ์ เขจรนันทน์ และไพบูลย์ เกียรติโกมล (2550,)[1] ได้กล่าวถึงปัญหาที่น่าเป็นห่วงเกี่ยวกับการใช้ระบบสารสนเทศ คือ ผู้บริหารหลายคนยังติดอยู่กับระบบงานที่เชื่องช้า มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการใช้ระบบสารสนเทศ และไม่ยอมเรียนรู้และเปิดรับการเปลี่ยนแลง จึงให้ความสนใจระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการน้อยกว่าที่ควร

2.4 ความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานระบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ พบว่า ผู้ใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ยังไม่ได้ให้ความร่วมมือกับการดำเนินงานระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ และ จังหวัดควรจัดทำระบบพี่เลี้ยงเพื่อใช้ในการให้ความช่วยเหลือผู้ใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ สอดคล้องกับ สมบัติ ธำรงธัญวงศ์ (2545)[15] ได้กล่าวถึงปัญหาเกี่ยวกับการใช้ระบบสารสนเทศ อาจเกิดจากการขาดความร่วมมือหรือการประสานกิจกรรมต่าง ๆ

2.5 ความสม่ำเสมอของการรายงานผลการดำเนินงาน พบว่า ทั้งผู้กำหนดนโยบาย และผู้ปฏิบัติงาน มีคะแนนเฉลี่ย 3.30 และ 3.40 อยู่ในระดับปานกลาง และจากสัมภาษณ์ พบว่าทุกหน่วยงานมีการรายงานผลการดำเนินงานให้ผู้บริหารทราบแตกต่างกันในแต่ละหน่วยงาน เช่น การติดตามในที่ประชุม ติดตามผู้รับผิดชอบโครงการรายบุคคล ติดตามโดยใช้แบบฟอร์ม และ การใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพโดยตรงในการรายงานผล

3. ผลการประเมินด้านผลผลิต ทั้งผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานการดำเนินงานระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ โดยภาพรวม ผ่านเกณฑ์การประเมินทั้งสองกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ย 3.70 และ 3.65 สอดคล้องกับ สรรเสริญ สารีบุตร (2545)[16] ศึกษาเรื่องการประเมินผลการใช้โปรแกรมระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารของโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษาจังหวัดนครราชสีมา โดยประเมินความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร พบว่า ในระดับผู้บริหารมีความพึงพอใจในรายงานข้อมูลในระดับมากและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ส่วนระดับผู้รับผิดชอบงานสารสนเทศมีความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมในระดับมาก เช่นเดียวกับระดับผู้บริหาร เมื่อศึกษาถึงรายละเอียด พบว่า ความทันเวลาของข้อมูลการเบิกจ่ายในระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ย 3.32 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.83 อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับ กัญติมา ถิ่นบางเดียว (2547)[17] ศึกษาคุณภาพของสารสนเทศสำหรับการประเมินคุณภาพการศึกษาตามทัศนะของคณะกรรมการประกันคุณภาพของสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน โดยศึกษาคุณภาพของสารสนเทศด้านความเป็นปัจจุบัน ความสะดวก ความถูกต้อง ความชัดเจน ความสมบูรณ์ของสารสนเทศ พบว่าปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการจัดระบบสารสนเทศ คือ ข้อมูลไม่สมบูรณ์ ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง และไม่เป็นปัจจุบัน โดยคุณสมบัติของข้อมูลและสารสนเทศที่ดี ต้องมีสมบัติ ได้แก่ ความถูกต้อง ความทันเวลา เชื่อถือได้และเหมาะแก่การใช้งาน (ณัฏฐพันธ์ เขจรนันทน์, 2548)[1]

4. ผลการวิเคราะห์ ปัญหา อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ควรเริ่มต้นจากจังหวัดกำหนดเป็นนโยบายในการกำกับติดตามแผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการ โครงการ ในระดับจังหวัด/อำเภอ และกำหนดแนวทาง/แนวปฏิบัติ ระยะเวลา และการควบคุมกำกับติดตาม ที่ชัดเจนและเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมทั้งคืนข้อมูลความต้องการสารสนเทศระดับอำเภอ ให้ทีมพัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ให้เสร็จสิ้นภายในไตรมาส 1 และในไตรมาส 2 ควรมีการจัดประชุม อบรม หรือกิจกรรมใด เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพและปรับปรุงหรือเพิ่มเติมรายละเอียดเชิงลึกในคู่มือประกอบการใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพหรือจัดทำคลิปวีดีโอประกอบการใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ และในไตรมาส 3 ควรมีการกำกับติดตามการดำเนินงานในที่ประชุม คปสจ. พร้อมนำเสนอผลการดำเนินงานระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพเปรียบเทียบรายอำเภอ โดยใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพโดยตรง และกำกับติดตามผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ลงเยี่ยมติดตามในระดับพื้นที่ การติดตามผ่านกลุ่มไลน์ เป็นต้น และ ในไตรมาส 4 ควรมีการกำกับติดตามการดำเนินงานในที่ประชุม คปสจ. พร้อมนำเสนอผลการดำเนินงานระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพเปรียบเทียบรายอำเภอ โดยใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพโดยตรง อีกครั้ง และ จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ คืนข้อมูลการดำเนินงาน

ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพให้หน่วยงานระดับอำเภอ ในระดับอำเภอ ในไตรมาส 1 กำหนดเป็นนโยบายของหน่วยงาน แนวทาง/แนวปฏิบัติ ระยะเวลาการบันทึกข้อมูล การควบคุมกำกับติดตาม รูปแบบการบริหาร ผู้รับผิดชอบงานโดยเฉพาะผู้ดูแลระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพของหน่วยงาน และแผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการ/โครงการ ต้องมีความชัดเจนโดยเฉพาะงบประมาณ ทั้งแหล่งงบประมาณ กรอบงบประมาณ และแจ้งให้ผู้ใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพทราบ และในไตรมาส 2 เริ่มการบันทึกข้อมูลโครงการตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพและกำกับติดตามโครงการที่ได้ดำเนินการ โดยผู้บริหารใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพเป็นเครื่องมือในการกำกับติดตามในที่ประชุมหน่วยงาน และในไตรมาส 3 เริ่มกำกับติดตามแผนงาน/โครงการ งบประมาณ ผลการดำเนินงาน โดยให้ผู้รับผิดชอบโครงการเป็นผู้บันทึกข้อมูลผลการดำเนินงานและอภิปรายผลโครงการ และในไตรมาส 4 ผู้กำกับติดตามแผนงาน/โตรงการ งบประมาณ ผลการดำเนินงาน ควรใช้ข้อมูลจากระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ในการรวบรวม วิเคราะห์ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา และคืนข้อมูลให้กับผู้รับผิดชอบโครงการทราบ และ ใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ ในปีถัดไป

ข้อเสนอแนะ

1. จังหวัดต้องกำหนดเป็นนโยบาย และ ทุกหน่วยงานควรใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ เป็นเครื่องมือหลักในการกำกับ ติดตาม แผนงาน/โครงการ งบประมาณ ผลการดำเนินงาน โดยใช้ข้อมูลหรือสารสนเทศจากระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพในการรายงานให้ผู้บริหารหรือผู้กำหนดนโยบาย โดยตรง

2. หน่วยงานต้องมีการกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนของการดำเนินงานระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพให้ชัดเจน และพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ความเข้าใจในระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพในทุกกระบวนการของการดำเนินงานระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ

3. ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพสามารถตอบสนองในเบื้องต้นได้ดี จึงควรดำเนินการต่อไป และ จังหวัดต้องแจ้งให้ทีมพัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพให้สามารถรองรับความต้องการสารสนเทศในระดับอำเภอ

4. จังหวัด ควรจัดทำสื่อหรือคู่มือการใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์หรือคลิปวีดีโอที่มีรายละเอียดเชิงลึก เช่น หมวดกิจกรรม หมวดงบประมาณ หมวดรายจ่าย การบันทึกผลการประเมินโครงการ ระเบียบการใช้งบประมาณในแต่ละแหล่งงบประมาณ การใช้ประโยชน์จากระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ และข้อจำกัดของระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพมีความรู้ความเข้าใจ และ มั่นใจในการใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ มากยิ่งขึ้น

5. จังหวัดควรวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย และ เปรียบเทียบข้อมูลในระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ของการดำเนินการในแต่ละหน่วยงาน แล้วคืนข้อมูลให้ผู้บริหารของหน่วยงานทราบ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการพัฒนาการดำเนินงานระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ

6. หน่วยงาน ควรมีการกำหนดระยะเวลาในการดำเนินการในแต่ละขั้นตอนให้ชัดเจน ตั้งแต่การขออนุมัติแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ โครงการ การจัดประชุม/อบรม การบันทึกข้อมูลในระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ การกำกับติดตามของจังหวัด/อำเภอ และการรายงานผลการดำเนินงานในที่ประชุมจังหวัด/อำเภอ

7. จากการวิจัย พบว่า ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพสามารถดำเนินการสู่ระดับอำเภอได้ในเบื้องต้น แต่ยังไม่ได้ตอบสนองความต้องการสารสนเทศของระดับอำเภอในทุกมิติ และยังไม่ได้เชื่อมโยงข้อมูลเข้ากับแหล่งข้อมูลอื่น ๆ ของตำบล จึงยังไม่ควรขยายผลสู่ในระดับตำบล

8. จากการวิจัย พบว่า จังหวัดควรมีการปรับปรุงการบริหารระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น โดย กำหนดเป็นนโยบาย วางแผนหรือแนวทางหรือแนวปฏิบัติให้ชัดเจน และ ควรมีการกำกับติดตามในที่ประชุมทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

9. จากการวิจัย พบว่า จังหวัดควรกำหนดให้ผู้บริหารในหน่วยงาน ใช้ระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ เป็นเครื่องมือหลักในการกำกับติดตาม แผนงาน/โครงการ งบประมาณ และ ผลการดำเนินงาน ตามแผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการ

10. ควรมีการประเมินผลและเปรียบเทียบการบริหารระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ในแต่ละหน่วยงานของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาว่ารูปแบบใดเหมาะสมกับระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพมากที่สุด เพื่อใช้เป็นทางเลือกในการขยายผลสู่ระดับอำเภอทั่วทั้งประเทศ

11. ควรมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่ง จาก รศ. ดร.วรางคณา จันทร์คง และ รศ.ดร.สมโภช รติโอฬาร ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและติดตามการทำวิจัยครั้งนี้อย่างใกล้ชิด และ ขอขอบคุณ ผศ.ดร.ยุพาวดี สมบูรณกุล รศ. ดร. จุฑามณี ตระกูลมุทุตา ดร.พัฒนิจ โกญจนาท อาจารย์อนันต์ อัครสุวรรณกุล ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย และ อาจารย์วรัตถ์ ศิริชา ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัย และขอขอบพระคุณ ผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้สัมภาษณ์ ซึ่งได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1.ณัฏฐพันธ์ เขจรนันทน์ และไพบูลย์ เกียรติโกมล. (2550). ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ (Management Information System). กรุงเทพฯ : ซีเอ็ดยูเคชั่น.

2.สมคิด บางโม. (2553). องค์การและการจัดการ (Organization and Management). (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : พิมพ์ดีการพิมพ์.

3.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). (ร่าง) คู่มือระบบติดตามการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ (Strategic Management System: SMS) ปีงบประมาณ 2561.สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สืบค้นจาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/SMS%20Anan15160.pdf.

4.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. (2561). เอกสารการตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561 รอบ 1. สงขลา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา.

5.สมคิด พรมจุ้ย. (2550). เทคนิคการประเมินโครงการ. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: จตุพร ดีไซน์

6.สุภมาส อังศุโชติ. (2549). การประเมินนโยบาย แผนงาน และโครงการ (Evaluation of policy, Program and Project) ใน ประมวลสาระชุดวิชา การประเมินนโยบาย แผนงาน และโครงการ (หน่วยที่ 6, น. 31 – 34). นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

7.อริยะ บุญงามชัยรัตน์. (2557). การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพ (Management for Health System Development) ใน ประมวลสาระชุดวิชา การติดตามกำกับ และประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายและแผนพัฒนาสุขภาพ (หน่วยที่ 14, น. 5-19). (พิมพ์ครั้งที่ 2) นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

8.เชาว์ อินใย. (2555). การประเมินโครงการ (Program Evaluation). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

9.อนันต์ อัครสุวรรณกุล, พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ และ ธรรมศักดิ์ โคจรนา. (2558). การพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อการบริหารโครงการและงบประมาณของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 12. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

10.ชมภูนุช หุ่นนาค. (2553). การประเมินผลระบบบริหารการเงินการคลังภาครัฐด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMIS) จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิทยบริการ, 21(2), 45-62.

11.มนตรี เด่นดวง. (2545). การประเมินโครงการมาตรฐานการศึกษาของสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดพัทลุง (วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยทักษิณ, สงขลา.

12.วรรณภา ศรีพุธสมบูรณ์ (2554) การประเมินผลโครงการฝึกอบรมหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพประมงจังหวัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 . เอกสารวิชาการฉบับที่ 4/2557. สำนักพัฒนาและถ่ายทอดเทคโนโลยีการประมง กรมประมง กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. สืบค้นจาก http://elib.fisheries.go.th/LIBCAB/DRAWERS/ABS/DATA0001/00001411.PDF

13.วนิดา คงปล้อง (2544). การจัดระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารของสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดและอำเภอในเขตการศึกษา 2 (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

14.Penn, L., Goffe, L., Haste, A. & Moffatt, S. (2019). Management information systems for community based interventions to improve health: qualitative study of stakeholder perspectives. BMC Public Health, 19 (105), 1-8.

15.สมบัติ ธำรงธัญวงศ์. (2545). การบริหารโครงการ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ เสมาธรรม

16.สรรเสริญ สาริบุตร. (2545). การประเมินผลการใช้โปรแกรมระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารของโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดนครราชสีมา (วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษา ไม่ได้ตีพิมพ์). สถาบันราชภัฏนครราชสีมา, นครราชสีมา.

17.กัญติมา ถิ่นบางเตียว. (2547). คุณภาพของสารสนเทศสำหรับการประเมินคุณภาพการศึกษาตามทัศนะของคณะกรรมการประกันคุณภาพของสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

18.ณัฏฐพันธ์ เขจรนันทน์. (2548). การบริหารธุรกิจ (Business Administration). กรุงเทพฯ : ซีเอ็ดยูเคชั่น.

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์

Factors Predicting Quality of Work Life of Generation Y Nurses in Srinakarind Hospital

พรภิมล สุขเพีย[1] , รัชตวรรณ ศรีตระกูล[2]

Pornpimon Sookpier , Ratchatawan Sritragool

(Received: March 12 ,2020 ; Accepted: March 27 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในรุ่นเจเนอเรชั่นวาย 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน ปัจจัยด้านคุณลักษณะของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย 3) ศึกษาตัวแปรพยากรณ์ที่ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ที่เกิดในช่วงปี พ.ศ. 2525–2538 จำนวน 443 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า 1) คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก 2) ปัจจัยด้านความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน ปัจจัยด้านคุณลักษณะของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย 3) ตัวแปรพยากรณ์ที่ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ รุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (Y) มี 4 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยด้านความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล (X_1) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน (X_2) ปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์ (X_3) และปัจจัยด้านคุณลักษณะของหัวหน้าหอผู้ป่วย (X_4) โดยมีอำนาจพยากรณ์ร้อยละ 59.1 และมีค่าความคลาดเคลื่อนของการพยากรณ์ที่ ± 0.133 โดยสามารถสร้างสมการถดถอยคือ $\hat{Y} = 0.517 + 0.306 (X_1) + 0.274 (X_2) + 0.163 (X_3) + 0.068 (X_4)$

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย, คุณภาพชีวิตการทำงาน, พยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย

Abstract

The objectives of this survey research were 1) to study quality of work life of generation Y registered nurses, 2) to study the relationship between work autonomy, emotional intelligence, suitable work environment, and characteristics of head nurses and quality of work life of generation Y registered nurses, and 3) to study predictive variables that jointly predict quality of work life of generation Y registered nurses. The sample of this research was 443 registered nurses working in Srinakarind Hospital whom were born during 1982 to 1995. A research instrument was five-rating scale questionnaire. Data were analyzed using statistics, including average, percentage, standard deviation, Pearson product-moment correlation coefficient and Stepwise Multiple Regression Analysis.

The results of the research indicated that 1) overall quality of work life of generation Y registered nurses was at a high level, 2) work autonomy, emotional intelligence, suitable work environment, and characteristics of head nurses were positively related to quality of work life of generation Y registered nurses, 3) four predictive variables that jointly predicted quality of work life of generation Y registered nurses in Srinakarind Hospital (Y) included work autonomy (X_1), suitable work environment (X_2), emotional intelligence (X_3), and characteristics of head nurses (X_4) with a predictive power of 59.1% and a predictive error of ± 0.133. Regression equation could be structured below: $\hat{Y} = 0.517 + 0.306 (X_1) + 0.274 (X_2) + 0.163 (X_3) + 0.068 (X_4)$

Keywords: Factors Predicting, Quality of Work Life, Generation Y Nurses

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

งานการพยาบาลเป็นงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบต่อชีวิตของผู้ป่วย โดยทำหน้าที่ในการให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้ป่วย ซึ่งมีลักษณะในการทำงานที่แตกต่างจากวิชาชีพประเภทอื่น ทั้งลักษณะของงานที่ปฏิบัติและเวลาในการปฏิบัติงาน ต้องมีความรับผิดชอบสูง โดยต้องเผชิญกับความเร่งรีบในการช่วยชีวิตบรรเทาความเจ็บป่วยอันจะก่อให้เกิดความเครียดได้ตลอดเวลา เผชิญกับปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ การติดเชื้อโรค การบาดเจ็บจากการทำงาน พยาบาลบางคนต้องทำงานที่สัมผัสกับสารเคมีหรือสารอันตรายอื่น ๆ ที่อาจเป็นอันตรายกับร่างกายและชีวิต ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง มีการลาออกจากวิชาชีพก่อนวัยเกษียณ จากผลการสำรวจของโครงการวิจัยสุขภาพในปี 2558[1] พบว่า ชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย ร้อยละ 48.3 มีปัญหาเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ เช่น ปวดหลัง นอกจากนี้ยังเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ความดันสูง ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ วัณโรคและโรคปอด และในปี 2557 มีพยาบาลเสียชีวิต 1,305 ราย ร้อยละ 39.2 ของพยาบาลที่เสียชีวิตมาจากมะเร็ง แบ่งเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 22.9 และมะเร็งรังไข่ มดลูก ปากมดลูก เยื่อบุโพรงมดลูก ร้อยละ 18.4 ซึ่งนอกจากความเสี่ยงของ การเกิดโรคต่าง ๆ ทางด้านร่างกายแล้ว พยาบาลยังมีปัญหาด้านจิตใจด้วย โดยพยาบาลมากกว่าครึ่งระบุว่าตนเองไม่สุขสบายจากอาการปวด และร้อยละ 38.3 ยอมรับว่าตนเองวิตกกังวล และมีภาวะซึมเศร้า พยาบาลอายุน้อยมีคุณภาพชีวิตการทำงาน และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ต่ำกว่าระดับอาวุโส ซึ่งสัมพันธ์กับความมั่นคงในการทำงาน ส่งผลให้ลาออกหรือเปลี่ยนอาชีพ นอกจากนี้ พยาบาลยังมีความตั้งใจที่จะออกจากงานภายใน 1-2 ปี หรือมากกว่า 2 ดังนั้นปัญหาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลจึงไม่ใช่เพียงปัญหาของวิชาชีพเท่านั้น แต่เป็นปัญหาของระบบบริการสุขภาพและส่งผลต่อคุณภาพบริการในหน่วยบริการ อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติลดลงต่ำกว่าเป้าหมาย ตามเกณฑ์ชี้วัดที่กำหนดไว้และจากสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล ความแออัดของผู้ป่วยในแต่ละหน่วยบริการ ส่งผลให้พยาบาลซึ่งปฏิบัติการพยาบาลใกล้ชิดกับผู้ป่วยติดโรคฉวยโอกาส ดังนั้นการที่พยาบาลจะเป็นผู้ส่งเสริมให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น พยาบาลเองต้องมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีด้วย[2]

ปัจจุบันพยาบาลยังเป็นกำลังคนที่มีสัดส่วนมากที่สุดในระบบบริการสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบกับบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ พยาบาลจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนบริการสุขภาพทุกระดับทั่วประเทศ ทั้งในเขตเมืองและชนบทห่างไกล และเมื่อจำแนกพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในปัจจุบันตามรุ่นเจเนอเรชั่น พบว่าสามารถแบ่งออกได้ทั้งหมด 3 เจเนอเรชั่นด้วยกัน ได้แก่ 1) เบบี้บูมเมอร์ (Baby boomer) คือบุคคลที่เกิดในปี พ.ศ.2486–2503 2) เจเนอเรชั่นเอ็กซ์ (Generation X) คือบุคคลที่เกิดในปี พ.ศ.2504–2524 และ 3) เจเนอเรชั่นวาย (Generation Y) คือบุคคลที่เกิดในปี พ.ศ. 2525–2548[3] ซึ่งในปัจจุบันพบว่าพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายกำลังก้าวเข้ามามีบทบาทสำคัญในวิชาชีพการพยาบาลเนื่องจากเป็นกำลังสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลภาวะสุขภาพของประชาชน ซึ่งพยาบาลวิชาชีพที่มีรุ่นอายุแตกต่างกันมักมีความหลากหลายทางความคิด การรับรู้ ความคิด หรือพฤติกรรมที่แสดงออก และมีวิถีชีวิตแตกต่างกัน โดยพยาบาลกลุ่มเจเนอเรชั่นวายนี้เป็นผู้ที่มักมีความมั่นใจในตนเองสูง มีความเป็นตัวของตัวเอง ไม่ยึดติดกับกรอบหรือรูปแบบการดำเนินชีวิตตามสังคมเดิม รักอิสระ ชอบความมีชีวิตชีวา ความอดทนต่ำทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และด้วยลักษณะนิสัยที่เฉพาะของพยาบาลรุ่นเจเนอเรชั่นวายนี้เมื่อต้องทำงานร่วมกับ พยาบาลรุ่นพี่ที่ส่วนใหญ่ที่อยู่ในรุ่นเจเนอเรชั่นเอ็กซ์ หรือหัวหน้างานที่ส่วนใหญ่อยู่ในรุ่นเบบี้บูมเมอร์ ซึ่งมีลักษณะความเชื่อ ทัศนคติ และพฤติกรรมการทำงานที่แตกต่างกันซึ่งการรับรู้และมุมมองของแต่ละรุ่นอายุที่แตกต่างกันอาจเป็นอุปสรรคสำคัญในการทำงานร่วมกัน โดยอาจส่งผลต่อสัมพันธภาพ ความเข้าใจในการทำงานร่วมกัน อาจเกิดความขัดแย้ง หรือไม่ลงรอยกัน อันส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงานหรือความก้าวหน้าในการทำงาน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเป็นกลุ่มที่มีความตั้งใจที่จะลาออกจากงานสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มอื่น[4] ซึ่งสาเหตุสำคัญของการลาออกมาจากหลากหลายปัจจัย ได้แก่ การได้งานใหม่ที่มีค่าตอบแทนที่สูงกว่า หรือโอนย้ายไปโรงพยาบาลอื่นที่มีสวัสดิการที่ดีกว่า รองลงมาเป็นปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ การย้ายกลับภูมิลำเนาต้องกลับไปดูแลบิดามารดา หรือการติดตามคู่สมรส นอกจากนี้ยังมีการลาออกเพื่อไปศึกษาต่อ ไป

ประกอบอาชีพส่วนตัว หรือประกอบอาชีพอื่น ๆ ที่มีความเป็นอิสระในการทำงานมากยิ่งขึ้น[5]

เนื่องด้วยปัจจุบันกลุ่มพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายก้าวเข้ามาทำงานในองค์กรมากยิ่งขึ้น ทำให้เกิดการผสมผสานระหว่างกลุ่มคนทั้ง 3 รุ่น และจากผลการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข[6] พบว่าในอีก 2-3 ปีข้างหน้าจะมีพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายเป็นส่วนสำคัญขององค์กรถึง 80 เปอร์เซ็นต์ของพยาบาลทั้งหมด และยึดครองสัดส่วนการเป็นผู้บริหารแทนกลุ่มเบบี้บูมเมอร์ และเจเนอเรชั่นเอ็กซ์เพิ่มมากยิ่งขึ้น ซึ่งกลุ่มคนเจเนอเรชั่นวาย เป็นกลุ่มที่มีศักยภาพที่ค่อนข้างมากทั้งด้านความรู้ความสามารถ ความคิดสร้างสรรค์ เทคโนโลยีนวัตกรรมใหม่ ๆ และมีความสามารถในการแข่งกัน แต่พยาบาลกลุ่มนี้มักจะไม่มีความจงรักภักดีต่อองค์กรมากนัก ถ้ารู้สึกไม่มีความสุขในงานที่ทำหรือรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตการทำงานไม่เป็นไปตามคาดหวังก็พร้อมลาออกทุกเมื่อ เพราะมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตัวเอง แต่ในทางกลับกันถ้าได้ทำงานในองค์กรที่สามารถเติมเต็มทั้งความสุขและคุณภาพในการทำงานได้ พยาบาลกลุ่มนี้จะมุ่งมั่นตั้งใจและทุ่มเทให้กับองค์กรอย่างเต็มที่ ทำให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายเปรียบเสมือนการพัฒนาองค์กรให้เกิดความก้าวหน้ายิ่งขึ้นไปด้วย[7]

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลเพื่อตอบสนองและแก้ไขปัญหาสาธารณสุข โดยมีจำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 1,259 คน[8] ได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์การบริหาร พ.ศ. 2560–2564 ที่สอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุขในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านการบริหารจัดการที่ดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างระบบบริหารจัดการที่ดี (Administration excellence) ที่ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตและความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากร (Happy workplace) ควบคู่กับการมีธรรมาภิบาลและมีมาตรฐานในการทำงาน ซึ่งงานบริการพยาบาลได้เล็งเห็นความสำคัญของบุคลากรพยาบาล โดยได้มีการกำหนดพันธกิจให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การบริหารของคณะแพทยศาสตร์ ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรให้สามารถทำงานได้อย่างมีความสุข อีกทั้งยังมีการสำรวจคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพทุกปี แต่ในปัจจุบันยังพบปัญหาการลาออกของพยาบาลรุ่นเจเนอเรชั่นวายมีอัตราการลาออกมากที่สุดในแต่ละปี ซึ่งในปัจจุบันจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในรุ่นเจเนอเรชั่นวายมีจำนวนมากถึงร้อยละ 65.85 (829 คน) และจากการให้ข้อมูลเบื้องต้นของพยาบาลรุ่นเจเนอเรชั่นวาย จำนวน 10 คนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์จากแผนกการพยาบาลต่าง ๆ พบว่าการบริการของโรงพยาบาลนั้นเป็นการให้บริการตลอดเวลา ทำให้พยาบาลกลุ่มนี้ต้องสลับผลัดเปลี่ยนกันทำงานตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อจะได้ดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลาและต่อเนื่อง โดยพบปัญหา เช่น ด้านค่าตอบแทนบุคลากรโดยได้รับค่าตอบแทนไม่เพียงพอต่อค่าครองชีพในภาวะเศรษฐกิจปัจจุบัน ส่วนในด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน จากการสัมภาษณ์พบว่า บรรยากาศไม่เอื้ออำนวยต่อการทำงานอีกทั้งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคได้ และอุบัติภัยต่าง ๆ จากการสัมภาษณ์พบว่าบุคลากรมีโอกาสสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานทั้งภายในหน่วยงานและภายนอกหน่วยงานพอสมควร แต่การทำกิจกรรมพบปะสังสรรค์ร่วมกันยังมีไม่พอเพียง รวมทั้งสำหรับบุคลากรบางส่วนยังมีปัญหาเกี่ยวกับการมอบหมายงานของผู้บังคับบัญชาและความเป็นอิสระในการทำงานค่อนข้างต่ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลมาแล้วในหลากหลายบริบท เช่น การศึกษาในบริบทโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลทหาร หรือแม้กระทั่งในบริบทของโรงพยาบาลศรีนครินทร์เอง แต่พบว่าเป็นเพียงการศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยคาดการณ์ว่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลเท่านั้น จึงมีความจำเป็นที่แต่ละองค์กรต้องสำรวจคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรอยู่เสมอ และยังไม่พบว่ามีการศึกษาโดยรวมเกี่ยวกับปัจจัยที่ผู้วิจัยได้คัดสรรมาในบริบทของพยาบาลรุ่นเจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จึงทำให้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยด้านความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน ปัจจัยด้านคุณลักษณะของหัวหน้าหอผู้ป่วย และคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะทำให้ผู้บริหารทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลรุ่นเจเนอเรชั่นวาย และนำผลการศึกษาไปใช้ปรับเปลี่ยนกลยุทธ์หรือแนวทางการบริหารงานให้สอดคล้อง

และเหมาะสมกับความต้องการของพยาบาลรุ่นเจเนอเรชั่นวาย เพื่อให้พยาบาลกลุ่มนี้ทำงานอย่างมี ความสุข มีทัศนคติที่ดี มีความรักและความผูกพันกับ องค์กร และสามารถปฏิบัติหน้าที่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีอัตราการธำรงอยู่ในวิชาชีพยาวนานเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของประเทศและฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในรุ่นเจเนอเรชั่นวาย

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน ปัจจัยด้านคุณลักษณะของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย

3. ศึกษาตัวแปรพยากรณ์ที่ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2562 ถึงเดือนตุลาคม 2562

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และมีอายุระหว่าง 22 – 37 ปี โดยเกิดในช่วงปี พ.ศ. 2525 – 2538 ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 829 คน[8]

2. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยสูตรการหากลุ่มตัวอย่าง ในกรณีทราบขนาดของประชากรของสุทิน ชนะบุญ (2560)[9] โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่งคำนวณได้เท่ากับ 389 ตัวอย่าง แต่จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาของพวงรัตน์ เชาวะเจริญ และคณะ (2558)[10] ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุงานในโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง ได้รวบรวมข้อมูลและรับแบบสอบถามกลับคืนและตอบครบถ้วนจากกลุ่มตัวอย่างคิดเป็นคิดเป็นร้อยละ 86 จากจำนวนตัวอย่างทั้งหมด จะพบว่าแบบสอบถามที่สูญเสียไปคิดเป็นร้อยละ 14 ซึ่งอาจมีผลต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล และในการศึกษาดังกล่าวนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับที่ผู้วิจัยกำลังศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลปฏิบัติการที่ศึกษาอีกร้อยละ 14 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งสิ้น 443 คน และจากการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น โอกาสความคลาดเคลื่อนจะน้อยลง[11] และมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random Sampling) โดยจำแนกตามแผนกที่ปฏิบัติงาน 2) สุ่มพยาบาลประจำการในแต่ละแผนกที่ปฏิบัติงาน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อแบบไม่แทนที่

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ แผนกที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประสบการณ์การทำงาน และตำแหน่ง โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นการตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมคำลงในช่องว่าง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยมีข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล โดยมีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์ โดยมีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน โดยมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

ตอนที่ 6 แบบสอบถามปัจจัยด้านคุณลักษณะของหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นข้อ

คำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ หาความเที่ยงตรงของแบบสอบถามโดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ซึ่งพบว่าแบบสอบถามทั้งชุดมีค่าตั้งแต่ 0.60-1.00 และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่า ข้อคำถามคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มีค่าเท่ากับ 0.95 ข้อคำถามปัจจัยด้านความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล มีค่าเท่ากับ 0.90 ข้อคำถามปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์ มีค่าเท่ากับ 0.93ข้อคำถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน มีค่าเท่ากับ 0.91 และข้อคำถามปัจจัยด้านคุณลักษณะของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีค่าเท่ากับ 0.95

การแปลผลคะแนนระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โดยนำมาจัดระดับ 5 ระดับ ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้[11] ระดับมากที่สุด (4.51 – 5.00) ระดับมาก (3.51 – 4.50) ระดับปานกลาง (2.51 – 3.50) ระดับน้อย (1.51 – 2.50) และระดับน้อยที่สุด (1.00 – 1.50) ส่วนเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)[12] สามารถแบ่งระดับดังนี้ ไม่มีความสัมพันธ์ (r=0) มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ (r=0.01 ถึง 0.25) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง (r= 0.26 ถึง 0.55) มีความสัมพันธ์ระดับสูง (r=0.56 ถึง 0.75) มีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก (r=0.76 ถึง 0.99) และมีความสัมพันธ์เต็มที่ (r=1)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านจริยธรรมการวิจัย ตามประกาศมหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับที่ 1877/2559 เลขที่หนังสือ มข 0301.5.1.3.2/1959

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่ากลุ่มตัวของงานวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 425 คน คิดเป็นร้อยละ 95.94 และเพศชาย จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 4.06 มีอายุระหว่าง 25 – 30 ปี จำนวน 256 คน คิดเป็นร้อยละ 57.79 รองลงมาคืออายุมากกว่า 30 ปี (แต่ไม่เกิน 37 ปี) จำนวน 153 คน คิดเป็น ร้อยละ 34.54 และอายุต่ำกว่า 25 ปี จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 7.67 ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกผู้ป่วยระยะวิกฤต 1, 2 จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 18.28 รองลงมาคือแผนกบริการพิเศษ 1, 2 จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 14.00 ส่วนแผนกที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานอยู่น้อยที่สุดคือแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 1.13 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 430 คน คิดเป็นร้อยละ 97.07 รองลงมาคือระดับปริญญาโท จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 2.93 มีสถานภาพโสด จำนวน 289 คน คิดเป็นร้อยละ 65.24 รองลงมาคือสถานภาพคู่ จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 33.63 และสถานภาพหม้าย / หย่า /แยก จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 1.13 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในตำแหน่งพมข. งบฯ รายได้ จำนวน 241 คน คิดเป็นร้อยละ 54.40 รองลงมาคือ พมข. งบฯ แผ่นดิน จำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 45.60

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำแนกเป็นรายด้าน (n=443)

คุณภาพชีวิตการทำงาน	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม	3.17	0.73	ปานกลาง
ด้านความปลอดภัยและสุขอนามัยในที่ทำงาน	3.49	0.74	ปานกลาง
ด้านโอกาสในการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคคล	3.97	0.53	มาก
ด้านความมั่นคงและความก้าวหน้าในงาน	3.86	0.52	มาก
ด้านการบูรณาการทางสังคม	4.04	0.54	มาก
ด้านการมีธรรมนูญในองค์กร	3.85	0.55	มาก

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำแนกเป็นรายด้าน (n=443)

คุณภาพชีวิตการทำงาน	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว	3.59	0.66	มาก
ด้านลักษณะงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม	4.16	0.60	มาก
โดยภาพรวม	**3.76**	**0.44**	**มาก**

จากตาราง 1 พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=3.76, S.D.=0.44) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านลักษณะงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ($\bar{x}$=4.16, S.D.=0.60) รองลงมาคือ ด้านการบูรณาการทางสังคม ($\bar{x}$=4.04 S.D.=0.54) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ($\bar{x}$=3.17 S.D.=0.73)

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล ปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน และปัจจัยด้านคุณลักษณะของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (n=443)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตการทำงาน		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับ
ความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล	0.67*	0.00	สูง
ความฉลาดทางอารมณ์	0.60*	0.00	สูง
สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน	0.70*	0.00	สูง
คุณลักษณะของหัวหน้าหอผู้ป่วย	0.55*	0.00	ปานกลาง

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 2 พบว่า

ปัจจัยด้านความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ปัจจัยด้านคุณลักษณะของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (R) ค่าอำนาจการพยากรณ์ (R^2) และค่าอำนาจการพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (n=443)

ลำดับขั้นพยากรณ์	R	R^2	R^2 change	F	p-value
1. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน	0.695	0.483	0.483	411.342*	0.000
2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน และปัจจัยด้านความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล	0.755	0.570	0.086	88.178*	0.000

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน ปัจจัยด้านความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล และปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์	0.766	0.586	0.017	17.472*	0.000
4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน ปัจจัยด้านความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล ปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์ และปัจจัยด้านคุณลักษณะของหัวหน้าหอผู้ป่วย	0.769	0.591	0.004	4.798*	0.029

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 3 พบว่าตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 คือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน ปัจจัยด้านความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล ปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์ และปัจจัยด้านคุณลักษณะของหัวหน้าหอผู้ป่วย สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ได้ดังนี้

ลำดับขั้นที่ 1 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ได้ร้อยละ 48.3 (R^2=0.483) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ลำดับขั้นที่ 2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน และปัจจัยด้านความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ได้ร้อยละ 57.0 (R^2=0.570) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยที่ปัจจัยด้านความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.6 (R^2 change=0.086) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ลำดับขั้นที่ 3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน ปัจจัยด้านความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล และปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ได้ร้อยละ 58.6 (R^2=0.586) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยที่ปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ รุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.7 (R^2 change=0.017) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ลำดับขั้นที่ 4 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน ปัจจัยด้านความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล ปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์ และปัจจัยด้านคุณลักษณะของหัวหน้าหอผู้ป่วย สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ รุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ได้ร้อยละ 59.1 (R^2=0.591) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยที่ปัจจัยด้านคุณลักษณะของหัวหน้าหอผู้ป่วย สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.4 (R^2 change=0.004) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้พยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ตัวพยากรณ์	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p-value
	b	Std. Error	Beta		
ค่าคงที่	0.517*	0.133		3.882	0.000
ปัจจัยด้านความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล	0.306*	0.041	0.323	7.544	0.000
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน	0.274*	0.047	0.311	5.772	0.000
ปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์	0.163*	0.039	0.172	4.205	0.000
ปัจจัยด้านคุณลักษณะของหัวหน้าหอผู้ป่วย	0.068*	0.031	0.098	2.190	0.029

$R=0.769$, $R^2=0.591$, Adjusted $R^2=0.587$, $SE_{est}=0.281$ $F=157.617$, p-value=0.000

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 4 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน พบว่า ตัวแปรอิสระสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยตัวแปรอิสระที่มีอำนาจพยากรณ์ที่ดีที่สุดคือ ปัจจัยด้านความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล (X_1) ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการพยากรณ์เท่ากับ 0.323 รองลงมาคือปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน (X_2) ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการพยากรณ์เท่ากับ 0.311 ปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์ (X_3) ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการพยากรณ์เท่ากับ 0.172 และปัจจัยด้านคุณลักษณะของหัวหน้าหอผู้ป่วย (X_4) ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการพยากรณ์เท่ากับ 0.098 โดยตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวนี้ สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ได้ร้อยละ 59.1 หรือมีอำนาจพยากรณ์ร้อยละ 59.1 และมีค่าความคลาดเคลื่อนของการพยากรณ์ที่ ± 0.133 โดยสามารถสร้างสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$\hat{Y} = 0.517 + 0.306(X_1) + 0.274(X_2) + 0.163(X_3) + 0.068(X_4)$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\hat{Z} = 0.323(X_1) + 0.311(X_2) + 0.172(X_3) + 0.098(X_4)$$

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลแยกตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. การศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านลักษณะงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม รองลงมาคือ ด้านการบูรณาการทางสังคม ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม สามารถอภิปรายผลเป็นรายด้านได้ดังนี้

1.1 ด้านลักษณะงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายมีคุณลักษณะเฉพาะที่ต้องการการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่น ๆ ซึ่งงานพยาบาลก็สามารถสนองความต้องการดังกล่าวได้ โดยพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายรับรู้ว่าลักษณะงานของตนเองเป็นประโยชน์ต่อสังคม การปฏิบัติหน้าที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน และลักษณะงานมีการให้ความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ ในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้พยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าและความสำคัญของงานที่ตนเองปฏิบัติอยู่ มีความภาคภูมิใจในวิชาชีพและอาชีพของตน โดยส่วนหนึ่งเกิดจากการปลูกฝังค่านิยมตั้งแต่ยังเป็นนักศึกษาพยาบาล สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ จตุพร ขาวมาลา (2560)[13] ซึ่งศึกษาคุณลักษณะความเป็นพลเมืองเชิงวิชาชีพ พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ถูกปลูกฝังค่านิยมในด้านลักษณะงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมตั้งแต่ยังศึกษาอยู่ รวมถึงต้องตระหนักถึงความเป็นพลเมืองที่คำนึงถึงหลักคุณธรรม จริยธรรม หลักมนุษยธรรม และการทำงานร่วมกับผู้อื่นอย่างสร้างสรรค์

1.2 ด้านการบูรณาการทางสังคม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายมีคุณลักษณะเฉพาะในการทำงานเป็นทีม ซึ่งมักจะถูกปลูกฝังมาตั้งแต่ยังศึกษาอยู่ ตลอดจนมีความใฝ่รู้และพร้อมที่จะแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้อื่น รวมทั้งยังยอมรับความคิดเห็นแตกต่าง ทำให้พยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายสามารถทำงานตามนโยบายต่าง ๆ ขององค์กรได้เป็นอย่างดี อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายรับรู้ว่าการที่องค์กรจะสามารถดำเนินงานและประสบความสำเร็จได้นั้น บุคลากรภายในองค์กรจะต้องร่วมมือร่วมใจ มีความพึงพอใจในการทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานในองค์กร รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของทีมในการทำงาน ได้รับความเสมอภาคในการทำงาน ตลอดจนต้องร่วมกันแก้ไขปัญหาให้ลุล่วงไปด้วยดี ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้

สามารถทำงานได้อย่างราบรื่นและประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ วิรัช สงวนวงศ์วาน และณัฐณิชา ปิยปัญญา (2560)[14] ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาล พบว่าด้านการทำงานในด้านการบูรณาการทางสังคมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากปัจจุบันพยาบาลได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อองค์การและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์การเป็นอย่างดี ทำให้งานสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดี

1.3 ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และเป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย อยู่ในวัยที่เป็นกำลังหลักของครอบครัวและกำลังเริ่มสร้างฐานะ ความมั่นคงให้กับชีวิต จึงทำให้มีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง ตลอดจนสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบันที่มีค่าครองชีพที่สูงขึ้น จึงทำให้ค่าตอบแทนที่เป็นเงินเดือน โบนัส และสวัสดิการต่าง ๆ ที่พยาบาลได้รับตามข้อกำหนดของกฎหมายไม่พอเพียงต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน และนำไปสู่การสร้างหนี้สินเพื่อให้มีค่าใช้จ่ายที่เพียงพอ ทำให้พยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายบางส่วนต้องทำงานพิเศษเพิ่ม ส่งผลให้เวลาพักผ่อนไม่เพียงพอและกระทบต่อการทำงานประจำของตนเองในที่สุด สอดคล้องกับผลงานวิจัยของกัลยา กังสนันท์และวิภาวรรณ กลิ่นหอม (2560)[15] ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาล พบว่าคุณภาพชีวิตในการทำงานด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมอยู่ในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่าพยาบาลรู้สึกว่าควรได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเพียงพอต่อการดำเนินชีวิตโดยเฉพาะภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันที่มีค่าครองชีพที่สูงขึ้น ทำให้พยาบาลวิชาชีพมองว่าผลประโยชน์ตอบแทนที่ได้รับมีความไม่เหมาะสมกับภาระหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ ผลประโยชน์ตอบแทนจึงเป็นสิ่งที่มีผลกระทบโดยตรงต่อการทำงาน ทำให้ผลงานที่บุคคลกระทำนั้นมีคุณภาพหรือคุณภาพด้อยลง หากผลประโยชน์ตอบแทนมีความเหมาะสม ผลงานจะออกมามีคุณภาพทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีคุณภาพชีวิตที่ดีอีก

2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน ปัจจัยด้านคุณลักษณะของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความเป็นอิสระในการปฏิบัติงานกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่ามีความสัมพันธ์กันเชิงบวกในระดับสูง กล่าวคือ หากพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายมีความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มมากยิ่งขึ้น ย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายเพิ่มสูงมากยิ่งขึ้นด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายมีคุณลักษณะเฉพาะที่ต้องการความเป็นอิสระในการทำงาน มีความเป็นตัวของตัวเองสูง และแสดงออกถึงความเป็นตัวเองอย่างชัดเจน รวมทั้งต้องการให้บุคคลให้ความสำคัญ สนใจใส่ใจในตนเอง และมุ่งเน้นประเด็นของตนเองเป็นหลักและสำคัญที่สุด ตลอดจนมีความต้องการในงานที่มีความชัดเจน ยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้ เพื่อที่ตนเองจะสามารถมีอิสระในการวางแผนกิจกรรมส่วนตัวอื่น ๆ ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายโดยตรง สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ สิริพิมพ์ ชูปาน (2561)[4] ซึ่งศึกษาการบริหารการพยาบาลในพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โดยพบว่าความเป็นอิสระในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย กล่าวคือ พยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายเป็นกลุ่มคนที่เติบโตมาในสังคมยุคดิจิทัล ซึ่งเป็นยุคแห่งข่าวสารและการเปลี่ยนแปลงทำให้คุณลักษณะและความต้องการของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายมีความแตกต่างจากรุ่นก่อน ๆ เป็นอย่างมาก คือมีความเป็นตัวของตัวเองสูง ต้องการการยอมรับในความเป็นบุคคล และให้เกียรติในฐานะผู้ร่วมงาน ชอบงานที่ท้าทาย สร้างสรรค์ และต้องการอิสระในการบริหารจัดการงานด้วยตนเอง ตลอดจนต้องการลักษณะการปฏิบัติงานที่ชัดเจน แต่สามารถยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลา

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่ามีความสัมพันธ์กันเชิงบวกในระดับสูง กล่าวคือ หากพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย มีความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มมากยิ่งขึ้น ย่อมส่งผลให้

คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายเพิ่มสูงมากยิ่งขึ้นด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายมีคุณลักษณะเฉพาะที่สามารถปรับตัวได้ดีทุกสถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลง มีความสามารถในการเรียนรู้และแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว โดยสามารถนำสิ่งเหล่านี้ซึ่งเป็นความฉลาดทางอารมณ์มาใช้ในการทำงานที่มีความกดดันจากสิ่งแวดล้อมรอบข้างทั้งจากผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้รับบริการ รวมทั้งการบุคลากรการแพทย์ในหน่วยงานอื่น ๆ ทำให้พยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายจะต้องเป็นผู้มีความฉลาดทางอารมณ์ สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองและผู้ป่วย รวมทั้งบุคลากรอื่น ๆ ได้ด้วย ซึ่งความฉลาดทางอารมณ์จะช่วยให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างสร้างสรรค์และมีความสุข ตลอดจนทำให้คุณภาพชีวิตในการทำงานสูงยิ่งขึ้น โดยที่สามารถจะประเมินสถานการณ์ และสามารถแสดงอารมณ์ออกมาได้อย่างเหมาะสม มีทัศนคติที่ดี มีความเข้าใจอารมณ์และกระบวนการเกิดอารมณ์ได้ดี รู้จักไตร่ตรองและสามารถควบคุมสภาวะทางอารมณ์ได้ สอดคล้องกับผลงานวิจัยของกุนนที พุ่มสงวน และกัลยา ไผ่เกาะ (2557)[16] ซึ่งศึกษาพยาบาลกับการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ โดยพบว่า ความฉลาดทางอารมณ์เป็นความสามารถของบุคคลในการตระหนักรู้ และเข้าใจอารมณ์ หรือความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น ทำให้บุคคลสามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเอง และสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นได้ ซึ่งจะทำให้พยาบาลสามารถทำงานอย่างมีความสุข และมีคุณภาพในการทำงานที่ดีมากยิ่งขึ้น

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่ามีความสัมพันธ์กันเชิงบวกในระดับสูง กล่าวคือ หากพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย มีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานมากยิ่งขึ้น ย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ รุ่นเจเนอเรชั่นวายเพิ่มสูงมากยิ่งขึ้นด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายมีความต้องการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในการทำงานค่อนข้างสูง กล่าวคือ พยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายมีความต้องการสิ่งแวดล้อมที่ดี สามารถทำงานได้อย่างสะดวกสบาย มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของตนเอง นอกจากนี้แล้วสภาพแวดล้อมในการทำงานต้องมีการใช้เทคโนโลยีทั้งในด้านการติดต่อสื่อสาร วัสดุอุปกรณ์ หรือการใช้เทคโนโลยีเพื่ออำนวยความสะดวกในการทำงาน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อคุณภาพการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายเป็นอย่างมาก สอดคล้องกับผลงานวิจัยของปวรมนต์ ทัศนอนันชัย และกัญญดา ประจุศิลป์ (2557)[17] ซึ่งศึกษาลักษณะการบริหารพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายโดยพบว่าสิ่งแวดล้อมในการทำงานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพในรุ่นเจเนอเรชั่นวายส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่เคยชินกับการใช้เทคโนโลยีในชีวิตประจำวัน จึงมักติดต่อสื่อสาร รับรู้ข้อมูลหรือข่าวสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์มากกว่าการสื่อสารแบบต่อหน้า รวมทั้งมีความต้องการที่จะเรียนรู้และนำเทคโนโลยีมาใช้ในการอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความสะดวกสบายและรวดเร็วในการทำงานมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุข อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ดีมากยิ่งขึ้น

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่ามีความสัมพันธ์กันเชิงบวกในระดับปานกลาง กล่าวคือ หากพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายมีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานมากยิ่งขึ้น ย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายเพิ่มสูงมากยิ่งขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมีความใกล้ชิดกับพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายเป็นอย่างมาก เพราะส่วนใหญ่พยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายจะเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานตามหอผู้ป่วยต่าง ๆ ยังมิได้ขึ้นเป็นผู้บริหารเหมือนในกลุ่มพยาบาลเบบี้บูมเมอร์ และเจเนอเรชั่นเอ็กซ์ หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงเป็นผู้บริหารระดับต้นซึ่งเปรียบเสมือนตัวกลางที่ทำให้ระบบการบริหารงานในหอผู้ป่วยและการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย และเป็นผู้ที่ทำให้เป้าหมายขององค์กรพยาบาลเป็นรูปธรรม จึงเป็นบุคคลสำคัญอย่างยิ่งต่อความก้าวหน้าหรือล้มเหลวของงานบริการสุขภาพ สอดคล้องกับผลงานวิจัยของสมนันท์ สุทธารัตน์ (2558)[18] ซึ่งศึกษาภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โดยพบว่าภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายโดยหัวหน้าหอ

ผู้ป่วยถือเป็นผู้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการบริหารจัดการพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน เป็นผู้มีหน้าที่ติดต่อสื่อสาร สร้างแรงจูงใจและแรงบันดาลใจทำให้เกิดการปฏิบัติงานไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีเป้าหมายขององค์กรที่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติงานทุกคนได้รับทราบถึงภาระงานหน้าที่ในการปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนดไว้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้พยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายเกิดความพึงพอใจในงานและหน่วยงานเป็นผลให้คุณภาพชีวิตในการทำงานสูงยิ่งขึ้น

3. การศึกษาตัวแปรพยากรณ์ที่ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์

จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรอิสระสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยตัวแปรอิสระที่สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน ปัจจัยด้านความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล ปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์ และปัจจัยด้านคุณลักษณะของหัวหน้าหอ โดยอธิบายได้ว่าการที่พยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายมีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานจะทำให้มีคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลได้ร้อยละ 48.3 เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์คือความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลจะสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.6 และเมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์คือ ความฉลาดทางอารมณ์จะสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.7 และเมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์คือคุณลักษณะของหัวหน้าหอผู้ป่วยจะสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.4 กล่าวได้ว่าเมื่อ พยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายมีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน จะทำให้พยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายมีคุณภาพชีวิตการทำงานสูงขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลรุ่นเจเนอเรชั่นวาย มีปัจจัยที่สามารถทำนายได้หลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน มีการใช้เทคโนโลยีทั้งในด้านการติดต่อสื่อสาร วัสดุอุปกรณ์ หรือการใช้เทคโนโลยีเพื่ออำนวยความสะดวกในการทำงาน ซึ่งจะส่งผลให้เหล่าพยาบาลรุ่นเจเนอเรชั่นวายสามารถทำงานได้อย่างสะดวก สบาย รวดเร็ว รู้สึกปลอดภัย และเพิ่มประสิทธิภาพของงานมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดียิ่งขึ้น ส่วนในด้านความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งจะส่งผลให้พยาบาลรุ่นเจเนอเรชั่นวายสามารถทำงานตามรูปแบบการดำเนินชีวิตเช่นเดียวกับบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในรุ่นเจเนอเรชั่นวายที่ต้องการความมีอิสระในการทำงานอย่างสูง โดยสามารถกำหนดทิศทางในการปฏิบัติงานและลงมือปฏิบัติงานโดยอิสระตลอดจนสามารถควบคุมการปฏิบัติงานนั้นได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้คุณภาพชีวิตการทำงานดียิ่งขึ้น ส่วนในด้านความฉลาดทางอารมณ์ เนื่องจากลักษณะงานพยาบาลเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการ ซึ่งมีโอกาสเกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานสูง หรือทำให้เกิดความเครียดความเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลรุ่นเจเนอเรชั่นวายต้องรู้จักควบคุมสภาวะทางอารมณ์ของตนเอง รู้จักไต่ตรองและเข้าใจกระบวนการเกิดอารมณ์ได้ ตลอดจนมีทัศนคติที่ดี ซึ่งสิ่งนี้จะทำให้คุณภาพชีวิตการทำงานดียิ่งขึ้น ส่วนในด้านคุณลักษณะของหัวหน้าหอผู้ป่วยเนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วยเปรียบเสมือนตัวกลางที่ทำให้ระบบการบริหารงานในหอผู้ป่วยและการปฏิบัติงานของพยาบาลรุ่นเจเนอเรชั่นวายสามารถบรรลุเป้าหมายที่องค์กรตั้งไว้ และเป็นผู้กำหนดแผนงานต่าง ๆ ให้กับพยาบาลรุ่นเจเนอเรชั่นวาย ดังนั้นคุณลักษณะของหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงมีผลต่อคุณภาพการทำงานของพยาบาลรุ่นเจเนอเรชั่นวายโดยตรง สอดคล้องกับงานวิจัยของศริยา ยังศิริ (2562)[19] ซึ่งศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล โดยพบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลมีปัจจัยที่สามารถทำนายได้หลายปัจจัย เช่น การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การในด้านต่าง ๆ ทั้งในด้านสิ่งแวดล้อมรอบข้าง วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงาน การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมีอิสระทางความคิดและการปฏิบัติงาน การมีโอกาสทำงานให้เป็นประโยชน์ต่อองค์การและสังคมอย่างเต็มที่ การรับรู้ถึงลักษณะงานที่มีคุณค่าและมีความหมาย เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อผู้ปฏิบัติงานทำให้เกิดความต้องการทุ่มเทและพยายามทำให้งานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ตลอดจนส่งผลถึงความสุขในการทำงานในหน่วยงาน รวมถึงความสัมพันธ์กับทั้งบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ซึ่งหมายความว่า หากองค์กร ผู้บริหาร และบุคลากรทุกคนให้ความสำคัญกับ

ปัจจัยเหล่านี้ และสามารถบริหารจัดการได้อย่างเหมาะสมแล้วนั้น จะส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลที่ดียิ่งขึ้นได้

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลควรให้ความสนใจค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมต่อภาระงานของพยาบาลวิชาชีพ ควรจะจัดสรรเงินงบประมาณให้มีความยุติธรรมและใกล้เคียงกันเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดียิ่งขึ้น

2. ด้านความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาวิธีการหรือระบบการทำงานใหม่ ๆ ในงานประจำของตนเอง รวมถึงมีระบบการจัดตารางปฏิบัติงานที่ชัดเจน แต่สามารถยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม

3. ด้านความฉลาดทางอารมณ์ ควรมีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการสร้างความฉลาดทางอารมณ์เพื่อให้สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองและผู้ป่วย รวมทั้งบุคลากรอื่น ๆ ได้ด้วย ซึ่งความฉลาดทางอารมณ์จะช่วยให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างสร้างสรรค์และมีความสุข

4. ด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน ควรมีการจัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้เหมาะสมกับรูปแบบการใช้ชีวิตของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย

5. ด้านคุณลักษณะของหัวหน้าหอผู้ป่วย ควรมีการปรับเปลี่ยนคุณลักษณะบุคลิกภาพและรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลให้สอดคล้องและเหมาะสมกับความต้องการและความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายภายใต้ สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

6. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ผลการวิจัยพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามไม่ได้แสดงความคิดเห็นหรือเสนอแนะเพิ่มเติมเลย ทั้งนี้อาจเนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องของเวลาและภารกิจ การศึกษาต่อไปจึงควรใช้การวิจัยเชิงคุณภาพร่วมด้วยเพื่อให้ได้รายละเอียดมากขึ้น เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม เป็นต้น

7. การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างเพียงพื้นที่เดียวคือ พยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จึงอาจจะไม่สามารถสรุปเป็นภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวายทั้งหมดได้ ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรขยายพื้นที่ในการวิจัยให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เพื่อจะได้หาข้อสรุปและเปรียบเทียบความคิดเห็นของพยาบาลในแต่ละพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

. ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผศ. ดร. รัชตวรรณ ศรีตระกูล อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำข้อเสนอแนะและตรวจสอบข้อบกพร่องในการทำวิจัยในครั้งนี้ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่งและขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ หัวหน้างานบริการพยาบาลโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ผู้ตรวจการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยทุกท่าน ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่ และขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งทำให้งานวิจัยในครั้งนี้ประสบผลสำเร็จด้วยดี สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้แก่ศิษย์

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. **พยาบาลไทยน่าเห็นใจ เร่งปรับคุณภาพชีวิต**. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2558 [สืบค้นเมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2562]. จาก http://www.thaihealth.or.th/Content/27438

2.เพียงใจ โพธิ์เงิน. คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ. **พุทธชินราชเวชสาร.** 2559; 33(2): 200-206.

3.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. **สุขภาพคนไทย 2559: ตายดี วิถีที่เลือกได้.** [นครปฐม]:อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2559.

4.สิริพิมพ์ ชูปาน. พยาบาลวิชาชีพ Generation Y : ความท้าทายสำหรับผู้บริหารการพยาบาล. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.** 2561; 28(1): 1-12.

5.Lavoie, M. Turnover intention among new nurses. **J Nurses Staff Dev.** 2017; 27(1): 39-45.

6.กระทรวงสาธารณสุข. **พยาบาลวิชาชีพ Generation Y.** [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2562 [สืบค้นเมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2562]. จาก http://www.nursing.go.th/01/f211

7.สราวลี แซงแสวง. **คุณภาพชีวิตในการทำงานและความสมดุลของชีวิตในการทำงาน ของพนักงานระดับปฏิบัติการเจนเนอเรชั่น X และเจนเนอเรชั่น Y**. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. [กรุงเทพฯ]: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.

8.ฝ่ายทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลศรีนครินทร์. **สถิติการลาออกของพยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์.** [ขอนแก่น]: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์; 2561.

9.สุทิน ชนะบุญ. **ระเบียบวิธีวิจัยทางสุขภาพเบื้องต้น.** [ขอนแก่น]: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 2560.

10.พวงรัตน์ เชาวะเจริญ และคณะ. คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ.** 2558; 38(2): 115-125.

11.บุญชม ศรีสะอาด. **การวิจัยเบื้องต้น.** พิมพ์ครั้งที่ 5. [กรุงเทพฯ]: สำนักพิมพ์สุวีริยาสาส์น; 2553.

12.ยุทธ ไกยวรรณ์. **สถิติเพื่อการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่2. [กรุงเทพฯ]: ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ; 2549.

13.จตุพร ขาวมาลา. การศึกษาคุณลักษณะความเป็นพลเมืองเชิงวิชาชีพสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต. **วารสารกองการพยาบาล.** 2560; 44(4): 100-114.

14.วิรัช สงวนวงศ์วาน และณัฐณิชา ปิยปัญญา. คุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนกรุงเทพฯ. **วารสารวิชาการเซาธ์อีสท์บางกอก.** 2560; 3(2): 77-90.

15.กัลยา กังสนันท์ และวิภาวรรณ กลิ่นหอม. คุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล ชุมชนเขตพื้นที่ 1 จังหวัดนครศรีธรรมราช. **วารสารการจัดการมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.** 2560; 6(2): 72-82.

16.กุนนที พุ่มสงวน และกัลยา ไผ่เกาะ. พยาบาลกับการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์. **วารสารพยาบาลทหารบก.** 2557; 15(3): 18-23.

17.ปวรมนต์ ทัศนอนันชัย และกัญญดา ประจุศิลป์. ลักษณะการบริหารพยาบาลวิชาชีพ Generation Y. **วารสารเกื้อการุณย์.** 2557; 21(2): 126-138.

18.สมนันท์ สุทธารัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในการทำงาน ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ. **วารสารพยาบาลตำรวจ.** 2558; 7(1): 237-252.

19. ศริยา ยังศิริ. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม". **วารสารแพทย์นาวี.** 46(2) : 397-416, 2562.

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ

EFFECTS OF SELF-MANAGEMENT PROGRAMME TO REDUCE SEVERITY OF KNEE OSTEOARTHRITIS IN AGING

จิตราภรณ์ โพธิ์อุ่น[1], จริยาวัตร คมพยัคฆ์[2], อรพินท์ สีขาว[3]

JITTRAPORN PHOAUN[1], JARIYAWAT KOMPAYAK[2], ORAPINT SIKAO[3]

(Received: January 24 ,2020 ; Accepted: February 14 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม มารับการรักษาที่คลินิกกระดูกและข้อ โรงพยาบาลประชาพัฒน์ จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม 22 คน และกลุ่มได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ 22 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของแคนเฟอร์และกาลิคและคู่มือชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีค่าความตรง = 0.83 และมีค่าความเชื่อมั่น= 0.90 และแบบวัดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม มีค่าความเชื่อมั่น= 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานสถิติไคสแควร์ และทดสอบสมมติฐานโดยค่าที ที่ระดับการมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษาพบว่า 1) หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (P <.05) 2) หลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่าก่อนได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (P <.05) 3) หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P <.05) 4) หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมลดลงกว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (P <.05)

คำสำคัญ: โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ โปรแกรมการจัดการตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the knee osteoarthritis in aging. The sample comprised 44 aging who came for follow up at the orthopedic clinic, out patients department of Prachaphat Hospital, Bangkok. The 22 patients were assigned to the comparison group who received nursing care, and the 22 patients were assigned to the experimental group and received the self-management to reduce severity of knees osteoarthritis programme. The instruments used for data collection were self-care behaviors questionnaire. The content validity was 0.83, Reliability Cronbach's Alpha test was 0.90, and severity of knees osteoarthritis Reliability Cronbach's Alpha test was 0.96 which following the self-management concept of Kanfer & Gaelick, and reducing severity of knees osteoarthritis handbook. Data were analyzed by using descriptive statistics and chi-square, and hypotheses were tested by using independent and paired t-test. (p=0.05).

The study results revealed as the following. 1) Self – care behaviors of patients in the experimental group after receiving the self-management programme was significantly higher than that before .05 (P <.05) 2) after receiving the nursing care self-care behaviors to reduce severity of knees osteoarthritis was significantly higher than that before .05 (P <.05) 3) Self – care behaviors of patients in the experimental group after receiving the selfmanagement programme was significantly higher than patients in the

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

[2] รองศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

comparison group who received nursing care .05 (P <.05) 4) Severity and clinical systoms in the experimental group after receiving the salf- management programme was significantly lower than patients in the comparison group who received nursing care .05 (P <.05)

Keyword: Osteoarthritis in Aging, Self- management programme, Self – care behaviors, Severity of knee osteoarthritis

บทนำ

ผลของการพัฒนาการทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าและทันสมัยทำให้อายุเฉลี่ยของประชากรโลกเพิ่มสูงขึ้น จึงพบว่า ทั่วโลกมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับประเทศไทยซึ่งกำลังจะเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ โดยพบว่าคนไทยมีอายุยืนยาวขึ้นอย่างมากในช่วงเวลา 50 ปีที่ผ่านมา ค่าเฉลี่ยอายุของคนไทยอยู่ที่ประมาณ 58 ปี และได้เพิ่มขึ้นเป็น 75 ปี ในพ.ศ. 2557 และพบว่าประชากรสูงวัยที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีจำนวนมากถึง 10 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด [5] และคาดว่าจะมีมากถึงร้อยละ 20 ในพ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด เมื่อเฉลี่ยอายุของประชากรไทยสูงขึ้น จึงมีโรคที่มาพร้อมกับความเสื่อมตามวัย โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยพบได้ถึง 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุไทย [9]

โรคข้อเข่าเสื่อม เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของกระดูกอ่อนผิวข้อและกระดูก ที่อยู่ใต้ผิวข้อของข้อเข่าอย่างเรื้อรัง เกิดการสูญเสียกระดูกผิวข้ออย่างช้าๆ เมื่อเวลาผ่านไปกระดูกอ่อนผิวข้อจะถูกทำลายเพิ่มขึ้นทำให้เกิดแรงกดหรือเสียดสีต่อกระดูก เกิดการอักเสบของข้อและมีน้ำไขข้อลดลง มีอาการปวดเรื้อรัง มีเสียงในข้อ เคลื่อนไหวลำบาก และข้อผิดรูป [1] ความเสื่อมของข้อเข่าเกิดตามการใช้งานและอายุที่มากขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเผชิญต่อ โรคข้อเข่าเสื่อมได้ แต่สามารถชะลอความเสื่อมของข้อเข่าได้ หากใช้งานข้อเข่าถูกวิธี จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก ใน พ.ศ.2551 พบว่า ประชากรโลกผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมกว่าร้อยละ 10 หรือมีจำนวน 400 ล้านคน และได้คาดการณ์ว่า ใน พ.ศ.2563 จะมีถึง 570 ล้านคน [12] โรคข้อเข่าเสื่อมจึงถือว่าเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของโลก จากข้อมูลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุในประเทศไทย ที่เข้ารับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในช่วง พ.ศ. 2554 - 2557 พบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับบริการรักษาในหน่วยบริการเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มอายุ 55 ปีขึ้นไป จาก 241,135 ราย เป็น 274,133 ราย เฉลี่ยเพิ่มขึ้นปีละ 8,250 ราย ทั้งนี้แนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุยังต้องทำงานหาเลี้ยงตนเอง เนื่องจากอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำ แหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุที่เคยได้จากบุตรลดลง

ผลกระทบจากโรคข้อเข่าเสื่อมมีหลายด้าน ด้านร่างกาย มีอาการปวดข้อเข่า ซึ่งมักได้รับการรักษาด้วยยาบรรเทาอาการปวด ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา เช่น เลือดออกในกระเพาะอาหาร กระเพาะอาหารทะลุ เป็นต้น และยังมีอาการข้อยึด มีปุ่มกระดูกงอกบริเวณข้อ ทำให้การเคลื่อนไหวของข้อเสียไป จึงลดการเคลื่อนไหวข้อเข่า ทำให้เกิดข้อเข่าติดแข็ง เสี่ยงต่อการหกล้มก่อให้เกิดความพิการหรือทุพพลภาพได้ [6] ด้านจิตใจและอารมณ์ จากภาวะที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ผู้สูงอายุอาจรู้สึกสูญเสียความเป็นอิสระและมองว่า ตนเป็นบุคคลที่ไร้ค่าเป็นภาระของครอบครัว เกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้า [10] ด้านครอบครัวและผู้ดูแล เนื่องจากผู้สูงอายุต้องมีคนช่วยเหลือในการใช้ชีวิตประจำวัน มีค่าใช้จ่ายในการรักษา จึงทำให้เกิดภาระทางค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เป็นภาระต่อการใช้เวลาและสมาชิกผู้ดูแลมีชีวิตส่วนตัวน้อยลง ด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบจำนวนผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้ารับบริการและผ่าตัดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้น โดยมีค่าใช้จ่ายต่อรายในการผ่าตัดประมาณ 78,533–79,316 บาท และใช้ระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานถึง 7–8 วัน [4]

ดังนั้นการชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมจึงมีความสำคัญควรเริ่มตั้งแต่โรคยังไม่มีความรุนแรงมากนัก จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุจะต้องจัดการกับตนเองในพฤติกรรมที่ถูกต้อง ทั้งในการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน การรักษาพยาบาลทางการแพทย์และการฟื้นฟูสมรรถภาพของข้อเข่า ในการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีวิธีการและกิจกรรมหลายอย่างที่ช่วยให้โรคข้อเข่าเสื่อมชะลอความรุนแรงลงได้ ได้แก่ การมีพฤติกรรมการ

ดูแลตนเองเกี่ยวกับข้อเข่าเสื่อมที่ถูกต้อง จะสามารถชะลอความรุนแรงของโรคได้ ทั้งนี้ผลการวิจัยที่ผ่านมาของชยารัตน์ ฤกษ์หร่าย (2559)[3] ได้นำแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิค [11] มาสร้างโปรแกรมการจัดการตนเอง ในด้านการออกกำลังกายและสามารถชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมได้ นอกจากนี้การใช้โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุแบบระยะยาว จะช่วยกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ถูกต้องได้ [8] ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จึงเห็นความสำคัญในการช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อมให้สามารถจัดการตนเองได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิค [11] เป็นกลวิธีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม การสนับสนุนการจัดการตนเอง จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง มีความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ มีทักษะการแก้ปัญหาเพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเอง เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมของตนไปสู่พฤติกรรมใหม่ด้วยตนเอง สามารถชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมได้อย่างต่อเนื่อง (เพิ่มเติม)

โรงพยาบาลประชาพัฒน์ กรุงเทพมหานคร เป็นโรงพยาบาลเอกชนระดับทุติยภูมิ ขนาด 100 เตียง พบผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารักษาระหว่าง พ.ศ. 2558-2561 คือ 880, 928, 776 และ 815 ราย ตามลำดับ แยกเป็นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 614, 798, 611, 695 คิดเป็นร้อยละ 69, 85, 78 และ 85 [7] จากการปฏิบัติงานของผู้วิจัยได้สนทนากับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารักษาที่คลินิก พบว่ามีปัญหาการใช้ข้อเข่าที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการยืนนานๆ จากการประกอบอาชีพได้ ทำให้ยังปวดข้อเข่าอย่างต่อเนื่อง การออกกำลังกายโดยการเต้นแอโรบิคทำให้มีอาการปวดเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิมหลังออกกำลังกายเสร็จ การนั่งพับเพียบสวดมนต์ในตอนเช้าหรือเวลาปฏิบัติธรรมยังหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวแสดงว่าผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองยังไม่ถูก ส่งผลต่อความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมเร็วมากยิ่งขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงเชื่อว่าผลจากโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มารักษาในคลินิกกระดูกและข้อของโรงพยาบาลประชาพัฒน์จะลดความรุนแรงของโรคได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม กับกลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

4. เปรียบเทียบความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม กับกลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research) 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ วัดก่อนและหลัง (Two-group pretest-posttest design) คือ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ ระหว่างเดือนมีนาคมถึงสิงหาคม พ.ศ.2562

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมกระดูกว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ที่พิจารณาจากอาการและภาพฟิล์มข้อเข่าที่สอดคล้องกัน มารับการรักษาที่คลินิกกระดูกและข้อ โรงพยาบาลประชาพัฒน์

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) เป็นผู้สูงอายุที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลประชาพัฒน์ ทุกสิทธิการรักษา โดยมีคุณลักษณะตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง มี

ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม Kellgren-Lawrence radiographic grading scale (2016) ที่ระดับ 2 - 3 ข้างใดข้างหนึ่ง ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเกี่ยวกับข้อเข่าเสื่อม ไม่มีโรคประจำตัวที่มีผลต่อการเข้าร่วมโปรแกรม เช่น ความเสื่อมของสติปัญญา ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นต้น ไม่มีโรคประจำตัวที่มีผลให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมากขึ้น เช่น โรครูมาตอยด์ โรคเก๊าท์ เป็นต้น สามารถเข้าใจและอ่านเขียนภาษาไทยได้ มีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิเคราะห์อำนาจทดสอบ .80 โดยค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษา (Effect size) จากการศึกษาของ มารยาท เงินดี (2560) มีค่าอิทธิพลขนาดกลาง .50 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน รวม 44 คน (Burns & Grove, 2009)

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม **ได้แก่** เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะการทำงานหรือลักษณะการใช้ชีวิตประจำวัน น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย วิธีการบรรเทาปวด ความถี่ในการใช้ยาแก้ปวด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเติมคำและแบบ Check list ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ การควบคุมน้ำหนัก การบริหารกล้ามเนื้อขา การประคบร้อนประคบเย็นและการรับประทานยา เป็นข้อคำถาม แบบประเมินค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง ส่วนที่ 3 ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้เครื่องมือจาก The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) โดยแบ่งการประเมิน 3 ส่วน [6] คือ คำถามระดับ ความปวดระดับอาการข้อฝืดและระดับความสามารถในการใช้งานข้อ โดยให้กาเครื่องหมาย √ หรือวงกลม ล้อมรอบตัวเลขที่ให้ตรงกับอาการของผู้สูงอายุเองมากที่สุด ประกอบด้วย อาการเจ็บปวดข้อเข่า (pain dimension) มี 5 ข้อ อาการข้อเข่าติดแข็งหรือข้อเข่าฝืด (stiffness dimension) มี 2 ข้อ และความสามารถในการทำหน้าที่และการเคลื่อนไหวข้อเข่า (function dimension) มี 15 ข้อ

ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) =.83 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability statistics) ของ Cronbach's Alpha แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ค่า .90 และแบบประเมินความรุนแรงข้อเข่าเสื่อม ได้ค่า .96

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1) โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิค (Kanfer and Gaelick, 1991) กำหนดเป็นกิจกรรมในกระบวนการเสริมสร้างการจัดการตนเอง

1.1) ระยะการเตรียมความพร้อม (Preparation) สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้วิจัยและกลุ่มทดลองเกิดความคุ้นเคยกัน มอบคู่มือชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุให้กลุ่มทดลองและให้ความรู้ตามคู่มือฯในการดูแลตนเอง

1.2) การจัดการตนเอง (Self management)

1.2.1) ให้ผู้สูงอายุติดตามตนเอง (Self Monitoring) โดยกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองเรื่องการควบคุมน้ำหนัก การบริหารกล้ามเนื้อขา สอนการประคบร้อนประคบเย็นและการรับประทานยา

1.2.2) ให้ผู้สูงอายุประเมินตนเอง (Self Evaluation) ตามแบบบันทึกตนเองในคู่มือชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยเปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรมตนเองกับเป้าหมายที่ตั้งไว้

1.2.3) เมื่อผู้สูงอายุประสบผลสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ตามที่ตั้งไว้ ให้ผู้สูงอายุให้รางวัลตนเอง (Self-reinforcement)

1.3) การประเมินผลและสรุปการจัดการตนเอง (Follow up and evaluation) ให้กลุ่มทดลองเปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรมกับเกณฑ์เป้าหมายที่กลุ่มทดลองตั้งไว้ในสัปดาห์แรกก่อนเริ่มโปรแกรมฯ จนสิ้นสุดโปรแกรมฯ จากนั้นผู้วิจัยประเมินผลและสรุปการจัดการตนเองให้กลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล

2) คู่มือชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใช้สอนและมอบให้กลุ่มทดลองไว้อ่านเพื่อเป็นแนวทางในการจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมและฝึกปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และในคู่มือจะมีแบบบันทึกการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ให้กลุ่มทดลองเป็นผู้บันทึกด้วยตนเอง 3 ครั้ง / สัปดาห์

3. การดำเนินการทดลอง ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ จัดเป็นแผนการพยาบาลทั้งหมด 5 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1,3,5,9,12 และโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม 7 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2,4,6,7,8,10,11

กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ
ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก ส่วนสูง คำนวณค่า BMI แจกแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมและประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และมอบคู่มือชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ แก่กลุ่มทดลอง และให้ความรู้ ตามคู่มือฯ สอนและสาธิตการจัดการตนเอง ฝึกทักษะการติดตามตนเองจากการบันทึกการจัดการตนเองตามที่ตั้งเป้าหมาย (Self-monitoring) และประเมินตนเองตามเป้าหมายที่วางไว้ (Self-evaluation) (สัปดาห์ที่ 2,4,5,7,8,10,11) ติดตามการจัดการตนเองทางโทรศัพท์ ฝึกทักษะการประเมินตนเอง (Self Evaluation) และให้แรงเสริม (Self -Reinforcement) **ครั้งที่ 2** (สัปดาห์ที่ 3), **ครั้งที่ 3** (สัปดาห์ที่ 6), **ครั้งที่ 4** (สัปดาห์ที่ 9) ฝึกทักษะการติดตามตนเอง (Self Monitoring) ประเมินตนเอง (Self Evaluation) และให้แรงเสริม (Self - Reinforcement) ประเมินผลทุก 2 สัปดาห์ **ครั้งที่ 5** (สัปดาห์ที่ 12) การติดตามผล และประเมินผล (Follow up and evaluation)	**ครั้งที่ 1** (สัปดาห์ที่ 1) - วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก ส่วนสูง คำนวณค่า BMI - แจกแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม และประเมินความรุนแรงของข้อเข่า - แผ่นพับโรคข้อเข่าเสื่อมตามการรักษาพยาบาลตามปกติ **ครั้งที่ 2** (สัปดาห์ที่ 12) - วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก ส่วนสูง คำนวณค่า BMI - แจกแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม และประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะส่วนบุคคล

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ลักษณะการทำงานหรือลักษณะการใช้ชีวิตประจำวัน และระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม เปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติไคสแควร์

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง n = 22		กลุ่มเปรียบเทียบ n = 22		x^2	P-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	12	54.50	6	27.30	-1.667	.110
หญิง	10	45.50	16	72.70		
อายุ (ปี)						
อายุ 60-70 ปี	18	81.81	16	72.70	-1.594	.126
อายุ 71-80 ปี	4	18.19	6	27.30		
สถานภาพสมรส						
สมรส	15	68.19	13	59.10		
โสด	1	4.54	4	18.20		

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ลักษณะการทำงานหรือลักษณะการใช้ชีวิตประจำวัน และระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม เปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติไคสแควร์

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง n = 22		กลุ่มเปรียบเทียบ n = 22		x^2	P-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
หย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย	6	27.27	5	22.6	1.045	.308
ศาสนา						
พุทธ	17	77.27	17	77.27		
อิสลาม	4	18.19	4	18.19	.000	1.000
คริสต์	1	4.54	1	4.54		
ลักษณะการทำงานและลักษณะการใช้ชีวิตประจำวัน						
เดินบ่อย						
ใช่	15	68.18	20	90.90	-2.017	.057
ไม่ใช่	7	31.82	2	9.10		
ยืนนาน						
ใช่	12	54.50	12	54.50	.000	1.00
ไม่ใช่	10	45.50	10	45.50		
ยกของหนัก						
ใช่	5	22.72	5	22.72	.000	1.00
ไม่ใช่	17	77.28	17	77.28		
นั่งขัดสมาธิ						
ใช่	1	4.54	4	18.20	-1.368	.186
ไม่ใช่	21	95.46	18	81.80		
ระดับความรุนแรงข้อเข่า						
ระดับ 2	15	68.18	12	54.54	.000	1.00
ระดับ 3	7	31.81	10	45.45		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ <0.05

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มทดลอง เป็นผู้ชาย ร้อยละ 54.50 ผู้หญิง ร้อยละ 45.50 มีอายุส่วนใหญ่ ช่วงอายุ 60-70 ปี ร้อยละ 81.81 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 68.19 นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 77.27 ลักษณะการทำงานหรือลักษณะการใช้ชีวิตประจำวัน ส่วนใหญ่เดินบ่อย ร้อยละ 68.18 รองลงมายืนนาน ร้อยละ 54.54 ระดับความรุนแรงข้อเข่า พบระดับ 2 มากที่สุดร้อยละ 68.18 กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าเป็นผู้หญิงร้อยละ 72.70 ผู้ชายร้อยละ 27.30 มีอายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี ร้อยละ 72.70 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 59.10 นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.30 ลักษณะการทำงานหรือลักษณะการใช้ชีวิตประจำวัน ส่วนใหญ่เดินบ่อยร้อยละ 90.90 รองลงมายืนนาน ร้อยละ 54.54 ระดับความรุนแรงข้อเข่า พบระดับ 2 มากที่สุดร้อยละ 54.54 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

ตาราง 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired-t-test)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
การควบคุมน้ำหนัก	17.59	2.03	26.45	1.81	-13.873	.000
การบริหารกล้ามเนื้อขา	22.00	3.26	32.77	3.90	-9.583	.000
การประคบร้อนประคบเย็น	6.90	1.30	10.09	1.19	-9.199	.000
การรับประทานยา	11.00	2.24	19.09	1.06	-13.671	.000
โดยรวม	57.50	5.37	88.40	4.94	-17.950	.000
ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม	54.63	12.27	28.63	4.37	12.343	.000

*มีนัยสำคัญทางสถิติ <0.05

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบค่าระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังทดลอง พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม หลังการทดลองสูงกว่าก่อน ทดลอง ($\bar{X}$ 88.40 SD 4.94 : $\bar{X}$ 57.50 SD 5.37) ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมรายด้านทุกด้านสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ< .05 และความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า หลังทดลองลดลงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}$ 28.63 SD 4.37 : $\bar{X}$ 54.63 SD 12.27) ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมหลังทดลองลดลงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P <.05)

ตาราง 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired-t-test)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
การควบคุมน้ำหนัก	18.59	3.03	20.81	1.86	-3.321	.003
การบริหารกล้ามเนื้อขา	17.86	2.31	22.63	1.89	-8.867	.000
การประคบร้อนประคบเย็น	7.04	0.89	10.22	1.74	-7.990	.000
การรับประทานยา	10.09	2.20	11.50	1.30	-4.499	.000
โดยรวม	53.59	4.63	65.18	2.95	-10.211	.000
ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม	41.81	10.52	58.40	9.85	-9.054	.000

*มีนัยสำคัญทางสถิติ <0.05

จากตาราง 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังทดลอง พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}$ 65.18 SD 2.95 : $\bar{X}$ 53.59 SD 4.63) ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมรายด้านทุกด้านสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ< .05 แต่ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมหลังการทดลองสูง

กว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}$ 58.40 SD 9.85 : $\bar{X}$ 41.81 SD 10.52) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (P <.05)

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (รายด้านและรวม) โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent-t-test)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
การควบคุมน้ำหนัก	17.59	2.03	18.59	3.03	-1.270	.211
การบริหารกล้ามเนื้อขา	22.00	3.26	17.86	2.31	4.846	.000
การประคบร้อนประคบเย็น	6.90	1.30	7.04	.898	-.403	.689
การรับประทานยา	11.00	2.24	10.09	2.20	1.355	.183
โดยรวม	57.50	5.37	53.59	4.63	2.582	.013
ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม	54.63	12.27	41.81	10.52	3.718	.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติ <0.05

จากตาราง 4 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}$ 57.50 SD 5.37 : $\bar{X}$ 53.59 SD 4.63) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนค่าระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมรายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง พบว่าแตกต่างกันในเรื่อง การควบคุมน้ำหนัก การประคบร้อนประคบเย็น และเรื่องการรับประทานยา ส่วนที่พบไม่แตกต่างกันเรื่อง การบริหารกล้ามเนื้อขา พบว่า ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 และความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ($\bar{X}$ 54.63 SD 12.27 : $\bar{X}$ 41.81 SD 10.52) พบว่า กลุ่มทดลองมีความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P <.05)

ตาราง 5 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (รายด้านและรวม) โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent-t-test)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
การควบคุมน้ำหนัก	8.86	2.99	2.22	3.14	7.164	.000
การบริหารกล้ามเนื้อขา	10.77	5.27	4.77	2.52	4.814	.000
การประคบร้อนประคบเย็น	3.18	1.62	1.09	1.23	4.816	.000
การรับประทานยา	8.09	2.77	1.40	1.46	9.979	.000
โดยรวม	30.90	8.07	9.50	5.28	10.401	.000
ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม	-26.00	9.88	16.59	8.59	-15.255	.000

*มีนัยสำคัญทางสถิติ <0.05

จากตาราง 5 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}$ 30.90 SD 8.07 : $\bar{X}$ 9.50 SD 5.28) เมื่อเปรียบเทียบค่าระดับคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม มีการแจกแจงแต่ละด้านดังนี้ ด้านการควบคุมน้ำหนัก (t=7.164, p-value= .000) ด้านการบริหารกล้ามเนื้อขา (t=4.814, p-value=.000) ด้านการประคบร้อนประคบเย็น (t= 4.816, p-value=.000) ด้านการรับประทานยา(t=9.979, p-value=.000) พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (t=-15.255, p-value=.000) พบว่า ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองหลังทดลองลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P <.05)

สรุปและอภิปรายผล

หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมอธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากโปรแกรมฯ จัดให้มีการจัดการตนเองตามแนวคิด Kanfer & Gaelick (1991)[11] โดยเริ่มจากสร้างแรงจูงใจที่ทำให้ยอมรับและเห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะและนำไปสู่การแก้ปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤตกิรรมที่เป็นปัญหาในเรื่องของการควบคุมน้ำหนักการบริหารกล้ามเนื้อขา การประคบร้อนประคบเย็น และการรับประทานยา ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ และการให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมทุกกระบวนการทั้ง 3 ระยะ จะทำให้ผู้สูงอายุยอมรับบทบาทการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองมากขึ้น สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมลดลงด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นรินทร์รัตน์ เพชรรัตน์ (2557) ที่พบว่า การนำแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) มาประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้ฝึกทักษะในการตัดสินใจ การวางแผน แก้ไขปัญหาสุขภาพ และการปรับพฤติกรรมให้เหมาะกับปัญหาของตนเอง โดยมีบุคคลากรทางสุขภาพเป็นผู้แนะนำตามกระบวนการจัดการตนเอง ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจ เกิดทักษะในการจัดการตนเองเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้

หลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่าก่อนได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ อธิบายได้ว่า การได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ ซึ่งประกอบด้วย ซักประวัติอาการและอาการแสดง วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง พบแพทย์เพื่อการตรวจรักษา และให้คำแนะนำตามแผ่นพับเรื่องข้อเข่าเสื่อมของโรงพยาบาลประชาพัฒน์ ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุ การรักษา การปฏิบัติตน การบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า และการนัดมาตรวจครั้งต่อไปและรับยาตามแพทย์สั่ง สามารถทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมดีขึ้นแต่ยังไม่สามารถชะลอความรุนแรงความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมได้ ซึ่งมีงานของชยารัตน์ ฤกษ์หร่าย (2559)[3] ที่เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม พบว่าความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมุ่งเน้นการออกกำลังกายต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ<.05

หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ อธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังทดลอง พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลอง หลังทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากโปรแกรมฯ เน้นให้กลุ่มทดลองจัดการตนเอง (Self management) ทำให้กลุ่มทดลองได้ติดตามตนเอง (Self Monitoring) โดยกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเอง และบันทึกกิจวัตรประจำวันในแบบบันทึกตนเอง เมื่อ

ประเมินตนเอง (Self Evaluation) ตามแบบบันทึกตนเอง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่วางไว้ สามารถค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายได้ ผู้วิจัยคอยชี้แนะการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมสู่เป้าหมายและให้คำชมเชยเมื่อกลุ่มทดลองปฏิบัติได้และแนะนำการให้คำชมเชยตนเองเมื่อมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมในส่วนที่บรรลุเป้าหมายแล้ว ทำให้กลุ่มทดลองไม่ย่อท้อต่อการจัดการตนเองใหม่จนกว่าจะสำเร็จตามเป้าหมาย จะเห็นได้ว่าโปรแกรมจัดการตนเองฯ สามารถปรับพฤติกรรมตนเองต่อโรคที่เผชิญอยู่ได้เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของชยารัตน์ ฤกษ์หร่าย (2559)[3] ที่พบว่า การนำแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Kanfer & Gaelick มาประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองมุ่งเน้นการปรับพฤติกรรมในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมลดลงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P < .05$)

หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมลดลงกว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับการรักษาตามปกติ อธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม มีผลต่อชะลอความรุนแรงของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ผลด้านระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (WOMAC) จากการจัดการตนเอง สามารถลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมได้ โดยลดระดับอาการเจ็บปวดข้อเข่าขณะใช้ชีวิตประจำวันระหว่างวันที่มีคะแนนความปวดมากที่สุด หลังได้รับโปรแกรมฯ ที่มีการบริหารกล้ามเนื้อขา ทำให้เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาขึ้น ทำให้อาการปวดลดลง เมื่อผู้สูงอายุมีอาการปวดสามารถจัดการอาการปวดด้วยวิธีการรับประทานยาได้เหมาะสมขึ้น และการควบคุมน้ำหนัก ช่วยลดการรับน้ำหนักของข้อเข่า ลดการเสียดสีระหว่างข้อได้ดีขึ้น ส่งผลให้อาการปวดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตฑาพร ลือลาภ (2559) ที่พบว่า ส่วนอาการข้อเข่าติดแข็งหรือฝืดติดของข้อเข่าในผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นอาการที่พบในช่วงเช้าหรืออาจเกิดขึ้นในช่วงแรกของการเคลื่อนไหว อาการจะดีขึ้นเมื่อมีการขยับ เคลื่อนไหว งอ และ เหยียด เมื่ออยู่ในท่าเดิมนานๆ หรือไม่มีการขยับข้อเข่านาน ก็จะทำให้ข้อเข่ามีการฝืดติด การประคบร้อนประคบเย็นสามารถช่วยทำให้เลือดไหลเวียนได้ดีขึ้น ทำให้อาการข้อเข่าติดแข็งหรือฝืดติดของข้อลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภูริชญา วีระศิริรัตน์ (2558) ที่พบว่า อีกทั้งการบริหารกล้ามเนื้อขาจะเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบๆข้อเข่ามากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก สามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมนี้ ไปใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อปรับพฤติกรรมกลุ่มผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีความรุนแรงในระยะแรกๆ เพื่อสามารถชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการจัดอบรมพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมให้สามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมไปใช้ในการปฏิบัติงาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และรองศาสตราจารย์ อรพินท์ สีขาว ม ที่เสียสละเวลาในการให้คำปรึกษาและแนวทางอันเป็นประโยชน์ตลอดจนตรวจแก้ไขและเสนอแนะเพิ่มเติมให้งานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์ จึงขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1.ขวัญสุวีย์ อภิจันทรเมธากุลและคณะ. “การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า”. **วารสารวิทยาลัย พยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี**. ปีที่ 29 (ฉบับที่ 1) : 223 – 238, 2561.

2.คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. **กระดูกและข้อดูแลได้. URL** https://med.mahidol.ac.th/sites/default/files/public/atrama/pdf/atRama21.pdf (12 เมษายน 2561).

3.ชยารัตน์ ฤกษ์หร่ายและคณะ. **ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองมุ่งเน้นการออกกำลังกายต่อความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร, 2559.

4.นัฐวุฒิ วิวรรธนวรางค์. “ต้นทุนโดยตรงของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์”. **เชียงราย เวชสาร.** ปีที่ 3 (ฉบับที่ 2) : 61-67, 2554.

5.มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย.** พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน) กรุงเทพมหานคร, 2558.

6.ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. **แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคข้อเข่าเสื่อม พ.ศ.2554**. URL www.rcost.or.th (10 มีนาคม 2561).

7.โรงพยาบาลประชาพัฒน์. **รายชื่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม.** งานทะเบียนโรงพยาบาลประชาพัฒน์ กรุงเทพมหานคร, 2561.

8.เสาวนีย์ สิงหาและคณะ. “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในเขตเทศบาล ตำบลแพรกษา อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ” **วารสาร มฉก.วิชาการ มหาวิทยาลัย หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.** ปีที่ 18 (ฉบับที่ 36) : 115 – 130, 2558.

9.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. **สถิติสาธารณสุข.** URLhttp://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistic2558.pdf (31 มกราคม 2561).

10.อังศุมาลิน บัวแก้วและคณะ. **การดูแลสุขภาพด้วยตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อำเภอลอง จังหวัดแพร่ เชียงใหม่**. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่, 2554.

11.Kanfer, F. H. & Gaelick, B. **Self-management**. URL https://www.researchgate.net/publication/232488687_Self-management_ (5 May 2018).

12.World Health Organization. **Osteoarthritis Patient Statistics**. URL http://www.thaihealth.or.th/partnership/Content/3567-พบผู้สูงอายุไทย%204%20ล้านคน%20 ป่วยโรค ข้อเสื่อม%20%20.html (5 มกราคม 2561).

เปรียบเทียบผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองตามการรับรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดร้อยเอ็ด

A Comparison Study of the Result of Gold Health-promoting Schools as Perceived by Stakeholdersat Primary Schools inRoiEt Province

สุรัชฎา โยคะสัย[1], ดร.วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล [2]และดร.มุกดา หนุ่ยศรี[2]
SuratchadaYokhasai, Dr.WarineeIemsawasdikul, & Dr.MukdaNuysri

(Received: November 21 ,2019 ; Accepted: December 11 ,2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองตามการรับรู้ของครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียนโรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดร้อยเอ็ด (2) เปรียบเทียบผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองตามการรับรู้ของครูนักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน กลุ่มตัวอย่าง มี 3 กลุ่ม ได้แก่ ครู นักเรียนระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 5-6 และผู้ปกครองนักเรียน โรงเรียนระดับประถมศึกษาที่ได้รับเกียรติบัตรโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 294 คนกลุ่มละ 98 คน ที่ได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม 3 ฉบับ แต่ละฉบับมี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง 10 องค์ประกอบ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .94มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคของแบบสอบถามสำหรับครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน เท่ากัน คือ .99 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวสถิติการทดสอบครัสคาลวาลลิส และสถิติการทดสอบแมนวิทย์นีย์ยู

ผลการวิจัย พบว่า (1) ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียนมีการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองโดยรวมและรายองค์ประกอบทุกองค์ประกอบ อยู่ในระดับมาก (2) ครูและนักเรียนมีการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองโดยรวมและองค์ประกอบที่ 1-3 และ 5 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ครูและผู้ปกครองนักเรียน มีการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองโดยรวมและองค์ประกอบที่ 1-3 และ 5-7 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นักเรียนและผู้ปกครองนักเรียนมีการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองโดยรวมและองค์ประกอบที่ 1-3 และ 5-7 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ การรับรู้ ผลการดำเนินงาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง โรงเรียนระดับประถมศึกษา

Abstract

The objectives of this descriptive research were: (1) to study the result of gold health-promoting schools as perceived by teachers, students, and parents at primary schools inRoiEtprovince and(2) to compare the result of gold health-promoting schools as perceived by teachers, students, and parents.The sample comprised of 3 groups: teachers, fifth and sixth grade students, and their parents of primary schools who have got the gold health-promoting schools award inRoiEtprovince. There were 294 participants (98 in each group). They were selected by the stratified random sampling technique. The research tools were 3 questionnaires and each questionnaire had 2 parts; (1) general data of sampleand (2) the results of gold health-promoting schools (10 elements). The content validity index of part 2 was .94, and the Cronbach's alpha coefficient of teachers', students', and parents' questionnaires were equal .99. Data were analyzed by descriptive statistics, ANOVA, Kruskal-Wallis test, and Mann-Whitney U test.

The results were as follow: (1) teachers, students and parents perceived overall and every elements of the result of gold health-promoting schools at the high level. (2) There was significant difference on teachers' and students' perception on overall and element1-3 and 5 of the result of gold health-promoting schools (p<.05). There was significant difference on teachers and parents perception on overall and element1-3 and5-7 ofthe result of gold health-promoting schools (p< .05). There was no significant difference onstudents' and parents' perception on overall and element1-3 and5-7 of the result of gold health-promoting schools(p> .05).

Keywords: Perception, Result of Operation, Gold Health-promoting School, Primary School.

---

[1]นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตแขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[2]รองศาสตราจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

บทนำ

เด็กเป็นทรัพยากรธรรมชาติที่สำคัญที่สุด เป็นหัวใจของการพัฒนาความรู้ ความสามารถ และพลังของเด็กเป็นตัวกำหนดอนาคตของชุมชนและประเทศชาติ การส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนแก่นักเรียนเป็นสิ่งที่สำคัญเพราะการมีสุขภาพดีส่งผลต่อการเรียนรู้ของเด็กและส่วนใหญ่เด็กวัยเรียนและวัยรุ่นใช้ชีวิตอยู่ในโรงเรียน การส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้นำโรงเรียนต้องให้ความสำคัญ [12] แผนงานสุขภาพของโรงเรียนองค์การอนามัยโลก (WHO's Global School Health Initiative)เริ่มดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพใน ค.ศ. 1995 ตามแนวคิดกฎบัตรออตตาวา ค.ศ. 1986 และเผยแพร่แนวคิดไปยังประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกภายใต้กลวิธีหลัก 4 กลวิธี ได้แก่ การชี้แนะ การสร้างหุ้นส่วนและภาคีเครือข่าย การสร้างเสริมความเข้มแข็งในระดับท้องถิ่นและการวิจัย ติดตาม และประเมิน [6] โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพต้องประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพของโรงเรียน นโยบายสุขภาพของโรงเรียน สิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน สัมพันธภาพของชุมชน ทักษะสุขภาพส่วนบุคคล ความสัมพันธ์กับบริการทางสุขภาพ [11]โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยมีพัฒนาการจากอนามัยโรงเรียน (school healthprogram) ซึ่งอาศัยหลัก 4 ประการ ได้แก่ สุขศึกษาในโรงเรียน (school health education) อนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน (school health environment) บริการอนามัยโรงเรียน (school health service) และความสัมพันธ์ระหว่างบ้านและโรงเรียน (school and home relationship) [9] ประเทศไทยโดยกรมอนามัยรับแนวคิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลกมาดำเนินการในประเทศไทยตั้งแต่ช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544)การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยมีพัฒนาการต่อเนื่องและขยายการดำเนินงานไปในทุกระดับทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ระดับมัธยมศึกษา และประถมศึกษา โดยดำเนินงานครอบคลุม 10 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 นโยบายของโรงเรียน องค์ประกอบที่ 2 การบริหารจัดการในโรงเรียน องค์ประกอบที่ 3 โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน องค์ประกอบที่ 4 การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ องค์ประกอบที่ 5 บริการอนามัยโรงเรียน องค์ประกอบที่ 6 สุขศึกษาในโรงเรียน องค์ประกอบที่ 7 โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย องค์ประกอบที่ 8 การออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการ องค์ประกอบที่ 9 การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางสังคม องค์ประกอบที่ 10 การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียนการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพให้ประสบความสำเร็จต้องอาศัยปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ทีมงานที่มีคุณภาพ ภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง ทรัพยากรและแหล่งประโยชน์ที่เพียงพอ การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม การพัฒนา สิ่งใหม่และค้นหาเครือข่ายใหม่ ๆ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเผยแพร่ผลงาน บุคคลที่มีส่วนสำคัญต่อการดำเนินงานและผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ผู้บริหารสถานศึกษา ครูผู้สอน นักเรียน และคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน [9]การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยมีพัฒนาการต่อเนื่องและขยายการดำเนินงานไปในทุกระดับทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ระดับมัธยมศึกษา และประถมศึกษา โดยดำเนินงานครอบคลุม 10 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 นโยบายของโรงเรียน องค์ประกอบที่ 2 การบริหารจัดการในโรงเรียน องค์ประกอบที่ 3 โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน องค์ประกอบที่ 4 การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ องค์ประกอบที่ 5 บริการอนามัยโรงเรียน องค์ประกอบที่ 6 สุขศึกษาในโรงเรียน องค์ประกอบที่ 7 โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย องค์ประกอบที่ 8 การออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการ องค์ประกอบที่ 9 การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางสังคม องค์ประกอบที่ 10 การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน ที่กำหนดโดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพให้ประสบความสำเร็จต้องอาศัยปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ทีมงานที่มีคุณภาพ ภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง ทรัพยากรและแหล่งประโยชน์ที่เพียงพอ การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม การพัฒนาสิ่งใหม่และค้นหาเครือข่ายใหม่ ๆ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเผยแพร่ผลงาน [9] ซึ่งกระทรวงศึกษาธิการรับไปดำเนินการในทุกจังหวัดจังหวัดร้อยเอ็ด โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ได้เริ่มดำเนินโครงการโรงเรียนส่งเสริม

สุขภาพตามนโยบายกรมอนามัย โดยการดำเนินงาน 10 องค์ประกอบ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองตามการรับรู้ของครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียนโรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดร้อยเอ็ด

2. เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองตามการรับรู้ของครูนักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน โรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

มี 3 กลุ่ม ได้แก่ ครู นักเรียนระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 5-6 และผู้ปกครองนักเรียน โรงเรียนระดับประถมศึกษาที่ได้รับเกียรติบัตรโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 22 แห่ง ที่ได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโรงเรียนแบบแบ่งชั้นตามจำนวนนักเรียนทั้งหมดของโรงเรียน จากสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา เขต 1-3 จำนวน 303 คน กลุ่มละ 101 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม 3 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน แต่ละฉบับมี 2 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิด แบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่างแบบสอบถามสำหรับครู ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ และข้อมูลทั่วไปของโรงเรียน จำนวน 5 ข้อ แบบสอบถามสำหรับนักเรียน ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ แบบสอบถามสำหรับผู้ปกครอง ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ และข้อมูลทั่วไปของครอบครัว จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง 10 องค์ประกอบ ที่ผู้วิจัยสร้างตามแนวคิดของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558)[9] จำนวนทั้งหมด 108 ข้อ ประกอบด้วย องค์ประกอบที่ 1 จำนวน 6 ข้อ องค์ประกอบที่ 2 จำนวน 6 ข้อ องค์ประกอบที่ 3 จำนวน 6 ข้อ องค์ประกอบที่ 4 จำนวน 26 ข้อ องค์ประกอบที่ 5 จำนวน 15 ข้อ องค์ประกอบที่ 6 จำนวน 11 ข้อ องค์ประกอบที่ 7 จำนวน 21 ข้อ องค์ประกอบที่ 8 จำนวน 7 ข้อ องค์ประกอบที่ 9 จำนวน 6 ข้อ องค์ประกอบที่ 10 จำนวน 4 ข้อ เป็นคำถามชนิดมาตรประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .94 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค แบบสอบถามสำหรับครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน เท่ากับ .99 .99 และ.99 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว(One way ANOVA) การทดสอบครัสคาลวาลลิส (Kruskal-Wallis test)การทดสอบแมนวิทย์นีย์ยู (Mann-Whitney U test)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หมายเลข 11/2561 ได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยจากสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และผู้อำนวยการโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจัดทำเอกสารชี้แจงและคำยินยอมของผู้ร่วมโครงการวิจัย สำหรับเด็กอายุ 7-12 ปี (Assent form)เพื่อให้ลงนามเข้าร่วมการวิจัยอย่างเต็มใจ เอกสารชี้แจงผู้ร่วมโครงการวิจัยสำหรับผู้ใหญ่ (Participant Information Sheet) และแบบคำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับผู้ใหญ่ (Consent Form) เพื่อให้ลงนามเข้าร่วมการวิจัยอย่างเต็มใจ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ครู ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.7 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ73.5 มีอายุเฉลี่ย 41.15 (S.D. = 10.44) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51- 60 ปี ร้อยละ 40.8 ระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี ร้อยละ 53 มีประสบการณ์การทำงานที่โรงเรียนเฉลี่ย 11.14 ปี (S.D. = 9.91) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ระหว่าง 1-10 ปี ร้อยละ 61.2 มีตำแหน่งครูประจำชั้น ร้อยละ 80.7 มีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน ร้อยละ 86.7 โดยร่วมกิจกรรม/โครงการมากที่สุด ร้อยละ 67.3 มีจำนวนครู

ทั้งหมดในโรงเรียน 1-50 คน ร้อยละ 63.3 มีจำนวนบุคลากรอื่น ๆ ทั้งหมดในโรงเรียน 1-10 คน ร้อยละ 94.9 มีจำนวนนักเรียน 500 คนขึ้นไป ร้อยละ 45.8 เป็นโรงเรียนทั่วไป และโรงเรียนขยายโอกาสใกล้เคียงกัน ร้อยละ 49 และ ร้อยละ 48 ตามลำดับ และตั้งอยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 67.3

นักเรียน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.2 อายุเฉลี่ย 11.55 ปี (S.D. = 0.58) ส่วนใหญ่มีอายุ 12 ปี ร้อยละ 59.2 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 78.6 ส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งในห้องเรียน ร้อยละ 57.1 มีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 86.7

ผู้ปกครองนักเรียน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.6 สถานภาพคู่ ร้อยละ 79.6 มีอายุเฉลี่ย 41.52 ปี(S.D. = 7.94) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-45 ปี ร้อยละ 72.5 ระดับการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.ร้อยละ 29.6 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 28.6 ไม่มีตำแหน่งในโรงเรียน/ชุมชน ร้อยละ 55 มีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 57.1

2.การรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียนโรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดร้อยเอ็ด

ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียนมีการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองโดยรวม (M = 4.12, S.D. = 0.60; M = 3.94, S.D. = 0.70และM = 3.93, S.D. = 0.65ตามลำดับ) และรายองค์ประกอบทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับมากดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองโดยรวม และรายองค์ประกอบของครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน

ผลการดำเนินงานองค์ประกอบที่	ระดับการรับรู้ของครู (n= 98)			ระดับการรับรู้ของนักเรียน (n= 98)			ระดับการรับรู้ของผู้ปกครองนักเรียน (n= 98)		
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ
1. นโยบายของโรงเรียน	4.10	0.58	มาก	3.81	0.66	มาก	3.81	0.74	มาก
2. การบริหารจัดการในโรงเรียน	4.13	0.63	มาก	3.78	0.75	มาก	3.82	0.75	มาก
3. โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน	4.11	0.62	มาก	3.80	0.71	มาก	3.89	0.72	มาก
4. การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ	4.07	0.58	มาก	3.91	0.68	มาก	3.97	0.57	มาก
5. บริการอนามัยโรงเรียน	4.36	0.50	มาก	4.13	0.72	มาก	4.10	0.61	มาก
6. สุขศึกษาในโรงเรียน	4.23	0.55	มาก	4.12	0.66	มาก	3.97	0.62	มาก
7. โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย	4.24	0.48	มาก	4.03	0.63	มาก	3.99	0.56	มาก
8. การออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการ	4.07	0.60	มาก	3.94	0.66	มาก	4.01	0.63	มาก
9. การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนทางสังคม	3.80	0.82	มาก	3.80	0.86	มาก	3.77	0.75	มาก
10. การส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงเรียน	4.14	0.66	มาก	4.11	0.74	มาก	3.97	0.58	มาก
โดยรวม	4.12	0.60	มาก	3.94	0.70	มาก	3.93	0.65	มาก

จากตาราง 1 *การรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองโดยรวม* ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน มีการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองโดยรวม อยู่ในระดับมาก (M = 4.12, S.D. = 0.60, M = 3.94, S.D. = 0.70 และ M = 3.93, S.D. = 0.65 ตามลำดับ) เนื่องจากการดำเนินการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ต้องผ่านการประเมินองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในระดับดีมาก 8 องค์ประกอบ โดยผ่านเกณฑ์ชี้วัดทุกตัว และผ่านการประเมินในระดับดี 2 องค์ประกอบที่เหลือ โดยผู้บริหาร ครู และนักเรียนตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขภาพดี และความจำเป็นในการสร้างพฤติกรรมที่ถูกต้องตั้งแต่เด็ก และมุ่งมั่นสร้างให้โรงเรียนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาความเป็นอยู่อย่างมีสุขภาพดีของทุกคนในชุมชน [9] กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยการมีส่วนร่วมของ

ทุกภาคส่วน และกำหนดนโยบายสำคัญ ได้แก่ พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยตลอดช่วงชีวิต มีโอกาสร่วมคิด ร่วมนำ ร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบ [9] โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจะประสบผลสำเร็จได้ต้องเกิดจากความร่วมมือของทุกฝ่าย ดังนี้ 1) ภาครัฐประกอบด้วย โรงเรียน (ผู้บริหาร ครู บุคลากรในโรงเรียน) หน่วยงานด้านสาธารณสุข และหน่วยงานอื่น ๆ โดยโรงเรียนรับนโยบาย แนวทางการส่งเสริมสุขภาพนักเรียน บุคลากรในโรงเรียนและขยายสู่ชุมชน 2) นักเรียน ประกอบด้วย แกนนำนักเรียน ชมรมต่าง ๆ และนักเรียนทุกคนได้เรียนรู้วิถีชีวิตในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งปลูกฝังให้เกิดการปฏิบัติตนนำไปสู่การมีสุขภาพดีควบคู่กับการศึกษาเพื่อให้ ดี เก่ง มีสุข 3) ครอบครัว ประกอบด้วย พ่อแม่ และผู้ปกครอง ได้รับความรู้การดูแลสุขภาพอนามัย เพื่อนำไปปฏิบัติให้เกิดทักษะการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม 4) ชุมชน ประกอบด้วย องค์กรท้องถิ่น กลุ่ม ชมรมต่าง ๆ ในชุมชน ต้องให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดผลดีต่อโรงเรียน [10]

3. เปรียบเทียบการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียนโรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดร้อยเอ็ด

ตาราง 2 ความแตกต่างของการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพองค์ประกอบที่ 1,2,3,6 และ 7 ระหว่างครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน

ผลการดำเนินงานองค์ประกอบที่	การรับรู้ของครูและนักเรียน (n= 98)		การรับรู้ของครูและผู้ปกครองนักเรียน (n= 98)		การรับรู้ของนักเรียนและผู้ปกครองนักเรียน (n= 98)	
	z	p	z	p	z	p
1. นโยบายของโรงเรียน	-3.335	.001	-2.60	.009	-0.509	.611
2. การบริหารจัดการในโรงเรียน	-3.198	.001	-2.707	.007	-0.605	.545
3. โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน	-2.986	.003	-2.169	.030	0.847	.397
6. สุขศึกษาในโรงเรียน	-0.975	.330	-2.849	.004	-1.733	.083
7. โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย	-1.824	.068	-2.680	.007	-0.882	.378

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 3 ความแตกต่างของการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและองค์ประกอบที่ 5 ระหว่างครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน

ผลการดำเนินงานองค์ประกอบที่	การรับรู้ของครูและนักเรียน (n= 98)		การรับรู้ของครูและผู้ปกครองนักเรียน (n= 98)		การรับรู้ของนักเรียนและผู้ปกครองนักเรียน (n= 98)	
	Mean Difference	p	Mean Difference	p	Mean Difference	p
โดยรวม	19.887	.019	20.346	.016	.459	.957
องค์ประกอบที่ 5 บริการอนามัยโรงเรียน	3.530	.009	3.918	.004	.387	.957

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 และ 3 ครู มีการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองโดยรวมและองค์ประกอบที่ 1, 2, 3 และ 5 แตกต่างจากนักเรียน มีการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองโดยรวมและองค์ประกอบที่ 1, 2, 3, 5, 6 และ 7 แตกต่างจากผู้ปกครองนักเรียน โดยครูมีการรับรู้สูงกว่านักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน แต่นักเรียน มีการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองโดยรวมและองค์ประกอยที่ 1, 2, 3, 5, 6, และ 7 ไม่แตกต่างจากผู้ปกครองนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน มีการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองโดยรวมและรายองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ ได้แก่

องค์ประกอบที่ 4, 8-10 ไม่แตกต่างกัน เป็นไปตามสมมติฐาน ยกเว้นการรับรู้องค์ประกอบที่ 1-3 และ 5-7 แตกต่างกันไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

สรุปและอภิปรายผล

เปรียบเทียบการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองโดยรวมและรายองค์ประกอบ 10 ประกอบของครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน

1. การรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองโดยรวมครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน มีการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองโดยรวม อยู่ในระดับมาก (M = 4.12, S.D. = 0.60, M = 3.94, S.D. = 0.70 และ M = 3.93, S.D. = 0.65 ตามลำดับ) เนื่องจากการดำเนินการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองต้องผ่านการประเมินองค์ประกอบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในระดับดีมาก 8 องค์ประกอบ โดยผ่านเกณฑ์ชี้วัดทุกตัว และผ่านการประเมินในระดับดี 2 องค์ประกอบที่เหลือ โดยผู้บริหาร ครู และนักเรียนตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขภาพดี และความจำเป็นในการสร้างพฤติกรรมที่ถูกต้องตั้งแต่เด็ก และมุ่งมั่นสร้างให้โรงเรียนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาความเป็นอยู่อย่างมีสุขภาพดีของทุกคนในชุมชน (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558) กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและกำหนดนโยบายสำคัญ ได้แก่ พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยตลอดช่วงชีวิต มีโอกาสร่วมคิด ร่วมนำ ร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบ [9] โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจะประสบผลสำเร็จได้ต้องเกิดจากความร่วมมือของทุกฝ่าย ดังนี้ 1) ภาครัฐ ประกอบด้วย โรงเรียน (ผู้บริหาร ครู บุคลากรในโรงเรียน) หน่วยงานด้านสาธารณสุข และหน่วยงานอื่น ๆ โดยโรงเรียนรับนโยบาย แนวทางการส่งเสริมสุขภาพนักเรียน บุคลากรในโรงเรียนและขยายสู่ชุมชน 2) นักเรียน ประกอบด้วย แกนนำนักเรียน ชมรมต่าง ๆ และนักเรียนทุกคนได้เรียนรู้วิถีชีวิตในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งปลูกฝังให้เกิดการปฏิบัติตนนำไปสู่การมีสุขภาพดีควบคู่กับการศึกษา เพื่อให้ ดี เก่ง มีสุข 3) ครอบครัว ประกอบด้วย พ่อแม่ และผู้ปกครอง ได้รับความรู้การดูแลสุขภาพอนามัย เพื่อนำไปปฏิบัติให้เกิดทักษะการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม 4) ชุมชน ประกอบด้วย องค์กรท้องถิ่น กลุ่ม ชมรมต่าง ๆ ในชุมชน ต้องให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดผลดีต่อโรงเรียน [10]

2. การรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทององค์ประกอบที่ 1 นโยบายของโรงเรียน ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน มีการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทององค์ประกอบที่ 1 นโยบายของโรงเรียน อยู่ในระดับมาก (M = 4.10, S.D. = 0.58, M = 3.81, S.D. = 0.66 และ M = 3.81, S.D. = 0.74 ตามลำดับ) เนื่องจากโรงเรียนทุกสังกัดทั้งภาครัฐและเอกชนควรเข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ [9] โรงเรียนจึงควรกำหนดนโยบายที่จะเป็น “สถานศึกษาสุขภาพดีน่าศึกษา” หรือ “สถานศึกษาสร้างเสริมสุขภาพ” เป็นลายลักษณ์อักษรไว้ในวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย และยุทธศาตร์หรือกลยุทธ์ของสถานศึกษา [4] โรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ต้องกำหนดนโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนไว้อย่างชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ครอบคลุมทุกมิติด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม [9]

3. การรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทององค์ประกอบที่ 2 การบริหารจัดการในโรงเรียน ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียนมีการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทององค์ประกอบที่ 2 การบริหารจัดการในโรงเรียน อยู่ในระดับมาก (M = 4.13, S.D. = 0.63, M = 3.78, S.D. = 0.75 และ M = 3.82, S.D. = 0.75 ตามลำดับ) เนื่องจากการดำเนินการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพต้องการการสนับสนุนทรัพยากรทั้งด้านข้อมูล ความรู้ งบประมาณ การบริหารจัดการ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ สถานที่ และบุคลากร อย่างเพียงพอ [4] โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจะประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืนจากการมีทีมงานที่ทรงคุณภาพ ภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง การระดมทรัพยากร การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม พัฒนาสิ่งใหม่ให้เกิดขึ้น การค้นหาเครือข่ายใหม่ ๆ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ [9]

4.การรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทององค์ประกอบที่ 3 โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชนครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียนมีการรับรู้ผล

การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทององค์ประกอบที่ 3 โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน อยู่ในระดับมาก (M = 4.11, S.D. = 0.62, M = 3.80, S.D. = 0.71 และ M = 3.89, S.D. = 0.72 ตามลำดับ) เนื่องจากการสร้างเสริมสุขภาพในสถานศึกษาจะเกิดผลสัมฤทธิ์ได้จากความร่วมมือของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ นักเรียน ครูและบุคลากรในสถานศึกษา ผู้ปกครอง บุคลากรสาธารณสุข และสมาชิกอื่นในชุมชน [4] สถานศึกษาจะต้องเสริมสร้างให้เกิดกิจกรรมชุมชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยสนับสนุนให้มีการรวมตัวของกลุ่มบุคคลที่มีความต้องการ/ปัญหาสุขภาพคล้ายคลึงกัน สนับสนุนทรัพยากรทั้งด้านข้อมูลความรู้ งบประมาณ การบริหารจัดการ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ สถานที่ และบุคลากร อย่างเพียงพอที่จะช่วยให้สามารถจัดกิจกรรมชุมชน เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง[4] โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชนจะประสบผลสำเร็จได้ ต้องอาศัยความร่วมมือจากชุมชน ครอบครัว เนื่องจากแรงสนับสนุนจากทั้งสองฝ่ายจะช่วยพัฒนาสุขภาพของเด็กนักเรียนเป็นอย่างดี [10]

5. การรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทององค์ประกอบที่ 4 การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน มีการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทององค์ประกอบที่ 4 การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ อยู่ในระดับมาก (M = 4.07, S.D. = 0.58, M = 3.91, S.D. = 0.68 และ M =3.97, S.D. = 0.57 ตามลำดับ) เนื่องจากการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะตามมาตรฐานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ช่วยให้นักเรียน ครู อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เอื้อต่อการมีสุขภาพดี [9] การดำเนินการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพต้องให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดี [7] สถานศึกษาจะต้องสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ และสังคม ที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคตามนโยบายที่กำหนดอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องโดยให้ทุกคนในสถานศึกษาและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดำเนินการให้เกิดความยั่งยืน ครอบคลุมการจัดให้มีอาคารสถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพการจัดระเบียบและดูแลความสะอาดของอาคารสถานที่ให้เป็นสถานที่ที่น่าอยู่อาศัย โดยใช้หลัก 5 ส. การใช้วัสดุอุปกรณ์ที่ปลอดภัยในการจัดการเรียนการสอน [4]

6.การรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทององค์ประกอบที่ 5 บริการอนามัยโรงเรียนครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียนมีการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทององค์ประกอบที่ 5 บริการอนามัยโรงเรียน อยู่ในระดับมาก (M = 4.36, S.D. = 0.50, M = 4.129, S.D. = 0.72 และ M = 4.10, S.D. = 0.61 ตามลำดับ) เนื่องจากบริการอนามัยโรงเรียนเป็นบริการแบบผสมผสาน ได้แก่ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้นักเรียนอยู่ในสภาพปกติและปราศจากโรค อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา งานอนามัยโรงเรียนเป็นหน้าที่ของครูต้องดำเนินการร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาลชุมชน [10] บริการอนามัยโรงเรียนเป็นบริการที่มองเห็นได้ชัดเจนเมื่อสถานบริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบโรงเรียนจะจัดบริการอนามัยโรงเรียนบุคลากรสาธารณสุขจะประสานงานให้โรงเรียนทราบล่วงหน้า ครูต้องแจ้งให้นักเรียนและผู้ปกครองนักเรียนทราบ เพื่ออนุญาตให้นักเรียนรับบริการอนามัยโรงเรียน ซึ่งครอบคลุม 3 ส่วน ได้แก่ การตรวจสุขภาพนักเรียน การเฝ้าระวังสุขภาพ การจัดการบริการรักษาเบื้องต้น [9]

7.การรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทององค์ประกอบที่ 6 สุขศึกษาในโรงเรียน ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียนมีการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทององค์ประกอบที่ 6 สุขศึกษาในโรงเรียน อยู่ในระดับมาก (M = 4.23, S.D. = 0.55, M = 4.12, S.D. = 0.66 และ M = 3.97, S.D. = 0.62 ตามลำดับ) สุขศึกษาเป็นวิชาที่อยู่ในหลักสูตร สุขศึกษาเป็นวิชาที่สร้างการเรียนรู้ด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาทักษะชีวิต ส่งผลเกื้อหนุนสุขภาพของผู้เรียน เด็กทุกคนควรจะได้เรียนรู้เรื่องสุขภาพ เพื่อจะได้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีเจตคติ คุณธรรม และค่านิยมที่เหมาะสม รวมทั้งมีทักษะการปฏิบัติตนด้านสุขภาพจนเป็นนิสัย [2] โรงเรียนต้องจัดการเรียนรู้ที่ส่งเสริมพัฒนาสมรรถนะด้านสุขภาพ ให้นักเรียนมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะการดำรงชีวิตที่ดีในปัจจุบันและอนาคตตามมาตรฐานสุขศึกษาสำหรับเด็กไทยครู ต้องประสานกับผู้ปกครองและชุมชนในการปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างที่ดี [1]

8.การรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทององค์ประกอบที่ 7 โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัยครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียนมีการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทององค์ประกอบที่ 7 โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย อยู่ในระดับมาก (M = 4.24, S.D. = 0.48, M = 4.03, S.D. = 0.63 และ M = 3.99, S.D. = 0.56 ตามลำดับ) เนื่องจากโรงเรียนรับผิดชอบในการจัดอาหารกลางวันให้กับนักเรียน โดยจัดอาหารที่มีประโยชน์ ได้แก่ เนื้อสัตว์ นม และข้าว ในปริมาณที่เพียงพอและเหมาะสม ทุกวันเปิดเรียน ตามนโยบายอาหารกลางวัน และจัดให้มีสถานที่ประกอบอาหารและรับประทานอาหารที่สะอาดปลอดภัย [9] โรงเรียนต้องประกอบอาหารที่ปลอดภัย เช่น ใช้ผักผลไม้ปลอดสารพิษ งดใช้ผงชูรสหรือสีที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ งดใช้โฟมและพลาสติกบรรจุอาหาร ใช้ภาชนะ อุปกรณ์ เครื่องมือที่สะอาด ปลอดภัย ในการปรุงและเก็บรักษาอาหาร [4] ประกอบกับจังหวัดร้อยเอ็ดให้ความสำคัญต่อคุณภาพและความปลอดภัยด้านอาหาร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานสำคัญในการสนับสนุนและส่งเสริมให้ระบบการจัดการอาหารโรงเรียนในพื้นที่มีประสิทธิภาพ โดยให้มีอาหารเพื่อสุขภาพจำหน่ายในโรงเรียน ควบคุมมิให้มีการจำหน่ายและบริการอาหารประเภทไขมัน น้ำตาล โซเดียมสูงในบริเวณโรงเรียน โดยกำหนดกฎเกณฑ์ข้อบังคับในการควบคุมกิจกรรมการส่งเสริมการขายอาหารประเภทไขมัน น้ำตาล โซเดียมสูงในโรงเรียน[8]

9. การรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทององค์ประกอบที่ 8 การออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียนมีการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทององค์ประกอบที่ 8 การออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการ อยู่ในระดับมาก (M = 4.07, S.D. = 0.60, M = 3.94, S.D. = 0.66 และ M = 4.01, S.D. = 0.63 ตามลำดับ)สถานศึกษาควรพัฒนาทักษะส่วนบุคคลที่จำเป็นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของนักเรียน ครู บุคลากร ผู้ปกครอง และผู้อาศัยในชุมชนรอบสถานศึกษาตามนโยบายที่กำหนด ผ่านการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามหลักสูตรและกิจกรรมเสริมหลักสูตร ครอบคลุมทักษะการสร้างเสริมสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เช่น ทักษะการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ทักษะการออกกำลังกาย [4]การเพิ่มเวลารู้ ทำให้นักเรียนได้ทำกิจกรรมนอกห้องเรียนแบบบูรณาการ ซึ่งช่วยให้นักเรียนลดความเครียด และเสริมสร้างทักษะด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม(เสตื่มศึกษาประเทศไทย, 2558)

10. การรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทององค์ประกอบที่ 9 การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางสังคมครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียนมีการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทององค์ประกอบที่ 9 การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับมาก (M =3.80, S.D. = 0.82, M =3.80, S.D. = 0.86 และ M =3.77, S.D. = 0.75 ตามลำดับ) เนื่องจากโรงเรียนต้องดำเนินการตามตัวชี้วัด ได้แก่ครูประจำชั้นคัดกรองและสามารถระบุนักเรียนที่มีปัญหา นักเรียนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงหรือคัดกรองอยู่ในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มมีปัญหา ได้รับการเฝ้าระวังและช่วยเหลือเบื้องต้น โรงเรียนมีกิจกรรมช่วยเหลือนักเรียนเฉพาะรายที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนโดยประสานงานขอคำปรึกษาจากเครือข่ายสาธารณสุขหรือผู้เกี่ยวข้องนักเรียนที่มีปัญหาเกินขีดความสามารถของโรงเรียนได้รับการส่งต่อเพื่อช่วยเหลือ/รักษา/บำบัด นักเรียนที่มีปัญหาและมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ได้รับการช่วยเหลือหรือส่งต่อ ได้รับการติดตามและดูแลต่อเนื่องจากครู โรงเรียนมีบุคลากรหรือบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตหรือป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงสำหรับนักเรียน [9] โรงเรียนควรกำหนดนโยบายให้ครูที่ปรึกษา/แนะแนว/ครูประจำชั้น ทำความรู้จักนักเรียนเป็นรายบุคคล วิเคราะห์ผลการประเมินและจัดกลุ่มเพื่อวางแผนให้คำปรึกษา [4]ครูประจำชั้นต้องสามารถคัดกรองนักเรียนที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมเสี่ยง และส่งต่อในรายที่ผิดปกติ พร้อมทั้งมีระบบติดตามช่วยเหลือ [10]

11.การรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทององค์ประกอบที่ 10 การส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงเรียน ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียนมีการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทององค์ประกอบที่ 10 การส่งเสริมสุขภาพของบุคคลากรในโรงเรียน อยู่ในระดับมาก (M =4.14, S.D. = 0.66, M =4.11, S.D. = 0.74 และ M =3.97, S.D. = 0.58 ตามลำดับ) เนื่องจากบุคลากรในโรงเรียนต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างที่ดีในเรื่องสุขภาพและมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพในโรงเรียน [9]โรงเรียนต้องมีการประเมินสุขภาพบุคลากรในโรงเรียนอย่างน้อยปีละ1ครั้ง บุคลากรเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องสุขภาพอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งจากทุกแหล่งข้อมูลโรงเรียนต้องกระตุ้นให้บุคลากรในโรงเรียนร่วมกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพที่จัดตามแผนงานของโรงเรียน [10]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ผลการศึกษาพบว่า ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน มีการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายองค์ประกอบทุกองค์ประกอบ อยู่ในระดับมาก แต่ครูมีการรับรู้องค์ประกอบหลายองค์ประกอบสูงกว่านักเรียนและผู้ปกครองนักเรียน แต่การรับรู้ของนักเรียนและผู้ปกครองนักเรียนไม่แตกต่างกัน จึงควรมีการประชาสัมพันธ์การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น และกระตุ้นให้นักเรียนและผู้ปกครองนักเรียนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น โดยเฉพาะองค์ประกอบที่ 1-3 ซึ่งต่างกันทุกกลุ่ม ได้แก่ นโยบายของโรงเรียน การบริหารจัดการในโรงเรียน โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน และองค์ประกอบที่ 6-7 ได้แก่ สุขศึกษาในโรงเรียน โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย ซึ่งต่างกันเฉพาะครูและผู้ปกครองนักเรียน จึงต้องแจ้งผู้ปกครองนักเรียนให้มากขึ้น รวมทั้งต้องกระตุ้นให้ครูมีส่วนร่วมมากขึ้นองค์ประกอบที่ 9 การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากครูมีการรับรู้ว่านักเรียนที่มีปัญหาและมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ได้รับช่วยเหลือหรือส่งต่อได้รับการติดตามและดูแลต่อเนื่องจากครูอยู่ในระดับปานกลาง จึงควรส่งเสริมให้ครูทุกคนในโรงเรียนได้รับการพัฒนาศักยภาพเรื่องการให้คำปรึกษาและติดตามเยี่ยมบ้านให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไปผลการศึกษาพบว่า ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน มีการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายองค์ประกอบทุกองค์ประกอบ อยู่ในระดับมาก จึงควรมีการวิจัยเพื่อสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น โดยเฉพาะครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียนซึ่งเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลักที่จะช่วยให้การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมีระดับสูงขึ้น สามารถพัฒนาสู่การเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ซึ่งเน้นผลลัพธ์มากกว่ากระบวนการ

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. มุกดา หนุ่ยศรี อาจารย์ ที่ปรึกษาร่วม ผู้ให้ข้อคิด คำแนะนำให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ ตลอดจนช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อาภาพร เผ่าวัฒนา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในความกรุณาของท่านที่ได้ให้ข้อชี้แนะและแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของวิทยานิพนธ์ ส่งผลให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อปรับปรุงเครื่องมือการวิจัยให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอศรีสมเด็จ ผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองใหญ่ ผู้อำนวยการโรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดร้อยเอ็ด รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ และประสบการณ์ในการศึกษาที่มีคุณค่ายิ่งจนประสบความสำเร็จ ขอบคุณเพื่อนนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน รุ่นที่ 3 รวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่านที่ได้กรุณาให้การสนับสนุนช่วยเหลือและให้กำลังใจเสมอมา

เอกสารอ้างอิง

1.กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *มาตรฐานสุขศึกษาสำหรับเด็กไทย.* นนทบุรี: กองสุขศึกษา.

2.ประไพ ประดิษฐ์สุขถาวร.(2557). สุขศึกษาและพลศึกษา.http://taamkru.com/th/สืบค้นเมื่อวันที่21พฤศจิกายน 2561

3.ไม้ เมืองเหนือ. (2556).นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ.http://public-2555.blogpost.com/2013/07/blog-post_9.html. สืบค้นเมื่อวันที่ 22 พฤศจิกายน 2561.

4.วริณี เอี่ยมสวัสดิกุล. (2561). การสร้างเสริมสุขภาพในสถานศึกษา. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ, 11(2), 1-11.

5.วรรณะ อุดมคำ. (2560). *การประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง พ.ศ. 2560 โรงเรียนเมืองบัววิทยาคาร*. สืบค้นจาก https://www.youtube.com/watch?v=pOpIKJh5v6U วันที่28 ธันวาคม 2561.

6.ศิริพร ขัมภลิขิต, จุฬาลักษณ์ บารมี, เสาวมาศ เถื่อนนาดี, วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์, ธีรนุช ห้านิรัติศัย,ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูล และชิดกมล สังข์ทอง.(2555). *คู่มือการสอนการสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). (หน้า 496-497).ขอนแก่น: *คณะพยาบาลศาสตร์* มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

7.สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี และนิสารัตน์ โห้โก๋. (2555). รูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ระดับทองของโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษาโรงเรียนวัดสุวรรณคีรี. *วารสารการพยาบาลเกื้อการุณย์, 19(1),* 55-70.

8.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. (2557).*บูรณาการสานพลังสร้างสุขภาวะ.* สืบค้นจาก https://www.samatcha.org/areahpp2/archives/2317203.157.71.148/วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2560.

9.สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2558. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

10.อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุนีย์ ละกำปั่น และนฤมล เอื้อมณีกูล. (2558).การพยาบาลชุมชนกับการดูแลสุขภาพในสถานศึกษา. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาวิทยาการระบาด การพยาบาลชุมชนขั้นสูง และปฏิบัติการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). (หน่วยที่ 6, หน้า 1-104). นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

11.WHO. (1998).Local action creating health promoting school. Retrieved from http://www.who.int/iris/handle/10665/66576. Date 7 february 2018.

12.WHO. (2000). Global school health initiative. Retrieved from https://www.who.int/school_youth_health/gshi/en/. Date 7 february 2018.

ปัจจัยที่มีผลต่อการพาเด็กไปใช้บริการทันตกรรม: ศึกษาเฉพาะผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของจังหวัดสมุทรสาคร

Factors Influence to use of Dental Health Services: Study for Preschool Children Parents in Child Development Center, Samut Sakhon Province

รัตน์ฐาภัทร จิระพิพรรธ[1]

Ratthapat Jirapipatt, D.D.S.[1]

(Received: February 12 ,2020 ; Accepted: March 24 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรและทรัพยากรที่เอื้อต่อการ พาเด็กไปใช้บริการทันตกรรม ความเชื่อด้านทันตสุขภาพ และความจำเป็นในการพาเด็กไปใช้บริการทันตกรรมกับระดับการตัดสินใจพาเด็กไปใช้บริการทันตกรรมของผู้ปกครองเด็ก เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ศึกษาระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน 2562 ศึกษาเฉพาะผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของจังหวัดสมุทรสาคร ขนาดตัวอย่างคำนวณจากสูตรของ Yamane (1973) จำนวน 370 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างประยุกต์จากแนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของ Andersen (1995) ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (IOC=0.83) และค่าเชื่อมั่น (alpha=0.85) วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Chi-square tests และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะทางประชากรและทรัพยากรที่เอื้อต่อการพาเด็กไปใช้บริการทันตกรรม พบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 78.4 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 45.9 ฐานะเกี่ยวข้องกับเด็กเป็นบิดามารดา ร้อยละ 46.5 จบมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 31.1 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 55.9 สถานภาพสมรส ร้อยละ 48.6 เด็กใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 77.6 รายได้พอใช้แต่ไม่มีเก็บออม ร้อยละ 51.4 รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 64.9 ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการต่ำกว่า 10 กม. ร้อยละ 67.6 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่ใช้เมื่อไปรับบริการทันตกรรม 300 บาทขึ้นไป ร้อยละ 70.3 ผู้ปกครองเด็กมีความรู้โดยรวมระดับดี ร้อยละ 51.4 ($\overline{X}$ =7.89, SD=2.54) มีทัศนคติโดยรวมระดับปานกลาง ร้อยละ 100 ($\overline{X}$ =26.70, SD= 2.47) ระดับการตัดสินใจพาเด็กไปใช้บริการทันตกรรมโดยรวมทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.2 ($\overline{X}$ =70.48, SD= 5.11) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการตัดสินใจของผู้ปกครองเด็กอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวและการพาเด็กไปตรวจช่องปากและฟันเมื่อพบปัญหา ทัศนคติ, ความรู้, รายได้ครอบครัวและค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเมื่อไปรับบริการทางทันตกรรม สำหรับปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ฐานะที่เกี่ยวข้องกับเด็ก ประเภทสิทธิ์การรักษา อายุ และระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ

คำสำคัญ : การพาเด็กไปใช้บริการทันตกรรม, ผู้ปกครองเด็ก, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ABSTRACT

This research aimed to analysis of the relationship between demographic characteristics, help resources to take the children to dental services, dental health beliefs and necessary of dental health services with the decision making level to take the children to dental health services of preschool children parents. The cross-sectional descriptive study between January - September 2019, specific study of preschool children parents in child development center under the local administrative organization of Samut Sakhon province. 370 people of sample size calculated from the formula of Yamane (1973). The research instrument was a questionnaire constructed by the researcher which applied from the concept of health service usage behavior of Andersen (1995), index of item objective congruence (IOC=0.83) and reliability score (alpha=0.85). Analyze by using statistics Percentage, means ($\overline{X}$), standard deviation (SD), Chi-square tests (χ^2), Pearson product moment correlation coefficient at statistical significance level<0.05.

[1]ทพ.บ., สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

Results shown that demographic characteristics and help resources to take the children to dental services found 78.4% most female parents, 45.9% 60 years old and older, 46.5% status related to children as parents, 31.1% high school, 55.9% employment, 48.6% marital status, 77.6% children use health insurance, 51.4% fair income but not saving, 64.9% income less than 10,000 baht, 67.6% distance from home to service place less than 10 km., 70.3% average cost of dental services was 300 baht or more. 51.4% had a good level of overall knowledge ($\overline{X}$ =7.89, SD=2.54), 100% attitude ($\overline{X}$ =26.70, SD= 2.47). 62.2% decision level of taking children to dental services all 3 aspects were a good level ($\overline{X}$ =70.48, SD= 5.11). Factors related to the decision level of preschool children parents with statistical significance at 0.05 level there were including gender, education, occupation, marital status, adequacy of family income and taking the child for examination when had oral and dental problems, attitude, knowledge, family income and the average cost of dental services. Factors unrelated were status related to children, type of treatment, age and distance from home to the service place.

Key words: Dental Health Services, Preschool Children Parents, Child Development Center

บทนำ

การเกิดโรคฟันผุจะมีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม ในเด็กที่มีฟันผุลุกลามถึงโพรงประสาทฟัน จะทำให้เด็กมีความรู้สึกเจ็บปวด มีผลต่อการบดเคี้ยวอาหาร และการนอนหลับ ส่งผลโดยรวมทำให้เด็กมีการเจริญเติบโตได้น้อยกว่ากลุ่มเด็กที่ไม่มีฟันผุ[1] นอกจากนี้ยังส่งผลต่อผู้ปกครองที่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น รวมถึงส่งผลให้ประเทศชาติเสียค่าใช้จ่ายโดยรวมในการใช้รักษามากกว่านำมาใช้ในแนวทางการป้องกันการเกิดโรค[2] โดยแนวทางการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยมีหลายวิธีการ มีทั้งในส่วนที่ผู้ปกครองและเด็กสามารถปฏิบัติได้เองที่บ้าน และส่วนที่ต้องอาศัยความรู้ความชำนาญทางวิชาชีพในการจัดการ ซึ่งวิธีการป้องกันโรคฟันผุที่สำคัญที่สุด คือ การดูแลตนเองที่บ้าน ได้แก่ การมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี ปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กให้เหมาะสมและพาเด็กไปรับบริการทันตกรรมกับทันตบุคลากร แต่ในปัจจุบันพบว่าเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ยังคงมีพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากไม่ดีนัก และมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม[3] ปัญหาสุขภาพช่องปาก เป็นปัญหาของประชากรทุกกลุ่มอายุของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย ทั่วประเทศมีความชุกของการเกิดโรคนี้สูงมากกว่าร้อยละ 50 อีกทั้งจากรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ในปี 2560 พบว่าสถานการณ์โรคฟันผุ ในเด็ก 3 ปีและ 5 ปี ภาพรวมของประเทศ มีร้อยละ 52.9 และ 75.6 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในฟันน้ำนม เท่ากับ 2.8 และ 4.5 ซี่ต่อคน ตามลำดับ[4] ซึ่งปัญหาการเกิดฟันผุในเด็ก โดยเฉพาะในเด็กเล็กที่มีปัญหาฟันน้ำนมผุมากขึ้น (เริ่มตั้งแต่อายุ 9 เดือน) และพบมากขึ้นในเด็ก 1-3 ปี โดยมีสาเหตุจากการเลี้ยงดู เนื่องจากเด็กในวัยนี้ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้ปกครอง ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทในการดูแลเอาใจใส่และสร้างเสริมพฤติกรรมที่ถูกต้องให้แก่เด็ก แนวทางที่เหมาะสมสำหรับเด็กกลุ่มนี้ควรจะเน้นไปที่การป้องกันการเกิดฟันผุตั้งแต่เริ่มขึ้น ซึ่งสามารถป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากได้รับการปลูกฝังและส่งเสริมด้านการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กที่มีอายุ 1-3 ปี ของผู้ปกครองอย่างถูกวิธี จะช่วยให้สามารถเก็บรักษาฟันให้มีสุขภาพดีและใช้งานได้

จากการตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงทำให้เกิดการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการพาเด็กไปใช้บริการทางทันตกรรม ศึกษาเฉพาะผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของจังหวัดสมุทรสาคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการพาเด็กไปใช้บริการทันตกรรม และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการวางแผนด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัยให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งการใช้บริการทันตกรรม มีส่วนสำคัญในการควบคุมป้องกันโรค ลดอัตราการเกิดโรคฟันผุได้ และสามารถสร้างองค์ความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีในเรื่องสุขภาพช่องปากเด็กแก่ผู้ปกครอง ทำให้เกิดความตระหนักให้แก่เครือข่ายผู้ปกครอง ครอบครัวและชุมชน ให้เห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก อันจะส่งผลให้เด็กมีสุขภาพช่องปากและสุขภาพร่างกายที่ดี

ลดความรุนแรงของโรคฟันผุ และลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านทันตกรรมในระดับครอบครัวและประเทศได้ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมด้านการมาใช้บริการสุขภาพเป็นปรากฏการณ์ด้านพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะส่วนบุคคล ความเชื่อและโครงสร้างทางสังคม การเข้าถึงบริการ คุณภาพและราคาบริการ ความจำเป็น รวมถึงการตัดสินในการพาเด็กไปใช้บริการทันตกรรม ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ของ Andersen (1995)[5]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยลักษณะทางประชากรและทรัพยากรที่เอื้อต่อการพาเด็กไปใช้บริการทันต กรรม

2. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองเด็กและความจำเป็นในการพาเด็กไปใช้บริการทันตกรรมของผู้ปกครองเด็ก

3. เพื่อศึกษาระดับการตัดสินใจพาเด็กไปใช้บริการทันตกรรมของผู้ปกครองเด็ก

4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรและทรัพยากรที่เอื้อต่อการพาเด็กไปใช้บริการทันตกรรม ความเชื่อด้านทันตสุขภาพ และความจำเป็นในการพาเด็กไปใช้บริการทันตกรรมของผู้ปกครองเด็กกับระดับการตัดสินใจพาเด็กไปใช้บริการทันตกรรมของผู้ปกครองเด็ก

วิธีการศึกษา

รูปแบบของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพาเด็กไปใช้บริการทางทันตกรรม ศึกษาเฉพาะผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของจังหวัดสมุทรสาคร ศึกษาระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน 2562

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของจังหวัดสมุทรสาคร ปีการศึกษา 2562 กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่างในการเก็บข้อมูล ใช้วิธีการแบบสุ่ม คำนวณจากสูตรของYamane (1973)[6] จำนวน 370 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

เป็นผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของจังหวัดสมุทรสาคร ปีการศึกษา 2562 ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

เป็นผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดอื่นๆ ของจังหวัดสมุทรสาคร และไม่ยินยอมลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่ให้ข้อมูลตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เป็นแบบสอบถาม แบบให้เลือกตอบ (Multiple choice) แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและการมีทรัพยากรที่เอื้อต่อการใช้บริการทันตสุขภาพแบบสอบถาม จำนวน 12 ข้อ เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา รายได้ต่อเดือน และความเกี่ยวข้องกับเด็ก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านความรู้ทางทันตสุขภาพของผู้ปกครอง จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับฟันน้ำนม และการดูแลรักษาฟันน้ำนม การแปลผลคะแนนระดับความรู้ดังนี้ ไม่ดี (5-6 คะแนน) ปานกลาง (7-8 คะแนน) ดี (9-12 คะแนน)

ส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับทัศนคติของผู้ปกครองต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก จำนวน 10 ข้อ เป็นทัศนคติทางทันตสุขภาพ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก 4 ข้อ (ข้อ 1,6,7,8) และคำถามเชิงลบจำนวน 6 ข้อ (ข้อ 2, 3, 4, 5, 9, 10) การตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ระดับคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน (น้อยที่สุด)- 5 คะแนน (มากที่สุด) การแปลผลระดับทัศนคติดังนี้ น้อย (ต่ำกว่า 17 คะแนน) ปานกลาง (17-33 คะแนน) มาก (34 คะแนนขึ้นไป)

ส่วนที่ 4 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความจำเป็นด้านการรักษาทางทันตกรรม จำนวน 5 ข้อ เป็นคำถามแบบมีข้อเลือกให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 5 การตัดสินใจพาเด็กไปใช้บริการทางทันตกรรม จำนวน 20 ข้อ คำถามเกี่ยวกับการพาเด็กไปใช้บริการด้านสาเหตุที่จะพาบุตรหลานไปรับบริการทางทันตกรรม เหตุผลที่พาบุตรหลานไปรับบริการทางทันตกรรมในสถานบริการของรัฐ และเหตุผลที่ทำให้ไม่ได้พาบุตรหลานไปรับบริการทางทันตกรรมในสถานบริการของรัฐ การตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ระดับคะแนนตั้งแต่ 1

คะแนน (น้อยที่สุด)- 5 คะแนน (มากที่สุด) แปลผลคะแนนระดับการตัดสินใจดังนี้ ต่ำ (น้อยกว่า 34 คะแนน) ปานกลาง (34-67 คะแนน) ดี (67 คะแนนขึ้นไป)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถาม มาวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหา โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective congruence index: IOC) ได้ค่า IOC = 0.83 การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบ และปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดสอบใช้กับกลุ่มผู้ปกครองเด็ก จำนวน 30 ราย โดยการหาค่าความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) เพื่อวัดค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ใช้กับข้อมูล Interval scale หรือ Likert scale[7] ได้ค่าเชื่อมั่นแบบสอบถาม (alpha) = 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

สถิติเชิงพรรณนา อธิบายลักษณะของข้อมูล โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์โดยใช้ Chi-Square Tests (χ^2), สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ใช้เกณฑ์ระดับความสัมพันธ์จากค่า r[8]

ผลการศึกษา

ลักษณะทางประชากรและทรัพยากรที่เอื้อต่อการพาเด็กไปใช้บริการทันตกรรม พบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 78.4 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 45.9 ฐานะเกี่ยวข้องกับเด็กเป็นบิดามารดา ร้อยละ 46.5 จบสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 52.2 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 55.9 โสด/หม้าย ร้อยละ 51.3 บุตรหลานใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 77.6 รายได้พอใช้ แต่ไม่มีเก็บออม ร้อยละ 51.4 รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 64.9 ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการต่ำกว่า 10 กม. ร้อยละ 67.6 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่ใช้ในการเดินทางไปรับบริการทางทันตกรรม 300 บาทขึ้นไป ร้อยละ 70.3 เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับ ช่องปากและฟันไม่พาเด็กไปรับบริการทางทันตกรรม ร้อยละ 64.9

ผู้ปกครองเด็กมีความรู้โดยรวมระดับดี ร้อยละ 51.4 ($\overline{X}$ =7.89, SD=2.54) มีความรู้มากที่สุดคือประโยชน์ของการพาเด็กไปตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำและหากเด็กเล็กมีฟันผุเกิดขึ้นแล้วไม่รีบพาไปรักษา จะเกิดผลกระทบต่อเด็ก ร้อยละ 91.9 อาหารที่ก่อให้เกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 73.0 และช่วงอายุที่ฟันน้ำนมอยู่ในช่องปากเด็ก ร้อยละ 70.3 ตามลำดับ

ระดับทัศนคติของผู้ปกครองต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กพบว่า โดยรวมผู้ปกครองมีทัศนคติในระดับปานกลาง ร้อยละ 100 ($\overline{X}$ =26.70, SD= 2.47) มีทัศนคติมากที่สุดระดับดีด้านการพาลูกไปหาหมอฟันช่วยป้องกันฟันผุได้ ($\overline{X}$ =4.11, SD=0.65) ถ้าเด็กมีสุขภาพฟันน้ำนมดีจะช่วยส่งเสริมให้มีการเจริญเติบโตเหมาะสมตามวัย ($\overline{X}$ =4.05, SD=0.69) การที่ผู้ปกครองตรวจฟันหรือแปรงฟันซ้ำให้เด็กเป็นประจำจะช่วยให้เด็กมีความคุ้นเคยและไม่กลัวหมอฟัน ($\overline{X}$ =4.03, SD=0.67) ตามลำดับ

ความจำเป็นในการพาเด็กไปใช้บริการทันตกรรม พบว่า ส่วนใหญ่บุตรหลานไม่มีอาการแสดงของโรคในช่องปาก ร้อยละ 78.4 พาบุตรหลานไปใช้บริการทันตกรรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 75.7 ไม่มีปัญหาในการชำระค่ารักษา ทันตกรรมและพาบุตรหลานไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านเมื่อมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับฟันและช่องปาก ร้อยละ 62.2 ตามลำดับ

ระดับการตัดสินใจพาเด็กไปใช้บริการทันตกรรม พบว่า ระดับการตัดสินใจพาเด็กไปใช้บริการทันตกรรมโดยรวมทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.2 ($\overline{X}$ =70.48, SD= 5.11) สาเหตุที่พาบุตรหลานไปรับบริการทางทันตกรรมโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ =27.59, SD=2.67) เหตุผลที่*พาบุตรหลานไป*รับบริการทางทันตกรรม ในสถานบริการของรัฐ อยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 20.43, SD=1.88) เหตุผลที่ทำให้*ไม่ได้*พาบุตรหลานไปรับบริการทางทันตกรรมในสถานบริการของรัฐอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ =22.46, SD= 1.92)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการตัดสินใจของผู้ปกครองเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p<0.05$ ได้แก่ เพศ วุฒิการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวและการพาบุตร/หลานไปตรวจเมื่อมีปัญหา

เกี่ยวกับช่องปากและฟัน ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์
ได้แก่ ฐานะที่เกี่ยวข้องกับเด็กและประเภทสิทธิ์การรักษา

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับระดับการตัดสินใจของผู้ปกครองเด็ก (n=370)

ปัจจัย	ระดับการตัดสินใจ		χ^2	p-value
	ปานกลาง	ดี		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			59.9	<0.001*
ชาย	60(16.2)	20(5.4)		
หญิง	80(21.6)	210(56.8)		
ฐานะที่เกี่ยวข้องกับเด็ก			1.5	0.252
บิดา มารดา	40(10.8)	80(21.6)		
คนอื่นๆ	100(27.0)	150(40.5)		
วุฒิการศึกษา			33.9	<0.001*
ไม่ได้เรียน	20(5.4)	60(16.2)		
ประถมศึกษา	90(24.3)	100(27.0)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	10(2.7)	20(5.4)		
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	20(5.4)	50(13.5)		
อาชีพ			20.7	<0.001*
เกษตรกร	100(27.0)	140(37.8)		
รับจ้าง/พนักงาน/ลูกจ้าง	30(8.1)	40(10.8)		
ธุรกิจส่วนตัว/อื่นๆ	10(2.7)	50(13.5)		
สถานภาพสมรส			68.1	<0.001*
สมรส/อยู่ด้วยกัน	30(8.1)	150(40.5)		
โสด	20(5.4)	20(5.4)		
หม้าย	90(24.3)	60(16.2)		
ประเภทสิทธิ์การรักษาของบุตรหลาน			2.8	0.120
สิทธิ์ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	20(5.4)	20(5.4)		
บัตรทอง	89(24.1)	207(55.9)		
ประกันชีวิต	21(5.7)	13(3.5)		
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว			19.0	<0.001*
มีรายได้แต่ไม่พอใช้	60(16.2)	60(16.2)		
มีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บออม	70(18.9)	120(32.4)		
มีรายได้พอใช้และมีเหลือเก็บออม	10(2.7)	50(13.5)		
การพาบุตรหลานไปตรวจเมื่อมีปัญหาช่องปากและฟัน			42.9	<0.001*
ไม่พาไป	120(32.4)	120(32.4)		
พาไป	20(5.4)	110(29.7)		

*.Significant<0.05 level, Chi-Square Tests (χ^2)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการตัดสินใจของผู้ปกครองเด็กอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ p<0.05 ได้แก่ เพศ วุฒิการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวและ การพาบุตร/หลานไปตรวจเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับช่องปากและฟัน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในเชิงบวก ได้แก่ ทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับระดับการตัดสินใจระดับสูง (r= 0.694) ความรู้มีความสัมพันธ์กับระดับการตัดสินใจระดับปานกลาง (r= 0.337) รายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับระดับการตัดสินใจระดับต่ำ (r= 0.106) และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่ใช้ในการเดินทางไปรับบริการทางทันตกรรมต่อครั้งมีความสัมพันธ์กับระดับการตัดสินใจระดับต่ำ (r= 0.211) สำหรับปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ฐานะที่เกี่ยวข้องกับเด็ก ประเภทสิทธิ์การรักษา อายุและระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับระดับการตัดสินใจของผู้ปกครองเด็ก (n=370)

ปัจจัย	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์**
อายุ	-0.097	0.063	ไม่มี
รายได้ครอบครัว	0.106	0.042*	ต่ำ
ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ	0.053	0.312	ไม่มี
ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่ใช้ในการเดินทางไปรับบริการทางทันตกรรมต่อครั้ง	0.211	<0.001*	ต่ำ
ความรู้	0.337	0.008*	ปานกลาง
ทัศนคติ	0.694	<0.001*	สูง

*. Significant<0.05 level, Pearson correlation coefficient. **Elifson (1990)[8]

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ลักษณะทางประชากรและทรัพยากรที่เอื้อต่อการพาเด็กไปใช้บริการทันตกรรม พบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ฐานะเกี่ยวข้องกับเด็กเป็นบิดามารดา จบมัธยมศึกษาตอนปลาย อาชีพรับจ้าง สถานภาพสมรส เด็กใช้สิทธิประกันสุขภาพ รายได้พอใช้แต่ไม่มีเก็บออม รายได้ครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการต่ำกว่า 10 กม. และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่ใช้เมื่อไปรับบริการทันตกรรม 300 บาทขึ้นไป จะเห็นได้ว่า การส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กปฐมวัยในการส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มเด็กปฐมวัย โดยมุ่งเน้นในหญิงมีครรภ์ ให้ความรู้แก่ผู้เลี้ยงดูเด็กหรือผู้ปกครองเด็กพฤติกรรมทันตสุขภาพที่เหมาะสมในการเลี้ยงดูเด็ก พาเด็กไปตรวจสุขภาพช่องปากทุก 6 เดือนและสนับสนุนให้ชุมชนมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Marwa, et al (2019)[9] ที่ศึกษาพบว่าสุขภาพปากและโรคฟันผู้ของเด็กมีความสัมพันธ์กับอายุ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การศึกษาของผู้ปกครอง และความถี่การแปรงฟันให้เด็กของผู้ปกครอง แต่ผลการศึกษานี้แตกต่างกับการศึกษาของ Kotha, et al (2018)[10] ที่ศึกษาข้อมูลประชากรพบว่า อายุเฉลี่ยของผู้ปกครองคือ 32 ปี ส่วนใหญ่เป็นมารดา ผู้ปกครองที่มีเด็กมากกว่าหนึ่งคน มีความรู้ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 69.3 ของผู้ปกครองมักจะไปหาหมอฟันเฉพาะเมื่อมีปัญหา

ผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ผู้ปกครองเด็กมีความรู้โดยรวมระดับดี มีทัศนคติโดยรวมระดับปานกลาง ระดับการตัดสินใจพาเด็กไปใช้บริการทันตกรรมโดยรวมทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับดี อาจกล่าวได้ว่า บุคคลที่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ดีย่อมมีสภาวะช่องปากที่ดีและมีโรคในช่องปากน้อย ซึ่งพฤติกรรมทันตสุขภาพจะส่งผลสภาวะช่องปากทั่วไป การสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ทั้งนี้ พฤติกรรมทันตสุขภาพและการดูแลทันตสุขภาพ เป็นการปฏิบัติ หรือการกระทำในสภาวะปกติที่เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของบุคคล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคในช่องปากและส่งเสริมทันตสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากร การแปรงฟันหลัง

อาหารกลางวันทุกวัน การจัดอาหารว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และไม่เสี่ยงต่อฟันผุ ผู้ดูแลเด็กมีความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก และสื่อสาร ให้คำแนะกับผู้ปกครองเด็กได้[11] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Soltani, et al (2018)[12] ที่ศึกษาพบว่า ปัจจัยกำหนดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กและสามารถอธิบายความแปรปรวนพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กและความตั้งใจของมารดาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ณดา วังทะพันธ์ และคณะ (2559)[13] ที่ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมทันตสุขภาพพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุและการป้องกันโรคฟันผุ เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุ สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของอุฬาริกา โยสิทธิ์ (2558)[14] ที่ศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงควรมุ่งเน้นการปฏิบัติแบบการเสริมแรงทางบวกให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกระตุ้นให้ผู้ปกครองเกิดความตระหนักในศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ โดยการเสริมพลังสร้างสุขภาพในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่เด็กอย่างถูกต้องเหมาะสม

ผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการตัดสินใจของผู้ปกครองเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวและการพาเด็กไปตรวจช่องปากและฟัน เมื่อพบปัญหา ทัศนคติ ความรู้ รายได้ครอบครัว และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเมื่อไปรับบริการทางทันตกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Shaghaghian, et al (2017)[15] พบว่าความถี่ในการแปรงฟันของเด็กมีความสัมพันธ์กับจำนวนเด็กในครอบครัวและสถานะการทำงานของมารดา อายุที่เริ่มแปรงฟันมีความสัมพันธ์กับการศึกษาของพ่ออย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ดัชนีสุขภาพช่องปากของเด็ก ยังเกี่ยวข้องกับอายุของเด็ก จำนวนเด็กในครอบครัว และการศึกษาของมารดา และการศึกษาของ Alkhtib, et al (2018)[16] ที่ศึกษาพบว่ามีเพียงการไปใช้บริการทางทันตกรรมของเด็กที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การศึกษาของสุปรียา เครือสาร และคณะ (2560)[17] ยังศึกษาพบว่า ผู้ปกครองเด็กที่มารับบริการทางทันตกรรมอย่างต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการทำความสะอาดช่องปากและตรวจสภาวะช่องปากให้เด็ก และการพาเด็กมารับบริการทางทันตกรรม สูงกว่าในกลุ่มที่มารับบริการไม่ต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ในระดับครอบครัวเน้นการเสริมแรงจูงใจ การใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจของเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเน้นส่งเสริมการมีส่วนร่วมระหว่างครูและผู้ปกครอง

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีระบบการค้นหาปัจจัยสาเหตุของความเสี่ยงต่อสภาวะการเกิดโรคฟันผุ เพื่อจัดการกับปัจจัยเสี่ยงอย่างเฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล โดยการให้ทันตสุขศึกษา และให้คำปรึกษาในเรื่องการรับประทานอาหาร

2. นำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนเพื่อให้ผู้ปกครองตระหนักถึงความสำคัญในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สร้างแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีการรณรงค์การให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ผ่านเสียงตามสายหมู่บ้าน อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการปลูกฝังการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

3. ผู้บริหารชุมชน นำข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน วางแผนให้การช่วยเหลือผู้ปกครองที่มีรายได้น้อย จัดอบรมทักษะให้มีอาชีพเสริมเพิ่มรายได้เพื่อให้ผู้ปกครองมีเวลาสร้างเสริมสุขภาพให้แก่เด็กวัยก่อนเรียน

4. ควรจัดให้มีการส่งเสริมปลูกจิตสำนึก การดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งถือว่าเป็นความจำเป็นสำหรับทุกคน โดยเฉพาะเด็ก เพราะเด็กจะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในภายหน้า

และถ้าเด็กมีทันตสุขภาพที่สมบูรณ์ก็ย่อมที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีทันตสุขภาพที่สมบูรณ์ด้วยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของพฤติกรรมสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กวัยก่อนเรียน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมชัดเจนยิ่งขึ้นในการวางแผนแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1.Ayhan H, Suskan E, Yildirim S. The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference. **J Clin Pediatr Dent.** 1996 Spring;20(3): 209-12.

2.Tinanoff N, Kaste LM, Corbin SB. **Early childhood caries: a positive beginning**. Online library. wiley 1998;26(1): 117-119.

3.สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2555**. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก, 2556: 121-25.

4.สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **ผลการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประจำปี 2561**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2561.

5.Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health Soc Behav.** 1995; 36(1):1-10.

6.Yamane, Taro. **Statistics: An Introductory Analysis**. 3rded. New York: Harper and Row Publications, 1973.

7.กัลยา วานิชย์บัญชา. **สถิติสำหรับงานวิจัย**. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.

8.Elifson KW, Richard PR, Haber A. **Fundamentals of Social Statistics**. Singapore: McGraw- Hill Book, 1990.

9.Marwa MS, Mahmoud SA, Moshy SE, Rady D, AbuBakr N, Radwan IA. The prevalence of dental caries among Egyptian children and adolescences and other risk factors. **J. F1000Res.** 2019; 3(8): 8-19.

10.Kotha SB, Alabdulaali RA, Dahy WT, Alkhaibari YR, Albaraki ASM, Alghanim AF. The influence of oral health knowledge on parental practices among the Saudi parents of children aged 2–6 years in Riyadh City, Saudi Arabia. **J Int Soc Prevent Communit Dent.** 2018; 8: 565-71.

11.สำนักทันตสาธารณสุข. **แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประจำปี 2561**. นนทบุรี: กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560.

12.Soltani R, Sharifirad G, Mahaki B, Eslami AA. Determinants of Oral Health Behavior among Preschool Children: Application of the Theory of Planned Behavior. **J Dent (Shiraz).** 2018; 19(4): 273–279.

13.พิมพ์ณดา วังทะพันธ์, ชุลีวัลย์ ธัญญศิรินนท์. การพัฒนาพฤติกรรมทันตสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปี ที่ 4-6 อำเภอวังยาง จังหวัดนครพนม. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ** 2559; 9(3): 1-10.

14.อุพาริกา โยสิทธิ์. **พฤติกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้ปกครองของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลตำบลท่าผา อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง**. การค้นคว้าอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2558: 63-69.

15.Shaghaghian S, Zeraatkar M. Factors Affecting Oral Hygiene and Tooth Brushing in Preschool Children, Shiraz/Iran. **J Dent Biomater.** 2017; 4(2): 394-402.

16.Alkhtib A, Morawala A. Knowledge, Attitudes, and Practices of Mothers of Preschool Children About Oral Health in Qatar: A Cross-Sectional Survey. **Dent. J.** 2018, 6(4): 51-55.

17.สุปรียา เครือสาร, พรทิพย์ กีระพงษ์, นิตยา เพ็ญศิรินภา. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนที่มารับบริการคลินิกทันตกรรมเด็กดี อย่างต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่อง ในโรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. **วารสารทันตาภิบาล** 2560; 28(2): 47-57.

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

STROKE PREVENTION SELF-MANAGEMENT PROGRAMME IN PATIENT WITH UNCONTROLLED HYPERTENSION

กัตติกา วังทะพันธ์[1] , จริยาวัตร คมพยัคฆ์[2], อรพินท์ สีขาว [2]

Kattika wangtapan[1],Jariyawat Komphayak, Dr.P.H.[2],Orapint Seekao, M.Sc. [2]

(Received: February 12 ,2020 ; Accepted: March 23 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและสัดส่วนระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่มารับการรักษาแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประชาพัฒน์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 รายและกลุ่มเปรียบเทียบ 25 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเอง ของเคนเฟอร์และแกลิค คู่มือการจัดการตนเองและแบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเองในแต่ละวันเป็นรายบุคคล เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองและแบบบันทึกความดันโลหิต ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลองหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลประชาพัฒน์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์และทดสอบสมมุติฐานโดยสถิติที ที่ระดับการมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษาพบว่า 1) หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ< .05 2) หลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันกับก่อนได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ< .05 3) เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ภายหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ 4) หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีสัดส่วนของผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้สูงกว่าผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .05

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โปรแกรมการจัดการตนเอง การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research two-group pretest–posttest design was to compare before and after self-care behaviors and blood pressure levels of the experimental group and the comparison group in uncontrolled hypertensive patients. The sample consisted of 50 uncontrolled hypertensive patients who were treated with medicine at the outpatient medicine department of Prachapat Hospital, Bangkok. The instrument used in the experiment was self-management program for stroke prevention based on the self-management concept of Kanfer and Gaelick, a self-management handbook for recording daily self-care behaviors of individual hypertensive patients. Data were collected and tested after receiving the research ethics certification from Huachiew Chalermprakiet University and Prachapat Hospital. Were analyzed by using Frequency, Mean, Standard Deviation, Chi-square statistic, and hypotheses were tested using t-test at .05 level of significance.

The study results revealed that: 1) Mean score of self-care behaviors of uncontrollable hypertensive patients of the experimental group was higher than that before, and mean blood pressure (top / bottom) was significantly different at < .05 2) Mean score of self-care behaviors of uncontrollable hypertensive patients of the comparetive group was different and indifferent, and mean value of bottom blood pressure number was significantly indifferent at < .05 3) The comparetive after receiving the self-care behaviors of uncontrollable hypertensive patients was significantly between experimental group and comparison group

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
2 รองศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

who received nursing care. < .05 4) Mean score of self-care behaviors of uncontrollable hypertensive patients of the experimental group was higher than the control group, and mean blood pressure (top / bottom) was significantly better than the comparetive group at < .05

Keywords: uncontrolled hypertension, self-management program, stroke prevention

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรงต่อผู้ป่วยโดยตรงมีผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือมีความพิการให้หลงเหลืออยู่ ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง องค์การอนามัยโลกรายงานว่า พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคนในแต่ละปี และพบว่าโดยเฉลี่ยทุกๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน ทั้งนี้ในปี ค.ศ.2020 จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่า โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year; DALY) ที่สำคัญอันดับ 2 ทั้งในชายและหญิง [20]

สำหรับประเทศไทย พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียชีวิตอันดับที่ 3 ในเพศชายรองจากอุบัติเหตุจราจรและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอันดับที่ 2 ในเพศหญิงรองจากโรคเบาหวาน และเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญของประเทศ [2] นอกจากนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราป่วยทั่วประเทศที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดย พ.ศ. 2547 พบ 252.59 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มเป็น 354 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2555 [15] สอดคล้องกับรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ.2546-2555) พบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ พ.ศ. 2551-2555 คือ 20.80, 21.00, 27.50, 30.00 และ 31.70 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ เช่นเดียวกันกับอัตราผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นในช่วงเวลาเดียวกันคือ 216.58, 222.67, 271.85, 254.48 และ 318.83 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า โรคหลอดเลือดสมองยังคงมีความรุนแรงอยู่อย่างต่อเนื่อง [2] ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร มีประชากรที่เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองจากความดันโลหิตสูงปี พ.ศ. 2558-2660 จำนวน 3,860 ราย 4,797 ราย และ 4,974 ราย ตามลำดับ [2]

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันไม่ได้และปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้ ปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันไม่ได้ [18] คือ (1) อายุ จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนที่สุด ผู้ที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไปอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ทุก ๆ 10 ปีของอายุเพิ่มขึ้น (2) เพศ เพศชายเสี่ยงต่อการเป็นโรค 1.5 เท่าของเพศหญิงเกือบทุกช่วงอายุเป็นปัจจัยสำคัญ และพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตมากกว่า (3) ชาติพันธุ์ คนผิวดำเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาวทั้งเพศชายและเพศหญิง [18] (4) พันธุกรรม บุคคลที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคนี้ และพบว่าปัจจัยด้านบิดามีความเสี่ยง 2.4 เท่าของด้านมารดา ทั้งนี้ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมากกว่าบุคคลทั่วไป [17] สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้มีหลักฐานชัดเจนว่าเมื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ได้ จะทำให้อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันลดลง ได้แก่ [10] (1) ความดันโลหิตสูง (2) การสูบบุหรี่ (3) โรคอ้วน (4) การไม่ออกกำลังกาย (5) การรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดอุดตัน อาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงและโปแทสเซียมต่ำร่วมกับอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง

ความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่สามารถดูแลและป้องกันไม่ให้การเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ด้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ยังไม่เหมาะสมเนื่องจากคิดว่าตนเองหายป่วยแล้วจึงหยุดรับประทานยา ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารรสเค็ม ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จนทำให้เกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น [6] ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง [4] ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง [9] การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาเพื่อ

ควบคุมระดับความดันโลหิต [13] และปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม [4]

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เน้นที่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และ อารมณ์ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพนี้ด้วยตนเอง โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ประกอบด้วย ลดน้ำหนัก ลดการรับประทานอาหารเค็ม รับประทานอาหารที่มีผักเป็นหลัก ควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ควบคุมระดับไขมันในเลือด และมีการออกกำลังกาย [8] สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การป้องกันโดยการปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดนั้นสำคัญอย่างยิ่ง การดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองอย่างถูกต้อง กระทำอย่างสม่ำเสมอจึงจะสามารถลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดได้ [5]

นั่นคือผู้ป่วยต้องมีการจัดการตนเองเพื่อให้บรรลุความต้องการ การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นกระบวนการในการดูแลสุขภาพแบบต่อเนื่อง ที่มีเป้าหมายสำคัญคือช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังมีการดูแลอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง การจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น คือ มีทักษะในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน [1] สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่าการจัดการตนเองช่วยให้ระดับความดันโลหิตลดลงและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นเนื่องจากการจัดการตนเองนั้นผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วม มีการตัดสินใจทั้งผลดีและผลเสีย ของสิ่งที่ตนเลือกปฏิบัติ [12] แนวคิดการจัดการตนเองเน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลในทุกกระบวนการ โดยมีความเชื่อพื้นฐานว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ ต้องเกิดจากกระบวนการตัดสินใจ ประเมินผลดีผลเสียของการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆด้วยตนเอง มองเห็นคุณค่าของสิ่งที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง เพราะเมื่อประเมินและตัดสินใจแล้วว่าพฤติกรรมนั้นๆมีคุณค่าก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการดำรงชีวิตและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง [19] โรคความดันโลหิตสูง เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องมีการจัดการตนเองให้เกิดพฤติกรรมที่ เหมะสมกับโรคอยู่อย่างสม่ำเสมอ

จากการปฏิบัติงานของผู้วิจัยในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประชาพัฒน์ กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนระดับทุติยภูมิขนาด 100 เตียง ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเวลาและนอกเวลาราชการ ด้วยการตรวจวินิจฉัยและรักษาด้วยยา ตลอดจนให้คำแนะนำเรื่องโรค วิธีการป้องกันและการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองระหว่าง พ.ศ. 2558-2560 พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีช่วงอายุ 40-60 ปี มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ทั้งหมดเป็นจำนวน 16,781 ราย 15,313 ราย และ 16,442 ราย ตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคอื่นร่วมจำนวน 1,021 ราย 982 ราย และ 1126 และผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีช่วงอายุ 40-60 ปี พบมีแนวโน้มสูงขึ้นคือ จำนวน 42 ราย 76 ราย และ 126 ราย ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่าตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 มีนาคม 2561 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าระดับเป้าหมายของการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในขณะที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตแล้วไม่ทำให้ระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือมีระดับความดันโลหิตที่ไม่คงที่โดยมีค่าสูงกว่าหรือต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทตลอดเวลาที่ได้รับการรักษาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 4 เดือน [14] มีจำนวน 196 ราย [3] จากการสอบถามเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ประจำแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกได้ข้อมูลว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ ขาดการติดตามการรักษา เนื่องจากไม่มีเวลามารับยา ผู้วิจัยจึงได้สุ่มสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วยตัวเองจำนวนหนึ่ง ได้รับข้อมูลว่าไม่มีอาการผิดปกติจึงไม่ได้มารับยาตามนัด และไม่ค่อยมีเวลาเนื่องจากทำงานประจำ ส่วนเรื่องการปฏิบัติตัว พบว่าไม่มีเวลาออกกำลังกายและยังรับประทานอาหารเค็ม อาหารไขมันสูงอยู่เป็นประจำ นอกจากนี้ยังสังเกตพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวนมาก จึงอาจทำให้เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับโรคได้ไม่เพียงพอ

ผู้วิจัยตระหนักดีว่าโรคหลอดเลือดสมองมีความรุนแรงถึงแก่ชีวิตและถ้ารอดชีวิตจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ส่งผลกระทบอย่างมาก ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทำให้เกิดโรคนี้ คือภาวะความดันโลหิตสูงซึ่งสามารถป้องกันได้ และหากเกิดในผู้ป่วยช่วงอายุ 40-60 ปีซึ่งเป็นวัยทำงานเป็นเสาหลักของครอบครัว และเป็นช่วงวัยที่มีการดูแลตนเองได้ดี รวมถึงมีจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องโดยควบคุมความดันโลหิต

ให้อยู่ในระดับปลอดภัย ผู้วิจัยจึงสนใจ นำแนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์และแกลิค [19] มาพัฒนาเป็นโปรแกรมในการปรับและควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองและมีระดับความดันโลหิตที่ลดลง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ผลการศึกษายังสามารถนำไปใช้ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ภายหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

4. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

วิธีการการวิจัย

เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และ กลุ่มเปรียบเทียบ (Comparision group) ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest - posttest designs) โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยอายุ 40-60ปี ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประชาพัฒน์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุ 40-60 ปี ใช้สิทธิ์ประกันสังคมโรงพยาบาลประชาพัฒน์ ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงและควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ คือมีระดับความดันโลหิตที่สูงกว่าระดับเป้าหมายของการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง คือมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในขณะที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตแล้วไม่ทำให้ระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือมีระดับความดันโลหิตที่ไม่คงที่โดยมีค่าสูงกว่าหรือต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ตลอดเวลาที่ได้รับการรักษาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 4 เดือน [15] จำนวน 50 ราย โดยกำหนดให้ในวันที่มาตรวจนัดและวัดความดันโลหิตแรกรับ ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตที่สูงกว่าระดับเป้าหมายของการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในขณะที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตไม่ทำให้ระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือมีระดับความดันโลหิตที่ไม่คงที่โดยมีค่าสูงกว่าหรือต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ตลอดเวลาที่ได้รับการรักษาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 4 เดือน [15] โดยทำการสุ่มในวันเสาร์ วันอาทิตย์ของสัปดาห์แรกที่เริ่มโปรแกรมให้จัดผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลอง และในวันเสาร์ วันอาทิตย์ของสัปดาห์สัปดาห์ที่สอง เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างจะสลับสัปดาห์กันจนกว่าจะได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย การแยกสัปดาห์ในการเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อป้องกันการพบกันระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองและช่วยลดการได้รับข้อมูลที่ไม่จำเป็นระหว่างทั้งสองกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ

1.1 โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของของเคนเฟอร์และแกลิค [19] ประกอบด้วยการดำเนินการใน 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการจัดการตนเองของผู้ป่วย ประกอบด้วยกิจกรรม การติดตามตนเอง (Self-Monitoring) การ

ประเมินตนเอง (self Evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self Reinforcement)

ขั้นตอนที่ 3 ติดตามผลและประเมินผลการปฏิบัติ

1.2 คู่มือการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และการจัดการตนเองในเรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียด ตัวอย่างโมเดลอาหารเหมือนจริง กลุ่มอาหารที่ไม่ควรรับประทานและกลุ่มอาหารที่ควรรับประทาน

1.3 แบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเองในแต่ละวันสำหรับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยผู้ป่วยเป็นผู้บันทึกเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและการรักษา

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย จำนวน 31 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลตนเอง 4 ด้านคือ 1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด 4) พฤติกรรมการรับประทานยา โดยคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) =.867 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability statistics) ของ Cronbach's Alpha = .91

3. การดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลอง

ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อม(สัปดาห์ที่ 1)

1. วัดความดันโลหิต อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในโปรกรมการทดลองวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนเข้าร่วมวิจัย โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (ใช้เวลา 10 นาที)

2. ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เกิดการรับรู้ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับความหมายของโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองการจัดการกับพฤติกรรมการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การสังเกตุและรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การอ่านฉลากโภชนาการในอาหารสำเร็จรูป

3. ให้ผู้ป่วยสำรวจการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลของตนเองที่ผ่านมากับพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อให้เกิดการรับรู้ ตระหนักและให้ความสำคัญกับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลของตนเองและค้นหาปัญหาอุปสรรคในการจัดการพฤติกรรมการดูแลของ ผู้ป่วยที่ผ่านมาสะท้อนปัญหาและอุปสรรคในการจัดการพฤติกรรมการดูแลตนเอง

4. สนับสนุนให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย กำหนดแนวทางปฏิบัติ มอบคู่มือการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและแบบบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้ผู้ป่วย

5. กำหนดวันนัดครั้งต่อไป หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมผู้วิจัย ชี้แจงการโทรศัพท์ติดตามผลและประเมินผลการดูแลตนเอง หากผู้ป่วยมีปัญหาหรือข้อสงสัยในการจัดการกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ระยะที่ 2 การจัดการด้วยตนเอง (สัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 สัปดาห์ที่ 6) ขั้นตอนติดตามผลและประเมินผลการจัดการตนเอง กล่าวทักทาย สอบถามภาวะสุขภาพทั่วไป ประเมินผลการจัดการพฤติกรรมการดูแลตนเองในแต่ละสัปดาห์ ในส่วนที่ทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมยังไม่บรรลุเป้าหมายและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยเลือกวิธีเสริมแรงตนเองตามความเหมาะสม ผู้วิจัยช่วยให้กำลังใจ ชมเชยโทรศัพท์ติดตามให้คำปรึกษา

ระยะที่ 3 การติดตามผล และประเมินผลการปฏิบัติ (สัปดาห์ที่ 8) ขั้นตอนการประเมินผลโปรแกรมการจัดการตนเอง วัดความดันโลหิตและประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังสิ้นสุดการทดลอง

กลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 1 วัดความดันโลหิต ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง สัปดาห์ที่ 2-7 ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ สัปดาห์ที่ 8 วัดความดันโลหิต ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำและมอบคู่มือการจัดการตนเองเพื่อ

ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองพร้อมแบบบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเป็นรายบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ Paired t-test และสถิติทดสอบ independent sample t-test

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง				t	p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
	x	S.D.	x	S.D.		
ด้านการรับประทานอาหาร	26.40	3.09	41.48	3.48	13.84	.000*
ด้านการออกกำลังกาย	17.36	4.82	28.64	4.20	16.30	.000*
ด้านการจัดการกับความเครียด	14.72	1.10	22.36	1.49	21.22	.000*
ด้านการรับประทานยา	19.84	3.59	24.84	.47	6.89	.000*
พฤติกรรมโดยรวม	78.32	7.28	117.32	4.93	30.54	.000*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง ด้วยสถิติทดสอบที พบว่าค่าระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มทดลอง หลังทดลองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .05

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มเปรียบเทียบ

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	กลุ่มเปรียบเทียบ				t	p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
	x	S.D.	x	S.D.		
ด้านการรับประทานอาหาร	33.80	4.04	43.44	9.20	3.66	.001*
ด้านการออกกำลังกาย	17.76	8.06	14.20	4.68	-13.29	.000*
ด้านการจัดการกับความเครียด	11.64	2.36	14.96	2.60	-1.44	.161
ด้านการรับประทานยา	10.08	1.25	10.16	1.31	-.34	.735
พฤติกรรมโดยรวม	73.76	.11.3	77.52	11.42	-1.55	.132

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 2 พบว่าค่าระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มเปรียบเทียบ หลังทดลองดีกว่าก่อนทดลองด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .05 และพบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง มีผลไม่แตกต่างกัน ด้านการจัดการกับความเครียดและด้านการรับประทานยา รวมทั้ง และพฤติกรรมโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ > .05

3.เปรียบเทียบค่าระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ก่อนทดลอง	78.32	7.28	73.76	11.42	.30	.767
หลังทดลอง	117.32	4.93	77.52	11.35	16.01	.000*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนทดลองของของกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน และหลังทดลองของกลุ่มทดลอง มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าหลังทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสาคัญทางสถิติที่ระดับ <.05

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความดันโลหิต	กลุ่มตัวอย่าง				t	**P-value**
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ			
	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D.		
<u>ก่อนทดลอง</u>						
SBP (mmHg)	160.32	8.330	169.48	6.410	-4.700	.000
DBP (mmHg)	75.92	10.058	85.28	9.851	-3.542	.002
<u>หลังทดลอง</u>						
SBP (mmHg)	147.44	10.372	171.00	6.137	-9.822	.000
DBP (mmHg)	70.48	6.814	86.36	9.124	-7.082	.000

SBP =Systolic blood Pressure, DBP = Diastolic Blood Pressure *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตค่าบน/ค่าล่าง ในกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีระดับความดันโลหิตที่ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .05

สรุปและอภิปรายผล

1. หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ในโปรแกรมได้นำทฤษฎีของ Kanfer and Gaelick (1991)[19] มีความเชื่อว่า บุคคลสามารถควบคุมตนเองได้ พฤติกรรมของบุคคลถูกกระตุ้นจากความชอบหรือความสนใจของบุคคลนั้น แรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรม หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นเพราะว่ามีการบังคับควบคุมตนเอง เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานโดยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติระดับที่ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตนาภรณ์ ศิริเกต (2558)[7] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. หลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยก่อนได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ อธิบายได้ว่า ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังทดลอง พบว่า ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มเปรียบเทียบ หลังทดลองดีกว่าก่อนทดลองด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และพบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มเปรียบเทียบ มีผลไม่แตกต่างด้านการจัดการกับความเครียดและด้านการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตนาภรณ์ ศิริเกต (2558)[7] ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการ ป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 3.14 คะแนน (SD = 0.18) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่าเดิมคือ 3.14 คะแนน (SD = 0.19) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

3. หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ อธิบายได้ว่า ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานโดยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับที่ .05

4. หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีสัดส่วนของผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้สูงกว่าผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ อธิบายได้ว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตค่าบน/ค่าล่าง ในกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีระดับความดันโลหิตที่ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ มะลิวรรณ สง่าลี (2550)[11] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนอาหารต่อความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยฟอกเลือดโดยใช้สื่อการสอนที่เป็นภาพพลิกซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองสูงขึ้น ดังนั้นการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิ๊บสันร่วมกับการใช้สื่อที่ช่วยกระตุ้นเตือนความจำทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่ากลางของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตซีสโตลิค (Systolic blood pressure: SBP) และความดันโลหิตไดแอสโตลิค (Diastolic blood pressure: DBP) ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มาปรับใช้กับงานคลินิกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกฝ่ายมีส่วนร่วม เน้นการดูแลลักษณะเชิงรุก โดยการจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ติดตามพฤติกรรม ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเน้นการส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านเพื่อติดตามพฤติกรรมและตรวจวัดระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ

2. ควรมีการศึกษาวิจัยในระยะยาวเพื่อติดตามประสิทธิผลด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ว่าคงความสามารถในการดูแลตนเองและควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม คือ น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท

3. นำโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ รองศาสตราจารย์ อรพินท์ สีขาว อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่เสียสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการให้คำปรึกษาและแนวทางอันเป็นประโยชน์ตลอดจนตรวจแก้ไขและเสนอแนะเพิ่มเติมให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ จึงขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1.กรศินันท์ เลิศสกุลจินดา. **ผลของการสนับสนุการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ด้วยตัวเอง.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยลัยวลัยลักษณ์ นครราชศรีธรรมราช, ปีที่พิมพ์2553

2.กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. **ข้อมูลสถิติสาธารณสุขปี 2548-2556.** http://bpo.ops.moph.go.th/Healthinformation/illin 42-48 hton สืบค้นเมื่อ (10 กันยายน 2561).

3.งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลประชาพัฒน์. **สถิติผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วย นอก.** โรงพยาบาลประชาพัฒน์. กรุงเทพมหานคร, ปีที่พิมพ์2560

4.จันทนี เปี่ยมนุ่ม. **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กิ่งอำเภอคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี.** ปริญญานิพนธ์ วท.ม.(สุขศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร, ปีที่พิมพ์2550

5.ชลธิรา กาวไชสง. **ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมพวง อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา.** มหาวิทยาลัยขอนแก่นศรีนครินทร์เวชสาร 2557; 29, ปีที่พิมพ์2557

6.นภาพร ห่วงสุขสกุล. **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัอุบลราชธานี.** วิทยานิพนธ์. สม. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. จังหวัดอุบลราชธานี, ปีที่พิมพ์2555

7.รัตนาภรณ์ ศิริเกต. **ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยง โรคหลอดเลือดสมอง.** ศรีนครินทร์เวชสาร (2558) ปีที่ 30 ฉบับที่ 3 (พฤษภาคม-มิถุนายน 2558) : หน้า 299-304, ปีที่พิมพ์ 2558

8.นิตยา พันธุเวทย์และคณะ. **ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลก ปี พ.ศ.2557.** จังหวัดนนทบุรี:กระทรวงสาธารณสุข, ปีที่พิมพ์2557

9.ปฐญาภรณ์ ลาลุน และคณะ. พฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. **วารสารการแพทย์และ วิทยาศาสตร์สุขภาพ**, 18(3):160-169, ปีที่พิมพ์ 2554.

10.พัสตราภรณ์ ปัญญาประชุม. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่ใช้ระบบเครือข่ายการส่งต่อช่องทางด่วนของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน.** คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปีที่พิมพ์2559

11.มะลิวรรณ สง่าลี. **ผลของโปรแกรมให้ความรู้เรื่องการ ปรับเปลี่ยนอาหารต่อความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองและตัวแปรทางคลินิกของ ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด.** บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, ปีที่พิมพ์ 2550

12.ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคา. **ผลของการจัดการตนเองต่อพฤกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑุตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ปีที่พิมพ์ 2551

13.สุมาลี วังธนากร และคณะ. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.** สงขลานครินทร์เวชสาร, 26(6), 539-548. ปีที่พิมพ์ 2551

14.สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. **แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวช ปฏิบัติทั่วไป.** http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf. สืบค้นเมื่อ(10 สิงหาคม 2561).

15.สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย. **วันโรคหลอดเลือดสมองโลก (Stroke Awareness Day).** กรุงเทพ: สถาบันประสาทวิทยา, ปีที่พิมพ์ 2557

16.Cohen. **Statical power analysis for the behavioral sciences(2nd ed).** Hillsdale NJ Lawrence Erlbaum Associates, 1998

17.Flossmann, E., Schulz, U.G., & Rothwell, P.M. **Systematic review of methods and results of studies of the genetic epidemiology of ischemic stroke.** Stroke, 35, 212-227, 2004

18.Hanchaiphiboolkul, S., Poungvarin, N., Nidhinandana, S., Suwanwela, N.C., Puthkhao, P., Towanabut, S.,Samsen, M. **Prevalence of stroke and stroke risk factors in Thailand: Thai Epidemiologic Stroke (TES)** Study. J Med Assoc Thai, 94, 427-436, 2011

19.Kanfer and Gaelick. **Self-management**. https://www.researchgate.net/publication/232488687_Self- management_met, (5 June 2018).

20.World Health organization. (2015). **The atlas of heart disease and stroke.** http://www.who.int/cardiovascular_disease/ resources/atlas/en/Retrieved, (18 November 2015).

สถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้นำชุมชนในจังหวัดพะเยา

Situation of Alcohol Consumption by Community Leaders in Phayao Province

ภูวนารถ ลิ้มประเสริฐ[1] และ ธนัช กนกเทศ[2]

Bhuwanart Limprasert[1] And Thanach Kanokthet[2]

(Received: January 17 ,2020 ; Accepted: February 26 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้นำชุมชนในจังหวัดพะเยา เก็บรวบรวมโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in – depth interviews) บันทึกภาคสนาม และถ่ายภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) จำแนกข้อมูล และจัดระบบข้อมูลให้เป็นระบบ มีความสัมพันธ์เชิงเหตุผล

ผลการวิจัย พบว่าส่วนใหญ่มีความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนรับประทานอาหารเย็น เกือบทุกวัน โดยมีปริมาณการดื่มไม่แน่นอน ตั้งแต่หนึ่งถึงสองแก้วขนาดเล็กไปถึงครึ่งขวดบรรจุเบียร์ (ประมาณ 20 - 375 ซีซี) ขึ้นอยู่บริบทการดื่ม มีโอกาสดื่มทุกครั้งที่ไปร่วมงานจัดเลี้ยงในพื้นที่ รูปแบบการดื่มส่วนใหญ่จะดื่มคนเดียวที่บ้าน นาน ๆ ครั้งที่จะดื่มกับผู้ที่มาเยี่ยมเยือนที่บ้าน ในงานเลี้ยงต่าง ๆ ที่ได้รับเชิญจะดื่มกับผู้นำที่มาร่วมงานเลี้ยง สุราชุมชนที่จำหน่ายโดยไม่ปิดอากรแสตมป์หรือเหล้าเถื่อนเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ชอบดื่มและดื่มเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้มีความเชื่อว่าเป็นยา ช่วยให้เจริญอาหาร คลายปวดเมื่อยจากการทำงาน เลือดลมไหลเวียนดี นอนหลับง่าย การโฆษณาไม่มีผลต่อการสร้างแรงจูงใจในการดื่ม สำหรับการควบคุมการดื่มทุกหมู่บ้านมีกฎหรือมาตรการของชุมชน เช่น ห้ามดื่มในงานศพ งานประเพณีวัฒนธรรมมีผลต่อการดื่ม มีการจัดเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

คำสำคัญ : การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์1, ผู้นำชุมชน2, จังหวัดพะเยา3

Abstract

This research to study alcohol consumption situation of community leaders in Phayao Province. Data were collected by In-depth interviews and analyzed with used to thematic analysis.

The study found that most of the alcoholic beverage frequency before dinner almost daily with the amount of unstable drink. From one to two small glasses to half a bottle of beer (about 20 - 375 cc), depending on the context drink. Have a chance to drink every time to attend a banquet in the area. The Most drinking patterns were drink alone, sometimes to drink with a visitor at home and drink with friend leaders when they were invited at the party. Community spirits sold without stamp duty (no tax) or illegal liqueur are mostly alcoholic drinkers. They have been believing that the drug, appetite, relieve pain from work, good blood circulation and easy sleep for them drink anytime. Advertising does not affect the motivation to drink. For the control of drinking, all village have rules or measures community such as the ban on drinking at funerals. Both of Cultural and traditions have affect drink because all those served alcoholic beverages.

Keywords : alcohol consumption1, community leaders2, Phayao Province3

บทนำ

องค์การอนามัยโลก กำหนดให้การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาเร่งด่วนอันดับที่ 2 เป็นต้นเหตุของการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ มากกว่า 200 ชนิด และการเสียชีวิตของประชากรโลกมากกว่า 3.3 ล้านคนต่อปี สถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากรายงานประจำขององค์การอนามัยโลกปี 2014 ระบุว่าประเทศไทยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากเป็นอันดับที่ 78 ของโลก เฉลี่ย 7.1 ลิตรต่อคน คิดเป็นค่าใช้จ่ายค่าสุราคนละ 509 บาทต่อวัน หรือประมาณ 6,108 บาทต่อปี[3,33] มีปริมาณการดื่มต่อนักดื่ม 23.8 ต่อลิตรต่อคนต่อปี และมีความชุกผู้ที่มีภาวะจากการดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 4.9 สูงที่สุดในอาเซียน [17] อีกทั้งยังเป็นพฤติกรรมเสี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อสุขภาพ ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มโอกาสในการเกิดโรคและการบาดเจ็บมากกว่า 200 ชนิด [21] มีโอกาสป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวเนื่องกับการดื่ม

[1] นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

แอลกอฮอล์มากกว่าผู้ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 216 เท่า [7] ทำให้เกิดโรคมากกว่า 60 โรค [14] จากการรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยปี 2556 พบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการสูญเสียปีสุขภาวะในประชากรชายโดยสูงถึงห้าแสนห้าหมื่นปีหรือร้อยละ 8.8 [24] [27]

ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก่อให้เกิดผลกระทบในหลากหลายมิติทั้งที่เกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น [10] ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตนเอง (alcohol's harm to self) หรือผลกระทบทางตรงต่อสุขภาพ เป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเกิดอุบัติเหตุจราจรในช่วงเทศกาลสงกรานต์และปีใหม่ในช่วงปี 2558 – 2560 การเกิดอุบัติเหตุจราจรมีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความสัมพันธ์ในลักษณะที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามปริมาณการดื่มก่อนขับขี่ โดยสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจราจรมากที่สุดคือเมาแล้วขับมากที่สุด และเป็นเหตุที่ทำให้เสียชีวิตลำดับที่สอง การดื่มแล้วขับเป็นสาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุและทำให้มีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นสองเท่า [4] มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการบาดเจ็บรุนแรงในช่วงเทศกาลปีใหม่และเทศกาลสงกรานต์กับช่วงปกติ โดยในช่วงเทศกาลปีใหม่ เพิ่มขึ้นจากช่วงปี 2.42 เท่า และในช่วงเทศกาลสงกรานต์เพิ่มขึ้นจากช่วงปกติ 2.79 เท่า ผลกระทบแบบเรื้อรังหรือระยะยาว ได้แก่ภาวการณ์เกิดพิษเฉียบพลัน ระบบทางเดินอาหาร มะเร็ง โรคทางจิตและประสาท และโรคอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับปริมาณการดื่มที่มากขึ้น [10]

สำหรับในส่วนผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้อื่น (alcohol's harm to other) ซึ่งเป็นหลักการสำคัญในการอธิบายความชอบในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลกระทบต่อเด็กและเยาวชนในครอบครัวของผู้ดื่ม พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่มของบุคคลอื่นที่เป็นสมาชิกในครอบครัว อีกทั้งยังเป็นผลให้เกิดการส่งผ่านพฤติกรรมการดื่มจากรุ่นสู่รุ่น (intergenerational transmission) นอกจากนี้ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทารุณกรรมต่อเด็กในครอบครัว ทางร่างกาย ร้อยละ 18.1 และทางจิตใจ ร้อยละ 19.2 ส่งผลต่อความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ก่อให้เกิดความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงาน อาทิเช่น การคุกคามและล่วงละเมิดทางเพศ ยังพบว่าผู้ที่ดื่มในระดับอันตรายมากจะสูญเสียผลิตภาพการทำงานมากที่สุด ร้อยละ 13.9 หรือคิดเป็นการขาดงาน 30 วันต่อปี [10] ในส่วนผลกระทบต่อชุมชนหรือสาธารณะ ได้แก่ การกระทำความผิดทางอาญา การดื่มสุราเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกระทำผิดคดีอาญาต่าง ๆ อาทิเช่น ทำให้เสียทรัพย์ ร้อยละ 59.1 ความผิดเกี่ยวกับเพศ ร้อยละ 34.8 ความผิดต่อร่างกาย ร้อยละ 20.8 ความผิดฐานบุกรุก ร้อยละ 16.1 และความผิดฐานข่มขืนกระทำชำเรา ร้อยละ 10.5 ความสูญเสียบนท้องถนนเป็นอีกผลกระทบหนึ่ง ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีทัศนคติหลังการดื่มกับสมรรถภาพในการขับรถ คิดว่าตนเองยังสามารถขับรถได้อย่างปลอดภัย ส่งผลให้เป็นสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุอันดับที่ 1 คือเมาสุรา การดื่มแล้วขับเป็นสาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุและทำให้มีผู้เสียชีวิตอันดับที่ 1 [4] สำหรับผลกระทบต่อครอบครัว การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดการทะเลาะเบาะแว้ง และความรุนแรงในครอบครัว พบว่าครอบครัวที่ดื่มสุรามีโอกาสเกิดความรุนแรงในครอบครัว 3.84 เท่าของครอบครัวที่ไม่ดื่มสุรา [10] ทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี บุตรขาดความอบอุ่น ผู้หญิงที่เป็นภรรยาเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิต อาจถึงเป็นโรคซึมเศร้า เพราะหัวหน้าครอบครัวติดสุรา [15] ในส่วนผลกระทบต่อรัฐก่อให้เกิดภาระของประเทศในการคอยแบกรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลการบาดเจ็บจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ค่าใช้จ่ายในการบังคับใช้กฎหมายและการฟ้องร้องคดีความกระบวนยุติธรรม เป็นต้น [10] เป็นต้นทุนทางสังคม (social cost) ที่ตีเป็นมูลค่าทางเศรษฐศาสตร์ในปี 2554 เทียบเท่าร้อยละ 1.08 ของรายได้มวลรวมประชาชาติ [9]

อย่างไรก็ตาม จากปัญหาเหล่านี้หากไม่ดำเนินการควบคุมมากขึ้น อีก 5 ปีนับตั้งแต่ปี 2557 ประเทศไทยมีแนวโน้มการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อันดับที่ 56 [33] ประกอบกับมีความชุกสูงสุดของโลกจากปัญหาการใช้สุรา ร้อยละ 19 รวมทั้งยังมีปริมาณการดื่มต่อนักดื่มสูงที่สุดของอาเซียน 23.8 ลิตรเทียบเท่าแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี และมีความชุกของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol use disorder) สูงที่สุดด้วยเช่นกันถึงร้อยละ 49 [17]

พลวัตพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 4 ปี (2554 – 2557) พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือที่เรียกว่า “นักดื่มปัจจุบัน (Current drinker)” มีจำนวน และความชุกที่เพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มวัย โดยประชากรไทย 18,641,720 คน ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ในจ านวนนี้ร้อยละ 60.1 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นานๆ ครั้ง (occasional drinker) ซึ่งดื่มน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์และ ร้อยละ 39.9 เป็นนักดื่มประจำ (regular drinker) ซึ่งดื่มตั้งแต่ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ ประชากรกลุ่มอายุ 15 ถึง 24 ปีส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.1) ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นานๆ ครั้ง ในขณะที่กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 15 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกวัน ประชากรหญิงของไทยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84) ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นานๆ ครั้ง โดยร้อยละ 30 ดื่มเพียง 1-3 ครั้งต่อปี ในขณะที่ประมาณเกือบครึ่ง (ร้อยละ 45.8) ของประชากรชายดื่มเป็นประจำ รวมถึงค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นประมาณ 1.6 เท่าซึ่งมาจากการดื่มที่ร้านเป็นหลัก สะท้อนให้เห็นว่ากลยุทธ์ของร้านขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการจูงใจผู้ดื่ม ค่อนข้างมีประสิทธิผล อีกทั้งยังคงมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่คล้ายเดิมในด้านความถี่ของการดื่ม ประเภทของเครื่องดื่มที่นิยมดื่ม สถานที่ซื้อ สถานที่นั่งดื่ม ทว่าเมื่อให้ประเมินการดื่มของตนเอง พบว่านักดื่มมีการดื่มหนักเพิ่มมากขึ้น และการดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์มีการปรับตัวสูงขึ้นจาก 7.1 เป็น 7.7 ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี ในปี พ.ศ. 2554 และ 2557 [29] ซึ่งจากการสำรวจพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือน ผู้ชายเป็นนักดื่มประจำมีอัตราการดื่มสูงกว่าหญิงประมาณ 10 เท่า [13] กลุ่มวัยทำงาน 25 - 59 ปี มีอัตราการดื่มมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ร้อยละ 38.2 มีความถี่ของการดื่ม ร้อยละ 57.6 เป็นผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นผู้ที่ดื่ม 5 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป ถึงร้อยละ 38.3 ซึ่งในกลุ่มนี้เป็นผู้ที่ดื่มทุกวันสูงถึงร้อยละ 26.2 เบียร์เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมดื่มมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง ร้อยละ 65.8 สาเหตุสำคัญที่เริ่มดื่มอันดับหนึ่งคือเพื่อเข้าสังคม/การสังสรรค์ ร้อยละ 41.9 [25]

ปัจจัยเอื้อที่สำคัญต่อการเข้าถึงของนักดื่มคือการมีโรงงานผลิตสุราในชุมชน จำนวน 3,800 ราย ครึ่งหนึ่งอยู่ในภาคเหนือ [31] ซึ่งเป็นภาคที่มีความชุกการดื่มสุราสูงสุดของประเทศ [25] พบว่ามีความชุกของพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักดื่ม มีสัดส่วนสูงกว่าค่าเฉลี่ยภาพรวมของประเทศทุกด้าน [31] กล่าวคือผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 3.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 39.2 นักดื่มเพศชายมีสัดส่วนถึงร้อยละ 60.2 และเพศหญิงร้อยละ 19.6 นักดื่มวัยทำงานอายุ 25-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.6 ระดับการศึกษาสูงสุดสายอาชีพมีสัดส่วนสูงที่สุด ร้อยละ 50.3 สำหรับนักดื่มปัจจุบัน คิดเป็น ร้อยละ 39.2 ของประชากรทั้งหมด ส่วนมากมีความถี่ของการดื่ม น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือเป็นการดื่มแบบนานๆ ครั้ง ร้อยละ 22.7 ส่วนผู้ที่เคยดื่มหนักหรือดื่มปริมาณมากในครั้งเดียวคิดเป็นร้อยละ 43.5 ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมดื่มมากที่สุดคือสุรา คิดเป็นร้อยละ 66.0 รองลงมาเป็นเบียร์ ร้อยละ 30.9 อีกทั้งสุรายังเป็นเครื่องดื่มที่นิยมมากที่สุดในกลุ่มวัยทำงานอายุ 25-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 67.1 เมื่อพิจารณาจากปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากร พบว่าปริมาณการดื่มใกล้เคียงกับทั้งประเทศ คือ 7.6 ลิตร เทียบกับ 7.7 ลิตร ซึ่งกว่าครึ่งหนึ่งของปริมาณรวมดังกล่าวมาจากสุราขาว คือ 4.5 ลิตร ทั้งนี้กลุ่มนักดื่มวัยทำงานอายุ 25 - 59 ปี มีค่าใช้จ่ายในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยต่อคนต่อเดือนมากกว่ากลุ่มอื่นๆ คือ 600.9 บาท [12]

ในการศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้นำชุมชนที่มีวิวัฒนาการตั้งสมัยสุโขทัย อยุธยา ต่อมาในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้ได้ทรงมีพระราชดำริให้มีการฟื้นฟู เพราะทรงเล็งเห็นว่าการปกครองในระดับนี้จำเป็นและสำคัญยิ่งในการบริหารราชการแผ่นดิน เนื่องจากเป็นหน่วยการปกครองที่ใกล้ชิดกับราษฎรมากที่สุด ทดลองจัดระเบียบการปกครองตำบล หมู่บ้านขึ้นที่บ้านเกาะ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เมื่อ ร.ศ. 111 (พ.ศ. 2435) โดยให้ราษฎรเลือกผู้ใหญ่บ้านแทนการแต่งตั้งโดยเจ้าเมือง กำเนิดสถาบันกำนันผู้ใหญ่บ้านในปี 2450 นับแต่นั้นมาจึงได้มีการจัดระเบียบการปกครองตำบล หมู่บ้าน ตามหัวเมืองต่าง ๆ โดยตราเป็น พระราชบัญญัติลักษณะปกครองท้องที่ ร.ศ. 116 (พ.ศ.2540) ต่อมาในรัชสมัยรัชกาลที่ 6 ได้มีการตราพระราชบัญญัติลักษณะปกครองท้องที่ พ.ศ. 2457 ขึ้นใช้บังคับแทน [2] การศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้านอำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ [8] ในรอบ 12 เดือน มีการดื่ม ร้อยละ 73.8 การดื่มครั้งแรกอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 51.3 ประเภทของเครื่องดื่มที่เลือกดื่ม

สุราขาว ร้อยละ 54.5 เบียร์ ร้อยละ 51.5 ความถี่ในการบริโภคน้อยกว่า 1 – 3 วันต่อเดือน ร้อยละ 31.3 ลักษณะการดื่มเฉพาะช่วงเทศกาล ร้อยละ 67.5 สถานที่ซื้อร้านขายของชำ ร้อยละ 73.9 แรงจูงใจในดื่มสังสรรค์เพื่อนฝูงร้อยละ 95.7 และจากการศึกษานำร่องโดยการสำรวจของผู้วิจัยในพื้นที่อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา เพื่อแสวงหาข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้นำชุมชนคือผู้นำที่เป็นทางการ ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านฝ่ายปกครอง ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านฝ่ายรักษาความสงบ สารวัตรกำนัน แพทย์ประจำตำบล เมื่อเดือนพฤษภาคม 2559 โดยเก็บข้อมูลจากผู้นำชุมชนที่มีอายุระหว่าง 25-60 ปี ที่ครองตำแหน่งและปฏิบัติงานมาแล้วไม่ต่ำกว่า 12 เดือน ในพื้นที่อำเภอแม่ใจ ซึ่งเป็นพื้นที่มีอัตราความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนสูงสุด ในจังหวัดพะเยา พบว่าผู้นำชุมชนมีความชุกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 75.0 [16] เช่นเดียวกันกับการสำรวจพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี 2554 พบว่าประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เป็นนักดื่มในปัจจุบัน (current drinker) หรือผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนที่แล้ว ร้อยละ 32.3 โดยกลุ่มวัยทำงาน 25 - 59 ปี มีอัตราการดื่มสูงกว่ากลุ่มอื่น ร้อยละ 38.2 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)ขณะเดียวกันในภาคเหนือ พบว่าความชุกมีสัดส่วนสูงกว่าค่าเฉลี่ยภาพรวมของประเทศเป็นส่วนใหญ่ กล่าวคือเป็นผู้ดื่มเครื่องดื่ม ร้อยละ 39.2 เพศชายมีสัดส่วนถึงร้อยละ 60.2 อยู่ในกลุ่มวัยทำงานอายุ 25 - 59 ปี ร้อยละ 47.6 [12]

จากการสำรวจของพฤติกรรมการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2554 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าจังหวัดพะเยามีดัชนีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์สูงสุด 0.7 จากคะแนนเต็ม 1.0 [22] ซึ่งที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ห้าประเด็นได้แก่ ความชุกของนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่ การเข้าถึงแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่นหรือความชุกของนักดื่มประชากร 15 – 19 ปี สัดส่วนนักดื่มประจำทุกสัปดาห์ต่อนักดื่มทั้งหมด สัดส่วนนักดื่มนักดื่มที่มีพฤติกรรมดื่มอย่างหนัก และสัดส่วนนักดื่มที่มีพฤติกรรมดื่มแล้วขับขี่ยานพาหนะภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา มีคะแนนรวมจาก 0 – 1 จากการที่จังหวัดพะเยาค่าดัชนีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์สูงสุด หมายความว่ามีความเสี่ยงต่อปัญหามากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดอื่น ๆ [31] รวมทั้งยังมีสัดส่วนของนักดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์นอกระบบภาษี ร้อยละ 56.4 [32] และมีความชุกในประชากรผู้ใหญ่อายุ 15 ขึ้นไป ร้อยละ 54.0 เป็นอันดับหนึ่งของประเทศ [26] ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมดื่มมากที่สุด ร้อยละ 56.4 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษี ได้แก่ สุราเถื่อน สุราพื้นเมือง สุราชุมชน หรือสุราที่ผลิตเองตามบ้าน โดยไม่ได้เสียภาษี โดยโอกาสที่ใช้ในการดื่มสุราคือหลังจากเลิกงานกับเพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน หรือคนในครอบครัว บางครั้งก็ดื่มเพื่อคลายปวดเมื่อยจากการทำงาน เหตุผลที่นิยมดื่มสุรากลั่นชุมชนเพราะ มีราคาถูกกว่าสุราสีหรือสุราอื่นๆ [32] ประกอบกับการสำรวจสถานการณ์การผลิตจำหน่าย และการดื่มสุราในลักษณะที่ไม่เสียภาษีในพื้นที่จังหวัดพะเยาปี 2556 พบว่าโรงกลั่นสุราชุมชนมากกว่าร้อยละ 94 มีการจำหน่ายในรูปแบบไม่เสียภาษี (ไม่ติดอากรแสตมป์) หรือลักลอบบรรจุขวดพลาสติก ถุงพลาสติก หรือแกลลอน (ราคาตั้งแต่ 10 – 50 บาท ขึ้นอยู่กับปริมาณบรรจุ) โดยเฉพาะในช่วงงานสำคัญอาทิเช่น งานเลี้ยงขึ้นบ้านใหม่ งานแต่งงาน งานศพ มีการจำหน่ายในปริมาณมาก โดยการบรรจุลงในถังน้ำดื่มหรือแกลลอนขนาด 20 ลิตร ราคาประมาณ 800 บาท ซึ่งมีราคาถูกกว่าสุรากลั่นชุมชนที่จำหน่ายแบบมีอากรแสตมป์ 2.8 เท่า นอกนั้นยังมีการรับสุรากลั่นชุมชนจากอีกหมู่บ้านในตำบลเดียวกันมาจำหน่าย โดยการซื้อมาแบบไม่มีอากรแสตมป์แล้วนำมาแบ่งขาย [1]

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นภาคเหนือตอนบน หรืออนุภูมิภาคล้านนา เป็นพื้นที่ที่ความชุกของนักดื่มสูงสุดในประชากรผู้ใหญ่อายุ 15 ปีขึ้นไป และมีดัชนีคะแนนความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์สูงสุดเช่นเดียวกันกับจังหวัดพะเยา เป็นอันดับที่ 1 ทั้งสองประเด็นเช่นกัน [22][26] ดังนั้น การลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้นำชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยทำงาน 25 - 59 ปี และเป็นกำลังสำคัญในการทำงานเชื่อมประสานภาคีต่าง ๆ ดูแลทุกข์สุขของราษฎร โดยบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้นำอย่างเป็นทางการ ทำให้มีสถานะและบารมี อันเป็นที่ยอมรับตลอดจนถึงเคารพนับถือจากทุกฝ่ายในพื้นที่ อีกทั้งยังเป็นแบบอย่างที่ดีของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กอปรกับสถานการณ์ของจังหวัดพะเยาที่มีปัจจัยชักนำและส่งเสริมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้แก่ การยอมรับการดื่มสุราในชีวิตประจำวันหรือในประเพณี วัฒนธรรม พิธีกรรมต่าง ๆ

ตลอดจนการง่ายต่อการเข้าถึงทั้งเชิงกายภาพ เศรษฐศาสตร์ สังคม อีกทั้งยังขาดความเข้มแข็งของนโยบายควบคุมปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อันเป็นปัจจัยเอื้อให้ดื่มเพิ่มขึ้น จึงนับว่าเป็นประเด็นสำคัญ ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้นำชุมชนในจังหวัดพะเยา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการดื่มสูงจากการสำรวจของพฤติกรรมการดื่มสุราของประชากร เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบในการลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้นำชุมชนที่เหมาะสม ภายใต้ทฤษฎีความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้นำชุมชนในจังหวัดพะเยาซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการดื่มสูงจากการสำรวจของพฤติกรรมการดื่มสุราของประชากร

วิธีการวิจัย

การศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้นำชุมชน ผู้วิจัยมีระบบความเชื่อชี้นำเป็นแบบกระบวนทัศน์เชิงตีความ (Interpretive paradigm) ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ในการแสวงหาความรู้เพื่ออธิบายสถานการณ์ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้นำชุมชน

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลคือผู้นำชุมชน จำนวน 7 คน คัดเลือกโดยวิธีการแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ประกอบด้วยเป็นผู้นำชุมชนในสนามวิจัยที่มีประสบการณ์ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ต่ำกว่า 1 ปี เป็นนักดื่มปัจจุบัน ที่มีความถี่ในการดื่มอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์ [13] อนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ มีวิถีชีวิตและอยู่จริงในสนามวิจัย

สนามวิจัยคือ ตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา เหตุผลในการสนามวิจัยเป็นพื้นที่มีความเหมาะสมที่สุดกับสิ่งที่ต้องการศึกษาคือมีความชุกในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด [6] รวมทั้งยังเป็นพื้นที่ที่นักวิจัยสามารถปฏิบัติตนในบทบาทนักวิจัย และเข้าถึงข้อมูลได้ [28]

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือการวิจัย คือแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi- structured or guided interviews) เครื่องบันทึกเสียง และกล้องถ่ายรูป

เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล และตรวจสอบข้อมูลเพื่อพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มานั้นถูกต้องหรือไม่ แหล่งที่พิจารณาในการตรวจสอบ ได้แก่ เวลา ข้อมูลที่ได้ต่างเวลากันจะเหมือนกันหรือไม่ สถานที่ ข้อมูลต่างสถานที่จะเหมือนกันหรือไม่ แหล่งบุคคล ข้อมูลต่างบุคคลที่ให้ข้อมูลจะเหมือนกันหรือไม่ (สุภางค์ จันทวานิช, 2553)

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) จำแนกข้อมูล และจัดระบบข้อมูลให้เป็นระบบ มีความสัมพันธ์เชิงเหตุผล

สรุปและอภิปรายผล

1. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้นำชุมชน พบว่าส่วนใหญ่มีความถี่ในการดื่มก่อนรับประทานอาหารเย็นทุกวัน

"กิ๋นแทบทุกเย็นก่อนกิ๋นข้าว แลงลงแทบตึงวัน"

"กิ๋นตึงวันน่อ บ่าเจ้าบ่าตอนบ่เกยกิ๋น จะกิ๋นแต่บ่าแลงจะอี้ ถ้าบ่มีกิ๋นเลยยาก

"กิ๋นช่วงเย็น มั่นอยู่ ตอนแลงก่อนกิ๋นข้าว กิ๋นแทบตึงวัน"

"หมั่นอยู่ แต่บ่ได้กิ๋นตึงวัน บ่ปอติดกั๋น"

"ตึงวันน่อ กับเปื่อน ไปยะก๋าน บ่าแลงต้องกิ๋น"

2. ปริมาณการดื่มแต่ละครั้ง พบว่าผู้นำชุมชนมีปริมาณการดื่มไม่แน่นอนตั้งแต่หนึ่งถึงสองแก้วขนาดเล็กไปถึงครึ่งขวดบรรจุเบียร์ (ประมาณ 20 - 375 ซีซี) ขึ้นอยู่กับสภาวะทางอารมณ์ความรู้สึกของผู้นำชุมชนในห้วงเวลาที่ดื่ม

"บ่แน่ อยู่ตี่อารมณ์ วันไหนครื้ม ๆ ก็หนักน้อย วันไหนบ่มีใจ๋ ก็น้อยน้อย หนักสุดประมาณกึ่งขวดน้ำ (300 ซีซี)"

"กิ๋นประมาณวันละกั๊ก ถึงกึ่งแบน อาจเกินก็มี"

"กิ๋นอยู่ตี่บ้านกำแป๋งสองแป๋ง ออกไปข้างนอกจาวบ้านเป็นเลี้ยงสี่ห้าคนขวด"

"กิ๋นมอกฮ้ายมอกดีบ่เมาบ่เกินสิบแป๋ง มอกกึ่งขวด 500 ซีซีถ้าเป็นเหล้าเถื่อน กั๊กหนึ่งถ้าเป็นเหล้าแดง"

"มอกเมาสิบแป่งถึงขวดอยู่น่อ แต่ถ้าไปก๋านไปงานก่อคนแป่งสองแป่ง กิ๋นไปอู้กั๋นไป กิ๋นเมายุบบ่มีน่อ"

3. โอกาสในการดื่มของผู้นำชุมชน พบว่ามีการดื่มทุกครั้งที่ไปร่วมงานเลี้ยงในพื้นที่ โดยเฉพาะงานเลี้ยงรื่นเริง สังสรรค์แสดงความยินดีต่าง ๆ อาทิ ทำบุญขึ้นบ้านใหม่ งานแต่งงาน งานเปิดป้ายที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน

"มีก๋านมีงาน เฮาเป็นผู้นำ บ่กล้ากิ๋นนัก อายปี่น้องจาวบ้านเปิ้นฝ่อ จ๊าดไค่กิ๋น ไค่เมาไค่ม่วน แต่บ่ไม่กล้าเป็นผู้นำเมานักบ่ดี อีกอย่างเฮาขับรถ เมานักขับรถบ่ได้ ถ้าเป็นงานเลี้ยงไปโตยเปื่อน เปื่อนขับ เฮานั่งมาอย่างเดียว ก็จะได้กิ๋นได้เมาได้"

"มีงานหลากหลายเป็นผู้นำบ่กิ๋นบ่ได้เป็นคนของจาวบ้าน ขนาดกิ๋นข้าวไปแล้ว บ่อยากกิ๋น เปิ้นตึงเอาเหล้ามาฮื้อกิ๋นก่อน"

"ไปก๋านไปงาน ตึงมีฮื้อกิ๋น แต่บ่มีเกยรียกร้อง มีก่อกิ๋นบ่มีก่อบ่กิ๋น แล้วแต่เจ้าภาพจัด มา ๆ เฟ้ย ๆ เขาตึงฮ้องผู้จ่วย เอาเฮี๋ยน้อย ๆ คะยั้นคะยอฮื้อกิ๋น หลังจากนั้นก็ว่ากั๋นไป"

"มีก๋านมีงาน ขึ้นเฮือนใหม่ แต่งงาน เข้าพรรษาบ่เว้น"

"มีก๋านมีงาน ถ้ามีงานก็ได้กิ๋น อย่างบ้านศพ งานรื่นเริง ขึ้นเฮือนใหม่ ตึงบ่พลาด"

"ไปก๋านไปงาน อย่างงานแต่ง บ้านใหม่ บ่กิ๋นเหล้าบ่มี ทุกงานเจ้าภาพเปิ้นเลี้ยงเปิ้นเตรียมไว้แล้วแต่จะเลี้ยงน้อยเลี้ยงนัก บ่มีบ่ใจ่ อย่างไปขอสาวซ้ำฮ้าย บ่กิ๋นเหล้าจะอู้กั๋นจะใด ขึ้นเฮือนไป เปิ้นตึงตั้งเหล้า งานบวชยังมี เหล้ามีกู่งาน จะมีนักมีน้อย"

4. ผู้นำชุมชนดื่มกับใคร พบว่า การดื่มที่บ้านส่วนใหญ่ผู้นำชุมชนจะดื่มคนเดียว ส่วนการดื่มในงานเลี้ยงต่าง ๆ ที่ได้รับเชิญจะดื่มกับผู้ที่มาร่วมงานเลี้ยง

"กิ๋นคนเดียวตี่บ้าน กิ๋นแล้วบ่ชอบออกไปไหน เมินนานมีคนอื่นมากิ๋นตวย"

"ส่วนมากกิ๋นตางนอกก่อน ขี่รถก่ายเขาเอิ้นกิ๋นแล้วมาจบตี่บ้าน แป่งสองแป่ง"

"ส่วนมากกิ๋นคนเดียวอยู่บ้าน บ่ได้ออกไปตางนอก เมินนานเจ้าหมู่มาผ่อง"

"ไปงานเลี้ยง เวลามีก๋านมีงานก๋ำนันจะฮื้อไปขับรถฮื้อ อย่างงานเกษียณก๋ำนันตำบลอื่น"

"กิ๋นกับหมู่พรรคพวก คนมันเกยกิ๋น ตึงฮู้กั๋น"

"กิ๋นตวยหมู่ผู้นำ หมู่ผู้จ่วยตึงสองฝ่าย"

"ไปก๋านไปงานก็ก่อกิ๋นตวยเจ้าหมู่เปื่อนฝูง ไปประชุมอบรมก่อกิ๋นตวยหมู่ผู้นำ ก๋ำนัน ป่อหลวง ผู้จ่วยตึงสองฝ่าย"

5. สาเหตุที่ผู้นำชุมชนดื่ม พบว่าส่วนใหญ่สาเหตุของการดื่มเพื่อเข้าสังคม พบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง

"กิ๋นเข้าสังคม ยามมีก๋านมีงาน ตึงเอาเหล้ามาตั้ง"

"งานสังคมนัก ไปงานเปิ้นเฮาบ่กิ๋นก่อบ่ได้ เป็นผู้นำบ่ได้มีกำไฮ ไม่กิ๋นเหล้าบ่ได้ก๋าน"

"เป็นค่านิยมเข้ากลุ่มเปื่อนฝูง ถ้าบ่กิ๋นเหล้าบ่มีเปื้อนฝูง สังเกตฝ่อ จะมีกลุ่มไปไหนมาไหนจะฝ่อคนกิ๋นกันเป็นคนตี่ฮมม่วน เฮฮาปาร์ตี้"

"ไปก๋านไปงาน ปะเปื่อนปะฝูงเลี้ยงรุ่น มันตึงกิ๋นเหล้า มีส่วน เจ้าภาพจัดเลี้ยงฮื้อ"

"อย่างบ้านใหม่เปิ้นเลี้ยงก็กิ๋น ถ้ามีงานบ่กิ๋นก็บ่ม่วนเกยกิ๋นมันฮู้แล้วกิ๋นมันเป็นจะใด ปะเปื่อนปะฝูง คบกั๋นกิ๋นกันไปอู้กั๋นไปมันม่วน"

"พบปะเปื่อนฝูงหมู่เดียวกั๋นเปิ้นผ่องตัวผ่องอย่างไปเฮาไปบ้านเขาเขาจวนเฮากิ๋น เขามาบ้านเฮา เฮาจวนเขากิ๋น ตอบกั๋น"

"ไปก๋านไปงานธรรมดากับเปื่อนฝูง กิ๋นไปอู้ไปปรึกษาหารือกั๋นไป"

6. ประเภทเครื่องดื่มที่ผู้นำชุมชนดื่ม พบว่าส่วนใหญ่ดื่มสุราชุมชนที่จำหน่ายโดยไม่ปิดอากรแสตมป์หรือเหล้าเถื่อน

"ส่วนมากกิ๋นเหล้าเถื่อน เหล้าแดงกิ๋นแล้วขำ บ่ได้ก๋านบ่ได้งาน"

"กิ๋นเหล้ากลั่นชุมชน ซื้อมาจากตำบลใกล้เคียง"

"กิ๋นเหล้าหมู่บ้าน เหล้าต้ม เหล้าเถื่อน"

"ส่วนมากกิ๋นเหล้าเถื่อน"

"โดยมากเป็นเหล้าเถื่อน"

7. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ชอบดื่ม พบว่าผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ชอบดื่มสุราชุมชนที่จำหน่ายโดยไม่ปิดอากรแสตมป์หรือเหล้าเถื่อน

"บ่ชอบเหล้าแดง ชอบกิ๋นเหล้าเถื่อน บ่เจ็บหัว"

"กิ๋นเหล้าพื้นบ้าน เอาตี่คิดว่ามีความปลอดภัย"

"ชอบกินเหล้าป่า เหล้าเถื่อนเฮานี่ ยิ่งเบียร์บ่กิ๋นเลยกิ๋นแล้วกั๊ดต้อง เหล้าแดงแล้วแต่งาน"

"กิ๋นเหล้าเถื่อน ถ้าไปงานกิ๋นเหล้าแดง เบียร์มีผ่องแต่บ่ค่อยเต่าฮื้อ มันบ่รำ กั๊ด กิ๋นเหล้ามันง่าย เหล้าเถื่อนกรึ๊บเดียว"

"กิ๋นเหล้าเถื่อนเพียว ตบน้ำเย็น"

8. วิธีการได้มาซึ่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าผู้นำชุมชนส่วนใหญ่จัดซื้อด้วยตนเอง และมีบ้างที่มีผู้นำมาให้

"ส่วนมากซื้อกิ๋นคนเดียว ส่วนน้อยตี่มีคนเอามาฮื้อ เวลามีงานมีคนเอามาจ่วย"

"ซื้อกิ๋นคนเดียวทีละสองหมื่น กิ๋นเป็นสองเดือน"

"ส่วนมากซื้อกิ๋นคนเดียว มีแหล่งของเปิ้น มาขาย ส่วนมากเป็นเหล้าแป๋ ซื้อเตรียมไว้ เผื่อต้อนฮับเปื่อนมาแอ่ว หาเตี๋ยห้าขวดสิบขวดเก็บไว้เผื่อเจ้าหมู่มา หมื่นสองร้อยสี่สิบปอกิ๋นได้"

"ซื้อคนเดียวผ่อง กิ๋นตวยคนอื่นก็ผ้าป่าผ่อง"

9. ความเชื่อ พบว่าผู้นำชุมชนส่วนใหญ่มีความเชื่อในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นยาช่วยให้เจริญอาหาร คลายปวดเมื่อยจากการทำงาน เลือดลมไหลเวียนดี นอนหลับง่าย

"กิ๋นแล้วหลับดี"

"กิ๋นเหล้ากิ๋นข้าวตวย กินข้าวรำเป็นการกระตุ้น"

"ยะกับข้าวไปจ่อยไปตวยกันกันไป"

"มอกน้อยน้อยกินข้าวลำ"

"กิ๋นเป็นยา กิ๋นแก้แอว กั๊ดหลัง ไล่เลือดไล่ลม อาการเมื้อยล้าจากการทำงานผ่อนคลาย เลือดลมกระชุ่มกระชวย หลับดีสุดยอด วันไหนถ้าบ่กิ๋นเที่ยงคืนตีหนึ่งหลับได้ นอนนึกไปใต้ไปเหนือ"

"กิ๋นคายเส้นคายเอ็นเจ็บหลังเจ็บแอวหลังยะก๋านกิ๋นแล้วหลับดีลืมหมดหนี้สินไม่กึด กิ๋นเป็นยาปากหนึ่ง กินข้าวรำหลับดี บ่กิ๋นเหล้าหลับยาก กึดไปซะปะ หนี้นั้นหนี้นี่ค่าเทอมลูก"

10. การโฆษณา พบว่าไม่มีผลหรือแรงจูงใจต่อการดื่มผู้นำชุมชน

"บ่มีผลหยัง บ่ชอบเหล้าหมู่นั้น"

"บ่มีผล ผู้นำต้องกิ๋นเหล้าตี่อยู่เกณฑ์ของเฮา จะไปกิ๋นเหล้าแดงอย่างเปิ้น ถ้าซื้อเหล้าหงส์สองขวดห้าร้อย เติมแฮมร้อยได้เหล้าเป็นสองหมื่น"

"บ่มีผลอะหยัง เฉย ๆ"

"บ่มีผลหยั๋ง บ่ได้สนใจ"

"บ่มีผลหยั๋ง บ่ได้สนใจโฆษณาหมู่นี้"

11. การควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าทุกหมู่บ้านมีการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในหมู่บ้าน โดยมีมาตรการหรือกฎของหมู่บ้านห้ามดื่มในวัด งานศพ ลดการดื่มของประชาชน

"หมู่บ้านมีมาตรการห้ามกิ๋นเหล้าในวัด ห้ามเลี้ยงในงานศพ เป็นกฎหมู่บ้าน จะลดกิ๋นผ่อง ตะก๋อนตั้งวงกิ๋นเต็มวัด"

"หมู่บ้านมีมาตรการห้ามกิ๋นเหล้าในวัด ปรับ 5,000 บาท เป็นกฎหมู่บ้าน"

"หมู่บ้านมีกฎห้ามกิ๋นเหล้าในงานศพ"

"หมู่บ้านมีกฎห้ามกิ๋นเหล้าในวัด"

"งานศพห้ามเลี้ยงเหล้า ขึ้นป้ายงานไหนเอาไปติดแต่เจ้าภาพเปิ้นมีผ่อง งานอื่นบ่ห้าม"

"กฎหมู่บ้านห้ามเลี้ยงงานศพ กฐิน บ้านใหม่ห้ามกิ๋น"

12. วัฒนธรรม ประเพณี พิธีกรรมมีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่างานประเพณีวัฒนธรรมเกี่ยวข้องการเลี้ยงสังสรรค์ พิธีกรรมเลี้ยงผีมีการจัดเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น งานทำบุญขึ้นบ้านใหม่ แต่งงาน แห่ไม้ค้ำต้นโพธิ์ เลี้ยงผีเจ้าที่ ผีเจ้าทุ่งนา ผีปู่ย่า

"งานประเพณีวัฒนธรรมมีเหล้าหมด เอาเหล้าเป็นตี่ตั้ง ตั้งแต่เกิดมาก็หัน สู่ขวัญงัวควาย ส่งเคราะห์ ข้าวสลาก เลี้ยงผีเจ้าตี่ ผีโต่ง ผีปู่ย่า งานบุญ งานผ้าป่า"

"ขึ้นเฮือนใหม่ แต่งงาน เลี้ยงผี งานหลายอย่าง มีการเลี้ยงเหล้า บ่มีบ่ได้บ่เป็นกั๋น เป็นก๋านสัมพันธ์กั๋น"

"ไปก๋านไปงาน เจ้าภาพมีการจัดเหล้าให้กิ๋น"

"ไปก๋านไปงาน มีเหล้าให้กิ๋น เช่น แห่ไม้ก้ำศรีขึ้นเฮือนใหม่ แต่งงาน"

"งานประเพณีมาปะกั๋น จ่างเอาเหล้ามาสู่กั๋น ประเพณีปีไหนมีเตื่อ อย่างเลี้ยงผีมีเหล้าตวยเอาไว้แก้บน มันเป็นธรรมเนียมมีไก่มีเหล้า"

"งานป่าเพณี วัฒนธรรม พิธีกรรม หมู่นี้ตึงมีตลอดบ่เว้น เดี่ยวมาผ่อเปิ้นเลี้ยงผีปู่ย่า ผีฝายขอฝน"

"กู่งานน่อ"

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้นำชุมชน ส่วนใหญ่จะดื่มก่อนรับประทานอาหารเย็นทุกวัน ปริมาณการดื่มแต่ละครั้งไม่แน่นอนตั้งแต่หนึ่งถึงสองแก้วขนาดเล็กไปถึงครึ่งขวดบรรจุเบียร์ (ประมาณ 20 - 375 ซีซี) ขึ้นอยู่กับสภาวะทางอารมณ์ในห้วงเวลาที่ดื่ม โอกาสดื่มทุกครั้งที่ไปร่วมงานเลี้ยงในพื้นที่ โดยเฉพาะงานเลี้ยงรื่นเริงสังสรรค์แสดงความยินดีต่าง ๆ อาทิ งานแต่งงาน งานเปิดป้ายที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน งานประเพณีวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องการเลี้ยงสังสรรค์ พิธีกรรมเลี้ยงผีมีการจัดเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น งานทำบุญขึ้นบ้านใหม่ แต่งงาน แห่ไม้ค้ำต้นโพธิ์ เลี้ยงผีเจ้าที่ ผีเจ้าทุ่งนา ผีปู่ย่าซึ่งรูปแบบการดื่มจะดื่มกับผู้ที่ได้รับเชิญมาร่วมงานเลี้ยง แต่การดื่มคนเดียวจะเป็นที่บ้านของตนเอง สาเหตุของการดื่มคือเพื่อเข้าสังคม พบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ชอบดื่มเป็นสุราชุมชนที่จำหน่ายโดยไม่ปิดอากรแสตมป์ "เหล้าเถื่อน" วิธีการได้มาโดยจัดซื้อด้วยตนเอง และมีบ้างที่มีผู้นำมาให้ โดยมีความเชื่อในการดื่มว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นยาช่วยให้เจริญอาหาร คลายปวดเมื่อยจากการทำงาน เลือดลมไหลเวียนดี นอนหลับง่าย ทั้งนี้ ทุกหมู่บ้านมีการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีมาตรการหรือกฎของหมู่บ้านห้ามดื่มในวัด งานศพ

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้นำชุมชนในจังหวัดพะเยา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการดื่มสูงจากการสำรวจของพฤติกรรมการดื่มสุราของประชากร ผู้ให้ข้อมูลทุกคนเพศชาย เป็นนักดื่มปัจจุบัน ส่วนใหญ่ดื่มสุราชุมชนที่จำหน่ายโดยไม่ปิดอากรแสตมป์ "เหล้าเถื่อน" สอดคล้องกันกับสถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบนจากการสำรวจพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่มีความชุกสูงสุด 5 ใน 10 อันดับแรกของประเทศและการสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราของประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ครั้งที่ 17 เดือนมิถุนายน 2557 โดยในพื้นที่จังหวัดพะเยา มีสัดส่วนของนักดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์นอกระบบภาษี ร้อยละ 56.4 [32] พบว่านักดื่มปัจจุบัน มีความถี่ในการดื่มสม่ำเสมอร้อยละ 42.4 สวนใหญ่ดื่มเหล้า ร้อยละ 57.8 [25] เช่นเดียวกันกับการศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของชุมชนชาวกรีกในสหรัฐอเมริกา พบว่าเพศภาวะส่งผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความแตกต่างกันยิ่งขึ้น โดยเพศชายดื่มสุราสูงกว่า มีความเสี่ยงและผลกระทบจากการดื่มสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Brown-Rice et.al.,2015) มีโอกาสในการดื่มทุกครั้งที่ไปร่วมงานเลี้ยงในพื้นที่ โดยเฉพาะงานเลี้ยงรื่นเริงสังสรรค์แสดงความยินดีต่าง ๆ งานประเพณีวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องการเลี้ยงสังสรรค์ พิธีกรรมเลี้ยงผีมีการจัดเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น งานทำบุญขึ้นบ้านใหม่ แต่งงาน แห่ไม้ค้ำต้นโพธิ์ เลี้ยงผีเจ้าที่ ผีเจ้าทุ่งนา ผีปู่ย่า ต่าง ๆ เนื่องจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สอดแทรกเข้าไปในวิถีสังคมวัฒนธรรม มีบทบาทผ่านพิธีกรรม และงานเลี้ยง เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมและสนับสนุนทำให้ผู้ดื่มมีทัศนคติเชิงบวกต่อผลลัพธ์ของการดื่ม สอดคล้องกันกับการศึกษาของอาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยาที่พบว่าการดื่มเป็นกลุ่มมีโอกาสได้เพื่อนคุยในลักษณะสังสรรค์นำไปสู่การแลกเปลี่ยนความคิดเกี่ยวกับเรื่องงานหรือเรื่องอื่น ๆ นับเป็นประโยชน์ของสุราด้านสังคม อีกทั้งสุรา ยังเป็นเครื่องดื่มที่แสดงถึงสถานภาพในสังคม การจัดเลี้ยงสุราเป็นการแสดงเศรษฐฐานะของเจ้าภาพงานเลี้ยงต่าง ๆ (อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา, 2555) และเป็นการดื่มเชิงวัฒนธรรม และประเพณีต่าง ๆ ของชุมชน ที่เชื่อมโยงกิจกรรม เทศกาลและงานบุญตามวิถีชีวิตที่มีตลอดทั้งปี เป็นปัจจัยหลักของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในพื้นที่ชนบท วัฒนธรรมในชุมชนมีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน เห็นได้จากบทบาทของสุราในพิธีกรรม และในงานเลี้ยง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลายเป็นส่วนหนึ่งของงานเลี้ยง การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมกลายเป็นเครื่องดื่มของมนุษยชาติ [10] การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และวัฒนธรรมการดื่มเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต (เกษม เพ็ญภินันท์ ดุษฎี วรธรรมดุษฎี และปิยะรัตน์ ปั้นลี, 2555) รวมทั้งการศึกษาในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ที่พบว่า ชุมชนชาวไทย เขมร ส่วย และลาว มีการใช้เครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ในเทศกาล และกิจกรรมต่าง ๆ ในวิถีชีวิตแทบจะตลอดทั้งปี โดยกลุ่มชนชาวไทยให้ความสำคัญกับประเพณีวัฒนธรรมเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาก และเห็นว่าประเพณีวัฒนธรรมวิถีชีวิตเป็นประเพณีดั้งเดิมและจะต้องมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หากมีการจัดงานประเพณี ไม่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก็กลัวถูกนินทาและกลัวว่าไม่มีแขกมาร่วมงาน [10] ในวัฒนธรรมไทยใช้สุราเป็นตัวแทนแห่งความรู้สึกเป็นชายและเสรีภาพในการเคลื่อนที่ของเพศชายผ่านวาทกรรมของการดื่ม “ลูกผู้ชายตัวจริงต้องดื่มสุรา” หรือแสดงอำนาจในที่สาธารณะ [15] เช่นเดียวกันกับการศึกษาในรัฐสิกขิมทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือของอินเดีย พบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พื้นบ้านที่ผลิตเองโดยไม่มีการขออนุญาต อันเป็นรูปแบบของวัฒนธรรมการดื่มที่มีความเข้มแข็งของพื้นที่ (Chakrabarti, A. et al.,2015) และผู้ดื่มสุรามีความเชื่อหรือมุมบวกต่อการดื่มสุราว่ามีประโยชน์ เป็นยาเจริญอาหาร ทำให้มีเพื่อนมาก ได้สังคม หายเหนื่อย คลายทุกข์ สอดคล้องกับการศึกษาของเนื้อแพร เล็กเฟื่องฟูที่พบว่าเหตุผลหลักของการเริ่มดื่มเพื่อการสังสรรค์/เข้าสังคม ร้อยละ 62.0 [12] จากรายงานสถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทยปี 2558 ของศูนย์วิจัยสุรา พบว่านักดื่มปัจจุบันมีทัศนคติต่อการดื่มเป็นปัจจัยเพื่อเข้าสังคม และสร้างคุณค่าตนเอง และการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ มีส่วนทำให้การดื่มเพิ่มขึ้น (Champion et al.,2015) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ชอบดื่มเป็นสุราชุมชนที่จำหน่ายโดยไม่ปิดอากรแสตมป์ “เหล้าเถื่อน” วิธีการได้มาโดยจัดซื้อด้วยตนเอง พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กันกับสถานที่ผลิตและจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในพื้นที่ที่ความหนาแน่นของสถานที่ผลิต และสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้เกิดความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการศึกษาของศูนย์วิจัยปัญหาสุราในปี 2556 พบว่าประเทศไทยมีโรงงานผลิตสุราในชุมชน จำนวน 3,800 ราย ครึ่งหนึ่งอยู่ในภาคเหนือ [31] จากการสำรวจสถานการณ์การผลิตจำหน่ายและการดื่มในจังหวัดพะเยาปี 2556 พบว่าโรงกลั่นสุราชุมชนมากกว่าร้อยละ 94 มีการจำหน่ายในรูปแบบไม่เสียภาษี (ไม่ติดอากรแสตมป์) หรือลักลอบบรรจุขวดพลาสติก ถุงพลาสติก หรือแกลลอน (ราคาตั้งแต่ 10 – 50 บาท ขึ้นอยู่กับปริมาณบรรจุ) โดยเฉพาะในช่วงงานสำคัญอาทิเช่น งานเลี้ยงขึ้นบ้านใหม่ งานแต่งงาน งานศพ มีการจำหน่ายในปริมาณมาก โดยการบรรจุลงในถังน้ำดื่มหรือแกลลอนขนาด 20 ลิตร ราคาประมาณ 800 บาท ซึ่งมีราคาถูกกว่าสุรากลั่นชุมชนที่จำหน่ายแบบมีอากรแสตมป์ 2.8 เท่า นอกนั้นยังมีการรับสุรากลั่นชุมชนจากอีกหมู่บ้านในตำบลเดียวกันมาจำหน่าย โดยการซื้อมาแบบไม่มีอากรแสตมป์ แล้วนำมาแบ่งขายแบบไม่ติดอากรแสตมป์ [1] เช่นเดียวกันกับการศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานครในปี 2550 พบว่าความชุกของสถานที่จำหน่ายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ภัทรภร พลพนาธรรม, 2554) ในการศึกษาที่สหรัฐอเมริกา ก็พบว่าสภาพทางภูมิศาสตร์ มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น (Champion et al.,2015) สำหรับการบังคับใช้กฎหมายทุกหมู่บ้านมีการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีมาตรการหรือกฎของหมู่บ้านห้ามดื่มในวัด งานศพ ควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพียงแต่ไม่ค่อยมีประสิทธิผลในสภาพการบังคับใช้

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้นำชุมชนในจังหวัดพะเยา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการดื่มสูงจากการสำรวจของพฤติกรรมการดื่มสุราของประชากร ควรนำไปสู่การศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนถึงรูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในโอกาสต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาในครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนัช กนกเทศ ที่กรุณาเสียสละเวลาให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง จนทำให้บทความมีความสมบูรณ์ ขอกราบขอพระคุณบิดา มารดา และครอบครัวที่ให้ความรัก ความปรารถนาดี และสนับสนุนในการศึกษา ขอบคุณภรรยาที่เป็นกำลังใจ และอยู่เคียงข้างกันตลอดมา และเพื่อนการศึกษาหลักสูตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่เติมเต็มกำลังใจ และเสริมสร้างพลังให้เสมอ สำหรับคุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากบทความฉบับนี้ ขอมอบให้ผู้มีพระคุณทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1.กนิษฐา ไทยกล้า. **สำรวจสถานการณ์การผลิตจำหน่าย และการดื่มสุราในลักษณะที่ไม่เสียภาษีในพื้นที่จังหวัดพะเยา. เชียงใหม่.** สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2556.

2.กรมการปกครอง. **คู่มือปฏิบัติงานกำนันผู้ใหญ่บ้าน**. โรงพิมพ์อาสารักษาดินแดน กรมการปกครอง กรุงเทพมหานคร. 2559

3.กรมประชาสัมพันธ์. **ข่าวสารอาเซียน**. URL http://www.aseanthai.net/ewt_news.php?nid=1530&filename=index สืบค้นเมื่อ 2 ธันวาคม 2558

4.กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. รายงานผลการปฏิบัติงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลสงกรานต์ พ.ศ. 2562. URL http://www.roadsafetythailand.com/ สืบค้นเมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2562

5.คนึงนุช วโรธรรม. **พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบด้านสุขภาพของผู้นำชุมชนตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา**. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยพะเยา. 2559.

6.จังหวัดพะเยา. **สรุปผลงานประจำปี 2558**. มปป. 2558.

7.ฉรงค์ศักดิ์ หนูสอน และคณะ. **การศึกษาผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านสุขภาพในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย**. 2550. (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก http://cas.or.th/publication

8.ทิวาวรรณ สกุลจันทร์. **ทัศนคติต่องานบุญปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปลอดการพนัน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ**. 2554. (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก www.google.co.th/?gws_rd

9.ธัชนันท์ โกมลไพศาล. **การศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย**. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. 2558

10.นพพล วิทย์วรพงศ์ และคณะ. **ทศวรรษศูนย์วิจัยปัญหาสุรา: สถานะความรู้เพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์**. โรงพิมพ์เดือนตุลา กรุงเทพมหานคร **2557**.

11.นวลน้อย ตรีรัตน์. **เรื่องเหล้าก้าว 10: งานวิจัยเด่นรอบศตวรรษแห่งการเรียนรู้และการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อลดปัญหาแอลกอฮอล์ในสังคมไทย.** ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.). กรุงเทพมหานคร. 2557.

12.เนื้อแพร เล็กเฟื่องฟูและคณะ. **สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภาคเหนือ 2558**. เข้าถึงได้จาก http://cas.or.th/publication/

13.เนื้อแพร เล็กเฟื่องฟูและคณะ. **เหล้า/ความจริง รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทยประจำปี พ.ศ. 2558**. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยสุรา (ศวส.). 2559.

14.บัณฑิต ศรไพศาล และคณะ. **วิวัฒนการนโยบายควบคุมปัญหาสุราของประเทศไทย.** ศูนย์วิจัยสุรา (ศวส.) กรุงเทพมหานคร. 2551.

15.ไพบูลย์ เฮงสุวรรณ และคณะ. **กำกึ๊ดแม่ญิง: ชุมชนล้านนากับการจัดการสุรา**. ห้างหุ้นส่วนสามัญบลูมมิ่งครีเอชั่น กรุงเทพมหานคร, 2559.

16.ภูวนารถ ลิ้มประเสริฐ. **การสำรวจความชุกในการดื่มเครื่องดื่มแอกอฮอล์ของผู้นำชุมชน**. 2559

17.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. **สุขภาพคนไทย 2558 : อุบายขายสุขภาพ: เมื่อสุขภาพกลายเป็นสินค้า ยาคือเครื่องมือแสวงหากำไร**. บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน) กรุงเทพมหานคร, 2558.

18.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2554. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก http://www.hsri.or.th/researcher/media/issue/detail/4621

19.สนั่น ธรรมธิ. **ประเพณี พิธีกรรม การทำนาโบราณล้านนา เชียงใหม่** สุเทพการพิมพ์ เชียงใหม่, 2556.

20.สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน เล่มที่ 27 เรื่องที่ 6 (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก http://kanchanapisek.or.th/kp6/sub/book/book.php?book=27&chap=6&page=t27-6-infodetail02.html

21.สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. **ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา ความสำคัญและการดูแลรักษาในประเทศไทย**. สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ กรุงเทพมหานคร, 2557.

22.สุรศักดิ์ ไชยสงค์ กัณณพนต์ ภักดีเศรษฐกุล และทักษพล ธรรมรังสี. **รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด พ.ศ. 2554.** ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา นนทบุรี, **2556.**

23.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. **"บ้านสันกว๊าน" หมู่บ้านต้นแบบปลอดเหล้า**. 2560. (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก http://www.thaihealth.or.th/Content/37690

24.สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. **รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556**. สำนักพิมพ์ บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็ม จำกัด. นนทบุรี, 2558.

25.สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2557. **การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557** (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/smokePocket57.pdf

26.สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2554.** สำนักงานสถิติแห่งชาติ นนทบุรี, 2555.

27.สำนักงานปลัดกระทวงสาธารณสุข. **สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2559 STATISTICAL THAILAND 2016**. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ นนทบุรี, 2559.

28.ศิริพร จิรวัฒน์กุล. **การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ.** วิทยพัฒน์ กรุงเทพมหานคร, 2562.

29.ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) **จุลสารเรื่องเหล้า** ฉบับที่ 3 เดือนกุมภาพันธ์ 2559 โครงการวิจัยสุราภาคเหนือตอนบน : การควบคุมของท้องถิ่นในมุมมองสตรีนิยม (ออนไลน์)เข้าถึงได้จาก www.cas.or.th file:///C:/Users/dell/Downloads/ebookNewsletter-3-ShowforChange1%20(1).pdf

30.ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.). **รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทยปี 2556.** ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) กรุงเทพมหานคร, **2557.**

31.ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.). **สิบสถานการณ์เด่นการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทยปี 2556.** ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) นนทบุรี, **2556.**

32.ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.). **รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัดปี 2554**. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) กรุงเทพมหานคร, **2555.**

33.World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. URL https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf สืบค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2559

การพัฒนารูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกตามแนวคิดโลจิสติกส์โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก

The Development of a Logistic-based Health Service Model for the Outpatient Department at PhopPhra Hospital, Tak Province

สุรศักดิ์ จินาเขียว [1], อารี ชีวเกษมสุข [2], พิสิษฐ์ จันทร์วราสุทธิ์[3]

Surasuk Jinakeaw , Aree Cheevakasemsook , Pisit Chanvarasut

(Received: November 17 ,2019 ; Accepted: December 20 ,2019)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาของรูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก 2) พัฒนารูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกตามแนวคิดโลจิสติกส์ และ 3) เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกตามแนวคิดโลจิสติกส์ ก่อนและหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 260 คน ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง และคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และขนาดอิทธิพลอยู่ในช่วงปานกลางเป็น 0.15 การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะศึกษาสภาพปัญหา 2) ระยะการสร้างรูปแบบ และ 3) ระยะปรับปรุงรูปแบบ ได้แก่ 1) รูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกตามแนวคิดโลจิสติกส์ที่พัฒนาขึ้น 2) แบบบันทึกเวลาการใช้บริการงานผู้ป่วยนอก 3) นาฬิกาดิจิทัลสำหรับจับเวลา และ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก โดยค่าความตรงตามเนื้อหาระหว่าง 0.6-1.00 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐานส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ และสถิติทดสอบที

ผลการศึกษา 1) ปัญหาของรูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกเดิม ได้แก่ มีหลายขั้นตอน ใช้เวลานาน เจ้าหน้าที่ให้บริการไม่เป็นไปแนวทางเดียวกัน และความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80) 2) รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีขั้นตอนรวดเร็วขึ้นโดยลดลงจาก 14 ขั้นตอน เหลือ 9 ขั้นตอน มีแนวทางและคู่มือการให้บริการของทีมสุขภาพเป็นไปในแนวทางเดียวกันมากขึ้น 3) ผลของการใช้รูปแบบการบริการใหม่ฯ พบว่า (1) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงกว่ารูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (2) ระยะเวลาการใช้บริการลดลงน้อยกว่ารูปแบบเดิม โดยระยะเวลาการใช้บริการที่สั้นที่สุดลดลงจาก 31 นาที เป็น 11 นาที และระยะเวลาที่ยาวที่สุดลดลงจาก 90 นาที เป็น 31 นาที (3) คุณค่าสายธารการให้บริการตามการรับรู้ของผู้ป่วยสูงกว่ารูปแบบเดิม โดยมีค่าต่ำที่สุดจาก ร้อยละ5.7 เพิ่มเป็นร้อยละ 7.0 และค่าสูงสุดจาก ร้อยละ48.7 เพิ่มเป็นร้อยละ 55.0 และ (4) คุณภาพการบริการที่มีการลดความสูญเปล่าจากการใช้บริการครั้งแรกสูงกว่ารูปแบบเดิม โดยจาก ร้อยละ 46.1 เพิ่มเป็น ร้อยละ85.90

คำสำคัญ รูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอก, แนวคิดโลจิสติกส์, โรงพยาบาลพบพระ

Abstract

The purposes of this research and development were: 1) to study problems of a service model at outpatient departments in PhopPhra Hospital, Tak Province; 2) to develop service model of outpatient departments by applying logistic concept; and 3) to compare the effects of using the developed service model to the previous one as the following aspects: (1) patients' satisfaction with quality of service, (2) service duration, (3) patient's value stream (PVS), and (4) the first time quality (FTQ). The sample comprised of 260 patients and were selected by purposive sampling. Sample size was calculated by G*Power, level of significance at the level 0.05, and moderate effect size at 0.15. The study process was divided into three phases: 1) pre-development, 2) preparation and development, and 3) post-development. The instruments consisted of 4 parts: 1) the service model of outpatient departments by applying logistics concept, 2) a record form of service duration at outpatient departments,3) a digital stopwatch, and4) patients' satisfaction questionnaires. The content validity of the fourth tool is between 0.6-1.00, and its reliability was 0.94. Research data were analyzed by using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation, median. quartile deviation), and independent t-test.

[1] นักศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[2] รองศาสตราจารย์ สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[3] รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาเทคโนโลยีการจัดการ สถาบันเทคโนโลยีนานาชาติสิรินธรมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

The research findings are as followed. 1) The formal outpatient departments faced obstacles including excessive service process and time summing lock of standard practice for staff low level of patients satisfaction on service quality, the staff provided different practice, and patients' satisfaction with quality of service lower than the criteria (80%). 2) The new one contributed the faster service and reduced the service from 14 to 9 steps, used guidelines and manuals of service provision focusing on quality care with practical and standard approaches for staff. Finally, 3) the effects of using the developed service model compared to the previous one were as follows. (1) Patients' satisfaction with the new model was significantly higher than the formal one ($p< 0.05$). (2) The service duration of the new model was dramatically less than the former model, the shortest duration decreased from 31 minutes to 11 minutes, and the longest one reduced from 90 minutes to 31 minutes. (3) PVS by using the new model increased the value stream mapping rather than the formal one with the lowest value from 5.76% to 7.06%, and the highest from 48.78% to 55.08%; (4) FTQ increses also raised more than the previous one from 46.13% to 85.90%.

Keyword: Outpatient Department Service model, Logistics Concept , PhopPhra Hospital.

บทนำ

การให้บริการสุขภาพของในประเทศและต่างประเทศเน้นคุณภาพบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพการให้บริการที่มีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อประชาชนมากที่สุด [13] สำหรับในประเทศไทย ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ระบุว่า "บุคคลสิทธิของบุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ การบริการสาธารสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ จะเห็นได้ว่า การให้บริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพเป็นเรื่องสำคัญที่ผู้ให้บริการต้องให้ความสำคัญเป็นลำดับแรกเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลสุขภาพเป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยที่กำหนดไว้

การให้บริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพเป็นหัวใจของการให้บริการของทีมสุขภาพที่ต้องคำนึงถึงในการบริการแก่ประชาชนในลำดับต้น ดังที่กล่าวมาจึงมีความพยายามที่จะพัฒนาระบบการบริการสุขภาพและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในประเทศไทยและต่างประเทศกว่า 20 ปีในหลากหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาตรฐาน (Hospital accreditation)[11] และแนวคิดที่นิยมใช้แนวคิดลีน(Lean) และซิกซ์ ซิกมา(Six Sigma)(วิทยา สุหฤทดารง, ยุพา กลอนกลาง และ สุนทรศรีลังกา.,2550)จะเห็นว่า แนวคิดทั้ง 3 ประการดังกล่าว ทำให้เกิดคุณภาพของการบริการสุขภาพโดยลดเวลาการบริการ ลดเวลาการรอคอย เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน และเพิ่มความพึงพอใจของการให้บริการ อย่างไรก็ตามได้มีการนำแนวคิดใหม่มาประยุกต์ใช้ในการบริการสุขภาพ ได้แก่ แนวคิดโลจิสติกส์ เพื่อวางแผนควบคุมการไหลทั้งไปและกลับอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในวงการอุตสาหกรรมและคมนาคม (Christopher, 1998)มาปรับปรุงการบริการสุขภาพให้มีขั้นตอนการดำเนินงานลดลง ช่วยให้งานบริการสุขภาพที่มีระบบเชื่อมโยงทั้งเครือข่าย ซึ่งดำเนินการตามแผนพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) ตลอดจนการปฏิรูปประเทศไทยด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม [7] มีประสิทธิภาพมากขึ้นและเพิ่มคุณภาพการบริการสุขภาพตามการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการบริการและความต้องการของผู้ใช้บริการ

โลจิสติกส์ (Logistics)เป็นส่วนหนึ่งของการบริหารจัดการระบบโซ่อุปทานที่มีกระบวนการในการวางแผน การนำเสนอ และการควบคุมการไหลทั้งไปและกลับอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมถึงการเก็บรักษาสินค้าบริการและข้อมูลที่เชื่อมโยงกันตั้งแต่จุดเริ่มต้นจนถึงจุดของการบริโภค เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า [12] ทำให้ส่วนใหญ่แนวคิดโลจิสติกส์มักถูกกล่าวถึงในภาคอุตสาหกรรมการผลิตและการคมนาคม เนื่องจากแนวคิด
โลจิสติกส์มีประโยชน์ เช่น ความรวดเร็วในการส่งมอบสินค้า การไหลลื่นของสินค้า การไหลลื่นของข้อมูลข่าวสาร การสร้างมูลค่าเพิ่ม ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของตลาด ลดต้นทุนในส่วนที่เกี่ยวกับการดำเนินการเกี่ยวกับสินค้าและการขนส่งสินค้า รวมทั้งการเพิ่มศักยภาพและประสิทธิภาพของการแข่งขัน ปัจจุบันแนวคิดนี้ในภาคอุตสาหกรรมการบริการได้รับความสนใจมากขึ้น โดยเฉพาะในอุตสาหกรรมด้านสุขภาพก็เริ่มมีการนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้สำหรับในประเทศไทย [2] ได้

กล่าวถึง ระบบโลจิสติกส์และห่วงโซ่อุปทานในบริบทของโรงพยาบาลไว้ว่า เกี่ยวข้องกับการวางแผน ดำเนินการและควบคุมการไหลของสินค้าและบริการ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการนำแนวคิดโลจิสติกส์มาประยุกต์ใช้ในการบริการสุขภาพในต่างประเทศจำนวนมากพอสมควรแต่ในประเทศไทยยังมีจำนวนน้อย สำหรับในโรงพยาบาลการจัดการด้านโลจิสติกส์ไม่เพียงแต่ครอบคลุมการบริการที่เป็นส่วนสนับสนุน เช่น การจัดซื้อ การบริการคลังยา และเภสัชกรรมเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการบริการด้านการรักษาพยาบาล เช่น การรักษาคนไข้ การผ่าตัด การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น จะเห็นว่าแนวคิดโลจิสติกส์เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงกระบวนการให้บริการ ดังนั้นจึงเริ่มมีการนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในระบบสุขภาพมากขึ้น โดยสรุป แม้ว่าแนวคิดโลจิสติกส์จะมีประโยชน์ในการจัดบริการสุขภาพโดยรวม แต่การประยุกต์ใช้ในประเทศไทยยังอยู่ในวงจำกัดเช่นเดียวกับโรงพยาบาลพบพระ ซึ่งยังต้องมีการปรับปรุงแก้ไขขั้นตอนการบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามตามแผนพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) เพื่อให้ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการกับโรงพยาบาลเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น

โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ได้มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและมีการประยุกต์ใช้แนวคิดลีนและแนวคิดที่เกี่ยวกับการปรับปรุงคุณภาพอื่นๆ ในการปรับปรุงกระบวนการให้บริการร่วมด้วย จากผลการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองตามมาตรฐานโรงพยาบาลในปี 2547 และต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ครั้งล่าสุด เมื่อวันที่ 24- 25 กันยายน 2558 มีข้อเสนอแนะให้โรงพยาบาลทบทวนและปรับปรุงแผนกต่างๆ เพื่อให้การบริการมีคุณภาพมากขึ้น โดยเฉพาะแผนกผู้ป่วยนอกให้ทบทวนและปรับปรุงเวชระเบียน ขั้นตอน/ กิจกรรม และการศึกษาสภาพปัญหาการกระบวนการดูแลผู้ป่วยนอก ตั้งแต่การเข้าถึงเข้ารับบริการจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง(ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลพบพระ,2559) จะเห็นว่า โรงพยาบาลพบพระยังมีข้อจำกัดเรื่องการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อสร้างความพึงพอใจและจำเป็นต้องได้รับการพัฒนารูปแบบการบริการที่ดี รวดเร็ว และเกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ต่อผู้ใช้บริการต่อไป

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลพบพระ จึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกตามแนวคิดโลจิสติกส์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการให้มี ประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพื่อระยะเวลาการให้บริการที่รวดเร็วขึ้น ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น และส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการมากขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของรูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกตามแนวคิดโลจิสติกส์ โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก
3. เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการบริการตามแนวคิดโลจิสติกส์ ก่อนและหลังการพัฒนา ในด้านระยะเวลารอคอย ความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลองสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของรูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก พัฒนารูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกตามแนวคิด โลจิสติกส์ และเปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกตามแนวคิดโลจิสติกส์ ก่อนและหลังการพัฒนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยทั้งชายและหญิงที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก ซึ่งได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) (วิไล กุศลวิศิษฏ์กุล, 2549) กลุ่มละ 130 ราย เพื่อใช้สำรวจความพึงพอใจ และจำนวน 30 ราย จากกลุ่มเดียวกัน เพื่อเก็บระยะเวลาการใช้บริการและความสูญเปล่า

จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G POWER ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากพื้นฐานของ (power analysis) โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ 0.05

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significance) ที่ระดับ. 05 (α=.05) และกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) อยู่ในช่วงปานกลาง คือ 0.15 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 118 รายและเพื่อป้องกันการขาดหายไปของกลุ่มตัวอย่างจึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 130 ราย รวมจำนวนทั้งสิ้น 260 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 รูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกตามแนวคิดโลจิสติกส์ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งมีขั้นตอนในการพัฒนา ดังนี้ 1) ศึกษาวรรณกรรม แนวคิดและทฤษฎี ตำรา เอกสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยการวิเคราะห์เนื้อหาและรูปแบบในการให้บริการงานผู้ป่วยนอก พร้อมทั้งสังเกตจากประสบการณ์และการปฏิบัติงานประจำวัน และสร้างรูปแบบขึ้น ตามแนวคิดโลจิสติกส์ 2) ศึกษาสภาพปัญหาของรูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก 3) นำข้อมูลที่วิเคราะห์และสรุปผลเกี่ยวกับสภาพปัญหาของการบริการงานผู้ป่วยนอก มาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาและร่างรูปแบบสำหรับการประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่งานบริการผู้ป่วยนอกต่อไป 4) นัดหมายกับเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอกเพื่อจัดอบรมครั้งที่ 1 เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้แนวคิดโลจิสติกส์ในการพัฒนารูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกและร่วมกันสรุปสภาพปัญหาของการให้บริการงานผู้ป่วยนอกและร่วมกำหนดวัตถุประสงค์ในการพัฒนารูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอก 5) นำร่างรูปแบบที่ได้จากการประชุมร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบและปรับเปลี่ยนรูปแบบให้มีความถูกต้องและสอดคล้องกับประเด็นปัญหาที่ได้จากการศึกษา 6) ดำเนินการจัดอบรมครั้งที่ 2 เกี่ยวกับการใช้รูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอก ตามแนวคิดโลจิสติกส์ที่พัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ได้แก่

2.1 แบบบันทึกเวลาการใช้บริการงานผู้ป่วยนอก ลักษณะเป็นแบบตารางซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ ขั้นตอน/กิจกรรมประกอบด้วย 14 กิจกรรม ได้แก่ 1) พบเจ้าหน้าที่คัดกรอง 2) ลงทะเบียน3) ตรวจสอบสิทธิ์ 4) ค้นบัตร 5) ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง 6) ซักประวัติ ประเมินอาการ 7) บันทึกข้อมูลผู้ป่วย 8) พบแพทย์ตรวจ9) เจาะเลือด 10)พยาบาลบันทึกผลเลือด 11) พบแพทย์หลังเจาะเลือด 12) พบพยาบาลหลังตรวจ 13) ชำระค่าบริการ 14) รับยากลับบ้าน ทั้งนี้ในแต่ละขั้นตอนจะมีขั้นตอนของการรอรับบริการอยู่ในทุกขั้นตอนการบันทึกเวลาจะบันทึกเป็นนาที นับตั้งแต่เวลาเริ่มต้น ถึงเวลาสิ้นสุด และเวลาล่าช้า (Delay time) ซึ่งจะรวบรวมเวลาโดยใช้อักษรย่อเป็น PT, DT และ TATความสูญเปล่าในแต่ละช่วงขั้นตอน กิจกรรมจะบันทึกเป็น DOWNTIME และในกรณีที่มีความสูญเปล่าของแต่ละช่วงกิจกรรมที่เกิดขึ้นจะรวบรวมและบันทึกเป็น (First Time Quality: FTQ) และเก็บข้อมูลเวลาเพื่อประเมินคุณค่าของสายธารการให้บริการตามการรับรู้ของผู้ป่วย (Patient's Value Stream: PVS)

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มารับบริการงานผู้ป่วยนอกประกอบด้วยเพศอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภูมิลำเนา จำนวนครั้งที่มารับบริการ สิทธิการรักษาพยาบาล และเหตุจูงใจในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก ประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวกับความพึงพอใจในการให้บริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก จำนวน 37 ข้อ โดยแบ่งเป็นรายด้าน ดังนี้ ก.ความเป็นรูปธรรมของการบริการ จำนวน 7 ข้อ ข. ความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ จำนวน 5 ข้อ
ค.การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ ง. การสร้างความมั่นใจ จำนวน 6 ข้อ จ.ความเข้าใจความรู้สึก จำนวน 9 ข้อโดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5ระดับ ซึ่งเป็นลักษณะคำถามคล้ายแบบวัดเจตคติของลิเคิทสเกล (Likert scale) ซึ่งในแต่ละข้อคำถามเป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด แบ่งเป็น 5 ระดับ การแปลความหมายของคะแนน โดยการนำคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามของแต่ละคนมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย โดยใช้

หลักการแปลความหมาย คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่มีค่าในระดับมาตรประมาณค่า 5 ระดับ [4]

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการจับเวลา คือ นาฬิกาจับเวลา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงทางเนื้อหา(content validity) ได้นำแบบบันทึกเวลาการให้บริการงานผู้ป่วยนอก และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.6 ถึง 1 หาความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.94 แบบบันทึกเวลาการให้บริการงานผู้ป่วยนอก นำมาหาค่าความเที่ยงของการสังเกต (Inter rater reliability) โดยมีค่าเท่ากับ 0.92

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก และได้รับรหัสคือ ID 006/2561

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที (independent t-test)ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 [4]

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก จำนวน 260 ราย เพื่อสำรวจความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก และจำนวน 30 ราย จากกลุ่มเดียวกัน เพื่อเก็บระยะเวลาใช้บริการ และความสูญเปล่า พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.69 และ ร้อยละ 53.85) อายุระหว่าง 50-59 ปี (ร้อยละ 33.85 และร้อยละ 41.54) มีสถานภาพสมรส/ คู่มากที่สุด (ร้อยละ 66.92 และร้อยละ 76.15) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ เทียบเท่า (ร้อยละ 53.85 และร้อยละ 42.31) ประกอบอาชีพเกษตร (ร้อยละ 52.31 และร้อยละ 70) ก่อนพัฒนารูปแบบส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 39.23) หลังการพัฒนารูปแบบรายต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 33.08) มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอพบพระ (ร้อยละ 88.46 และร้อยละ 90.77) มาใช้บริการที่โรงพยาบาลพบพระเป็นครั้งแรกในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา (ร้อยละ 83.85 และร้อยละ 63.08) สิทธิประโยชน์มากที่สุด คือ 30 บาท รักษาทุกโรค (ร้อยละ 57.78 และร้อยละ 51.32) และเหตุผลที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลพบพระมากที่สุด คือ อยู่ใกล้บ้าน (ร้อยละ 34.70 และร้อยละ 36.53)

2. รูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกตามแนวคิดโลจิสติกส์โรงพยาบาลพบพระ โดยมีการพัฒนาแบ่งเป็น 2 แผนภูมิ ดังต่อไปนี้ รูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก พัฒนาบนพื้นฐานของการสืบค้นปัญหาและข้อเท็จจริงที่ปรากฏในกระบวนงานที่ปฏิบัติจริงโดย พบว่าปัญหาในการให้บริการ แนวทางการพัฒนารูปแบบการให้บริการ โดยสรุปมี 2 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่ 1) ขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ และ 2) ความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ ซึ่งปัญหาทั้งสองประเด็นนี้นำมาซึ่งความพยายามในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้ดีขึ้น โดยเฉพาะสองประเด็นนั้นมีความสัมพันธ์และเกี่ยวเนื่องต่อระบบการให้บริการผู้ป่วยนอกเป็นอย่างมาก ซึ่งผลจากการตรวจเยี่ยมของสถาบันรับรองและพัฒนาคุณภาพโรงภาพ ที่ได้เสนอแนะให้โรงพยาบาลดำเนินการแก้ไขและพัฒนาการให้บริการด่านหน้าโดยลดขั้นตอน/ กิจกรรมในแต่ละจุดที่ไม่จำเป็นออกไป ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาการรอคอยที่สั้นลง รวมไปถึงการจัดทำแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในแต่ละขั้นเพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการบริการ ได้แก่ แนวคิดโลจิสติกส์ และแนวคิดคุณภาพการบริการของ พาราสุรามาน ไซทัล และเบอร์รี่ [13] ซึ่งแบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความน่าเชื่อถือไว้วางใจ การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย การสร้างความมั่นใจ และการเข้าใจความรู้สึก แนวคิดเกี่ยวกับการลดความสูญเปล่า (waste) ที่เกิดขึ้นในกระบวนการทำงานและนำเครื่องมือเกี่ยวกับโลจิสติกส์ ได้แก่ 1) แผนผังสายธารคุณค่า (Value Stream Mapping) 2) การวิเคราะห์ต้นตอของปัญหา(Why-Why Analysis) 3) การลดความสูญเปล่า (ECRS) 4) คู่มือการปฏิบัติงาน (SOP)มาแก้ไขขั้นตอนในการให้บริการที่มีถึง 14 ขั้นตอน ทำให้เหลือขั้นตอนการให้บริการเพียง 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) พบเจ้าหน้าที่คัดกรอง 2) ลงทะเบียน 3) ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง

4) ซักประวัติ ประเมินอาการ 5) เจาะเลือด 6) พบแพทย์ตรวจ
7) พบพยาบาลหลังตรวจ 8) ชำระเงิน 9) รับยากลับบ้าน

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนา ทั้งโดยรวม และรายด้าน ดังตารางดังต่อไปนี้ (n=260)

ความพึงพอใจ รายด้านต่อคุณภาพการบริการ	ก่อนการพัฒนา(n=130)			หลังการพัฒนา(n=130)			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ	3.41	0.38	ปานกลาง	4.60	0.21	มากที่สุด	26.602	<0.00*
ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ	3.47	0.38	ปานกลาง	4.69	0.23	มากที่สุด	28.140	<0.00*
ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย	3.45	0.33	ปานกลาง	4.59	0.19	มากที่สุด	28.564	<0.00*
ด้านการสร้างความมั่นใจ	3.49	0.38	ปานกลาง	4.68	0.16	มากที่สุด	31.078	<0.00*
ด้านการเข้าใจความรู้สึก	3.44	0.51	ปานกลาง	4.67	0.21	มากที่สุด	23.631	<0.00*
รวม	3.45	0.34	ปานกลาง	4.65	0.14	มากที่สุด	31.482	<0.00*

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.45) (SD= 0.34) แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.65) (SD= 0.14) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกรายด้านและรายข้อที่มีคะแนนสูงสุด 3 ด้าน สามารถสรุปได้ ดังนี้ (1)ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ด้านการสร้างความมั่นใจ โดยรวมก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.49) (SD= 0.38) แต่หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.68) (SD= 0.16) (2)ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโดยรวมก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.45) (SD= 0.33) แต่หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.59) (SD= 0.19) (3)ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ด้านความน่าเชื่อถือ ไว้วางใจ โดยรวมก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.47) (SD= 0.38) แต่หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.69) (SD= 0.23)

ตารางที่2 เปรียบเทียบระยะเวลาการใช้บริการ ของงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนา ดังตารางดังต่อไปนี้(n=30)

รายการประเมิน	**รูปแบบการให้บริการแบบเดิม (n=30)**		**รูปแบบการให้บริการแบบใหม่ (n=30)**	
	วิเคราะห์คุณค่าคุณภาพการบริการ		วิเคราะห์คุณค่าคุณภาพการบริการ	
2.1 ระยะเวลาการให้บริการยาวนาน	เวลาที่ให้คุณค่าที่สั้นที่สุด (นาที)	เวลาที่ให้คุณค่าที่ยาวนานที่สุด นาที	เวลาที่ให้คุณค่าที่สั้นที่สุด (นาที)	เวลาที่ให้คุณค่าที่ยาวนานที่สุด นาที
เวลาที่ใช้ในกระบวนการของผู้ป่วย (PT)	31	90	11	31
เวลาสูญเปล่าแต่ละขั้นตอนของการบริการ (DT)	51	153	23	54
วงรอบเวลาทั้งหมด (TAT) หรือระยะเวลาทั้งหมดที่ให้บริการ	82	243	34	85

จากตาราง 2 แบบบันทึกเวลาการใช้บริการงานผู้ป่วยนอก พบว่า โดยเมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาที่ให้คุณค่าสั้นที่สุดและระยะเวลาที่ให้คุณค่าที่ยาวที่สุด พบว่า หลังการพัฒนาจะน้อยกว่าก่อนการพัฒนา โดยก่อนการพัฒนา เวลาที่ใช้ในกระบวนการ (PT) (31, 90) เวลาที่สูญเปล่า (DT) (51, 153) และวงรอบเวลาทั้งหมด (TAT) (82, 243) และหลังการพัฒนาเวลาลดลงโดยเวลาที่ใช้ในกระบวนการ (PT) (11, 31) เวลาที่สูญเปล่า (DT) (23, 54) และวงรอบเวลาทั้งหมด (TAT) (34, 85)

ตาราง 3 เปรียบเทียบ ร้อยละของคุณค่าสายธารการให้บริการตามการรับรู้(PVS)และร้อยละของคุณภาพของการบริการที่มีการลดความสูญจากการใช้บริการครั้งแรกตามการรับรู้ (FTQ) ของงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนา ดังตารางดังต่อไปนี้(n=30)

รายการประเมินระยะเวลา คุณค่าสายธารและคุณภาพบริการ	รูปแบบการให้บริการแบบเดิม(n=30)	รูปแบบการให้บริการ แบบใหม่ (n=30)
3.1 คุณค่าของสายธารการให้บริการ ตามการรับรู้ของผู้ป่วย (PVS)	5.76%-48.78%	7.06% - 55.08%
3.2 คุณภาพการบริการที่มีการลดความสูญเปล่าจากการใช้บริการครั้งแรกตามการรับรู้ของผู้ป่วย (FTQ)	46.13%	85.90%

จากตาราง 3 แบบบันทึกเวลาการใช้บริการงานผู้ป่วยนอก พบว่า

3.1 ร้อยละของคุณค่าสายธารการให้บริการตามการรับรู้ (PVS) ของผู้ป่วยนอกก่อนและหลังการพัฒนา โดยเปรียบเทียบร้อยละค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด พบว่า หลังการพัฒนาจะสูงกว่าก่อนการพัฒนา ทั้งค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด โดยก่อนการพัฒนาคุณค่าของสายธารการให้บริการตามการรับรู้ของผู้ป่วย ค่าต่ำสุดร้อยละ 5.76 และค่าสูงสุดร้อยละ 48.78 หลังการพัฒนาคุณค่าของสายธารการให้บริการตามการรับรู้ของผู้ป่วย ค่าต่ำสุด ร้อยละ 7.06 และค่าสูงสุดร้อยละ55.88 แสดงว่าผู้ป่วยนอกรับรู้คุณค่าของกระบวนการบริการของงานผู้ป่วยนอก หลังการพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ

3.2 ร้อยละของคุณภาพของการบริการที่มีการลดความสูญจากการใช้บริการครั้งแรกตามการรับรู้ (FTQ) ของผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนา (ตารางรางที่ 2) โดยเปรียบเทียบ ร้อยละที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้คุณค่าของการให้บริการครั้งแรกตามการรับรู้ หลังการพัฒนาจะสูงกว่าก่อนการพัฒนา โดยก่อนการพัฒนาคุณค่าของการให้บริการครั้งแรกตามการรับรู้ ร้อยละ46.13 หลังการพัฒนาคุณค่าของการให้บริการครั้งแรกตามการรับรู้ ร้อยละ 85.90 แสดงว่าผู้ป่วยรับรู้คุณค่าของการให้บริการครั้งแรกหลังการพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ

สรุปและอภิปรายผล

1.สภาพปัญหา และรูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกตามแนวคิดโลจิสติกส์ โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก

รูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตากแบบเดิมพบว่ามีขั้นตอนมากถึง 14 ขั้นตอนระยะเวลาการใช้บริการยาวนานถึง 243 นาทีและ มีปัญหาสำคัญ การให้บริการ 3 ด้านดังนี้ 1) ขั้นตอน/กิจกรรม ของการให้บริการไม่ชัดเจนและไม่มีแนวปฏิบัติ 2) ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยในแต่ละจุด และ 3) ไม่มีการจัดทำแนวปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ หรือคู่มือการให้บริการของแต่ละหน่วยงานย่อยเนื่องจากแผนกผู้ป่วยนอกมีหน่วยงานย่อยถึง 9 หน่วยงาน 32 กิจกรรม ในการรับบริการพัฒนาบนพื้นฐานของการสืบค้นปัญหาและข้อเท็จจริงที่ปรากฏในกระบวนงานที่ปฏิบัติจริงโดย พบว่า ปัญหาในการให้บริการ แนวทางการพัฒนารูปแบบการให้บริการ โดยสรุปมี 2 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่ 1) ขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ และ 2) ความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้

จากการศึกษาพบว่า พบว่ารูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดโลจิสติกส์ ร่วมกับแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการของพาราสุรามาน ไซทัลและเบอร์รี่[13] ทำให้รูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกดีกว่ารูปแบบการให้บริการเดิมและมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง โดยมีข้อมูลสนับสนุนจาก 1) รูปแบบ

การบริการใหม่ที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดโลจิสติกส์ มีผลต่อการลดความสูญเปล่าในการใช้บริการลงได้อย่างชัดเจน โดยมีขั้นตอนจากเดิม 14 ขั้นตอน เหลือ 9 ขั้นตอน ซึ่งจากการลดขั้นตอนส่งผลให้เวลาการใช้บริการลดลงตามไปด้วย อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการได้มากขึ้น 2) การปรับปรุงคุณภาพบริการด้วยแนวคิดของ พาราสุรามาน ไซทัล และเบอร์รี่ ในทุกขั้นตอนของการให้บริการ ร่วมกับการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานที่มีความรวดเร็วเพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการคุณภาพบริการ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า รูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกตามแนวคิดโลจิสติกส์ที่พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบที่ดีกว่ารูปแบบเดิม ทั้งนี้จากผลการศึกษายังพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยจากการใช้รูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอก โดยประยุกต์ใช้แนวคิดโลจิสติกส์ สูงกว่าการใช้รูปแบบบริการเดิม โดยค่าเฉลี่ย โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\overline{X}$= 3.45) แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมหลังการอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$=4.65) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปวีณ์นุช ขวัญยืน (2553)[5] ที่ศึกษาเรื่อง การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการโลจิสติกส์ในเรื่องเวลาเพื่อวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี โดยมุ่งหวังนำแนวคิดการจัดการโลจิสติกส์ในส่วนของทฤษฎีแถวคอย รวมทั้งการสร้างแบบจำลองแถวคอยด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปมาปรับประยุกต์ใช้กับงานบริการประเภทโรงพยาบาล ซึ่งผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจด้านระยะเวลารอคอยโดยรวม ปานกลาง โดยมีความพึงพอใจในจุดชำระเงิน จุดจ่ายยาสูงสุด และสอดคล้องกับการศึกษาของ นลินี โกวิทวนวงษ์ยุพิน อภิสิทธิวงศ์ และอำพรรณ จันทโรกร (2555)[3] ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้กระบวนการลีนในการลดขั้นตอนการกำหนดการผ่าตัดฉุกเฉินเวลาราชการ: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า ในขั้นตอนการกำหนดการผ่าตัดผู้ป่วยมีทั้งหมด 14 ขั้นตอนและแต่ละขั้นตอนก็มีความยุ่งยากต้องเกี่ยวข้องกับบุคลากรหลายฝ่ายดังนั้นเมื่อมีการนำเอาแนวคิดแบบลีนมาใช้โดยใช้หลักการของความสูญเปล่า 7 ประการทำให้สามารถลดขั้นตอนการกำหนดการผ่าตัดผู้ป่วยในเวลาราชการเหลือ 10 ขั้นตอนซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็วทันเวลาและปลอดภัยเกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

2. เปรียบเทียบระยะเวลาการใช้บริการระหว่างรูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอก โดยประยุกต์ใช้แนวคิดโลจิสติกส์ กับรูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกแบบเดิม

ระยะเวลาที่ให้คุณค่าที่สั้นที่สุดและระยะเวลาที่คุณค่าที่ยาวที่สุดของเวลาของกระบวนการที่ใช้บริการ (PT) เวลาที่สูญเปล่า (DT) และวงรอบทั้งหมด (TAT) พบว่า จากการวิจัยการใช้รูปแบบการบริการงานผู้ป่วนอกโดยประยุกต์ใช้แนวคิดโลจิสติกส์ ได้ค่าของระยะเวลาของกระบวนการที่ใช้บริการ (PT) เวลาที่ให้คุณค่าสั้นที่สุด 31 นาที เวลาที่ให้คุณค่าที่ยาวนานที่สุด 90 นาที เวลาที่สูญเปล่า (DT) เวลาที่ให้คุณค่าสั้นที่สุด 51 นาที เวลาที่ให้คุณค่ายาวที่สุด 153 นาที และวงรอบเวลาทั้งหมด (TAT) เวลาที่ให้คุณค่าสั้นที่สุด 82 นาที เวลาที่ให้คุณค่ายาวที่สุด 243 (ตารางที่ 2) ระยะเวลาการใช้บริการหลังการพัฒนาจะน้อยกว่าการพัฒนา ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า ระยะเวลาการใช้บริการของผู้ป่วยนอกภายหลังการใช้รูปแบบการบริการ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดโลจิสติกส์ น้อยกว่าการใช้รูปแบบบริการเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการใช้รูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอก โดยประยุกต์ใช้แนวคิดโลจิสติกส์มีการลดขั้นตอนการรับบริการจาก 14 ขั้นตอน เหลือ 9 ขั้นตอน การลดขั้นตอนให้น้อยลงจะมีผลทำให้ระยะเวลาลดลงมาด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา พอพิน (2553)[8] ที่ศึกษาเชิงพัฒนากระบวนการจัดการเตรียมผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ ตามแนวคิดแบบลีน ผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในกระบวนการก่อนการพัฒนาเฉลี่ยเท่ากับ 39.29 นาที และหลังการพัฒนาเฉลี่ยเท่ากับ 31.23 นาที ลดลง 8.06 นาที คิดเป็นร้อยละ 20.51 เปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้ในกระบวนการ พบว่า ระยะเวลาที่ใช้หลังการพัฒนาน้อยกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เกตนิภา สนมวัฒนะวงศ์ (2553)[1] ที่ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลีนของวอแม็กและโจนส์ พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในกิจกรรมการรับใหม่ผู้ป่วยอายุรกรรมในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยา 2 แบบ และ 3 แบบคือ 59.82 นาที และ 68.34 นาที หลังการพัฒนารูปแบบระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในกิจกรรมการรับใหม่ผู้ป่วยอายุร

กรรม ลดลงเป็น 48.79 นาที และ 54.56 นาที ตามลำดับซึ่งใช้เวลาลดลง 11.03 นาทีและ13.78 นาทีตามลำดับ และลดลงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. เปรียบเทียบร้อยละของคุณภาพการบริการที่มีการลดความสูญเปล่าจากการใช้บริการครั้งแรกตามการรับรู้ของผู้ป่วยนอก โดยประยุกต์ใช้แนวคิดโลจิสติกส์กับรูปแบบบริการงานผู้ป่วยนอกแบบเดิม

เปรียบเทียบร้อยละของคุณภาพการบริการที่มีการลดความสูญเปล่าจากการใช้บริการครั้งแรกตามการรับรู้ (FTQ) ของผู้ป่วยนอกก่อนและหลังการพัฒนา (ตารางที่ 3) โดยเปรียบเทียบร้อยละที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้คุณภาพบริการที่มีการลดความสูญเปล่าจากการใช้บริการครั้งแรกตามการรับรู้ของผู้ป่วยหลังการพัฒนาจะสูงกว่าก่อนการพัฒนา โดยก่อนการพัฒนาคุณภาพการบริการที่มีการลดความสูญเปล่าจากการใช้บริการครั้งแรกตามการรับรู้ของผู้ป่วย เท่ากับ ร้อยละ46.13 หลังการพัฒนาคุณภาพการบริการที่มีการลดความสูญเปล่าจาการใช้บริการครั้งแรกเท่ากับร้อยละ 85.90

จะเห็นได้ว่าร้อยละของคุณภาพการบริการที่มีการลดความสูญเปล่าจาการใช้บริการครั้งแรกตามการรับรู้ของผู้ป่วยหลังการพัฒนาจะสูงกว่าก่อนการพัฒนา ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า คุณภาพการบริการที่มีการลดความสูญเปล่าจาการใช้บริการครั้งแรกตามการรับรู้ของผู้ป่วยภายหลังการใช้รูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอก โดยประยุกต์ใช้แนวคิดโลจิสติกส์ สูงกว่าการใช้รูปแบบบริการเดิม เนื่องจากการใช้รูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกโดยประยุกต์ใช้แนวคิดโลจิสติกส์ ซึ่งเป็นรูปแบบใหม่ได้มีการกำจัดความสูญเปล่าออกเป็นจำนวนมาก อีกทั้งยังมีการลดขั้นตอนจากรูปแบบเดิมลง ทำให้ความสูญเปล่าถูกกำจัดออกไปด้วยเช่นกัน ดังนั้นจึงส่งผลให้ผู้ป่วยนอกสามารถรับรู้คุณภาพการบริการที่มีการลดความสูญเปล่าจากการใช้บริการครั้งแรกของงานผู้ป่วยนอก หลังการพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างชัดเจน

4. เปรียบเทียบร้อยละของคุณค่าสายธารการให้บริการตามการรับรู้ของผู้ป่วย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดโลจิสติกส์ กับรูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกแบบเดิม

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบร้อยละของคุณค่าสายธารการให้บริการตามการรับรู้ของผู้ป่วยนอกระหว่างรูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอก โดยประยุกต์ใช้แนวคิดโลจิสติกส์กับรูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกแบบเดิม สามารถอธิบายได้ดังนี้ร้อยละของคุณค่าสายธารการให้บริการตามการรับรู้ (PVS) ของผู้ป่วยนอกก่อนและหลังการพัฒนา (ตารางที่ 3) โดยเปรียบเทียบร้อยละค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด พบว่าหลังการพัฒนาจะสูงกว่าก่อนการพัฒนา ทั้งค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด โดยก่อนการพัฒนาคุณค่าของสายธารการให้บริการตามการรับรู้ของผู้ป่วย ค่าต่ำสุด ร้อยละ5.7 และค่าสูงสุดร้อยละ 48.78 หลังการพัฒนาคุณค่าของสายธารการให้บริการตามการรับรู้ของผู้ป่วย ค่าต่ำสุดร้อยละ7.06 และค่าสูงสุด ร้อยละ 55.88 ร้อยละของคุณค่าสายธารการให้บริการตามการรับรู้ของผู้ป่วยนอกหลังการพัฒนาจะสูงกว่าก่อนการพัฒนาทั้งค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า คุณค่าของสายธารการให้บริการตามการรับรู้ของผู้ป่วยภายหลังการใช้รูปแบบการบริการโดยประยุกต์ใช้แนวคิดโลจิสติกส์ สูงกว่าการใช้รูปแบบบริการเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการใช้รูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกโดยประยุกต์ใช้แนวคิดโลจิสติกส์ซึ่งเป็นรูปแบบใหม่ ได้มีการลดขั้นตอนจากรูปแบบเดิมจาก 14 ขั้นตอน ให้เหลือ 9 ขั้นตอน ซึ่งทั้ง 9 ขั้นตอน เกิดจากผู้ป่วยเป็นผู้เลือกหรือระบุคุณค่าของขั้นตอนเองว่าสำคัญและจำเป็นสำหรับตนเองในการมารับบริการของรัฐ และลดขั้นตอนส่งผลให้ระยะเวลาการใช้บริการลดลงตามมาด้วย จึงส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้คุณค่าของกระบวนการบริการของงานผู้ป่วยนอกหลังการพัฒนาได้มากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอกตามแนวคิดโลจิสติกส์ที่พัฒนาขึ้น หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาในทุกด้านดังนั้นผู้บริหารขององค์กรควรส่งเสริมให้เกิดการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้อย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะคะแนนความพึงพอใจรายข้อที่อยู่ระดับมากพัฒนาให้อยู่ในระดับมากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ และสนับสนุนให้มีการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อเป็นต้นแบบในการพัฒนาต่อไป

2. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การใช้รูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกตามแนวคิดโลจิสติกส์ทำให้ขั้นตอนลดลง ระยะเวลาในการรับบริการสั้นลงและมีการให้บริการผู้ป่วยตาม

มาตรฐานวิชาชีพ(ตารางที่ 2) ทำให้เกิดการประสานงานด้านทีมบริการสุขภาพในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งทีมแพทย์ พยาบาล ทีมสนับสนุนบริการสุขภาพอื่นๆ อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งส่งผลดีต่อคุณภาพการบริการ เช่น ผู้ป่วยได้รับการบริการที่รวดเร็ว ระยะเวลาการใช้บริการลดลง รวมถึงบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมที่ถูกจัดไว้เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและลดความตึงเครียด สร้างความผ่อนคลายขณะมาใช้บริการ เป็นต้น

3. ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า รูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกตามแนวคิดโลจิสติกส์ดีกว่ารูปแบบเดิม และมีคุณภาพการบริการมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น ควรใช้รูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกที่พัฒนาขึ้นเพื่อเป็นต้นแบบในการศึกษาวิจัยสำหรับหน่วยงานอื่นๆ และควรมีการศึกษาตัวแปรด้านอื่นๆ ในด้านคุณภาพการบริการ เช่น ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพในด้านการบริการ การศึกษาต้นทุนการให้บริการงานผู้ป่วยนอก เป็นต้น

4. การศึกษาในขั้นต่อไปควรปรับเปลี่ยนรูปแบบการวิจัยเป็นแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อให้ได้รูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกตามแนวคิดโลจิสติกส์ที่มีความคงตัว และสามารถเป็นต้นแบบที่ดีของหน่วยงานอื่นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1.เกตนิภา สนมวัฒนะวงศ์. **การพัฒนารูปแบบการจัดการการรับใหม่ผู้ป่วยอายุรกรรมงานผู้ป่วยใน 2 โรงพยาบาลท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์**. (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่, **2553.**

2.ดวงพรรณ กริชชาญชัย และโสภณ เมืองชู. **Healthcare Logistics and Supply Chain Management**. มาร์รี่ อาร์ นนทบุรี, **2556.**

3.นลินี โกวิทวนวงษ์ ยุพิน อภิสิทธิวงศ์ และคณะ. **การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์**. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สงขลา, **2555.**

4.บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่3. ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย กรุงเทพมหานคร, **2547.**

5.ปวีณ์นุช ขวัญยืน. **การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการโลจิสติกส์ในเรื่องเวลา เพื่อวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี**. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เชียงราย, **2553.**

6.พันธิภา พิญญะคุณ. **การพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกเบาหวานโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลีน โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยา จังหวัดสุพรรณบุรี.** มหาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี. (2557).

7.ร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย. **ร่างยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี(พ.ศ. 2560-2579) การบูรณาการ ระดับชาติ การปฏิรูปประเทศไทยด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม**. **2559.**

8.รัตนา พอพิน. **การพัฒนากระบวนการจัดการเตรียมผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลแมคคอร์มิคจังหวัดเชียงใหม่**. (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญามหาบัณฑิต ไม่มีการตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่, **2553.**

9.วิทยา สุหฤทดารง, ยุพา กลอนกลาง และคณะ. **มุ่งสู่ "ลีน" ด้วยการจัดการสายธารคุณค่า (ValueStream Management)**. สำนักพิมพ์ อี.ไอ.สแควร์ กรุงเทพฯ, **2555.**

10.ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลพบพระ. **ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลพบพระ**. โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก, **2559**.

11.อนุวัฒน์ศุภชุติกุล. **เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ :คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ.** สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร, **2542.**

12.Christopher, M. **Logistics and Supply Chain Management**. 2nd ed. Pitman London, **1998.**

13.Parasuraman, A., Zeithaml, Valarie A., Leonard, Berry L. **SERQUAL:A multipleitemscalefor measuring customer perceptions of service quality**. Journalof retailing. 64: 12-40, **1988.**

คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

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

นิออน ลีคะ[1] , ประจักร บัวผัน[2] , มกราพันธุ์ จูฑะรสก[3]

Nion Leeka[1], Prachak Bouphun[2], Makarapan Jutarosaga[3]

(Received: April 12 ,2019 ; Accepted: May 17 ,2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จากตัวอย่างจำนวน 156 คนจากประชากรทั้งหมด จำนวน 248 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ และตัวอย่างการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณจำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามและการสนทนากลุ่มซึ่งแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งชุดได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาชเท่ากับ 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 และต่อมาในปี 2558 องค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งใน 14 ประเทศ ที่มีความรุนแรงของปัญหาวัณโรคอยู่ในระดับโลก ทั้งวัณโรคที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย (TB / HIV) และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR – TB) โดยมีอัตราของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่สูงกว่าค่าเฉลี่ยโลกถึง1.3 เท่า มีผู้เสียชีวิตสูงถึง 12,000 ราย[10] ถึงแม้ความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการด้านการแพทย์จะรุดหน้า แต่วัณโรคยังเป็นปัญหาเนื่องจากกลุ่มเป้าหมายที่เสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคมีเพิ่มมากขึ้น คือกลุ่มผู้ป่วย HIV ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยโรคปอดและโรคไตเรื้อรัง และจากระบบบันทึกรายงานผลการดำเนินงานวัณโรคในปี 2558 พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนการรักษาเพียง 58,714 ราย หรือ

[1] นักศึกษาหลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[3] อาจารย์ประจำ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประมาณร้อยละ 50.0 คิดเป็นอัตราความสำเร็จในการรักษาเพียง ร้อยละ 78.0 ซึ่งถือว่ายังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ได้กำหนดอัตราความสำเร็จในการรักษาไว้ที่ร้อยละ 90.0 ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศไทยจะต้องเพิ่มความครอบคลุมในการค้นหาคัดกรองผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ให้มากยิ่งขึ้น ทั้งนี้เพื่อตัดวงจรของการแพร่กระจายของวัณโรคสู่ผู้สัมผัส [1]

ในการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นเป็นงานอีกด้านหนึ่งที่ดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในการจัดบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐาน เพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกันได้ เป็นหนึ่งในวิธีการดูแลรักษาแบบองค์รวมครอบคลุม ซึ่งการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น ประกอบด้วยการปฏิบัติงานในการจัดบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐาน เพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกันได้ซึ่งประกอบด้วยการปฏิบัติงาน 5 ด้านคือ 1) ด้านการค้นหารายป่วยใหม่ 2) ด้านการป้องกัน 3) ด้านการรักษาและติดตามเยี่ยมบ้าน 4) ด้านการให้สุขศึกษา และ 5) ด้านการนิเทศและการฝึกอบรม [1] ซึ่งมีผู้ศึกษาวิจัยพบว่าการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมาก[9] และการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมาพบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมาก[2] และการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมาก [6]

คุณลักษณะส่วนบุคลเป็นปัจจัยประการหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้การปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถดำเนินงานให้บรรลุผลได้ตามเป้าหมายขององค์การ ซึ่งคุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นคุณลักษณะเฉพาะส่วนตัวของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) ตำแหน่ง 6) รายได้ 7) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และ 8) การได้รับการฝึกอบรม[12] การจะปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่ตามความสามารถและสำเร็จนั้นต้องอาศัยปัจจัยนี้เป็นสำคัญ มีผู้ทำการศึกษาวิจัยพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านรายได้มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของนักบริหารงานสาธารณสุข (สิทธิศักดิ์ แก้วโพนเพ็ก และประจักร บัวผัน, 2558) และคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านตำแหน่ง (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกและสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ติดชายแดนแม่น้ำโขง จังหวัดมุกดาหาร ร้อยละ 79.0 [4] และคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านตำแหน่ง (นักวิชาการสาธารณสุข) มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกและสามารถร่วมกันพยากรณ์การใช้โปรแกรมระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา [5]

นอกจากคุณลักษณะส่วนบุคคลแล้วยังพบว่า ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้านการควบคุมป้องกันวัณโรคนั้นจะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัยปัจจัยแรงจูงใจที่เป็นตัวกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคคลทุ่มเทกำลังแรงใจแรงกายและความมุ่งมั่นในการแสดงความสามารถอย่างเต็มที่ในการปฏิบัติงาน โดยปัจจัยแรงจูงใจเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานและทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ปัจจัยจูงใจ ประกอบด้วย 1) ลักษณะงานที่ปฏิบัติ 2) การยอมรับนับถือ 3) ความรับผิดชอบ 4) ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน และ 5) ความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ ส่วนปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยอนามัย เป็นปัจจัยที่สามารถบ่งชี้ถึงความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจของการทำงาน และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ปัจจัยค้ำจุนประกอบด้วย 1) นโยบายและการบริหาร 2) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 3) ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน 4) การปกครองบังคับบัญชา 5) เงินเดือนและค่าตอบแทน 6) สภาพการปฏิบัติงาน 7) สถานะทางอาชีพ และ 8) ชีวิตความเป็นส่วนตัว[11] มีผู้ทำวิจัยและศึกษา พบว่า แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด คือ ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร ปัจจัยค้ำจุนด้านชีวิตความเป็นส่วนตัวปัจจัยแรงจูงใจด้านความ

รับผิดชอบ ปัจจัยค้ำจุน ด้านการปกครองบังคับบัญชาปัจจัยแรงจูงใจด้านลักษณะงานและปัจจัยค้ำจุน ด้านสภาพการปฏิบัติงาน โดยตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัวสามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ร้อยละ 62.6 [8] และพบว่าแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น คือ ปัจจัยจูงใจ ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ และด้านความสำเร็จในการทำงาน สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 46.5 [6] และพบว่าแรงจูงใจที่มีผลต่อการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น คือ ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหารและปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงาน สามารถร่วมกันพยากรณ์การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่นได้ร้อยละ 61.2 [9]

จังหวัดขอนแก่นมี 26 อำเภอ 198 ตำบล มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 248แห่ง โดยบางตำบลมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากกว่า 1 แห่ง ในจังหวัดขอนแก่นมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 248 คน ที่ปฏิบัติงานด้านการควบคุมป้องกันวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2561ก) ซึ่งจากการดำเนินงานด้านการควบคุมป้องกันวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านมา พบว่ายังมีปัญหาอุปสรรคในด้านการค้นหารายป่วยใหม่ทำได้ ร้อยละ 82.5 และด้านการรักษาและติดตามเยี่ยมบ้านทำได้ ร้อยละ70 ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายคือ ทั้งสองด้านต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2561)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับแรงจูงใจและระดับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

3. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross–Sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 248 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น,2561ก)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เพื่อศึกษา คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างการวิเคราะห์การถดถอยพหูคูณแบบขั้นตอน (Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen (1988) ได้ขนาดตัวอย่าง เท่ากับ 156 คน ในกรณีตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 156 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1.แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นคำถามที่เกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจ และคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

2.การสนทนากลุ่ม เป็นแนวทางในการยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณ เกี่ยวกับแรงจูงใจ และการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

จริยธรรมการวิจัย

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

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 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) รองลงมาคือ แรงจูงใจด้านความรับผิดชอบ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.02 (S.D.= 0.49) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ แรงจูงใจด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.25 (S.D.=0.74) รองลงมาคือ แรงจูงใจด้านสภาพการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก 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) เมื่อพิจารณารายข้อ 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

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัย	การปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรค		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
1.เพศ(หญิง)	0.022	0.782	ไม่มี
2.อายุ	0.051	0.523	ไม่มี
3.สถานภาพสมรส	-0.020	0.802	ไม่มี
4.ระดับการศึกษา(ปริญญาตรี)	0.012	0.885	ไม่มี
5.ตำแหน่ง(นักวิชาการ	-0.056	0.484	ไม่มี
สาธารณสุข)	0.018	0.827	ไม่มี
6.รายได้ต่อเดือน	0.009	0.915	ไม่มี
7.ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	0.247**	0.002	ต่ำ
8.การได้รับการฝึกอบรม			
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
ปัจจัยค้ำจุน	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 at the 0.01 level (2-tailed)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย พบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.247,p-value=0.002) ส่วนคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

5. คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ที่ถูกเลือกเข้าสมการ ก็คือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับ ดังนี้ นโยบายและการบริหาร (p-value<0.001) ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน (p-value = 0.002)สภาพการปฏิบัติงาน (p-value=0.003) และลักษณะงานที่ปฏิบัติ (p-value= 0.011) ดังนั้นจึงสามารถกล่าวได้ว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปร มีผลและสามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 54.6 โดยสามารถกำหนดเป็นสมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง ได้ดังนี้

Y = 0.485+(0.330) (ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร) + (0.236) (ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน) + (0.170) (ปัจจัยค้ำจุนด้านสภาพการปฏิบัติงาน) + (0.171) (ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ)

สรุปได้ว่า ตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปรข้างต้น ได้แก่ ตัวแปรปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร ตัวแปรปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ตัวแปรปัจจัยค้ำจุนด้านสภาพการปฏิบัติงาน และตัวแปรปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ มีผลและสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 54.6

สรุปและอภิปรายผล

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรค ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จากการศึกษา คุณลักษณะส่วน

บุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 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. ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จากการวิเคราะห์ข้อมูลระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรค ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่นพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจ ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.79 (S.D.=0.39) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่าแรงจูงใจด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.13 (S.D.=0.49) รองลงมาคือ แรงจูงใจด้านความรับผิดชอบ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.02 (S.D.=0.49) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ แรงจูงใจด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.25 (S.D.=0.74) รองลงมาคือ แรงจูงใจด้านสภาพการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.51 (S.D.= 0.64)

3. ระดับการปฏิบัติงานของของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรค ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จากการวิเคราะห์ข้อมูล ระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรค ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติงาน ด้านการป้องกัน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.92 (S.D.=0.57) เมื่อพิจารณารายข้อ 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

4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล จากการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย พบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.247,p-value=0.002) ส่วนคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

4.2 แรงจูงใจ จากการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย พบว่าแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จากผลการวิเคราะห์ พบว่าตัวแปรอิสระ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น และถูกเลือกเข้าสมการนั้น มี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการ เป็นตัวแปรที่ มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 ซึ่งตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการเรียงตามลำดับ ดังนี้ ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร (p-value<0.001) ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน (p-value<0.001) ปัจจัยค้ำจุนด้านสภาพการปฏิบัติงาน (p-value<0.001) และปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ (p-value<0.001) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัว มีผลและสามารถร่วมพยากรณ์ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 54.6

ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น ควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและเป้าหมายของการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ความสำคัญกับการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานให้แล้วเสร็จตามเวลาที่กำหนดไว้ ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จะช่วยเอื้อต่อการปฏิบัติงานให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการมอบหมายภาระงานให้สอดคล้องกับความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการปฏิบัติงาน และให้ความสำคัญกับการจัดลำดับความสำคัญของการทำงานเพื่อพัฒนาทักษะด้านความสามารถในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ควรศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. ควรศึกษาแนวทางในการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ประจักร บัวผัน อาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ คุณสุภควดี ธนสีลังกูร อาจารย์ ดร.มกราพันธุ์ จูฑะรสก และคุณสมยศ ลาปะ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์จนงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.กระทรวงสาธารณสุข.(2561). **แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561.** พิมพ์ครั้งที่ 1. อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์ กรุงเทพ, **2561**

2.นครินทร์ ประสิทธิ์ และประจักร บัวผัน. แรงจูงใจและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา). 18**(2) 65-77. 2561

3.ประจักร บัวผัน. **หลักการบริหารสาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 3. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น, 2554

4.ปุลวัชร อาจโยธา และชนะพล ศรีฤาชา. ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ติดเขตชายแดนแม่น้ำโขง จังหวัดมุกดาหาร. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 10** (1) :, 2560

5.พีรภัทร ไตรคุ้มดัน และประจักร บัวผัน. ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการใช้โปรแกรมระบบด้านข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (HCSx P_PCU) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 25**(2), 2560

6.ศุภชัย หมื่นมา และประจักร บัวผัน. การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัยมข. 14(2)** 71-88, 2557

7.สันติ ธรณี และประจักร บัวผัน. การปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด. **วารสารวิจัยมข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 14**.(1). 89-104, 2558

8.สันติ อุทรังษ์ และประจักร บัวผัน. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศาลาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์. **วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (บศ.), 17**(3), 64-76, 2560

9.สิริสา เทียมทัน และประจักร บัวผัน. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย,มข. ฉบับบัณฑิตศึกษา. 18**(1), 49-61, 2561

10.องค์การอนามัยโลก. (2558) **STAG-TB meeting in 2015.** ค้นเมื่อ5 กันยายน 2561, จาก http//www.stoptb.org/countries/ tbdata.asp.

11.Herzberg, F, Mausner, B, Snyderman, B.B. (1993). **The Motivation To work.New York:** Transaction Publishers.

12.Schermerhorn, R., Hunt ,G., & Osborn, N. **Organizational Behavior**. NewYork: JohnWily&Sons; 2003

การศึกษาประสิทธิผลการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ โดยใช้ผลคูณระหว่างความสูงของยอดมดลูกกับเส้นรอบวงหน้าท้องทีระดับสะดือ เปรียบเทียบกับการวัดระดับความสูงมดลูกของ Modified Johnson ในโรงพยาบาลสุวรรณคูหา

A study of the effectiveness of fetal weight predictions By using the product of the height of the uterus and the abdominal circumference at the navel level Compare with Modified Johnson's Uterine Height Measurement in Suwannakhuha Hospital.

นภัสวรรณ สงวนศิลป์[1]

Napatsawan Sanguansin

(Received: March 15,2020 ; Accepted: March 21 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบไปข้างหน้า (survey research by prospective study) เพื่อศึกษาอำนาจการคาดคะเน การใช้ผลคูณระหว่างความสูงของระดับยอดมดลูกและเส้นรอบวงหน้าท้อง และการวัดระดับความสูงมดลูกของ Modified Johnson กลุ่มตัวอย่าง คือผู้มาคลอดในช่วงระหว่าง 1 ตุลาคม-31 ธันวาคม 2562 จำนวน 80 ราย เก็บข้อมูลโดยแบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ร้อยละ และ Independent t-test

ผลการศึกษา พบว่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำหนักจริงเปรียบเทียบน้ำหนักคาดคะเน (DBW) โดยวิธีการใช้ผลคูณระหว่างความสูงของยอดมดลูกกับเส้นรอบวงหน้าท้องที่ระดับสะดือ กับความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำหนักจริงเปรียบเทียบน้ำหนักคาดคะเน (DBW) วิธีการวัดค่าความสูงของยอดมดลูกเทียบตารางของmodifified Johnson ไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : ประสิทธิผลการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์

ABSTRACT

This research was survey research by prospective aimed to studied the prediction power using the product between the height of the uterus peak and the circumference of the abdomen and measurement of uterine elevation by Modified Johnson. Sample size were born during October 1 - December 31, 2019, of 80 persons. Data were collected by the data recording form. Data were analyzed by frequency , percentage and Independent t-test.

The results showed that the difference between the average true weight and the estimated weight (DBW) by using the product of the height of the uterus and the abdominal circumference at the navel level. And the difference of the actual weight average, compared with the predicted weight (DBW) method of measuring the height of the uterus in the square of modified Johnson on difference.

Keyword : Effectiveness of fetal weight predictions

[1] โรงพยาบาลสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู

บทนำ

การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ มีความสำคัญและมีประโยชน์มากต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ เพราะใช้เป็นข้อมูลในการการตัดสินใจวางแผนการพยาบาลมารดาที่เจ็บครรภ์คลอดและทารกในครรภ์ในภาวะต่างๆ เช่นเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหรือภาวะทารกเติบโตช้าในครรภ์ซึ่งจะส่งผลให้เวลาคลอดมีภาวะขาดออกซิเจน กรณีทารกน้ำหนักเกิน 3,500กรัม อาจทำให้เกิดการคลอดติดไหล่ (Shoulder dystocia) และหากการคลอดนั้นไม่ได้รับการดูแลทำคลอดที่ถูกวิธีและมีความรวดเร็ว อาจทำให้ทารกเสียชีวิตหรือได้รับบาดเจ็บ เช่น การบาดเจ็บที่เส้นประสาทใหญ่ (Brachial plexus injury) กระดูกไหปลาร้าหัก (Fracture clavicle) และมีโอกาสเกิดการคลอดติดขัด[1-5] ส่งผลให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอดต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด ซึ่งสอดคล้องกับผลศึกษาของการคลอดติดไหล่พบว่าทารกแรกเกิดมักจะเสียชีวิตจากการขาดออกซิเจน ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน ที่พยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้ดูและผู้คลอดทั้งในระยะก่อนคลอดระยะคลอดและระยะหลังคลอดของ[6] และผลงานวิจัยภาวะคลอดไหล่ยาก พยาบาลผดุงครรภ์ส่วนใหญ่ไม่สามารถจัดการได้อย่างเหมาะสมอีก ทั้งพยาบาลผดุงครรภ์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง และ 60 เตียง มีประสบการณ์น้อยหรือมีประสบการณ์ในสถานการณ์จำลองแต่ไม่มีประสบการณ์ในสถานการณ์จริง[7] ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงทั้งต่อมารดาทารกแรกเกิดและครอบครัว ดังนั้นการคาดคะเนน้ำหนักทารกแรกคลอด จึงจำเป็นเพื่อวางแผนการคลอดโดยเฉพาะการป้องกันภาวะวิกฤติการการคลอดติดขัดจากภาวะการคลอดติดไหล่ ซึ่งส่งผลกระทบก่อให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด และภาวะตกเลือดหลังคลอดของมารดาได้[5,8]

จากข้อมูลสถิติการคลอดในโรงพยาบาลสุวรรณคูหาปีงบประมาณ 2559-2561 จำนวน 295,239,244 ราย พบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญด้านมารดาได้แก่ภาวะตกเลือดหลังคลอดจำนวน 6,4,4 รายตามลำดับ จากการวิเคราะห์สาเหตุภาวะตกเลือดหลังคลอดของมารดาหลังคลอดทั้งหมด 14 ราย พบ 7รายมีสาเหตุจากภาวะ Uterine atony เนื่องจากมดลูกถูกขนาดใหญ่จากทารกตัวโต อีก6รายมีสาเหตุจากรกค้างและ1รายมีก้อนในมดลูก และพบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญด้านทารกคือภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดมีจำนวน 1,3,5 ราย ตามลำดับจากการวิเคราะห์ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด 9 รายพบ 4 รายมีปัญหาการคลอดติดขัด ซึ่ง3ใน4รายพบสาเหตุเกิดจากการคลอดติดไหล่ทารกตัวโตน้ำหนักมากกว่า 3,500 กรัม, อีก1รายเกิดจากท่าOP 3ราย เกิดจากการคลอดก่อนกำหนดทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และ 1 ราย มีสาเหตุจากภาวะสำลักน้ำคร่ำ[9]

จากการศึกษาพบว่าการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในปัจจุบันมีหลายวิธี (1) การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์โดยใช้เครื่องอัลตราซาวด์ ซึ่งวิธีการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ซึ่งเครื่องอัลตราซาวด์เจ้าหน้าที่ไม่สามารถใช้เครื่องได้ทุกคนเพราะการใช้เครื่องต้องให้แพทย์หรือพยาบาลที่ผ่านการอบรมแล้ว และมีการจำกัดการใช้เนื่องจากเครื่องและกระดาษราคาแพง (2) การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์การตรวจและคลำหน้าท้องมีแนวทางการตรวจมี4วิธี ซึ่งจะนิยมใช้ตรวจขณะตั้งครรภ์ความแม่นยำต้องอาศัยทักษะและความชำนาญ (3) การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์โดยใช้สายวัด ซึ่งจากการศึกษามี 2วิธีคือ (3.1) การใช้ผลคูณระหว่างความสูงของยอดมดลูกกับเส้นรอบวงหน้าท้องทีระดับสะดือ และ (3.2) การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์จากการวัดระดับความสูงมดลูกของ Modified Johnson[10,11]

วิธีการวิธีการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์โดนใช้สายวัด(สายวัดที่ใช้วัดในการตัดเสื้อผ้า)เป็นวิธีการศึกษาที่ผู้วิจัยให้ความสนใจ เพราะเป็นอุปกรณ์ที่หาได้ง่าย ราคาถูกและแนวทางปฏิบัติไม่ซับซ้อน สามารถนำมาจัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่พยาบาลในโรงพยาบาลที่ผู้ทำการวิจัยทำงานอยู่เนื่องจากจากการทบทวน วรรณกรรมพบโรงพยาบาลที่นำวิธีการคาดคะเนน้ำหนักทารกโดยใช้สายวัด ใกล้เคียงกับ บริบทของโรงพยาบาลของผู้ทำวิจัยซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 30เตียง ไม่มีสูติแพทย์เวร มีขอบเขตบริการรับผู้คลอดที่ครบกำหนดและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดูแลทุกระยะของการคลอดตั้งแต่รอคลอด คลอด หลังคลอดและทารกแรกเกิดจนจำหน่าย มีอัตรากำลังมีพยาบาลขึ้นเวรทั้งหมด 7คนโดน พยาบาล 5คนประจำงานห้องคลอดและอีก

2คนมาจากงานผู้ป่วยนอกและงานคลินิกฝากครรภ์ การรับผู้คลอดที่ปกติและการดูแลทุกระยะของการคลอดโดยพยาบาลห้องคลอด เพื่อมีภาวะผิดปกติจึงรายงานแพทย์ ซึ่งพยาบาลห้องคลอดจะใช้การประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์โดยการตรวจด้วยวิธี Leopold ซึ่งพบว่าจะมีการการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความชำนาญเฉพาะบุคคล และยังพบอุบัติการณ์ทารกทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนที่มีสาเหตุจากการคลอดติดขัดเนื่องจากทารกตัวโต น้ำหนัก≥ 3,500 กรัม

การรับใหม่ผู้คลอดทุกรายจึงต้องมีการซักประวัติตรวจร่างกาย และมีการการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ทุกครั้ง ซึ่งการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ที่เที่ยงตรงและใกล้เคียงกับน้ำหนักทารกแรกเกิดเป็นข้อมูลสำคัญในการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดที่เหมาะสม ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานห้องคลอดจึงสนใจศึกษา ประสิทธิผลการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ โดยใช้ผลคูณระหว่างความสูงของยอดมดลูกกับเส้นรอบวงหน้าท้องทีระดับสะดือ เปรียบเทียบกับน้ำหนักทารกในครรภ์ จากการวัดความสูงมดลูก ของ Modified Johnson โรงพยาบาลสุวรรณคูหา เพื่อนำสารสนเทศไปใช้ในการพัฒนาจัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้นำมาใช้ในการประเมินและเฝ้าระวังผู้คลอดได้ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดความปลอดภัย บรรลุตามเป้าหมายของหน่วยงานคือ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์

2 เพื่อเปรียบเทียบการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์โดยใช้ผลคูณระหว่างความสูงของยอดมดลูกกับเส้นรอบวงหน้าท้องทีระดับสะดือ กับ ความสูงมดลูกของ Modified Johnson

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบไปข้างหน้า (survey research by prospective study) เพื่อศึกษาอำนาจการคาดคะเน การใช้ผลคูณระหว่างความสูงของระดับยอดมดลูกและเส้นรอบวงหน้าท้อง และการวัดระดับความสูงมดลูกของ Modified Johnson

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดปกติที่โรงพยาบาลสุวรรณคูหา

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้มาคลอดในช่วงระหว่าง 1 ตุลาคม-31 ธันวาคม 2562 จำนวน 80 รายขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางกำหนดขนาดตัวอย่างของ Taro Yamane ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 67 ราย แต่เนื่องจากผู้คลอดมีจำนวนน้อยจึงจึงใช้กลุ่มตัวอย่างจากประชากรทั้งหมดคือ 80 ราย

และเกณฑ์ในการคัดเลือกเป็นผู้คลอดที่มีคุณสมบัติดังนี้ 1. ผู้คลอดตั้งครรภ์เดียว 2. มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 36 สัปดาห์ขึ้นไป 3. มีอาการเจ็บครรภ์จริง 4. ส่วนนำเป็นศีรษะ 5. ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก 6. คลอดภายใน 24 ชั่วโมงตั้งแต่แรกรับ 7. ทารกแรกคลอดได้รับการชั่งน้ำหนักภายใน 30 นาทีหลังคลอด 8. ผู้คลอดและญาติสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์ในการคัดตัวออกจากการวิจัย(exclude)

เป็นผู้คลอดที่มีคุณลักษณะดังนี้จะถูกคัดออกจากการวิจัย 1. ผู้คลอดท้องแฝด 2. ผู้คลอดที่มีมวลน้ำหนักตัวเกิน BMI >28 (หรือน้ำหนัก > 80 kg) 3. ผู้คลอดที่มีภาวะน้ำคร่ำมาก (polyhydramios)

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์โดยใช้ผลคูณระหว่างความสูงของยอดมดลูกกับเส้นรอบวงหน้าท้องทีระดับสะดือ เปรียบเทียบกับการวัดระดับความสูงมดลูกของ Modified Johnson โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิธีดำเนินการ คาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ โดยใช้ผลคูณระหว่างความสูงของยอดมดลูกกับเส้นรอบวงหน้าท้องทีระดับสะดือ มีขั้นตอนปฏิบัติดังนี้

1.1 ออกแบบ แบบฟอร์มในการบันทึกและดำเนินการกรอกข้อมูลของผู้คลอด เกี่ยวกับอายุ ลำดับการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ อาชีพ

1.2 ดำเนินการให้ความรู้และการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่ โดยการฝึกปฏิบัติกับมารดาที่มาคลอดจำนวน 2 ราย โดยหัวหน้าห้องคลอดให้คำแนะนำและประเมินผลการปฏิบัติและให้มีค่าใกล้เคียงมากที่สุด

1.3 วัดระดับความสูงของระดับยอดมดลูกในขณะที่มดลูกคลายตัว และไม่มีกระเพาะปัสสาสะโป่งตึง โดยใช้สายวัดเอาด้านเซนติเมตรไว้ด้านล่าง วัดจากขอบบนของกระดูกหัวเหน่าทาบไปตามหน้าท้องของมารดาผ่านสะดือไปถึงยอดมดลูก พลิกด้านเซนติเมตรขึ้นมาอ่าน

1.4 วัดเส้นรอบหน้าท้องในระดับสะดือ โดยใช้สายวัดเส้นเดียวกันเอาด้านเซนติเมตรไว้ด้านล่าง วัดรอบหน้าท้องโดยใช้สายวัดพาดผ่านสะดือ พลิกด้านเซนติเมตรขึ้นมาอ่านผล จากนั้นบันทึกผลลงแบบบันทึกข้อมูล

1.5 นำผลที่ได้จาก ข้อ 3 ข้อ 4 มาคูนกัน จะได้น้ำหนักทารกในครรภ์จากการคาดคะเน

2. วิธีดำเนินการ คาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ โดยใช้การวัดระดับความสูงมดลูกของ Modified Johnson มีขั้นตอนปฏิบัติดังนี้

2.1 ออกแบบ แบบฟอร์มในการบันทึกและดำเนินการกรอกข้อมูลของผู้คลอด เกี่ยวกับอายุ ลำดับการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ อาชีพ (เป็นแบบฟอร์มเดียวกันกับการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ โดยใช้ผลคูณระหว่างความสูงของยอดมดลูกกับเส้นรอบวงหน้าท้องที่ระดับสะดือ)

2.2 ดำเนินการให้ความรู้และการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่ โดยการฝึกปฏิบัติกับมารดาที่มาคลอดจำนวน 2 ราย โดยหัวหน้าห้องคลอดให้คำแนะนำและประเมินผลการปฏิบัติและให้มีค่าใกล้เคียงมากที่สุด

2.3 วัดระดับความสูงของระดับยอดมดลูกในขณะที่มดลูกคลายตัว และไม่มีกระเพาะปัสสาสะโป่งตึง โดยใช้สายวัดเอาด้านเซนติเมตรไว้ด้านล่าง วัดจากขอบบนของกระดูกหัวเหน่าทาบไปตามหน้าท้องของมารดาผ่านสะดือไปถึงยอดมดลูก พลิกด้านเซนติเมตรขึ้นมาอ่าน

2.4 นำผลที่ได้จาก ข้อ 3 มาเทียบตารางการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ Modified Johnson

3. การเปรียบเทียบผลการคาดคะเนกับน้ำหนักทารกแรกคลอด

3.1 เจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลมารดารอคลอดตามมาตรฐานจนกระทั่งคลอด

3.2 ชั่งน้ำหนักทารกแรกคลอดภายใน 30 นาทีหลังคลอดทุกราย โดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนักเครื่องเดียวกัน

3.3 นำน้ำหนักทารกที่ชั่งได้มาเปรียบเทียบกับการคาดคะเนน้ำหนักทารกโดยใช้ผลคูณระหว่างความสูงของยอดมดลูกกับเส้นรอบวงหน้าท้องที่ระดับสะดือ เปรียบเทียบกับการวัดระดับความสูงมดลูกของ Modified Johnson

4 . บันทึกผลการคาดคะเนน้ำหนัก ลงในแบบบันทึกข้อมูล ดังนี้ การคาดคะเนน้ำหนักก่อนคลอด (กรัม) น้ำหนักทารกหลังคลอด (กรัม) วัดความถูกต้องคาดเคลื่อน±299 กรัม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกการเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้คลอด ประกอบด้วย อายุ ลำดับการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ อาชีพ

2. แบบบันทึกข้อมูลวิจัย ประกอบด้วย การวัดความสูงของมดลูกเป็นเซนติเมตร เส้นรอบวงหน้าท้องมารดาที่สะดือเป็นเซนติเมตร น้ำหนักทารกแรกเกิดเป็นหน่วยเป็นกรัม ผลคูณของความสูงยอดมดลูกและเส้นรอบวงหน้าท้องมารดาที่สะดือเป็นกรัม ผลน้ำหนักคาดคะเนตามตารางของ Modified johnsonเป็นกรัม ผลการเปรียบเทียบการคาดคะเนกับน้ำหนักจริงเป็นกรัม และสรุปผลดังนี้ ผลความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ± 299 ราย เป็นความถี่ และร้อยละ

3. สายวัดความสูงของมดลูกและเส้นรอบวงหน้าท้องมารดาหน่วยเป็นเซนติเมตร และใช้สายเทปเส้นเดียวกันนี้วัดมารดาทุกราย (ภาคผนวก ข)

4. เครื่องชั่งน้ำหนักทารกแรกเกิดหน่วยเป็นกรัม และใช้เครื่องเดียวกันทุกราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง มาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง มาลงในแบบบันทึก จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์สถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ผลเปรียบเทียบและอภิปรายผลประสิทธิผลการคาดคะเนน้ำหนักทารกที่โดยใช้ผลคูณระหว่างความสูงของยอดมดลูกกับเส้นรอบวงหน้าท้องที่ระดับสะดือเปรียบเทียบกับการวัดระดับความสูงมดลูกของ Modified Johnson ที่ความคาดเคลื่อน±299 กรัม โดยใช้ความถี่ และร้อยละ และ Independent t-test ในการเปรียบเทียบผลการคาดคะเน

น้ำหนักทารกที่โดยใช้ผลคูณระหว่างความสูงของยอดมดลูกกับเส้นรอบวงหน้าท้องทีระดับสะดือ เปรียบเทียบกับการวัดระดับความสูงมดลูกของ Modified Johnson

จริยธรรมของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการรับรองเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศเฮลซิงกิ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู โครงการวิจัยเลขที่ 11/2562 เอกสารรับรองเลขที่ 14/2562 วันที่รับรอง 29 ตุลาคม 2562

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้คลอด พบว่าหญิงตั้งครรภ์จำนวน 80 คน ที่เจ็บครรภ์และมาคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลสุวรรณคูหา ระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2562 ผู้คลอดส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-34 ปี 55 ราย (68.75%) รองลงมาคือหญิงอายุ 15-19 ปี 16 ราย (26.66%) หญิงอายุมากกว่า 35 ปี 8 ราย(10.00%) และหญิงอายุน้อยกว่า 15 ปี จำนวน 1 ราย (1.25%) ตามลำดับ เป็นการตั้งครรภ์ท้องที่ 1 22 ราย (27.50%) รองลงมาการตั้งครรภ์ท้องที่ 2 21 ราย (26.25%) การตั้งครรภ์ท้องที่ 3 ม 16 ราย (20.00%) และการตั้งครรภ์ท้องที่ 4 ขึ้นไป 11 ราย (13.75%) ตามลำดับ มีอายุครรภ์ อยู่ในช่วง (36+4)-40 สัปดาห์ 67 ราย (83.75%) รองลงมาอยู่ในช่วง (40+1)-41 สัปดาห์ 8 ราย (10.00%) อยู่ในช่วง 36+3 สัปดาห์ 5 ราย (6.25%) และอยู่ในช่วง > 42 สัปดาห์ 0 ราย (0.00%) ตามลำดับ ไม่มีภาวะเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์ 77 ราย (96.24%) และมีภาวะเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์ 3 ราย (3.75%) ตามลำดับ มีอาชีพเกษตรกรรม 46 ราย (57.5%) รองลงมามีอาชีพรับจ้าง 28 ราย(35%) แม่บ้าน 5 ราย (6.25%) ค้าขาย 1 ราย (1.25%) และรับราชการจำนวน 0 ราย (0%) ตามลำดับ

2. ผลการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ ผลการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง 80 คน ที่เจ็บครรภ์และมาคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลสุวรรณคูหา ระหว่าง 1 ตุลาคม-31 ธันวาคม 2562 ได้มีการปฏิบัติการรักษาและบันทึกผลดังนี้

พบว่าผลการวัดความสูงของยอดมดลูก(HF) ของผู้คลอด มีค่าเฉลี่ย(mean) เท่ากับ 30.99 เซนติเมตร (SD=2.42) โดยผู้คลอดส่วนใหญ่มียอดมดลูกระหว่าง 30-34 เซนติเมตร 54 ราย(67.50%) รองลงมามีความสูงยอดมดลูกต่ำกว่า 30 เซนติเมตร 23 ราย (28.75%) และมีความสูงยอดมดลูกเท่ากับหรือมากกว่า 35 เซนติเมตร 3 ราย (3.75%) ตามลำดับ

ผลการวัดเส้นรอบวงหน้าท้องที่ระดับสะดือ มีค่าเฉลี่ย (mean) เท่ากับ 97.14 เซนติเมตร (SD=5.05) โดยผู้คลอดส่วนใหญ่มีเส้นรอบวงหน้าท้องมารดาที่ระดับสะดือ $\geq$ 100 เซนติเมตร 27 ราย (33.75%) รองลงมามีเส้นรอบวงหน้าท้องที่ระดับสะดือระหว่าง 95-99 เซนติเมตร 26 ราย (32.00%) มีเส้นรอบวงหน้าท้องที่ระดับสะดือระหว่าง 90-94 เซนติเมตร 24 ราย (30.00%) และมีจำนวนหญิงคลอดมีเส้นรอบวงหน้าท้องที่ระดับสะดือ $\leq$ 89 เซนติเมตร 3 ราย (3.75%) ตามลำดับ

ผลคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ (Estimate Fetal Weight :EFW) โดยวิธีการใช้ผลคูณระหว่างความสูงของยอดมดลูกกับเส้นรอบวงหน้าท้องที่ระดับสะดือ มีความถูกต้องจำนวน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.0 โดยพบว่าทารกในครรภ์มีน้ำหนักคาดคะเนเฉลี่ย 3017.35 กรัม (SD= 354.91) ส่วนใหญ่มีน้ำหนักคาดคะเนระหว่าง 2501-3000 กรัม 39 คน(48.75%) รองลงมามีน้ำหนักคาดคะเนระหว่าง 3001-3500 กรัม 28 ราย (35%) น้ำหนักคาดคะเน $\geq$ 3501 กรัม 8 ราย(10%) และน้ำหนักคาดคะเน $\leq$ 2500 กรัม 5 ราย(6.25%) ตามลำดับ

ผลคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ (Estimate Fetal Weight :EFW) โดยวิธีการวัดค่าความสูงของยอดมดลูกเทียบตารางของ modified Johnson มีความถูกต้อง 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.50 โดยพบว่าทารกในครรภ์มีน้ำหนักคาดคะเนเฉลี่ย 3020.11 กรัม (SD=374.31) ส่วนใหญ่มีน้ำหนักคาดคะเนระหว่าง 3001-3500 กรัม 39 ราย(48.75%) รองลงมามีน้ำหนักคาดคะเนระหว่าง 2501-3000 กรัม 29 คน(36.25%) มีน้ำหนักคาดคะเน $\geq$ 3501 กรัม 7 ราย(8.75%) และมีน้ำหนักคาดคะเน $\leq$ 2500 กรัม 5 ราย(6.25%) ตามลำดับ

น้ำหนักทารกจริง(Real Baby Weight :RBW) โดยการชั่งน้ำหนักทารกแรกคลอดด้วยตาชั่งดิจิตอล พบว่าทารกมีน้ำหนักจริงเฉลี่ย 2985.20 กรัม(SD=329.83) โดยส่วนใหญ่มีน้ำหนักจริงระหว่าง 3001-3500 กรัม 36 ราย(45%) รองลงมามีน้ำหนักจริงระหว่าง 2501-3000 กรัม 34 คน

(42.50%) น้ำหนักจริง ≤ 2500 กรัม 6 ราย(7.50%) และน้ำหนักจริง ≥3501 กรัม จำนวน 4 ราย(5%) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบน้ำหนักทารกในครรภ์ที่ได้จากการคาดคะเน กับน้ำหนักจริง

น้ำหนักทารกจริงคาดเคลื่อน (Deviate Baby Weight :DBW) โดยวิธีการใช้ผลคูณระหว่างความสูงของยอดมดลูกกับเส้นรอบวงหน้าท้องที่ระดับสะดือ พบว่ามีผลคาดเคลื่อนจากการเปรียบเทียบระหว่างน้ำหนักน้ำหนักจริงกับน้ำหนักคาดคะเน โดยเฉลี่ยเท่ากับ 179.33 กรัม (SD=149.51) โดยน้ำหนักทารกแรกเกิดมีน้ำหนักคาดเคลื่อนจากการคาดคะเน < 100 กรัม 29 ราย(36.25%) รองลงมามีผลคาดเคลื่อนระหว่าง 100-199 กรัม 25 คน (31.25%) มีผลคาดเคลื่อนระหว่าง 300-399 กรัม 11 คน (13.75%) มีผลคาดเคลื่อนระหว่าง 200-299 กรัม 10 คน (12.50%) และมีผลคาดเคลื่อน ≥ 400 กรัม 5 คน(6.25%) ตามลำดับ

น้ำหนักทารกจริงคาดเคลื่อน (Deviate Baby Weight :DBW) โดยวิธีการวัดค่าความสูงของยอดมดลูกเทียบตารางของ modified Johnson พบว่ามีผลคาดเคลื่อนจากการเปรียบเทียบระหว่างน้ำหนักจริงกับน้ำหนักคาดคะเน โดยเฉลี่ยเท่ากับ 201.26 กรัม(SD=141.37) โดยทารกแรกเกิดมีน้ำหนักจริงคาดเคลื่อนจากน้ำหนักคาดคะเน < 100 กรัม 23 ราย(28.75%) มีผลคาดเคลื่อนระหว่าง 100-199 กรัม 18 คน(22.50%) มีผลคาดเคลื่อนระหว่าง 200-299 กรัม 18 คน(22.50%) มีผลคาดเคลื่อนระหว่าง 300-399 กรัม 13 คน(16.25%) และมีผลคาดเคลื่อน ≥ 400 กรัม จำนวน 8 คน(10%) ตามลำดับ

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความคาดเคลื่อนน้ำหนักทารกจริงกับการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ ระหว่างการคาดคะเนโดยการหาผลคูณระหว่างความสูงของยอดมดลูกกับเส้นรอบวงหน้าท้องทีระดับสะดือ กับการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์โดยการวัดความสูงมดลูกของ Modified Johnson

วิธี	Mean	Std. Deviation	t	p-value
1. ผลคูณระหว่างความสูงของยอดมดลูกกับเส้นรอบวงหน้าท้องที่ระดับสะดือ	179.32	149.50	.945	.346
2. การวัดค่าความสูงของยอดมดลูกเทียบตารางของ modified Johnson	201.06	141.36		

จากตาราง 1 พบว่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำหนักจริงเปรียบเทียบน้ำหนักคาดคะเน (DBW) โดยวิธีการใช้ผลคูณระหว่างความสูงของยอดมดลูกกับเส้นรอบวงหน้าท้องที่ระดับสะดือ กับความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำหนักจริงเปรียบเทียบน้ำหนักคาดคะเน (DBW) วิธีการวัดค่าความสูงของยอดมดลูกเทียบตารางของmodifified Johnson ไม่แตกต่างกัน

สรุปผล อภิปรายผล

ผลการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ ผลการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง 80 คน ที่เจ็บครรภ์และมาคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลสุวรรณภูหา ระหว่าง 1 ตุลาคม-31 ธันวาคม 2562 พบว่า ผลการวัดความสูงของยอดมดลูก(HF) ของผู้คลอด มีค่าเฉลี่ย(mean) เท่ากับ 30.99 เซนติเมตร (SD=2.42) โดยผู้คลอดส่วนใหญ่มียอดมดลูกระหว่าง 30-34 เซนติเมตร 54 ราย(67.50%) รองลงมามีความสูงยอดมดลูกต่ำกว่า 30 เซนติเมตร 23 ราย (28.75%) และมีความสูงยอดมดลูกเท่ากับหรือมากกว่า 35 เซนติเมตร 3 ราย (3.75%) ตามลำดับ ผลการวัดเส้นรอบวงหน้าท้องที่ระดับสะดือ มีค่าเฉลี่ย (mean) เท่ากับ 97.14 เซนติเมตร (SD=5.05) โดยผู้คลอดส่วนใหญ่มีเส้นรอบวงหน้าท้องมารดาที่ระดับสะดือ ≥ 100 เซนติเมตร 27 ราย (33.75%) รองลงมามีเส้นรอบวงหน้าท้องที่ระดับสะดือระหว่าง 95-99 เซนติเมตร 26 ราย (32.00%) มีเส้นรอบวงหน้าท้องที่ระดับสะดือระหว่าง 90-94 เซนติเมตร 24 ราย (30.00%) และมีจำนวนหญิงคลอดมีเส้นรอบวงหน้า

ท้องที่ระดับสะดือ ≤ 89 เซนติเมตร 3 ราย (3.75%) ตามลำดับ

ผลคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ (Estimate Fetal Weight :EFW)โดยวิธีการใช้ผลคูณระหว่างความสูงของยอดมดลูกกับเส้นรอบวงหน้าท้องที่ระดับสะดือ มีความถูกต้อง จำนวน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.0 สอดคล้องกับการศึกษาของ ขจรศิลป์ ผ่องสวัสดิ์กุล (2548)[10] ศึกษาการคาดคะเนน้ำหนักทารกแรกเกิดโดยใช้ผลคูณระหว่างความสูงมดลูกและเส้นรอบวงหน้าท้องมารดาที่ระดับสะดือเมื่อเจ็บครรภ์คลอด ผลการศึกษาพบว่า มารดาทั้งหมด 1,000 ส่วนใหญ่ครรภ์แรกได้รับการวัดความสูงของมดลูกและเส้นรอบวงหน้าท้องที่ระดับสะดือโดยมีค่าเฉลี่ย33.74±2.673 ซม.(พิสัย 24-26 ซม.)และ 93.26 ± 6.754 ซม.(พิสัย 75 -123 ซม.) ตามลำดับมีอายุเฉลี่ย 26.48±6.073 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 63.80±8.710 กิโลกรัม ส่วนสูงค่าเฉลี่ย 154.75±5.426 ซม อายุครรภ์เฉลี่ย 38.6± 1.319 สัปดาห์ น้ำหนักทารกแรกคลอดเฉลี่ย 3,125 .18± 396.789 กรัม จากการวิเคราะห์พบว่าผลคูณระหว่างความสูงมดลูกและเส้นรอบวงหน้าท้องที่ระดับสะดือ มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับน้ำหนักทารกแรกคลอดในระดับปานกลางโดยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ =0.493 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ77 (p< 0.001) และผลคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ (Estimate Fetal Weight :EFW)โดยวิธีการวัดค่าความสูงของยอดมดลูกเทียบตารางของ modified Johnson มีความถูกต้อง 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.50 และเมื่อทำการเปรียบเทียบน้ำหนักทารกในครรภ์ที่ได้จากการคาดคะเน กับน้ำหนักจริง พบว่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำหนักจริงเปรียบเทียบน้ำหนักคาดคะเน (DBW) โดยวิธีการใช้ผลคูณระหว่างความสูงของยอดมดลูกกับเส้นรอบวงหน้าท้องที่ระดับสะดือ กับความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำหนักจริงเปรียบเทียบน้ำหนักคาดคะเน (DBW) วิธีการวัดค่าความสูงของยอดมดลูกเทียบตารางของmodifified Johnson ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ กิ่งแก้ว สิทธิ (2556)[12] ศึกษาการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ โดยวัดความสูงมดลูกแล้วเปรียบเทียบกับการศึกษาของชาญชัย มาลีพันธุ์ และคณะ(modified Johnson's formula)พบว่า ค่าความแตกต่างที่ยอมรับได้คือไม่เกินร้อยละ 10 ค่าความแตกต่างเกินร้อยละ 10 จะมีความสูงของมดลูกอยู่ที่ 34 เซนติเมตร และ 35 เซนติเมตร ซึ่งการศึกษาของชาญชัย มาลีพันธุ์ และคณะ พบว่า ที่ความสูงมดลูก 29 เซนติเมตรหรือน้อยกว่า สามารถประมาณน้ำหนักทารกได้แม่นยำ ร้อยละ 79 มีความไวต่อการวินิจฉัยทารกในครรภ์น้ำหนักกว่า 2,500 กรัม (low birth weight) เท่ากับร้อยละ 82.6 และที่ความสูงมดลูกที่ระดับตั้งแต่ 36 เซนติเมตร หรือมากกว่า มีความไวในการวินิจฉัยทารกในครรภ์น้ำหนักมากกว่า 4.000 กรัม (macrosomia) เท่ากับร้อยละ 80 จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ค่าความแตกต่างที่ไม่เกินร้อยละ 10 นั้น มีค่าน้ำหนักทารกแรกคลอดใกล้เคียงกับที่ประมาณการจากการวัดความสูงมดลูกและคำนวณจาก modified Johnson's formula

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลห้องคลอดมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้คลอดเมื่อแรกรับประกอบด้วยการซักประวัติที่ครอบคลุมและตรวจร่างกายเพื่อวางแผนการดูแล ซึ่งการใช้สายวัดในคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์เป็นวิธีที่ง่ายสะดวก ไม่สิ้นเปลืองและมีความแม่นยำในการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระดับที่ยอมรับได้ พยาบาลควรฝึกฝนและสอนพยาบาลจบใหม่ให้ถูกเทคนิค เกิดความชำนาญทราบปัจจัยที่ทำให้มีความคลาดเคลื่อนเช่นภาวะที่กระเพาะปัสสาวะเต็ม ภาวะอ้วน และพยาบาลต้องเฝ้าระวังเมื่อพบว่าทารกในครรภ์มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมที่มีโอกาสพบภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอดและมากกว่า3,500 กรัมซึ่งมีแนวโน้มที่จะเกิดการคลอดยาวนาน หรือติดขัด ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลต้องมีการรายงานแพทย์ทราบพิจารณาวิธีการคลอดด้วยวิธีที่เหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ธีระพงศ์ เจริญวิทย์ และคณะ. บรรณาธิการ. ***สูติศาสตร์.*** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : โอ.เอส. พริ้นติ้ง เฮาส์.2551**.**

2. ภาวิณีกาญจนวัลย์.**ระดับความสูงของมดลูกและน้ำหนักทารกแรกเกิดครรภ์ปกติ.**วารสารแพทย์เขต 6- 7 ปีที่ 27 ฉบับที่2-3

3. มณีภรณ์ โสมานุสรณ์. บรรณาธิการ. การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 9. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.2553.

4. มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ และ ประเสริฐ ศันสนีย์วิทยกุล. บรรณาธิการ. *ตาราสูติศาสตร์ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1.* พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. 2553.

5. มาลี เอื้ออำนวยและคณะ.**การพยาบาลเด็ก2 การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยง.**กลุ่มวิชาการการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.Availlable from: htt://www.Portal.nurse.cmu.ac.th

6. สุรีย์พร กฤษเจริญ, ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์, กัญจนี พลอินทร์, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง, ถนอมศรี อินทนนท์และอุดม พานทอง.การพัฒนาคุณภาพการบริการของพยาบาลผดุงครรภ์ในภาคใต้. สงขลานครินทร์เวชสาร, 2549. 24(3), 231-240.

7. มนทรัตม์ อโณวรรณพันธ์, สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานห้องคลอด โรงพยาบาลชุมชน เขตภาคเหนือตอนล่างตามการรับรู้ของตนเอง และของหัวหน้างานห้องคลอด /. มหาวิทยาลัยนเรศวร,:ม.ป.ท.2551

8. พิริยา ศุภศรี. การพยาบาลในระยะคลอด. กรุงเทพฯ : ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ.2551.

9. โรงพยาบาลสุวรรณคูหา. ข้อมูลสถิติการคลอดในโรงพยาบาลสุวรรณคูหาปีงบประมาณ 2559-2561.

10. ขจรศิลป์ ผ่องสวัสดิ์กุล. การคาดคะเนน้ำหนักทารกแรกเกิดโดยใช้ผลคูณ ระหว่างความสูงของมดลูก และเส้นรอบวงหน้าท้องมารดาที่ระดับสะดือเมื่อเจ็บ ครรภ์คลอด. พุทธชินราชเวชสาร, 2550. 24(1),15-20.

11. ยุวดี อิฐรัต, ประนอม บุพศิริ , สุทธิวรรณ โสภณวิวัฒน์ **ชื่อบทความ : การคาดคะเนน้ำหนักของทารกในครรภ์ โดยใช้ผลคูณระหว่างความสูงของมดลูกและเส้นรอบเอวที่ระดับสะดือในดัชนีมวลกายมารดาก่อนตั้งครรภ์ที่แตกต่างกัน** https://www.tci-thaijo.org/index.php/tjog/article/view/65081**ชื่อวารสาร : Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology** ปีที่ : 25 ฉบับที่ : 3 เลขหน้า : 167-174 ปีพ.ศ. : 2560

12. กิ่งแก้ว สิทธิ.**การวัดระดับมดลูกคาดคะเนน้ำหนักทารกแรกเกิดเพื่อการคลอดอย่างเหมาะสม**. [ออนไลน์].จาก http://www.udo.moph.go.th **สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2562**

กรณีศึกษา การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

A case study of nursing mothers with postpartum hemorrhage Kham Muang Hospital Kalasin

ชฎา ภูยาดาว[1]

Chada Phuyao Dao[1]

(Received: March 2 ,2020 ; Accepted: March 17 ,2020)

บทคัดย่อ

การศึกษารายกรณีนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นกรณีศึกษาการพยาบาลภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage) กรณีผู้ป่วย 2 รายที่มารับการรักษาที่ห้องคลอดโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่า การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด กรณีศึกษาผู้คลอด 2 ราย มีความแตกต่างในข้อมูลส่วนบุคคล การให้การพยาบาลอย่างทันท่วงที สามารถช่วยให้มารดาและทารกได้รับความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความชำนาญและต้องมีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐาน เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : มารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

ABSTRACT

This case study aimed to studied postpartum hemorrhage in case of 2 patients receiving treatment at Kham Muang Hospital Kalasin Province. The study found that Nursing of mothers with postpartum hemorrhage: a case study of 2 births with differences in personal data. Timely nursing care can help mothers and babies be safe no complications after birth, nurses need to have knowledge expertise and must have standard nursing guidelines for patients to be effective in nursing

Keyword : nursing mothers with postpartum hemorrhage

[1] โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึงการเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตร จากกระบวนการคลอดปกติและมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตร หรือ เสียเลือดร่วมกับอาการหรือสัญญาณชีพของภาวะช็อค[1] ได้แก่ 1) Primary (early) เสียเลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด 2) Secondary(late) หรือdelay postpartum hemorrhage คือเสียเลือด 24 ชั่วโมงแรก จนถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด มื่อเกิดภาวะตกเลือดทำให้ร่างกายสูญเสียเลือดปริมาณมากส่งผลให้เซลล์ต่างๆ ขาดออกซิเจน โดยเฉพาะสมองส่วนไฮโปทาลามัสและต่อมใต้สมองที่ส่งผลต่อฮอร์โมนสำคัญในระยะหลังคลอด หากได้รับการรักษาที่ล่าช้ามารดามีโอกาสเสียชีวิตได้ หรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆตามมาเช่น respiratory distress syndrome , shock, disseminated intravascular coagulation, acute renal failure , loss fertility, Sheehan syndrome ได้[1]

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนของการคลอดที่พบได้มากที่สุดและเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนาซึ่งพบอัตราตายของมารดาสูงถึง 230 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วพบ 16 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบอัตราตายของมารดา 140 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย[2]

สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและพบได้บ่อยมี 4 สาเหตุหลัก (4T) ได้แก่ 1) Tone คือมดลูกหดรัดตัวไม่ดี (Uterine atony) 2) Trauma คือการฉีกขาดของช่องทางคลอด (Laceration of the genital tract) 3) Tissue คือ การมีเศษรก/เนื้อเยื่อหรือรกค้าง และ 4) Thrombin คือ ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด[3,4,5]

ดังนั้น ผู้ศึกษาได้เห็นความสำคัญในการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยได้ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นการเจาะจงเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนแตกต่างกัน จำนวน 2 ราย เพื่อการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพสำหรับโรงพยาบาลคำม่วงต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นกรณีศึกษาการพยาบาลภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage) กรณีผู้ป่วย 2 รายที่มารับการรักษาที่ห้องคลอดโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 รายเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะปฐมภูมิโรงพยาบาลคำม่วง โดยศึกษาประวัติผู้ป่วย ปัจจัยเสี่ยง การรักษาพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาล

ผลการศึกษา

การพยาบาลก่อนคลอด

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
หญิงไทย อายุ 35ปี ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 4 ชั่วโมง ก่อนมารพ.มารดา G4 P2 A1 L2 last 8 ปี GA 37+1 wks by U/Sเจ็บครรภ์คลอดถี่ขึ้น ไม่มีน้ำเดินจึง มารพ. L.M.P. จำไม่ได้ E.D.C. 13 มกราคม 2559 U/S และญาติให้ประวัติว่า 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล หกล้ม ไม่สลบ มีแผลถลอกที่แขนขวา ทารกในครรภ์ดิ้นดี ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด	หญิงไทย อายุ 23ปี ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 30 นาที ก่อนมารพ.มารดา G4 P1 A2 L1 last 2 ปี 3 เดือน GA 39+4 wks by U/S มีเจ็บครรภ์คลอดถี่ขึ้นร่วมกับมีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีน้ำเดินจึง มารพ. L.M.P. จำไม่ได้ E.D.C. 30 ธันวาคม 2559
ผลLAB ANC VDRL = Non reactive, Non reactive Anti HIV= Non reactive, Non reactive HBsAg= Negative Hct = 33.4%, 39% Blood group = AB Rh+ MCV 71 fl	ผลLAB ANC VDRL = Non reactive, Non reactive Anti HIV= Non reactive, Non reactive HBsAg= Negative Hct = 33%, 37% Blood group = AB Rh+ MCV 99 fl

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ขณะฝากครรภ์ได้ตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ GST= 238 mg% และได้ส่งตรวจ OGTT ผลปกติ ไม่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การวินิจฉัยแรกรับ G4 P2 A1 L2 last 8 ปี GA 37+1 wks by U/S c Labour pain	การวินิจฉัยแรกรับ G4 P1 A2 L1 last 2 ปี 3 เดือน GA 39+4 wks by U/S c Labour pain
การพยาบาลก่อนคลอด ขณะเชียร์เบ่งในห้องคลอดหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์ห่างครั้ง Interval=5 นาที Duration =30 วินาที รายงานแพทย์เวรทราบทางโทรศัพท์ แพทย์เวรให้ 5% D/N/2 1,000 ml +oxytocin 10 unit iv rate 10 drop/min แล้วเชียร์เบ่งคลอดต่อ มารดาคลอดปกติ เวลา 01.51น. ทารกเพศชาย น้ำหนัก 2,820 กรัม Apgar Score 9-10-10 คะแนน Cord and Anus Normal มารดา Perineum second degree tear +suture catgut 2/0 ฉีด oxytocin 10 unit im หลังคลอดไหล่หน้ารกคลอด complete เวลา 01.55 น. PR=90/min RR=20/min BP= 110/70 mmHg เวลา00.30น. ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 5 cm eff. 50 % Station 0 MR clear Vertex Interval 5 นาที Duration 30 วินาที เด็กในครรภ์ดิ้นดี FHS ชัดเจน 138 ครั้ง /นาที ปากมดลูกเข้าสู่ระยะActive phase แนะนำให้มารดารอคลอด NPO ไว้และOn IV fluid 5%DN/2 1,000 ml iv drip rate 80 cc/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์และแนะนำให้ นอนตะแคงซ้าย เวลา01.20 น. มารดารอคลอดปวดเบ่ง ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 10 cm eff. 100 % Station 0 MR Vertex Interval 5 นาที Duration30 วินาที FHS 142ครั้ง/นาที จึงย้ายมารดารอคลอดเข้าห้องคลอดโดยรถเข็นนั่งเพื่อเชียร์เบ่งคลอด เวลา01.35 น. ขณะเบ่งคลอดมารดาเจ็บครรภ์ห่าง Interval 4 นาที 30วินาที Duration30 วินาที FHS 148ครั้ง/นาที พยาบาลรายงานแพทย์เวรทราบทางโทรศัพท์ว่ามารดาเจ็บครรภ์ห่างในช่วงเบ่งคลอดแพทย์เวรให้ On IV 5% DN/2 1,000 ml +oxytocin 10 unit rate 10 drop /min แล้วเชียร์เบ่งคลอดต่อ เวลา 01.51 น. มารดาคลอดปกติ ทารกเพศชาย น้ำหนัก 2,820 กรัม Apgar Score 9-10-10 คะแนน Cord and Anus Normal มารดาNo Episiotomy Perineum tear second degree tear suture perineum catgut 2 /0 ฉีด oxytocin 10 unit im หลังคลอดไหล่หน้ารกคลอด complete เวลา 01.55 น.	**การพยาบาลก่อนคลอด** เวลา 03.00 น. ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 3 cms effacement 50 % Station 0 MI Vertex Interval 3 นาที 30 วินาที Duration 35 วินาที เด็กในครรภ์ดิ้นดี FHS ชัดเจน 144 ครั้ง / นาที ดูแลให้นอนตะแคงซ้าย แนะนำการหายใจบรรเทาปวด เวลา 04.30 น. ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 4 cm effacement 50 % Station 0 MI Vertex Interval 3 นาที 25 วินาที Duration 35 วินาที เด็กในครรภ์ดิ้นดี FHS ชัดเจน 138 ครั้ง / นาที ปากมดลูกเข้าสู่ระยะActive phase แนะนำให้มารดารอคลอด NPO ไว้และ On IV fluid 5%DN/2 1,000 ml iv drip rate 80 cc/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์และแนะนำให้นอนตะแคงซ้าย แนะนำการหายใจบรรเทาปวด เวลา 06.00 น. มารดารอคลอดถุงน้ำคร่ำแตกเอง clear (05.58น.) ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 10 cms effacement 100 % Station +2 MR Vertex Interval 2 นาที 20 วินาที Duration 40 วินาที FHS 144ครั้ง/นาที จึงย้ายมารดารอคลอดเข้าห้องคลอดโดยรถเข็นนั่งเพื่อเชียร์เบ่งคลอด มารดาคลอดปกติ เวลา 06.24 น. ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 3,205 กรัม APGAR Score 9-10-10 คะแนน Cord and Anus Normal มารดา Perineum second degree tear +suture catgut 2/0 ฉีด oxytocin 10 unit im หลังคลอดไหล่หน้ารกคลอด complete เวลา 06.28 น. PR=90/min RR=20/min BP= 100/60 mmHg

อาการเปลี่ยนแปลงและการพยาบาลหลังคลอด กรณีศึกษารายที่ 1

อาการเปลี่ยนแปลง	การรักษา
-เวลา 01.55น. วัดสัญญาณชีพหลังรกคลอดPR=90/min RR=22/min BP= 110/70 mmHg มารดาหลังคลอดมดลูกหดรัดตัวไม่ดี มี Active bleed ออก 200 ml. ไม่มีอาการวิงเวียน ศีรษะoxygen saturation 99% room air	-ดูแลคลึงมดลูกและให้ IV 5% D/N/2 1,000ml+oxytocin 20 unit rate 120 ml /hr. ตามแผนการรักษา
-เวลา02.05 น. มดลูกยังหดรัดตัวไม่ดีมีBleedingซึม PR 88ครั้ง/นาที RR 22ครั้ง/นาที BP 120/80 mmHg oxygen sat 99-100%	- ดูแลฉีด Methergin 0.2 mg im ตามแผนการรักษาและคลึงมดลูก ให้ oxygen Mask with bag 10 lit/min
-เวลา02.10น. มดลูกยังหดรัดตัวไม่ดีมีBleedingซึม ตลอด มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีวิงเวียนศีรษะ หายใจสะดวกดี วัดสัญญาณชีพ BT 36.8 องศาเซลเซียส PR90ครั้ง/นาที RR 22ครั้ง/นาที BP 120 /80 mmHg oxygen	-ดูแลคลึงมดลูก -PV Speculum ไม่พบเศษรกค้าง ไม่พบว่ามีการฉีกขาดบริเวณปากมดลูก -on oxygen Mask with bag 10 lit/min MonitorBP, oxygen saturation

อาการเปลี่ยนแปลง	การรักษา
saturation 100%	-Retained foley cath no. 14 urine ออก200 ml สีเหลืองใส ไม่มีตะกอน
-เวลา02.20 น.มดลูกยังหดรัดตัวไม่ดีมีBleedingซึม ตลอด มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีวิงเวียนศีรษะ วัดสัญญาณชีพ PR86ครั้ง/นาที RR 22ครั้ง/นาที BP 120 /80 mmHg oxygen saturation 100%	-ดูแลฉีด Methergin 0.2 mg im เข็มที่ 2 ตามแผนการรักษา - Hct stat 43 vol% - รายงานแพทย์เวรทราบทางโทรศัพท์ แพทย์เวรมาตรวจอาการ เวลา 02.25 น.
-เวลา02.25น. แพทย์เวรตรวจเยี่ยมอาการ มดลูกยังหดรัดตัวไม่ดี มีActive Bleed มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ หายใจสม่ำเสมอวัดสัญญาณชีพ PR86ครั้ง/นาที RR 20ครั้ง/นาที BP 120 /80 mmHg oxygen saturation 100%	-แพทย์เวรให้ Nalador 500 meg.+0.9 % NSS 500 ml IV drip in 1 ชั่วโมง -ทำ Bimanual compression of uterus
-เวลา02.40น. มดลูกยังหดรัดตัวไม่ดีมีBleedingซึม ตลอด มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีวิงเวียนศีรษะ วัดสัญญาณชีพ PR88ครั้ง/นาที RR 20	-แพทย์เวรให้ cytotec 5 tab Rectal suppo -แพทย์เวรจึงได้โทรศัพท์ปรึกษาสูติแพทย์ที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์สูติแพทย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์พิจารณาให้ส่ง
ครั้ง/นาที BP 120 /80 mmHg oxygen saturation 100%	ต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์และให้คำแนินการให้ยาเพิ่มก่อนส่งต่อ -แพทย์เวรให้ข้อมูลญาติถึงสาเหตุการส่งต่อ -ทำ Bimanual compression of uterus
-เวลา02.50น. มดลูกยังหดรัดตัวไม่ดีมีBleedingซึม มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องไม่มีวิงเวียนศีรษะ วัดสัญญาณชีพ PR84ครั้ง/นาที RR 20ครั้ง/นาที BP 120 /80 mmHg oxygen saturation 100%	-ดูแล ให้ 5%D/N/2 1,000 ml.+ oxytoxin 40 unit iv.drip rate 120 cc./hrs. -ทำ Bimanual compression of uterus
-03.15น. มดลูกยังหดรัดตัวไม่ดีมีBleedingซึม มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องไม่มีวิงเวียนศีรษะ วัดสัญญาณชีพ PR86ครั้ง/นาที RR 22ครั้ง/นาที BP 120 /80 mmHg oxygen saturation 100%	-ดูแล vaginal packing ให้ ก่อนนำส่ง
-03.25น. PR=86/min RR=22/min BP= 100/60 mmHg oxygen saturation 100% หญิงหลังคลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีวิงเวียนศีรษะ มดลูกยังหดรัดตัวไม่ดี ยังมีBleedingซึมออกช่องคลอด Total blood loss 700ml.	-ดูแลฉีด Methergin 0.2 mg im เข็มที่ 3 ตามแผนการรักษาของสูติแพทย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ -Nalador 500 meg.+ 0.9 % NSS 500 ml.iv.drip in 1 hrs. doseที่ 2 ตามแผนการรักษาของสูติแพทย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
-03.30น. PR=80/min RR=22/min BP= 100/60 mmHg oxygen saturation 100% หญิงหลังคลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีวิงเวียนศีรษะ มดลูกยังหดรัดตัวไม่ดี ยังมีBleedingซึมออกทางช่องคลอด	-มารดาหลังคลอดและบุตรส่งต่อโรงพยาบาลกาฬสินธุ์โดยรถโรงพยาบาลนำส่งพร้อมพยาบาลนำส่ง2 คน เวลา 03.30 น - เตรียม Methergin 0.2 mg im อีก 2 dose ระหว่างนำส่งทุก 15 นาที

อาการเปลี่ยนแปลงและการพยาบาลหลังคลอด กรณีศึกษารายที่ 2

อาการเปลี่ยนแปลง	การรักษา
-เวลา 06.28 น. วัดสัญญาณชีพหลังรกคลอด PR=90/min RR=20/min BP= 100/60 mmHg มารดาหลังคลอดมดลูกหดรัดตัวไม่ดี มี Active bleed ออก 200 ml. ไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ oxygen saturation 99% room air	-ดูแลคลึงมดลูกและให้ IV 5% D/N/2 1,000ml+Oxytocin 20 unit rate 120 ml /hr. ตามแผนการรักษา -ทำ Bimanual compression of uterus -Single catheter -HCT stat 42% -ตรวจเช็คปากมดลูก ไม่พบการฉีกขาดของปากมดลูก ไม่พบเศษรกค้าง

อาการเปลี่ยนแปลง	การรักษา
-เวลา 06.30 น. มดลูกยังหดรัดตัวไม่ดี มี Bleeding ซึม PR 92 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที BP 120/70 mmHg oxygen sat 100%	- on oxygen Mask with bag 10 lit/min - ดูแลฉีด Methergin 0.2 mg im ตามแผนการรักษา - รายงานแพทย์เวรทราบ -Monitor BP, oxygen saturation -ทำ Bimanual compression of uterus
-เวลา 06.35 น. มดลูกยังหดรัดตัวไม่ดีมี Bleeding ซึม ตลอด มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีเหนื่อยเพลีย ไม่มีวิงเวียนศีรษะ หายใจสะดวกดี วัดสัญญาณชีพ PR 86 ครั้ง/นาที RR 20ครั้ง/นาที BP 110/70 mmHg oxygen saturation 100%	-ดูแลคลึงมดลูก -แพทย์เวรให้ Nalador 500 meg.+0.9 % NSS 100 ml IV drip in 30 นาที dose 1 -on 5% D/N/2 1,000ml+oxytocin 40 unit rate 100ml /hr. -เจาะ INR 0.9 -Retained foley cath no. 14 urine ออกค้างสาย
-เวลา 06.42 น. มดลูกยังหดรัดตัวไม่ดี มี Bleeding ซึม ตลอด มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีเหนื่อยเพลีย หนาวสั่น ไม่มีวิงเวียนศีรษะ วัดสัญญาณชีพ PR 84 ครั้ง/นาที RR 20ครั้ง/นาที BP 100/70 mmHg oxygen saturation 100%	-แพทย์เวรให้ cytotec 5 tab อมใต้ลิ้น -0.9% NaCl 1,000 ml iv drip rate 100 cc/hr -ดูแลคลึงมดลูก -Keep warm
-เวลา 06.45น. มดลูกยังหดรัดตัวไม่ดี มี Bleeding ซึม มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ หายใจสม่ำเสมอวัดสัญญาณชีพ PR86ครั้ง/นาที RR 20ครั้ง/นาที BP 110/70 mmHg	-ดูแลฉีด Methergin 0.2 mg im dose 2 ตามแผนการรักษา -ดูแลคลึงมดลูก -ทำ Bimanual compression of uterus
-เวลา 07.00 น. มดลูกยังหดรัดตัวไม่ดี มี Bleeding ซึมตลอด มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีวิงเวียนศีรษะ วัดสัญญาณชีพ PR 94 ครั้ง/นาที RR 20ครั้ง/นาที BP 110/70 mmHg	-ดูแลฉีด Methergin 0.2 mg im dose 3 ตามแผนการรักษา -PV speculum ไม่มี tear cervix -ดูแลคลึงมดลูก
-เวลา 07.10น. มดลูกยังหดรัดตัวไม่ดี มี Bleeding ซึม มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องไม่มีวิงเวียนศีรษะ วัดสัญญาณชีพ PR 92 ครั้ง/นาที RR 20ครั้ง/นาที BP 120/70 mmHg	-แพทย์เวร consult สูติแพทย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สูติแพทย์ให้คลึงมดลูก สังเกตอาการ 30 นาทีและให้ ยา Nalador 500 meg.+0.9 % NSS 100 ml IV load dose 2
-เวลา 07.40น. มดลูกยังหดรัดตัวไม่ดี มี Bleeding ซึม มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องไม่มีวิงเวียนศีรษะ วัดสัญญาณชีพ PR 84 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที BP 110/70 mmHg	-แพทย์เวร consult สูติแพทย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หลัง สังเกตอาการและให้ยาครบ 30 นาที สูติแพทย์รับ Refer และให้ ยา -Nalador 500 meg.+0.9 % NSS 100 ml IV drip in 30 นาที dose 3 - 5% D/N/2 1,000ml+oxytocin 40 unit rate 60ml /hr. - CBC , HCT stat 38%
-เวลา 08.00 น. PR=90/min RR=20/min BP= 110/70 mmHg oxygen saturation 100% หญิงหลังคลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีวิงเวียนศีรษะ มีเหนื่อยเพลีย อาเจียน 1 ครั้ง มดลูกยังหดรัดตัวไม่ดี ยังมี Bleedingซึมออกช่องคลอด Total blood loss 500ml.	-ดูแลคลึงมดลูก - on 5% D/N/2 1,000ml+oxytocin 40 unit rate 60ml /hr. -Monitor vital sign
-เวลา 08.20 น. PR=80/min RR=20/min BP= 100/70 mmHg oxygen saturation 100% หญิงหลังคลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มดลูกกลมแข็งดี ไม่มี bleed ซึม	-ดูแลคลึงมดลูก -Monitor vital sign
-เวลา08.30น. PR=76/min RR=20/min BP= 130/90 mmHg oxygen saturation 99% หญิงหลังคลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มดลูกกลมแข็งดี ไม่มี bleed ซึม TBL 600 ml	-ดูแลคลึงมดลูก -เคลื่อนย้ายมารดาหลังคลอดขึ้นรถ Refer มีพยาบาลนำส่ง 2 คน -Monitor vital sign

อาการเปลี่ยนแปลงและการพยาบาลขณะนำส่ง กรณีศึกษารายที่ 1

เวลา	PR	RR	BP	SPO_2	E	V	M	อาการ
03.30 น.	100/m	22/m	100/60 mmHg	100%	4	5	6	-หญิงหลังคลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง พูดคุยกับสามีได้ ไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด มดลูกยังหดรัดตัวไม่ดี มีเลือดซึมออกทางช่องคลอด ดูแลคลึงมดลูก
03.45 น.	120/m	24/m	140/90 mmHg	100%	4	5	6	-หญิงหลังคลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มดลูกยังหดรัดตัวไม่ดี มีเลือดซึมออกทางช่องคลอด ดูแลคลึงมดลูก ดูแลฉีด Methergin 0.2 mg im. Dose ที่ 4
04.00 น.	114/m	22/m	130/80 mmHg	99%	4	5	6	-หญิงหลังคลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มดลูกยังหดรัดตัวไม่ดี มีเลือดซึมออกทางช่องคลอด ดูแลคลึงมดลูก ดูแลฉีด Methergin 0.2 mg im. Dose ที่ 5 หลังฉีดยามารดาหลังคลอด มีอาการอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม
04.15 น.	120/m	24/m	100/90 mmHg	99%	4	5	6	-หญิงหลังคลอดรู้ตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สีหน้าท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มดลูกยังหดรัดตัวไม่ดี มีbleed ซึมออกทางช่องคลอดเรื่อยๆ เคลื่อนย้ายลงจากรถ Refer หญิงหลังคลอดรู้สึกตัวดี เหนื่อยอ่อนเพลีย ซีด มดลูกหดรัดตัวไม่ดี พยาบาลrefer2คน นำส่งที่ห้องคลอดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

อาการเปลี่ยนแปลงและการพยาบาลขณะนำส่ง กรณีศึกษารายที่ 2

เวลา	PR	RR	BP	SPO_2	E	V	M	อาการ
08.45 น.	82/m	20/m	110/70 mmHg	100%	4	5	6	-หญิงหลังคลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ มีเหนื่อยอ่อนเพลีย มดลูกหดรัดตัวไม่ดี มีเลือดซึมออกทางช่องคลอด 50 cc -ทำ Bimanual compression of uterus
09.00 น.	80/m	20/m	120/80 mmHg	100%	4	5	6	-หญิงหลังคลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มดลูกยังหดรัดตัวไม่ดี มีเลือดซึมออกทางช่องคลอดเล็กน้อย Nalador 500 meg.+5 % DW 500 ml IV drip in 80cc/hr
09.15 น.	80/m	20/m	130/90 mmHg	100%	4	5	6	-มดลูกเริ่มแข็งตัว ไม่มี Active bleed
09.30 น.	80/m	20/m	120/80 mmHg	100%	4	5	6	-หญิงหลังคลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ มีเหนื่อยอ่อนเพลียมดลูกหดรัดตัวดี ไม่มี Active bleed
09.45 น.	78/m	20/m	120/80 mmHg	100%	4	5	6	-หญิงหลังคลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ มีเหนื่อยอ่อนเพลียมดลูกหดรัดตัวดี ไม่มี Active bleed

เวลา	PR	RR	BP	SPO_2	E	V	M	อาการ
10.00 น.	82/m	20/m	120/80 mmHg	100%	4	5	6	-หญิงหลังคลอดรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ มีเหนื่อยอ่อนเพลีย มดลูกหดรัดตัวดี ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด

แนวทางในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

1.ด้านการพัฒนาระบบบริการ

1.1. พัฒนาระบบคัดกรองตั้งแต่กระบวนการ ANC โดยแยกเป็นผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูง ปานกลาง และเสี่ยงต่ำ

1.2. ระบบการคัดกรอง แยกผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูง ปานกลาง และเสี่ยงต่ำ เมื่อผู้คลอดมาถึงห้องคลอด

1.3. มีมาตรฐานการดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูง ปานกลาง เสี่ยงต่ำ และส่งต่อเมื่อมีอาการผิดปกติ

1.4. มีระบบการส่งต่อผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูงตามมาตรฐาน

2.ด้านบุคลากร

2.1. พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้เกี่ยวการ ANC คุณภาพห้องคลอดคุณภาพ การดูแลครรภ์เสี่ยงสูง

2.2. จัดประชุมวิชาการเกี่ยวกับการดูแลครรภ์เสี่ยงสูง โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างน้อยปีละ1ครั้ง

2.3. จัดประชุมทบทวนอุบัติการณ์โดยทีมสหวิชาชีพ เมื่อมีเหตุการณ์สำคัญเพื่อหาแนวทางปฏิบัติร่วมกัน

2.4. มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและชี้แจงแนวทางให้บุคลากรรับทราบทั้งเครือข่าย

2.5. มีทีมช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินทางการคลอด

หากพบอาการผิดปกติควรรายงานแพทย์ทันที (แพทย์ควรมาภายใน 10 นาที) และตามทีม จาก ER 1 คน IPD 1 คน โดยมีบทบาทดังนี้

แพทย์: สั่งการดูแลรักษา โดยประเมินสาเหตุ สั่งการให้ยาและทำการปรึกษาสูติแพทย์

พยาบาลคนที่ 1(ผู้ทำคลอด): ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและคลึงมดลูกพร้อมประเมินหาสาเหตุเบื้องต้น สวนปัสสาวะคาสาย ทำหัตถการช่วยแพทย์

พยาบาลคนที่ 2(พยาบาลหลังคลอด) : รายงานแพทย์ตามทีมช่วยคลอด เปิดเส้นให้สารน้ำด้วยเข็มเบอร์ 18 เจาะ LAB ให้ยาตามแผนการรักษา

พยาบาลคนที่ 3 (พยาบาลER) :ดูแลทารก ประเมินสัญญาณชีพมารดาหลังคลอด วัดระดับออกซิเจนในเลือด ระดับความรู้สึกตัว ทุก 5 -10 นาที ประเมินการเสียเลือด ประเมินปัสสาวะพร้อมจดบันทึก

พยาบาลคนที่ 4 (พยาบาล IPD) :แจ้งญาติ เตรียมเอกสารในการส่งต่อ ตามพยาบาล refer ตามรถ refer

ผู้ช่วยเหลือคนไข้: ดูแลให้ Oxygen mask with bag 10 LPM เตรียมอุปกรณ์ในการดูแลมารดาหลังคลอด,อุปกรณ์ที่ใช้ในการส่งต่อ และช่วยเคลื่อนย้ายมารดาหลังคลอดขึ้นรถ refer

3.ด้านอุปกรณ์/เวชภัณฑ์

3.1. มียาและสารน้ำที่ใช้ในมารดาที่เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างเพียงพอและพร้อมใช้ เช่น

- Oxytocin, Methergin, Nalador, Cytotec
- ควรมีสารน้ำชนิด Crystaloid เช่น 0.9%Nacl 500 ml เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการบริหารยา Nalador
- ควรมีสารน้ำชนิด Colloid เช่น Voluven กรณี hypovolemic shock
- Haemaccel (กรณีสูญเสียเลือดมากกว่า 300 ml และไม่มีคลังเลือด)
- ให้เลือด หากมารดาหลังคลอดสูญเสียเลือดมากกว่า 300 ml (กรณีมีคลังเลือด)

3.2. มีถุงตวงเลือด ที่ได้มาตรฐานเพื่อประเมินการสูญเสียเลือดที่ถูกต้อง

3.3. มีการเตรียมอุปกรณ์ที่พร้อมใช้งาน เช่น Monitor NIBP , oxygen Saturation ฯ

4.ด้านระบบการส่งต่อ

4.1 บทบาทพยาบาลขณะนำส่งกรณี มารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ที่มีระดับความรุนแรงน้อย

มีพยาบาลนำส่ง 2 คน

พยาบาลคนที่ 1 : คลึงมดลูก

พยาบาลคนที่ 2 : ดูแลให้สารน้ำ/ให้ยาตามแผนการรักษา, monitor vital sign และบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงและการดูแลอย่างครอบคลุม

4.2 บทบาทพยาบาลขณะนำส่งกรณี มารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ที่มีระดับความรุนแรงปานกลาง มีพยาบาลนำส่ง 3 คน

พยาบาลคนที่ 1 : คลึงมดลูก /ทำ Bimanual compression of uterus

พยาบาลคนที่ 2 : ดูแลให้สารน้ำ/ให้ยาตามแผนการรักษา

พยาบาลคนที่ 3 : monitor vital sign และบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงและการดูแลอย่างครอบคลุม

4.3 บทบาทพยาบาลขณะนำส่งกรณี มารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ที่มีระดับความรุนแรงมาก มีพยาบาลนำส่ง 3 คนและแพทย์ 1 คน

แพทย์ : ติดตามอาการ และบริหารแผนการรักษา

พยาบาลคนที่ 1 : คลึงมดลูก/ทำ Bimanual compression of uterus

พยาบาลคนที่ 2 : ดูแลให้สารน้ำ/ให้ยาตามแผนการรักษา

พยาบาลคนที่ 3 : monitor vital sign และบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงและการดูแลอย่างครอบคลุม

สรุปผลการศึกษา

ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างยิ่ง พยาบาลที่ดูแลมารดาในหน่วยงานสูติกรรมจึงเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเพราะเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับมารดาตลอดตั้งแต่ระยะ ตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด การนำส่งกรณี มารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ที่มีระดับความรุนแรง[6,7]การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดกรณีศึกษาผู้คลอด 2 ราย มีความแตกต่างในข้อมูลส่วนบุคคล การให้การพยาบาลอย่างทันท่วงที สามารถช่วยให้มารดาและทารกได้รับความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความชำนาญและต้องมีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage. Obstet Gynecol. 2017;130(4):e168-e86.

2. World Health Organization, UNICEF. 2014. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013 : estimates by WHO, UNICEF,UNFPA. The World Bank and the United Nations Population Division: Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf?ua=1.

3. Perry, E. , Hockenberry, M.J. , Lowdermilk, D.L. and Winson, D. 2010. Postpartum complications. In Maternal Child Nursing Care. 4 th ed. (pp. 576-585).Canada: Mosby Elsevier

4. Su, C. W. 2012. Postpartum hemorrhage. Retrieved November 20, 2015 from primarycare.theclinics.com

5. Murray, S.S. and McKinney, E.S. 2014. Pain management during childbirth. In Foundation of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing. 6th ed., (pp.278-282). United States of America : Saunders Elsevier

6. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล. 2557. การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด: บทบาทผดุงครรภ์. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ.37(2): 155-162.

7. ลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์ สุชาตา วิภวกานต์และอารี กิ่งเล็ก. การพัฒนาแนวปฏิบัติการ ป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกใน ห้องคลอดโรงพยาบาลกระบี่. วารสารเครือ ข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข ภาคใต้. 2559. 3(3):127-141

ประสิทธิผลของรายการอาหารบำรุงเลือดต่อการเพิ่มความเข้มข้นของเลือดในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

The Effectiveness of Food item for increase hematocrit in Pregnant Women Who Received Antepartum Care at Health Promoting Hospital ,Regional health Promotion Center 7, Khonkaen Province

วนิดา อุตตรนคร[1]

Wanida Uttaranakhon[1]

(Received: January 10 ,2020 ; Accepted: March 30 ,2020)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental research) โดยเป็น แบบสองกลุ่มวัดสองครั้งTwo group pretest - posttest Design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรายการอาหารบำรุงเลือดต่อการเพิ่มความเข้มข้นเลือดในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ หญิงตั้งครรภ์จำนวน 73 คน โดยการสุ่มแบบง่าย(Simple Random Sampling) โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับรายการอาหารบำรุงเลือดและได้รับความรู้เกี่ยวกับอาหารบำรุงเลือดเป็นกลุ่มทดลอง 36 คน และ กลุ่มที่ไม่ได้รับจำนวน 37 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 1 กันยายน 2562 – 29 กุมภาพันธ์ 2563 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ สถิติเชิงพรรณนา Chi-square ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ทั้งกลุ่มที่ได้รับรายการอาหารบำรุงเลือดกับความรู้เกี่ยวกับอาหารบำรุงเลือด และกลุ่มที่ไม่ได้รับนั้นไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของอายุ สถานะ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ รวมทั้งประวัติการตั้งครรภ์ และดัชนีมวลกาย (BMI) ค่าความเข้มข้นเลือดในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุมผลเลือดไม่แตกต่างกัน แต่ค่าความเข้มข้นเลือดหลังการทดลองในกลุ่มทดลองลดลง (HCT change =-0.71) อย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับความเชื่อมั่น P<0.05 ส่วนภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ของทั้ง 2 กลุ่มก่อนและหลังทำการทดลองไม่แตกต่างกันกลุ่มทดลองที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก(Mean =3.79,SD=0.51) มากกกว่ากลุ่มควบคุม(Mean = 3.54, SD=0.39) ก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p<0.05) ส่วนคะแนนหลังการได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจาก การขาดธาตุเหล็กก่อนและหลังในกลุ่ม และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กก่อนและหลังในกลุ่มทดลอง และกลุ่มที่ควบคุมไม่แตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กก่อนและหลังในกลุ่มที่ได้รับรายการอาหารบำรุงเลือดและความรู้เกี่ยวกับอาหารบำรุงเลือดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่ารายการอาหารบำรุงเลือดและความรู้เกี่ยวกับอาหารบำรุงเลือดนั้นยังไม่มีประสิทธิผลเพียงต่อการเพิ่มความเข้มข้นของเลือดในหญิงตั้งครรภ์

คำสำคัญ หญิงตั้งครรภ์ ,ภาวะโลหิตจาง,อาหารบำรุงเลือด

Abstract

This research is Quasi Experimental research by two group pretest post test design . Study the effectiveness of food items for increase hematocrit in pregnanat women who received antepartum care in Promoting Hospital, Regional health Promotion Center 7, Khonkaen Province.The sample size are 73 pregnant women .The 36 treatment group 36 are received food item and khowlage of nutrition for increase hematocrit .The 37 control group are receive standard treatment . The data was collected from 1 September 2019 – 29 February 2020 . Analyze data by descriptive statistic use Chi- square .Result that bothe the treatment and control group are not difference in age status, education, occupation, income ,obstetrics history and BMI. Anemia in both group are not different but hematocrit in treatment group was decreased (Hct change -0.71) with significant (p-value<0.05). The treatment group has the recognition of chance for iron deficiency anemia (Mean = 3.79, SD = 0.51) more than the control group before experiment with significant (p-value < 0.05). But not different after experiment. The recognition of severity for iron deficiency before and after experiment are not diferece in both group. The recognition of

[1] ร.พ.ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

benefit and barrier for iron deficiency anemia in both group are not difference . Knowlage of iron deficiency are not difference in both group. This research show that Food items is not effective for increase hematocrit in pregnant women.

Keyword pregnant women, Anemia, Food items

บทนำ

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่างๆ ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย[1] กลุ่มหญิงตั้งครรภ์เป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางได้สูงเนื่องจากระยะตั้งครรภ์จะมีปริมาณเลือด (Blood volume) เพิ่มขึ้นไม่ได้สัดส่วนกับการเพิ่มขึ้นของปริมาณเม็ดเลือดแดง จึงทำให้ความเข้มข้นของฮีโมโกบินและค่าฮีมาโตคริตลดลง หญิงตั้งครรภ์ยังมีความต้องการธาตุเหล็ก เพื่อใช้ในการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์อีกด้วย จากการศึกษาความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ปี 2552 พบความชุกร้อยละ 22.1[2] ในการฝากครรภ์ครั้งแรกและพบว่ายังมีภาวะโลหิตจางเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ เป็นจำนวนร้อยละ 63 จากการสำรวจภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ของสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ปี 2556พบร้อยละ 25.7 ปี2557ร้อยละ 17.81 ปี 2558 ร้อยละ 18.61 ปี2559 ร้อยละ 17.34 ปี2560ร้อยละ 16.96[3] ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์จะส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทั้งมารดาและทารก โดยในมารดาทำให้เหนื่อยง่าย อ่อนเพลียมีโอกาสเสี่ยงต่อการแท้ง ติดเชื้อง่าย ตกเลือดหลังคลอด ภาวะครรภ์เป็นพิษ และอาจเกิดภาวะหัวใจวาย สำหรับผลต่อทารกในครรภ์มีผลทำให้ทารกแรกเกิดมีอัตราตายสูง และยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆสูงกว่าปกติ เช่น การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย การแท้ง ทารกตายในครรภ์[4,5,6] School และ Hedsger [7] ได้ศึกษาถึงผลกระทบของการขาดธาตุเหล็กในระยะตั้งครรภ์ และสรุปว่าการขาดธาตุเหล็กในไตรมาสแรกจะมีผลเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดและคลอดทารกที่มีน้ำหนักน้อย (<2,500 กรัม) ถึง 2 เท่า ถ้าขาดธาตุเหล็กในไตรมาสที่ 3แม้เป็นโลหิตจางรุนแรงก็ไม่มีผลต่อผลลัพธ์การคลอดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารกโดยทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยและภาวะตกเลือดหลังคลอดหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางตลอดการตั้งครรภ์ คลอดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะโลหิตจางและเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย 1.29 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะโลหิตจาง จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการให้ยาเสริมธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์พบว่าส่วนใหญ่ให้ในรูปยาเม็ดโดยมีปริมาณยา 30-240 มก/วัน ในรูปของ Ferrous sulfate ส่วนระยะเวลาของการเสริมธาตุเหล็กในกลุ่มของประเทศกำลังพัฒนามักจะสั้นกว่าที่มีรายงานจากประเทศพัฒนาแล้ว[8] การดูแลเพื่อแก้ไขปัญหาโลหิตจางในประเทศไทยได้มีการดำเนินงานตามแนวทางต่างๆ เช่น การให้ยาเสริมธาตุเหล็ก การส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง และการให้ความรู้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกำจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง เช่นพยาธิแต่จากรายงานความชุกของสถานการณ์ ภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยพบว่ามีอัตราสูงกว่าเป้าหมาย (ไม่เกินร้อยละ 10) และยังเป็นปัญหาสำคัญ แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีมาตรการหลักในการควบคุมการขาดธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ด้วยการมุ่งเน้นการให้วิตามินเสริมธาตุเหล็กแล้วก็ตามแต่ยังอาจไม่เพียงพอ ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์โดยการสร้างรายการอาหารบำรุงเลือดซึ่งประกอบไปด้วย อาหารที่มีปริมาณธาตุเหล็กสูงร่วมกับอาหารที่มี วิตามินเอ ซี และ บี12 เพื่อช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็กให้ดีขึ้น[9] แล้วทำการวัดประสิทธิผลของรายการอาหารดังกล่าวร่วมกับการให้ความรู้เรื่องอาหารแก่หญิงตั้งครรภ์ควบคู่กับการได้รับวิตามินเสริมธาตุเหล็กขณะตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรายการอาหารบำรุงเลือดต่อการเพิ่มความเข้มข้นของเลือดในหญิงตั้งครรภ์

ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

วิธีการวิจัย

ขอบเขตการวิจัยการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของการจัดทำรายการอาหารบำรุงเลือดเพื่อส่งเสริมป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น โดยเก็บข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2562 ถึง 29 กุมภาพันธ์ 2563

กลุ่มตัวอย่าง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

กลุ่มทดลอง หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับรายการอาหารบำรุงเลือดและความรู้เกี่ยวกับอาหารบำรุงเลือด

กลุ่มควบคุม หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

$$n = \frac{2P(1-P)(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$P1 = 0.731$

$P2 = 0.403$

$Z\alpha = 1.96$

$Z\beta = 0.84$

$$P = \frac{(0.731+0.403)}{2} = 0.562$$

$N = 35.46$

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและเก็บข้อมูลผลการตรวจฮีโมโกลบิน ,ความเข้มข้นเลือด (Hct.)
2. แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะโลหิตจาง ในหญิงตั้งครรภ์
3. รายการอาหารบำรุงเลือด
4. สมุดบันทึกการรับประทานอาหาร

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมจะนำมาลงรหัสและเก็บบันทึกในเครื่องคอมพิวเตอร์ เพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติดังนี้

1.ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์วิเคราะห์โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percent) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. ข้อมูลประสิทธิผลของรายการอาหารบำรุงเลือดต่อความเข้มข้นของเลือดในหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติ เปรียบเทียบความเข้มข้นเลือดและฮีโมโกลบินด้วยค่าสถิติ t-test

3. ข้อมูลคะแนนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารบำรุงเลือดและการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ Chi-square และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้วยค่าสถิติ t-test

สรุปและอภิปรายผล

หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 20-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 88.9 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 78.4 ในกลุ่มควบคุม สถานะส่วนใหญ่แต่งงานอยู่ด้วยกันคิดเป็นร้อยละ 97.2 ในกลุ่มทดลองร้อยละ 100 ในกลุ่มควบคุม ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับมัธยมปลาย/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 36.1 ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 37.8 ในกลุ่มควบคุม อาชีพส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลอง คือกำลังศึกษา ร้อยละ 22.2 และรับจ้างร้อยละ 22.2 ส่วนในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ค้าขายคิดเป็นร้อยละ 27.6 และทำงานบริษัทคิดเป็นร้อยละ 27.0 รายได้เฉลี่ยอยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 33.3 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 35.1 ในกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1

จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=36คน)		กลุ่มควบคุม (n=37 คน)		Fisher's Exact
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ					**0.345**
< 20 ปี	2	5.6	6	16.2	
20-35 ปี	32	88.9	29	78.4	
> 35 ปี	2	5.6	2	5.4	
สถานะ					**0.493**
โสด	1	2.8	0	0.0	
แต่งงานอยู่ด้วยกัน	35	97.2	37	100.0	
ระดับการศึกษา					**0.231**
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	-	-	-	-	
มัธยมต้น	4	11.1	5	13.5	
มัธยมปลาย/ปวช	13	36.1	14	37.8	
อนุปริญญา/ปวส	7	19.4	2	5.4	
ปริญญาตรี	12	33.3	13	35.1	
อาชีพ					**0.177**
กำลังศึกษา	8	22.2	4	10.8	
ไม่มีอาชีพ	6	16.7	5	13.5	
รับจ้าง	8	22.2	4	10.8	
ค้าขาย	6	16.7	8	27.6	
บริษัท	7	19.4	10	27.0	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	2.8	1	2.7	
อื่นๆ	-	-	5	13.5	
รายได้					**0.295**
<5,000 บาท	9	25.0	10	27.0	
5,001-10,000 บาท	10	27.8	10	27.7	
10,001-20,000 บาท	12	33.3	13	35.1	
20,001-50,000 บาท	5	13.9	4	10.8	

ตารางที่ 2

จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลการฝากครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=36คน)		กลุ่มควบคุม (n=37 คน)		Fisher's Exact
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การตั้งครรภ์					**1.000**
ครรภ์แรก	18	50.0	18	48.0	
ครรภ์ที่ 2	12	33.3	13	35.10	
ครรภ์ที่ 3	5	13.9	6	16.20	
ครรภ์ที่ 4	1	2.8	-	-	
จำนวนบุตร					**0.777**
ไม่เคยคลอด	22	61.1	21	51.8	
คลอด 1 คน	10	27.8	13	35.1	
คลอด 2 คน	4	11.1	3	8.1	
จำนวนแท้งบุตร					**0.768**
ไม่เคยแท้ง	29	80.6	31	83.8	
เคยแท้ง 1 ครั้ง	7	19.4	6	16.2	
ดัชนีมวลกาย					**0.489**
<18.5	7	19.4	4	10.8	
18.5-24.9	24	66.7	29	78.4	
≥25	5	13.9	4	10.8	

การตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นครรภ์แรก คิดเป็นร้อยละ 50 ในกลุ่มทดลองร้อยละ 48 ในกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่เคยคลอดบุตร คิดเป็นร้อยละ 61.1 ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 51.8 ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ไม่เคยแท้งบุตร คิดเป็นร้อยละ 80.6 ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 83.8 ในกลุ่มควบคุม ดัชนีมวลกาย (BMI) ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 18.5-24.9 ร้อยละ 66.7 ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 78.4 ในกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กก่อนและหลังในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	กลุ่มทดลอง (n=36 คน)		กลุ่มควบคุม (n=37 คน)		P-value between group (student's t- test)
	Mean	SD	Mean	SD	
ก่อน	3.79	0.51	3.54	0.93	0.020*
หลัง	3.60	0.51	3.57	0.39	0.762

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กก่อนและหลังในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (ต่อ)

P-value within group (Paired t-test)		0.017*		0.701

***Significant at P<0.05**

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กก่อนทำการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (P < 0.05) ในกลุ่มทดลองมีคะแนนก่อนการทดลองมากกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ (P<0.05) ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญ

ตารางที่ 4

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กก่อนและหลังในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	**กลุ่มทดลอง (n=36 คน)**		**กลุ่มควบคุม (n=37 คน)**		**P-value between group (student's t- test)**
	Mean	**SD**	**Mean**	**SD**	
ก่อน	3.79	0.68	3.57	0.53	0.115
หลัง	3.79	0.51	3.56	0.50	0.059
P-value within group (Paired t-test)		0.948		0.937	

***Significant at P<0.05**

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 5

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กก่อนและหลังในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	**กลุ่มทดลอง (n=36 คน)**		**กลุ่มควบคุม (n=37 คน)**		**P-value between group (student's t- test)**
	Mean	**SD**	**Mean**	**SD**	
ก่อน	3.88	0.56	3.80	0.37	0.456
หลัง	3.87	0.40	3.59	0.37	0.002*
P-value within group (Paired t-test)		0.900		0.002*	

***Significant at P<0.05**

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ในกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (P<0.05) คะแนนหลังทดลองในกลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (P<0.05)

ตารางที่ 6

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังดำเนินการ

ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์	**กลุ่มทดลอง (n=36คน)**		**กลุ่มควบคุม (n=37 คน)**		**P-value between group**
	Mean	**SD**	**Mean**	**SD**	**(student's t- test)**
ก่อน	15.06	2.39	15.35	1.95	0.563
หลัง	15.64	1.90	15.38	1.89	0.559
P-value within group (Paired t-test)		0.066		0.875	

***Significant at P<0.05**

คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มว่า มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังทำการทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญหลังทำการทดลอง

ตารางที่ 7

เปรียบเทียบความเข้มข้นเลือด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังดำเนินการ

ความเข้มข้นเลือด	**กลุ่มทดลอง (n=36 คน)**		**กลุ่มควบคุม (n=37 คน)**		**P-value between group**
	Mean	**SD**	**Mean**	**SD**	
ค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง	35.19	2.97	34.90	3.13	0.682
ค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง	34.49	2.33	34.79	3.47	0.733
HCT change	-0.71	1.82	-0.18	2.40	0.293
P-value within group (Paired t-test)		0.026*		0.659	

***Significant at P<0.05**

ความเข้มข้นเลือดของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังทำการทดลองในกลุ่มควบคุมมีความเข้มข้นเลือดลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 8

ภาวะซีดเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภาวะซีด	กลุ่มทดลอง (n=36 คน)		กลุ่มควบคุม (n=37 คน)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ก่อนการทดลอง					**0.483[C]**
ซีด	9	25.0	12	32.4	
ปกติ	27	75.0	25	67.6	
หลังทดลอง					**0.345[C]**
ซีด	9	25.0	13	35.1	
ปกติ	27	75.0	24	64.9	
ภาวะซีดที่เปลี่ยนแปลงไป					**0.705[F]**
ยังคงซีดเหมือนเดิม	4	11.1	8	21.6	
ยังคงปกติเหมือนเดิม	22	61.1	20	54.1	
เปลี่ยนจากซีดเป็นปกติ	5	13.9	4	10.8	
เปลี่ยนจากปกติเป็นซีด	5	13.9	5	13.5	

C=P-value from chi-square test , F=Fisher's Exact test.

ในกลุ่มทดลองพบภาวะปกติคงเดิมมากที่สุดร้อยละ 61.1 รองลงมาคือเปลี่ยนจากซีดเป็นปกติ ร้อยละ 13.9 และเปลี่ยนจากปกติเป็นซีด ร้อยละ 13.9

ส่วนกลุ่มควบคุมพบภาวะปกติคงเดิม มากที่สุดร้อยละ 54.1 รองลงมาจากซีดคงเดิมร้อยละ 21.6

วิเคราะห์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของรายการอาหารบำรุงเลือดและการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารบำรุงเลือดในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 เพื่อลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ โดยมีการอภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐานดังรายละเอียดดังนี้ หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 20-35 ปีคิดเป็นร้อยละ 88.9 ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 78.4 ในกลุ่มควบคุมสอดคล้องกับการศึกษาในปี 2559 ของ เรณู ศรีสุข[10]เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน12สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานพยาบาลเขตอำเภอพนัสนิคม โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 20-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 75.90 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กก่อนทำการทดลองในกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p-value < 0.05) นั้นแสดงให้เห็นว่าอาจเกิดจากการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ถึงแม้ลักษณะการเลือกกลุ่มตัวอย่างจะเป็นการสุ่มแต่หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการต้องยินยอมด้วยความเต็มใจเท่านั้น ในกลุ่มทดลองจึงได้ประชากรที่ค่อนข้างมีความพร้อมซึ่งอาจส่งผลให้มีความรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้มากกว่า ส่วนการที่กลุ่มทดลองมีคะแนนหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญนั้นแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารบำรุงเลือดนี้ไม่ได้ผล คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กก่อนและหลังในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันก็แสดงว่ารูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารบำรุงเลือดนี้ไม่ได้ผล คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะ

โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กก่อนและหลังในกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันแสดงว่ารูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารบำรุงเลือดนี้ไม่ได้ผล คะแนนในกลุ่มควบคุมก่อนทดลองได้มากกว่าหลังทดลองแสดงว่ามีการรับรู้ในทางที่ผิด เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังดำเนินการไม่แตกต่างกันในทั้งสองกลุ่ม แต่ในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มดีขึ้นหลังการทดลอง ความเข้มข้นเลือด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังดำเนินการมีค่าลดลงทั้งสองกลุ่มซึ่งเป็นผลจากระบบโลหิตที่เปลี่ยนแปลงในหญิงตั้งครรภ์ แต่การที่ความเข้มข้นเลือดในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญนั้นแสดงว่ารูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารบำรุงเลือดนี้ไม่ได้ผลภาวะซีดเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ภาวะซีดในการตรวจเลือดครั้งที่ 2 มีซีดร้อยละ 25 ในกลุ่มทดลองและพบซีดร้อยละ 35.1 ในกลุ่มควบคุม ซึ่งใกล้เคียงกับความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ทั่วโลกใน พ.ศ. 2554 ซึ่งเท่ากับ ร้อยละ 38 และภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้คือ ร้อยละ 25[11]ประเทศไทย ร้อยละ 22.32 ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของความเข้มข้นเลือดหลังการทดลองในทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่ารายการอาหารบำรุงเลือดและรูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารบำรุงเลือดนี้ไม่ได้ผล

ข้อเสนอแนะ

รูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารบำรุงเลือดโดยการทำเป็นกลุ่มไลน์และให้ความรู้ในกลุ่มนั้นไม่มีประสิทธิผลที่จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และมีความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังไม่มีผลต่อความเข้มข้นเลือด จึงควรที่จะออกแบบลักษณะการให้ความรู้ในรูปแบบใหม่ที่หญิงตั้งครรภ์จะให้ความสนใจและเรียนรู้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Mayer EM.Adicls- Tegman M. The prevalence of anemia in the world. World Health StatisticeQuaterly 1985; 35:302-316.

2. ผ่องศรี แสนไชยสุริยา และคณะ “การศึกษาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์และคลอดใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 “วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ปีที่ 3 ฉบับที่ 1
(ตุลาคม 2553- มีนาคม 2554): 144-126.

3. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC:Health Data Center สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข)

4. Dewheurst s textbook of Obstetrics and Gynecology for postgraduates, 3rd trimester:Blackwell Science 1995: 228-250.

5.Roszkowski R. Wojcicka J. and Zalska X. Serum iron deficiency during 3rd trimester of pregnancy. ObstetGynecol 1966 ; 28:820.

6. William Obstetrics. 19th Edition : Appleton & Lange 1993 : 1171 – 1199 .

7. Scholl To and HeidigerML. Anemia and iron deficiency anemia: compilation of data on pregnancy outcome AmJ. Clin. Nutr 1994; 59(sup) 4925-5015.

8. Institutute of medicine. Nutrition of pregnancy. National Acodanypress. Washington DC; 1990: Chaptes14.

9. คู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

10.เรณู ศรีสุข “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน12สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานพยาบาลเขตอำเภอพนัสนิคม”

11. Stevens GA, Finucane MM, De-Regil LM, Paciorek CJ, Flaxman SR, Branca F, Pena-Rosas JP et al. Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995-2011: a systematic analysis of population-representative data. Lancet Glob Health 2013;1:e16-25.

ผลของโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

Effects Of Satir's Model based Individual Psychotherapy Program among Older Adults with Depression

ไพจิตร พุทธรอด[1] , กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ[2]

Phaichit Phutrod[1] , Kanokwan Sinpakampisit[2]

(Received: January 12 ,2020 ; Accepted: March 28, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัยนี้เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลและได้รับการประเมินแบบประเมินภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุไทย (TGDS) จำนวน 40 ราย และสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสอบถาม แบบประเมินภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุไทย (TGDS) โปรแกรมการการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์มีประสิทธิภาพสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายที่มีภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นพยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ เป็นทางเลือกในการบำบัดภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ: โปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์, ผู้สูงอายุ, ภาวะซึมเศร้า.

Abstract

This two group pretest-posttest design aimed to examine the effects of Satir' s model based individual psychotherapy program among older adults with depression. Sample were 40 older adults attending hospital, who were diagnosed with depression and assessed for depression by Thai Geriatric Depression scale (TGDS) and willing to participate in the program. Research instruments included questionnaire, TDGS, and Satir' s model based individual psychotherapy program.

Research result revealed that depression mean score of older adults after participating in Satir' s model based individual psychotherapy program was significantly lower than that of before (p=.05). Research finding indicated that Satir' s model based individual psychotherapy program is effective in lowering depression in older adults with depression. Therefore, psychiatric nurses could adopt Satir' s model based individual psychotherapy program to be an alternative for depression therapy.

Key words: Satir' s model based individual psychotherapy program, Older adults, Depression

[1] อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

[2] รองคณบดีฝ่ายวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ทำนายประชาชนไทย ว่าในปี พ.ศ. 2563 โรคที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ที่เป็นสาเหตุสำคัญนำไปสู่การฆ่าตัวตายคือโรค ซึมเศร้า ซึ่งจัดเป็นโรคเรื้อรัง จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลก ในปีค.ศ.2017 ระบุว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกประมาณ 322 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก ในประเทศไทยมีผู้ป่วย โรคซึมเศร้าในสังคม ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพและเป็นโรคใกล้ตัวที่รักษาให้หายขาดได้ แต่หากไม่ได้รับการรักษาอาจรุนแรงจนนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ในไทยมีข้อมูลความชุกของโรคซึมเศร้า พ.ศ.2551 พบคนไทยป่วยซึมเศร้า 1.5 ล้านคน พิจารณาตามเพศ-อายุผู้ป่วย พบว่าผู้หญิงเสี่ยงป่วยมากกว่าผู้ชาย 1.7 เท่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานอายุ 25-59 ปี ร้อยละ 62 รองลงมาเป็นวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.5 และเป็นเยาวชนอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 11.5 ตามลำดับ[๑]

อัตราการป่วยโรคซึมเศร้า ต่อแสนประชากรในปี 2550, 2551 และ 2552 คือ 196.5, 229.9 และ 260.8 ตามลำดับ โดยในปี 2557 ได้มีการคัดกรอง กลุ่มเสี่ยงถึง 15 ล้านคน และพบมีแนวโน้มป่วยเป็น โรคซึมเศร้า 6 ล้านคน มีอาการซึมเศร้า 1.5 ล้านคน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า 5 แสนคน และมีรายงานการจัดอันดับประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในโลก ประจำปี 2562 โดย World Population Review ที่สำรวจ และพิจารณาข้อมูลการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลกปี 2561 ทั้งหมด 183 ประเทศ พบว่า ประเทศไทย มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดติดอันดับ 32 ของโลก เฉลี่ย 14.4 คนต่อประชากร 1 แสนคน[10] ผู้ที่ฆ่าตัวตาย จะมีอาการของโรคซึมเศร้ามาก่อน ซึ่งประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย 2 เท่าตัว พบในกรุงเทพมหานคร มากที่สุดมีอัตราป่วยร้อยละ 5 ขณะที่ต่างจังหวัด มีประมาณร้อยละ 2.3 -2.7 ทำให้คนไทยต้องเสียชีวิต ก่อนวัยอันควรจากภาวะซึมเศร้าไปสู่การฆ่าตัวตาย[11] ถ้าพิจารณาจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ พบว่าโรคซึมเศร้าจะพบเป็นอันดับที่ 1 เป็นเพศหญิง และอันดับ 2 เป็น เพศชาย[14] โดยผู้ป่วยต้องทน อยู่กับอาการเจ็บป่วยเป็นเวลานานกว่าโรคอื่น ๆ ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ หากผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น ไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้อง จะนำไปสู่การฆ่าตัวตาย [14]

โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) จัดอยู่ในกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorder)โดยความผิดปกติของอารมณ์เป็นอาการ เด่น มีอารมณ์เศร้าซึมเฉย พฤติกรรมอยากเก็บตัว อยู่คนเดียว หงุดหงิดอารมณ์รุนแรงได้ง่ายเมื่อ ถูกรบกวน บางรายมีอาการกระสับกระส่าย อยู่นิ่ง ไม่ได้ต้องลุกเดินไปมา สมาธิเสื่อม เหม่อลอย หลงลืมง่าย ความคิดเชื่องช้า ลังเลใจ ตัดสินใจไม่แน่นอน ไม่มั่นใจในตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ตำหนิตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีความทุกข์มาก ไม่มีใคร ช่วยได้ และอยากตาย [10] ยังมีอาการอื่นร่วมเช่น ด้านร่างกาย ได้แก่ ความอยากรับประทานอาหารแปรปรวน (appetite disturbance) การนอนแปรปรวน (sleep disturbance) นอนหลับน้อยลง หรือนอนไม่หลับ (insomnia) ด้านพฤติกรรม (behavioral symptoms) ผู้ป่วยจะมีอาการเชื่องช้า เดินช้า คิดช้า ไม่พูด ไม่โต้ตอบ ไม่อยากทำอะไร ผุดลุกผุดนั่ง หงุดหงิดง่าย ไม่สนใจความสะอาดของตนเอง และด้านความคิด (cognitive symptoms) คิดซ้ำๆ คิดอะไรไม่ออก ไม่มี สมาธิรู้ สึกผิด คิดว่าตนเองไร้ค่า (worthlessness) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) [10] โดยความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองจะสามารถทำนายอาการซึมเศร้าในอนาคตได้

ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งเป็นผลจากอาการปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมของความเจ็บป่วย ตลอดจนความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะทำให้เกิด

ภาวะเสียสมดุลยภาพ และความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จากผลการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บโดยการเปรียบเทียบความสูญเสียจากการเจ็บป่วยและบาดเจ็บ 135 ประเภท โดยวัดจากจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความพิการและความเจ็บป่วย ที่ผ่านมาพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted life years: DALYs) เป็นอันดับ 4 ในผู้หญิงไทย และเป็นอันดับ 10 ในผู้ชายไทย และเมื่อพิจารณาจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Year Lost due to Disability) ของโรคซึมเศร้า พบเป็นอันดับ 1 ในผู้หญิงไทย และเป็นอันดับ 2 ในผู้ชายไทย

การเกิดภาวะซึมเศร้า จนกระทั่งป่วยด้วยโรคซึมเศร้านั้น มีเหตุปัจจัยหลายอย่าง ทั้งปัจจัยทางชีวภาพและทางด้านจิตใจและปัจจัยทางสังคม (Bio-psycho-social factors) ปัจจัยทางชีวภาพนั้นจากการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาท ซีโรโตนิน โดพามิน นอร์อิพิเนฟฟรินและกาบา ปัจจัยด้านจิตใจมีการอธิบายไว้หลายแนวคิด เช่นแนวคิดของ เบค [3] อธิบายว่าเมื่อบุคคลรับรู้ว่าเกิดวิกฤตในชีวิตแล้วมีความคิดอัตโนมัติทางลบกับตัวเอง กับโลกและอนาคตตนจะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ แนวคิดหรือทฤษฎีการแก้ไขปัญหา (Problem Solving Therory) ของเดอซูริลลาและเนซู [9] อธิบายว่า พฤติกรรม หรืออารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล เกิดจากความบกพร่องในการแก้ปัญหา จากการมีมุมมองต่อปัญหาในทางลบ และการมีวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่มี ส่วนปัจจัยด้านสังคม อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายว่าเป็นเรื่องของการมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมต่างๆ ในสังคม ซึ่งมีทั้งลักษณะความผูกพันกับสังคมมากเกินไป (Altruistic Suicide) ขาดความรู้สึกผูกพันกับสังคม (Egoistic Suicide) และบุคคลไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้ (Anomic Suicide) จึงนำไปสู่การเกิดความแปรปรวนทางความคิด อารมณ์และพฤติกรรม คือมีอารมณ์ซึมเศร้า มีความคิดทำร้ายตนเอง และมีพฤติกรรมการทำร้ายตนเองได้ (Taylor, 1982) เมื่อมีภาวะซึมเศร้าหรือมีอาการซึมเศร้ายังไม่มาก แต่ไม่ได้รับการบำบัดรักษาแล้วอาการก็จะมากขึ้นเรื่อยๆ และป่วยด้วยโรคซึมเศร้าได้

การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในปัจจุบัน มีทั้งการใช้ยาต้านเศร้าเพื่อช่วยปรับความสมดุลของสารสื่อประสาท และการบำบัดทางจิตสังคม เช่น การบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) รูปแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ผ่านมามุ่งเน้นให้คำปรึกษาทั่วไป และไม่ได้มีการติดตามผลที่เป็นรูปแบบไม่ได้มีการมีการมุ่งเน้นให้ความสนใจและแก้ไขประเด็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วย (focused psychotherapy) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการบำบัดอิงแนวคิดซาเทียร์ (Satir's model) ซึ่ง เวอร์จิเนียร์ ซาเทียร์[2] ได้อธิบายสาเหตุ ของโรคซึมเศร้าว่าเป็นการสะสมอารมณ์ที่เก็บกดหรือการรับรู้ต่อสถานการณ์ต่างๆในชีวิตที่ผิดไป ขาดทักษะในการเผชิญความเครียด ขาดความรู้ ความเข้าใจในธรรมชาติความเป็นคนของตนเอง มีการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้องในชีวิตตั้งแต่วัยเด็ก จึง ยึดถือความเข้าใจ ความเชื่อ ทัศนคติ หรือกฎเกณฑ์ ที่ผิดนั้นๆ ไว้ ส่งผลให้การจัดการกับสถานการณ์ ต่างๆ ผิดวิธี ทั้งนี้จิตบำบัดแบบซาเทียร์ (Satir's Model) ช่วยสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึก ความเชื่อ ความคาดหวัง ความปรารถนา และตัวตนที่แท้จริง ของตนเอง เกิดการเรียนรู้ใหม่แทนการเรียนรู้เดิม ที่ไม่ถูกต้อง พัฒนาความเข้าใจ ความเชื่อ ทัศนคติ หรือกฎเกณฑ์ต่างๆ ให้เป็นไปตามศักยภาพของ ตนเอง รู้สึกมีคุณค่า ภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น[12] การบำบัดแนวซาเทียร์สามารถ ทำได้หลายวิธี ดังนี้ 1) การวิเคราะห์ภูเขาน้ำแข็งส่วนบุคคล (personal iceberg) 2) การปั้นท่าทาง (sculpting) 3) การบูรณาการขุมทรัพย์ภายในตน

(integrating inner resources) 4) การย้อนอดีต ครอบครัว เพื่อสร้างความเข้าใจใหม่ (family reconstruction) 5) การทำสมาธิ (meditation) 6) การ อ่านอุณหภูมิใจ(temperature reading) 7) การใช้ อุปมาอุปมัย (metaphor) 8) การใช้อารมณ์ขัน (humor) 9) แมนดาล่าแห่งตัวตนภายใน (self mandala)[2] ทั้งนี้พบว่าวิธีที่ช่วยให้ ผู้ป่วยตระหนักรู้และเข้าใจตัวเองได้ง่าย เป็นที่นิยม ใช้อย่างแพร่หลาย คือ เทคนิคการวิเคราะห์ภูเขาน้ำแข็งส่วนบุคคล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยในฐานะผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการพยาบาลที่เน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic approach) โดยเน้นการดูแลครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ก่อให้บุคคลมีความผาสุก หรือมีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ ส่งเสริมกระบวนการหาย (recovery process) เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต ลดหรือปรับสภาพความกดดันทางสังคม จิตใจและสิ่งแวดล้อมที่อาจมีความตึงเครียดทางจิตใจให้อยู่ในระดับที่ไม่รุนแรงจนก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้ โดยนำการบำบัดทางจิตอิงแนวคิดซาเทียร์ (Satir's model) มาประยุกต์ใช้ซึ่งจะเป็นการช่วยเหลือทางจิตสังคมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม เปลี่ยนเลนส์ เปลี่ยนมุมมองของตนใหม่ในทางบวกมากขึ้นและมีความสอดคล้องกลมกลืนในการมีชีวิตอยู่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์

2. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ หลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดจิตบำบัด การเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบของซาเทียร์ (Satir Transformational Systemic Therapy) ที่เชื่อว่า การพัฒนาศักยภาพด้านจิตใจจะทำให้บุคคลเข้าใจ และยอมรับในศักยภาพหรือขุมพลังมีอยู่ใน ตัวเอง และสามารถนำออกมาใช้ในการเผชิญปัญหาได้

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ต่ำกว่ากว่าก่อนการทดลอง

2.คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pre-post test design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์มีภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นซึมเศร้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลปะเหลียน ระหว่างเดือน สิงหาคม-กันยายน 2559 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) จำนวน 40 ราย ที่มารับบริการ ณ คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลปะเหลียน อำเภอปะเหลียน จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน (Dempsey & Dempsey, 1992) โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง 20 รายแรกเป็น กลุ่มทดลอง และตัวอย่าง 20 รายต่อมาเป็นกลุ่มควบคุม มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มีอายุ 18-59 ปี ไม่มีอาการ ทางจิตเวช สามารถฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ มีคะแนนอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินอาการ ซึมเศร้า อยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง (13-29 คะแนน) ไม่ได้รับยาต้านเศร้า สื่อสารด้วยภาษาไทยและยินดีเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของตนเองต่อเดือน รายได้ของครอบครัว บุคคลที่ให้เงินเพื่อใช้จ่าย เป็นประจำบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน ระยะ เวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatic Depression Scale : TGDS) ที่พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (สารศิริราช, 2537: 1-9) โดยให้ผู้สูงอายุตอบคำถามในกระดาษคำตอบด้วยตนเองแบบวัดนี้มีคะแนนรวมระหว่าง 0-30ที่ผ่านมาการทดสอบความเที่ยงตรงของแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทยฉบับนี้ พบว่ามีค่าความ เที่ยงตรงในเพศหญิงเท่ากับ 0.94 เพศชายเท่ากับ 0.91 โดยมีค่าความเที่ยงตรงรวมเท่ากับ 0.93 การคิดคะแนน ข้อ 1,5,7,9,15,19,21,27,29,30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนนข้อที่เหลือถ้าตอบว่า“ใช่” ได้ 1 คะแนน การแปลผล คะแนน ระหว่าง 0-12 คะแนนเป็นค่าปรกติในผู้สูงอายุของไทย 13-18 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้าเล็กน้อย 19-24 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้าปานกลาง และคะแนนระหว่าง 25-30 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้ารุนแรง

ส่วนที่ 3 โปรแกรมการบำบัดรายบุคคลอิงแนวคิดซาเทียร์ (Satir’s model) เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โปรแกรมการบำบัดทางจิตรายบุคคลอิง แนวคิดซาเทียร์ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมจากเอกและงานวิจัยต่างๆ โดยนัดพบกับผู้ป่วยทั้งหมด 4 ครั้งๆ ละ 40-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อเนื่องกัน 4 สัปดาห์โดย มีแผนในการบำบัดแต่ละครั้งดังนี้ การบำบัดครั้งที่ 1 เรื่อง ฉันเป็นฉันได้อย่างไร ใช้ระยะเวลาประมาณ 60 - 90 นาที การบำบัดครั้งที่ 2 เรื่อง การเรียนรู้ปัญหาใช้ระยะเวลาประมาณ 60 นาที การบำบัดครั้งที่ 3 เรื่องการพัฒนาความมี คุณค่าในตนเอง ใช้ระยะเวลาประมาณ 50 - 60 นาที การบำบัดครั้งที่ 4 เรื่องตอกย้ำความ เปลี่ยนแปลง ใช้ระยะเวลาประมาณ 40 - 60 นาที

ขั้นตอนการวิจัย

- ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลอง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยชี้แจงขั้นตอน ระยะเวลา จำนวนครั้งของการเข้าร่วมโปรแกรม และการพิทักษ์สิทธ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจัดให้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลอิงแนวคิดซาเทียร์ บำบัดทั้งหมด 4 ครั้ง เริ่มจากครั้งที่ 1 – 4 ครั้งละ 60 – 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน โดยมีกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 therapist prepared self ผู้บำบัดเตรียมความพร้อมทั้งภายนอกมีความมุ่งมั่นที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้สัมผัสตัวตนภายใน “เรากับเรา” สัมผัส โลกภายในตนเอง โดยการทำ safe place ของตนเองร่วมกับการทำสมาธิประมาณ 5 นาทีก่อนการบำบัด

ขั้นตอนที่ 2 make contact เริ่มต้นเข้าถึงผู้ป่วยและสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (nurse- patient relationship) ใช้เวลา 2 - 3 นาทีในการทำความคุ้นเคยกับผู้ป่วย (rapport) พูดคุยเรื่องทั่วไป (small talk) “ก่อนที่เราจะพูดคุยถึงปัญหาของคุณ กรุณาช่วยเล่าเรื่องราว ของคุณสักเล็กน้อยได้ไหมครับ” “โดยปกติอยู่บ้านคุณเรียกแทนตัวเองว่าอย่างไรคะ” เพื่อแสดงถึงการยอมรับ เปิดกว้างและจริงใจ สร้างความรู้สึกเข้าถึงร่วมมือกัน และสร้างความรู้สึกปลอดภัยให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น (trust) ประเด็นการรักษาความลับ “คุณจะเชื่อมั่นและ ไว้วางใจได้อย่างไรว่าเนื่องราวของคุณจะไม่ถูกนำไปพูดต่อ แต่ถ้าคุณได้พูดระบายออกมา ดิฉันเชื่อว่าเรื่องของคุณจะเป็นความลับตลอดไป ”

ขั้นตอนที่ 3 problems การรับฟังปัญหาและประสบการณ์ของผู้ป่วยโดยการค้นหาสิ่งที่รบกวนใจในการ พบกันครั้งแรกอุปสรรคคือผู้ป่วยจะพูดเรื่องราว

ออกมา มากมาย (ระบายความรู้สึก) ต้องใช้ active listening ร่วมกับเทคนิคการใช้สายตา (eye to eye contact) ใน การแสดงความจริงใจและรับรู้ว่าปัญหาของผู้ป่วยนั้นมีความสำคัญ เทคนิคการสะท้อนความคิด ความรู้สึก การสรุปประเด็น จับตรรกะ ทำความเข้าใจตัวตน

ขั้นตอนที่ 4 explore impact (สำรวจภูเขาน้ำแข็ง) ใช้คำถาม question process ในการประเมินปัญหาของผู้ป่วย มากระทบต่อภูเขาน้ำแข็งในระดับของบุคลระดับต่างๆ ช่วยให้กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษากระจ่างต้นเหตุแห่งทุกข์ (clarify) ทักษะที่ใช้คือ process question ในการเรียนรู้ กระบวนการโลกภายในของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา โดยนำแนวคิดอุปมาอุปไมยน้ำแข็งของบุคคล (personal iceberg) และแผนภูมิครอบครัว (family map) ในผู้ป่วยทุกราย ค้นหาประสบการณ์และผลกระทบจาก ความเป็นจริงในปัจจุบัน ความเข้าใจในอดีตและภาวะการณ์ปรับตัว

ขั้นตอนที่ 5 set goal ตั้งเป้าหมายผู้บำบัด เอื้อให้ผู้ป่วยได้เริ่มตั้งเป้าหมายในการบำบัดในแต่ละ ครั้งถึงความต้องการและความหวังในการเปลี่ยนแปลง “คุณคาดหวังอะไรจากการบำบัดในครั้งนี้” หรือ “คุณ อยากเปลี่ยนแปลงอะไรในวันนี้” การตั้งเป้าหมายจะ ต้องเป็นแนวบวกและสามารถทำได้จริง กลุ่มเป้าหมาย ส่วนใหญ่มีความคาดหวังต่อคนอื่น อยากให้คนอื่นเกิด การเปลี่ยนแปลง “ลึก ๆ แล้วลองถามใจตนเองก่อนว่า ใจเราเป็นยังไง” เสริม self ว่าตนเองลืมอะไรไป มุ่งให้ เกิดกระบวนการภายใน กลุ่มเป้าหมายทั้งหมดต้องการ มีความสุข การดูแลตนเอง การมีคุณค่าในตนเอง

ขั้นตอนที่ 6 commitment พันธะสัญญา ผู้ป่วยทั้งหมดมีความตั้งใจแน่วแน่เป้าหมาย มองหาข้อดีที่น่าชื่นชมและยอมรับนับถือในตัวของผู้ป่วยนำมาพูดคุยแลกเปลี่ยนกันอย่างน้อย 1 อย่างและชี้ให้เห็นเห็นศักยภาพทั้งภายในและภายนอกที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 7 change การเปลี่ยนแปลงโดยการนำเทคนิคต่าง ๆ เข้ามาใช้ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับ Experiential กระบวนการบำบัดได้พบว่ากลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาจะมีความคับข้องใจจากพฤติกรรมการปรับตัวต่อโรค ตอตนเองและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการมองตนเองในทางลบ มองว่าตนไม่ดีไม่มีเงิน บางคนเอาอารมณ์ความรู้สึก (perception)

ขั้นตอนที่ 8 anchoring การตอกย้ำมา ทบทวน สิ่งที่ได้คุยกันในชั่วโมงการบำบัด การให้ความหวัง การสื่อสารทางบวก การเปลี่ยนแปลงทุกระยะที่สังเกตได้ จากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงจากการพบกัน ครั้งที่ผ่านมาสำรวจภูเขาน้ำแข็งอีกครั้งเพื่อตอกย้ำการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 9 home work ให้เกิดการเปลี่ยน แปลงต่อเนื่องหลังการบำบัดให้เกิดเจตนาที่มุ่งมั่นต่อไปไปด้วยการจัดการด้วยตนเอง การนำที่พักใจไปใช้อย่างต่อเนื่อง การชื่นชมตนเอง การมองตนเองในทางบวก

ขั้นตอนที่ 10 closure ทบทวนการนดหมายการบำบัด ประมวลผลการเปลี่ยนแปลงยุติการบำบัด

- ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมในครั้งสุดท้าย (ครั้งที่ 10)

- สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินชีวิตตามปกติและนัดหมายให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง

3.ระยะหลังการทดลอง มีการประเมินซ้ำหลังเสร็จสิ้นโครงการวิจัย อีก 2 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบอาการทาง ลบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดทาง ความคิดพฤติกรรม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมด้วย paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ด้วย independent t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจานวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.6 อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง51-60 ปี ร้อยละ58.4 ส่วนใหญ่จบประถมศึกษาร้อยละ 86.5 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 57 อาชีพทาสวน ร้อยละ66 สถานภาพคู่เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 84

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ (p = 0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์

คะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง	Mean	S.D.	ระดับ	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์	10.70	1.71	มาก	9.01	.00***
หลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์	4.25	1.91	น้อย		

***p≤0.001

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้าในกลุ่มทดลองน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ (p = 0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=40)

คะแนนภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์	Mean	S.D.	ระดับ	t	p-value
กลุ่มควบคุม	9.40	1.53	ปานกลาง	9.01	.00***
กลุ่มทดลอง	4.25	1.91	น้อย		

***p≤0.001

สรุปและอภิปรายผล

ผลลัพธ์ที่เกิดจากการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ส่งผลทำให้คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ ของกลุ่มตัวอย่าง โปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ทั้ง 10 กิจกรรม โดยเน้นไม่สนใจรายละเอียดของเนื้อเรื่อง แต่ให้ความสำคัญกับผลกระทบจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดอาการ ซึมเศร้า[13],[4] ช่วยให้ ผู้ป่วยสามารถวางกรอบความคิด การสื่อสารของ ตนเองใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศ จอร์แดนที่พบว่า โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ตามการบำบัดแนวซาเทียร์สามารถ

ปรับเปลี่ยน ทัศนคติด้านลบของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะโสดของ ผู้หญิงวัยทำงานให้ดีขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ $p < .05$[1] อีกทั้งยังพบว่า ซาเทียร์โมเดล สามารถช่วยแก้ปัญหาทัศนคติ ด้านลบของประชาชนในประเทศจีนแผ่นดินใหญ่ ที่เกิดจากประเพณีและวัฒนธรรม ทำให้รู้สึกมี คุณค่าในตนเองสูงขึ้น มีส่วนร่วมในการเลือกทางดำเนินชีวิตที่เหมาะสมได้มากขึ้น [7]

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการบำบัดทางปัญญาโดยวิธีการโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ จะทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมากขึ้น ซึ่งสังเกตเห็นได้ถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมในขั้นตอนแรกนั้นส่วนใหญ่มักมีมุมมองเกี่ยวกับตัวเอง โดยมีมุมมองทางลบต่อตนเอง มองตนเอง ว่าเป็นภาระ มีความรู้สึกน้อยใจคิดว่าตนเองเป็นคนไร้ ความสามารถ มองความรุนแรงของโรค7 และกลัวตาย นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัจจัยจิตสังคมเครียดจากบุคคล อื่นในครอบครัวด้วย เช่นปัญหาในครอบครัว และยังพบว่าพบว่าการบำบัดรายบุคคลตามแนวคิดซาเทียร์สามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้าได้สอดคล้องกับการรายงานการวิจัยชี้แสดงเห็นว่าการบำบัดโดยแนวคิดซาเทียร์สามารถช่วยให้บุคคลมีความงอกงามขึ้น มองเห็นความจริงของชีวิตและดำรงตนอย่างมีความหวัง และสามารถนำมาใช้ในการบำบัดในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ [8] รวมทั้งผู้ป่วยสามารถที่จะให้อภัยตนเองกับการกระทำที่ผิดพลาดและอดีตที่ผ่านมาและจะให้ความรักกับตนเองทุกวัน รวมทั้งระดับคะแนนความพึงพอใจในการบำบัดอยู่ในระดับมาก

การนำโปรแกรมการบำบัดตามแนวคิด Satir ได้ช่วยกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาสามารถสื่อสารภายในสอดคล้องกลมกลืนกัน (ตามผัง ภูเขาน้ำแข็ง) มีความยืดหยุ่นในการแก้ปัญหา เกิดความ เข้าใจตนเอง และกระจ่างถึงสาเหตุความทุกข์หรือภาวะ ซึมเศร้าของตนเอง รับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) มีทางเลือกในตนเองได้ (better choice maker)20 มองเห็นเป้าหมายใหม่ในชีวิต เกิดการเติบโตตามพฤติกรรม โดยมีผู้วิจัยช่วย สรุปและเสริมประเด็นสำคัญให้เกิดความตระหนักถึงปัจจัยและผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมถึงมุมที่ผู้ป่วย ยังไม่ตระหนัก ให้ผู้ป่วยได้สัมผัสกับความรู้สึก ความคิด ความต้องการและความปรารถนาที่แท้จริง อีกครั้ง เพื่อให้เข้าใจตนเองชัดเจนมากขึ้น สามารถ เปลี่ยนแปลงตนเองได้เหมาะสมตามบริบทมากขึ้น โดยซาเทียร์ เชื่อว่า ทุกคนสามารถเปลี่ยนแปลง ภายในได้ สามารถเป็นผู้บำบัดตนเองได้ จะช่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ การรับรู้พฤติกรรมและนำไปสู่การตัดการกับปัญหาไปในทางที่ดีขึ้น ช่วยให้ความทุกข์ ที่เกิดจากปัญหาค่อยๆ ลดลงและนามาสู่การลดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

ข้อเสนอแนะการนำวิจัยไปประยุกต์ใช้

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชนและศูนย์บริการสาธารณสุขและอาจารย์พยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมการบำบัดตามแนวคิด Satir รายบุคคลไปใช้ได้ช่วยกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ เพื่อเห็นคุณค่าตนเอง ปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นและมีความสุขในชีวิต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ได้ทาการศึกษากลุ่มตัวอย่างเฉพาะของอำเภอปะเหลียน จังหวัดตรังเท่านั้นเพื่อให้ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ประโยชน์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในอนาคต จึงควรทำการศึกษาเปรียบเทียบกับสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าใน อำเภออื่น ๆ ให้ครอบคลุม หรือนำโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยอื่นที่มีภาวะซึมเศร้า เช่น โรคเรื้อรังกลุ่มอื่น

เช่น ความดันโลหิตสูงโรคหัวใจ โรคหอบหืด เป็นต้น เพื่อนาผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการบาบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีโรคทางกายร่วมด้วยให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลดียิ่งขึ้น รวมถึงนาผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการบาบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอีกทางหนึ่งแก่ผู้สนใจต้องการศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.Abueita, S. (2013). Modifying the Attitudes Among Unmarried Employee Females According to Satir Model. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *84*, 574-578.

2.Banmen, J. (2008). *Satir Transformational Systemic Therapy.* Palo Alto: Science and Behavior Books, Inc.

3.Beck, J. S., & Beck, A. T. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond* (No. Sirsi) i9780898628470). New York: Guilford press.

4.Bentheim, S. (2013). Evolving to Become More Fully Human-Early Contributors to the Satir Model. *Satir International Journal*, *1*, 40-52.

5.https://www.bltbangkok.com/News Thai - Thai people - Suicide - Stress - Depression - World Health Organization Retrieved 24 September 2019

6.Kiatphum Wongrachit (2019) Fresh news: Worried about teen suicide Risk depression. Department of Mental Health.

7.Li, Y., & Vivian, L. (2010). Applying the Satir Model of Counseling in Mainland China: Illustrated with Case Studies. *Satir Journal*, *4*(1).

8.Morrison, M. F., Kallan, M. J., Ten Have, T., Katz, I., Tweedy, K., & Battistini, M. (2004). Lack of efficacy of estradiol for depression in postmenopausal women: a randomized, controlled trial. *Biological psychiatry*, *55*(4), 406-412.

9.Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (2016). Problem solving.

10.Oraphan Luebuntawatchai. (2015). Family therapy: the role of psychiatric nurses. FAMILY INTERVENTION: ROLES OF PSYCHIATRIC NURSES. THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH, 29 (1), 1-13.

11.Narong Sahamethaphat. (2013). Article on stress events at the International Conference on Mental Health. 6th

12.Piddocke, S. (2010). The Self: Reflections on its nature and structure according to the Satir Model. *The Satir Journal, 4*(1), 109–155.

13.Srikosai, S. (2008). Effects of Individual Psychotherapy using the Satir Model on an Alcohol-Dependent and Depressed Patient. *Satir Journal*, *2*(3).

14.Wachira Pengchan and team (2013). Epidemiology of psychiatric disorders in Thai people.Journal of Mental Health of Thailand, Year: 21 Issue: 1 Page Number: 1-14 Year:2013

ผลกระทบในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติด ภายใต้กรอบ CIPP ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

Impacts of Health Risks Management for Alcohol, Tobacco and Drugs by the Local Health Funds under CIPP Framework in Chana District, Songkhla Province

วีระศักดิ์ เดชอรัญ[1], ซอฟียะห์ นิมะ[2]

Veerasak Dech-Arun[1], Sawpheeyah Nima[2]

(Received: January 21 ,2020 ; Accepted: March 13 ,2020)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบจากการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติดตามกรอบ CIPP ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ทำงานด้านกองทุนฯ มากกว่า 1 ปี จำนวน 27 คน คือ 1) กลุ่มคณะกรรมการกองทุนฯ จำนวน 11 คน 2) กลุ่มประชาชน และ ภาคีเครือข่ายที่เคยได้รับงบพัฒนาโครงการจากกองทุน จำนวน 12 คน 3) กลุ่มผู้นำชุมชนและหัวหน้าส่วนราชการ จำนวน 4 คน โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก ระหว่างเดือนมกราคม – สิงหาคม พ.ศ. 2562 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ผลกระทบจากการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติด ทำให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงขึ้นอย่างน้อย 6 ประการคือ 1) ระบบการทำงานของกองทุนฯ ที่มีขั้นตอนชัดเจน 2) งบประมาณของกองทุนฯ ได้รับการบริหารและจัดสรรเพื่อการแก้ไขปัญหาด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น 3) สถานการณ์ปัญหาด้านปัจจัยเสี่ยงฯ ในพื้นที่ มีการป้องกัน เฝ้าระวัง และเพิ่มการควบคุม 4) ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลดลง 5) ประชาชนในพื้นที่ มีโอกาสพัฒนาโครงการและสะท้อนผลการดำเนินงาน และ 6) คณะกรรมการกองทุนฯ มีความพึงพอใจในผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะ ผลกระทบเชิงบวกจากการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติด ของกองทุนฯ ส่งผลให้เกิดการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง และเกิดผลลัพธ์ที่สามารถประเมินได้ อย่างไรก็ตาม จำเป็นต้องติดตามผลกระทบเชิงลบที่อาจเกิดขึ้นต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงให้การดำเนินงานของกองทุนฯ มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ ผลกระทบ, ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ, กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

Abstract

This research is a descriptive research that aims to study the impact from health risk management in alcohol, tobacco and drug under CIPP Framework by the Local Health Fund. The participants consisted of 11 people from the Local Health Fund, 1 2 project investigators/managers, 4 community leaders, and 4 persons from a coaching team using a questionnaire, focus group discussion and in-depth interview for the period January - June 2019. The data were finally analyzed using content analysis.

The results revealed that the impact from health risk management in alcohol, tobacco and drug control consisted of the following: 1. The local health fund is systematic and has operational procedures. 2. The budget of the fund has been allocated to be used to solve the risk factors. 3. There is prevention, surveillance and control of risk factors in the community. 4. The risk people of becoming ill with chronic communicable diseases tend to decrease. 5. People in the community have the opportunity to Project Management and reflect the outcomes of risk factors. 6. The Local Health Fund Committee is satisfied with the performance of risk factors management.

Offer suggestions and contextual analysis from the Local Health Fund to the management of Health Risk Management for Alcohol, Tobacco and drugs and Develop internal management processes for network development support, and have a tracking channel for continuous evaluation that will contribute to the operation's overall efficiency.

Keyword: health risk management, CIPP Framework, Local Health Fund

[1] นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

[2]อาจารย์ประจำสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทนำ

ข้อมูลการดื่มสุราของประชากรไทยปี 2560 พบว่า ประชากรประเทศไทยมีสถิติการดื่มเป็นอันดับ 5 ของโลก ส่งผลให้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุที่มาจากการดื่มสุราเมาแล้วขับ สูงเป็นอันดับ 1 ของประเทศไทย ด้านยาสูบ พบว่าผู้สูบบุหรี่ประเภทเป็นครั้งคราว มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากปี 2534 จำนวน 590,528 คน เพิ่มขึ้นเป็น 1,251,695 คน ในปี 2560 [1] แสดงให้เห็นว่ามีผู้ทดลองสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ตลอดมา โดยภาคใต้ยังมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงที่สุด ร้อยละ48.48 แสดงให้เห็นว่ามาตรการในการควบคุมยาสูบที่ผ่านมายังไม่ค่อยได้ผลในภาคใต้ ด้านยาเสพติด ข้อมูลสถิติการจับกุมยึดยาบ้าลักลอบลำเลียงต่อครั้งในปี 2560 มีการจับคุมมากกว่า 54 คดี สามารถยึดยาบ้าได้ 147.5 ล้านเม็ด ซึ่งมากกว่ายาบ้าที่จับยึดได้ในช่วงปี 2556-2559 รวมกัน [2]

ข้อมูลจังหวัดสงขลา พบว่า ประชากรอายุ 20 ปีขึ้นไป ดื่มสุราร้อยละ 18.6 มีลักษณะการดื่มเป็นประจำ ร้อยละ 40.8 ดื่มเป็นครั้งคราว ร้อยละ 39.9 ดื่มแล้วขับรถ ร้อยละ 38.9[3] ด้านยาสูบ พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 43.24 อันดับที่ 34 ของประเทศไทย ในปี 2560 จังหวัดสงขลามีอัตราการสูบบุหรี่เป็นอันดับ 6 ของประเทศไทย อัตราการสูบบุหรี่ 25.32 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยในระดับประเทศ (ร้อยละ 19.1) การสูบบุหรี่มีแนวโน้มการสูบบุหรี่สูงขึ้น จากร้อยละ 22.81 ปี 2554 เพิ่มเป็นร้อยละ 23.5 ในปี 2560 ส่วนด้านยาเสพติด พบว่า ยาเสพติดที่แพร่ระบาดในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างมากที่สุดได้แก่ พืชกระท่อม คิดเป็นร้อยละ 59.04 ยาบ้า คิดเป็นร้อยละ 26.92 และไอซ์คิดเป็นร้อยละ 5.43 ในอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ด้านยาสุรา พบว่ามีอัตราการดื่มร้อยละ 10.36 ด้านยาสูบ ประชากรสูบบุหรี่ร้อยละ 75 ส่วนใหญ่พบในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการบริโภคยาสูบประเภทใบจาก ยามวน และแพร่กระจายไปยังกลุ่มเด็ก เยาวชน ด้านการใช้สารเสพติด พบว่าพืชกระท่อมเป็นปัญหาหลัก รองลงมาเฮโรอีน และยาบ้า พบมากในกลุ่มวัยรุ่น [3] ที่ผ่านมาพบว่าชาวประมงมีการใช้สารเสพติดประเภทเฮโรอีน และมีการส่งยาเสพติดติดระหว่างเรือในทะเลเป็นจำนวนมาก[4] ซึ่งปัญหาดังกล่าวได้ส่งผลต่อสุขภาพ และส่งผลกระทบต่อสังคมมาอย่างต่อเนื่อง

ที่ผ่านมาทั้งหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม ร่วมกันแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงในอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ทั้งในด้านการจำกัดการเข้าถึง และการลดปริมาณผู้ใช้ปัจจัยเสี่ยง มาอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น หรือกองทุนตำบล เปิดโอกาสให้หน่วยงาน กลุ่ม ประชาชน สามารถของบพัฒนาโครงการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ทางสำนักงานลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 12 สงขลา ได้มีนโยบายในกองทุนฯ ในอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา เป็นพื้นที่นำร่องในการใช้กลไกกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแก้ปัญหาสุรา ยาสูบ ยาเสพติด ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี 2559 เป็นต้นมา ประสบผลสำเร็จที่เป็นรูปธรรมคือประชาชนสูบบุหรี่ลดลง มีนวัตกรรมด้านสุขภาพด้านบุหรี่ และประชาชนเข้าถึงกองทุนมากขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาผลกระทบจากการดำเนินการดังกล่าว โดยประยุกต์ใช้ CIPP Framework เป็นกรอบในการศึกษาในด้านบริบท (Context) เกี่ยวกับการตัดสินใจเพื่อการวางแผน ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) เกี่ยวกับการตัดสินใจเพื่อกำหนดโครงสร้าง ด้านกระบวนการ (Process) เกี่ยวกับการตัดสินใจเพื่อนำโครงการไปปฏิบัติ และด้านผลผลิต (Product) เกี่ยวกับการตัดสินใจเพื่อทบทวนโครงการ การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติดที่ดีนั้น ต้องมุ่งเน้นด้านปัจจัยนำเข้า ทรัพยากรต่างๆ กระบวนการดำเนินงาน ผลลัพธ์ หรือผลผลิต อันจะนำไปสู่การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติด ตามกกรอบ CIPP โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลกระทบในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติดตามกรอบ CIPP ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยพรรณนา ใช้วิธีเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ศึกษาในกลุ่มคณะกรรมการกองทุน

หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่เป็นพื้นที่นำร่องในการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา ในอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา จำนวน 12 กองทุน

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกโดยกำหนดคุณสมบัติ คือ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น รวม 27 คน ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มเลขานุการกองทุนฯ คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 11 คน

2) กลุ่มประชาชนภาคีเครือข่ายที่เคยได้รับงบพัฒนาโครงการจากกองทุนฯ คัดเลือกแบบเจาะจง มีประสบการณ์ทำงานด้านกองทุนมามากกว่า 1 ปี จำนวน 12 คน

3) กลุ่มผู้นำชุมชน หัวหน้าส่วนราชการ จำนวน 4 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก

การรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 ศึกษาเอกสาร โครงการของกองทุน สอบถามข้อมูลทั่วไป

ขั้นที่ 2 สนทนากลุ่ม

ขั้นที่ 3 สัมภาษณ์เชิงลึก (คืนข้อมูล)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม นำมาตรวจสอบความถูกต้อง จัดหมวดหมู่ตามประเด็น ตีความ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ EC007/62

ตัวอย่างแนวคำถามการสนทนากลุ่ม

1) สถานการณ์การดื่มสุรา สูบบุหรี่ ใช้สารเสพติดในชุมชนของท่านเป็นอย่างไร

2) ในชุมชนท่านใครหรือหน่วยงานที่ท่านประจำอยู่ มีหน้าที่อย่างไรในการแก้ปัญหาสุรา ยาสูบ ยาเสพติด

3) วิธีดำเนินงานเรื่องสุรา ยาสูบ ยาเสพติด ที่ผ่านมาดำเนินการกันอย่างไร

4) คนที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในชุมชนของท่านเป็นอย่างไร

ตัวอย่างแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก

1) ผลดังกล่าวท่านมีความคิดเห็นอย่างไร

2) ท่านมีข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการแก้ปัญหาเรื่องนี้อย่างไร

สรุปผลการวิจัย

ผลกระทบในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติดตามกรอบ CIPP Framework ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

1. ระบบงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น พบว่า หลังการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ กองทุนฯ มีการทำงานที่เป็นระบบมากขึ้นตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 วิเคราะห์บริบทตนเอง โดยผู้นำชุมชน ตัวแทนกลุ่ม ชมรมต่างๆ ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมวิเคราะห์จุดเด่น และจุดอ่อนของชุมชน รวมทั้งการหาแนวทางในการพัฒนาโดยการใช้ทุน ทรัพยากรของชุมชนเป็นฐานในการพัฒนา

ขั้นที่ 2 คืนข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงต่อชุมชนโดยการสร้างการรับรู้ให้ชุมชนด้วยการเชิญตัวแทนครัวเรือนร่วมรับรู้สภาพปัญหา และหาแนวทางในการแก้ไขร่วมกัน เลือกปัญหาที่ต้องแก้ไขโดยเร่งด่วน หรือจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

ขั้นที่ 3 ประชาคม คัดเลือกปัญหา และแนวทางการแก้ปัญหา โดยการร่วมกันวิเคราะห์ทางเลือกในการแก้ปัญหา หาผู้รับผิดชอบกิจกรรม โดยพิจารณาความเหมาะสม และศักยภาพของบุคคลหรือหน่วยงานนั้นๆ

ขั้นที่ 4 ประชาสัมพันธ์การรับข้อเสนอโครงการในลักษณะการพูดปากต่อปาก และการประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน

ขั้นที่ 5 จัดอบรมการเขียนโครงการให้แก่ผู้ที่ของบสนับสนุนจากกองทุนฯ จากการที่มีผู้ของบสนับสนุนโครงการจากกองทุนในปีที่ผ่านๆ มาน้อยเนื่องจากประชาชนไม่เข้าใจระเบียบกองทุนฯ และการเขียนโครงการให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์กองทุนฯ ทางกองทุนฯ จึงได้แก้ปัญหาโดยการจัดอบรมการเขียนโครงการให้กับกลุ่มผู้ของบสนับสนุนจากกองทุนฯ

พบว่ามีกลุ่ม ชมรม ของบพัฒนาโครงการจากกองทุน ฯ เพิ่มมากขึ้น

ขั้นที่ 6 รับข้อเสนอโครงการ มีการตั้งคณะอนุกรรมการกองทุนฯ ฝ่ายกลั่นกรองโครงการเบื้องต้น เพื่อให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ของบพัฒนาโครงการจากกองทุนฯ เน้นให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ

ขั้นที่ 7 พิจารณาโครงการ มีการพิจารณาอย่างเป็นขั้นตอนเพิ่มขึ้น โดยเริ่มจากการกลั่นกรองจากอนุกรรมการฯ แล้วจึงส่งให้คณะกรรมการกองทุนฯ ตรวจสอบ หากสอดคล้องตามระเบียบกองทุนฯ เข้าสู่การพิจารณาโครงการ โดยผู้ขอรับงบพัฒนาโครงการต้องนำเสนอโครงการต่อคณะกรรมการกองทุนฯ เพื่อตอบคำถามในประเด็นการดำเนินงานของโครงการ แล้วคณะกรรมการแจ้งผลพิจารณาโครงการภายใน 15 วัน

ขั้นที่ 8 การติดตาม และรายงานผลโครงการ โดยอนุกรรมการกองทุนฯ ฝ่ายติดตาม มีการติดตามผู้รับงบพัฒนาโครงการจากกองทุนฯ เน้นให้ดำเนินการตามแผนที่ตั้งไว้ ส่งผลให้โครงการด้านปัจจัยเสี่ยงมีการดำเนินกิจกรรมโครงการครบทุกกิจกรรม ลดอัตราการคืนงบประมาณกลับกองทุนฯ ที่มีสาเหตุมาจากการดำเนินโครงการไม่เสร็จตามปีงบประมาณได้

2. การใช้งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น มีแนวโน้มสูงขึ้น มีการใช้งบประมาณในด้านการป้องกันกลุ่มเสี่ยงรายใหม่ ระบบช่วยเลิกรายเก่า ดังตารางที่ 1 และอัตราเงินสะสมหรือเงินค้างจ่ายรายปีของกองทุนฯ มีแนวโน้มลดลง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การใช้งบประมาณในการดำเนินการจัดการปัจจัยเสี่ยง

กิจกรรม/ร้อยละ	ร้อยละ
การป้องกันรายใหม่	23.4
ช่วยเลิกรายเก่า	14.7
จัดการสิ่งแวดล้อม	11.8
การรณรงค์	8.9
ประชาสัมพันธ์	7.4
การสร้างเครือข่าย	6
รวม	100

ที่มา: กองทุนตำบลภาคใต้

จากตาราง พบว่าส่วนใหญ่กองทุนฯ จัดกิจกรรมด้านการแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงในลักษณะการป้องกันรายใหม่ ร้อยละ 23.4 ช่วยเลิกรายเก่าที่มีการใช้ปัจจัยเสี่ยง ร้อยละ 14.7 รวมถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยง เช่น การเพิ่มพื้นที่สาธารณะปลอดบุหรี่ทั้งในสถานที่ราชการ และพื้นที่สาธารณะในชุมชน

ตารางที่ 2 แสดงงบประมาณก่อนและหลังที่มีการดำเนินการปัจจัยเสี่ยงของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

กองทุนฯ	งบประมาณคงเหลือก่อนดำเนินการปัจจัยเสี่ยง (ก่อนปี 2559)	งบประมาณคงเหลือหลังดำเนินการ (2561)	งบประมาณคงเหลือหลังดำเนินการ (2562)	ร้อยละงบประมาณค้างจ่ายรายปีที่ลดลง (2562)
กองทุนฯ ตำบลนาหว้า	526,462.43	902,578.00	116,304.89	22.09
กองทุนฯ ทต.บ้านนา	2,264,294.15	1,087,931.68	2,304,510.65	+101.78
กองทุนฯ ทต.จะนะ	1,091,247.47	726,659.69	820,315.91	75.17
กองทุนฯ ตำบลสะกอม	621,198.01	1,022,493.77	103,481.70	16.66
กองทุนฯ ตำบลป่าชิง	863,852.56	829,828.52	1,013,982.40	+17.38
กองทุนฯ ต.สะพานไม้แก่น	307,836.83	27,636.69	562,946.59	+82.87
กองทุนฯ ตำบลคู	1,167,005.10	1,209,823.16	803,157.68	68.82
กองทุนฯ ตำบลตลิ่งชัน	540,643.70	751,840.92	946,485.27	+75.07
กองทุนฯ ตำบลจะโหนง	587,626.49	1,029,850.55	-169,765.87	-28.89
กองทุนฯ ตำบลขุนตัดหวาย	64,447.21	54,989.27	116,304.89	+80.47
กองทุนฯ ตำบลแค	237,556.51	356,018.35	276,415.23	+16.36
กองทุนฯ ตำบลท่าหมอไทร	66,712.71	464,652.81	-348,767.79	-522.79
รวม	8,338,883.17	8,464,303.41	6,545,371.55	78.49

จากตาราง พบว่างบประมาณค้างจ่ายรายปีของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ก่อนที่มีการดำเนินงานปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติดมีงบประมาณคงเหลือ 8,338,883.17 บาท ในปี พ.ศ.2561 เงินค้างจ่ายรายปียังคงเหลือ 8,464,303.41 บาท และทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา และภาคีเครือข่ายได้สนับสนุนให้กองทุนฯ ดำเนินการโครงการด้านปัจจัยเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น พบว่า ในปี พ.ศ.2562 กองทุนฯ มีการใช้เงินเพิ่มขึ้น ทำให้เงินค้างจ่ายรายปีของกองทุนลดลง ร้อยละ 78.49 แต่ยังมีกองทุนฯ ที่มีงบประมาณสะสมค้างจ่ายรายปีเพิ่มขึ้น จำนวน 6 กองทุนคิดเป็นร้อยละ 50 ของกองทุนทั้งหมด

การสมทบงบประมาณสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนใหญ่สมทบตามเกณฑ์ร้อยละ 40 (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีรายได้มากกว่า 6 ล้านบาทแต่ไม่เกิน 20 ล้านบาท) มีการสมทบงบประมาณมากกว่าเกณฑ์ที่ระเบียบกองทุนฯ กำหนด ร้อยละ 8.33 และกองทุนฯ มีรายได้อื่น จำนวน 6 กองทุน คิดเป็นร้อยละ 41.66 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงขนาด ร้อยละการสมทบงบประมาณ และรายงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ปี พ.ศ.2560 – 2562

กองทุนฯ	ขนาดกองทุนฯ	ร้อยละการสมทบงบประมาณจากอปท.			รายได้อื่น (บาท)
		2560	2561	2562	
กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลนาหว้า	กลาง	41	40	-	
กองทุนหลักประกันสุขภาพ ทต.บ้านนา	เทศบาลตำบล	50	50	50	1,457
กองทุนหลักประกันสุขภาพ ทต.จะนะ	เทศบาลตำบล	48	50	50	200
กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลสะกอม	กลาง	40	40	-	236
กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลป่าชิง	กลาง	51	40	40	
กองทุนฯ ตำบลสะพานไม้แก่น	กลาง	38	40	40	
กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลคู	กลาง	40	40	-	
กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลตลิ่งชัน	กลาง	25	42	63	
กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลจะโหนง	กลาง	38	40	-	
กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลขุนตัดหวาย	กลาง	40	40	40	
กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลแค	กลาง	40	40	40	1,020
กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลท่าหมอไทร	กลาง	38	40	-	128,027

ที่มา : กองทุนสุขภาพตำบลภาคใต้

3. สถานการณ์การใช้ปัจจัยเสี่ยงฯ หลังจากมีการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงมาตั้งแต่ปี 2559 พบว่า อัตราการดื่มสุราของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ลดลง เข้าสู่ระบบลด ละเลิกเพิ่มขึ้น ด้านยาสูบมีแนวโน้มการสูบบุหรี่เพิ่มเพิ่ม และด้านยาเสพติด พบว่า มีการบำบัดตาม พรบ.เพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงเปรียบเทียบการใช้ปัจจัยเสี่ยง ปี พ.ศ.2560 กับ ปี พ.ศ.2562

ปัจจัยเสี่ยง	ปี 2560			ปี 2562		
	ร้อยละ	เลิกได้	บำบัด	ร้อยละ	เลิกได้	บำบัด
การดื่มสุราในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป	17.76	27.44		3.76	34.19	
การสูบบุหรี่ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป	15.71	0.1	59.77	19.57	7.44	87.94
การใช้สารเสพติด	ตาม พรบ.6 คน สมัครใจ 35 คน			ตาม พรบ.12 คน สมัครใจ 28 คน		

ที่มา : Health data center, โรงพยาบาลธัญญารักษ์ สงขลา

4. สถานการณ์โรคติดต่อไม่เรื้อรัง ส่วนหนึ่งที่มีสาเหตุมาจากการใช้ปัจจัยเสี่ยง พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มสูงขึ้น กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ มีแนวโน้มลดลง และ CVD Risk $\geq$ 20% หลังได้รับการปรับเปลี่ยนความเสี่ยงแล้วมี CVD Risk ลดลงเช่นกัน

5. การสะท้อนกลับของผู้ทำโครงการ โดยกลุ่มพี่เลี้ยงกองทุนฯ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับกลุ่มผู้รับงบพัฒนาโครงการด้านปัจจัยเสี่ยงฯ แลกเปลี่ยนประสบการณ์

ในประเด็นการจัดกิจกรรม การมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ผลจากการทำโครงการ เป็นต้น รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของโครงการที่จัดทำในแต่ละปี เพื่อวางแผนในการแก้ปัญหาในปีถัดไป

6. ความพึงพอใจของคณะกรรมการกองทุนฯ ต่อการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยง โดยผู้วิจัยได้ทำการสอบถามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในประเด็นความพึงพอใจของการดำเนินงาน พบว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลพึงพอใจในการสนับสนุนของภาคีเครือข่ายมากที่สุด และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลพึงพอใจในระบบรายงานผลกิจกรรม โครงการน้อยที่สุด

ตารางที่ 5 แสดงผลกระทบจากการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติดของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

ผลกระทบด้านบวก	ผลกระทบด้านลบ
1) มีพื้นที่สาธารณะปลอดบุหรี่เพิ่มขึ้น *"ที่เห็นชัดๆ ก็คนคนสูบบุหรี่ในที่สาธารณะน้อยลงนะ" จนท.กองทุน09*	1) การบันทึกโครงการมีหลายขั้นตอน ยุ่งยาก
2) มีประชาชน กลุ่ม ของบพัฒนาโครงการจากกองทุนเพิ่มขึ้น	2) ผู้ของบสนับสนุนโครงการจากกองทุนฯ บันทึกรายละเอียดในเว็บไซต์กองทุนฯ ไม่ถูก *"เจ้าหน้าที่โครงการนั้นแหละคีย์ให้หรือถ้าคีย์เองก็ไม่ใส่รายละเอียดอะไรเลย มันเป็นความยุ่งยากทำไม่ถูก" จนท.กองทุน11*
3) โรงเรียนภาครัฐ เอกชน มีนโยบายปลอดบุหรี่ สารเสพติด	
4) มีบุคคลต้นแบบเลิกสุรา ยาสูบ	

อภิปรายผลวิจัย

งานวิจัยเรื่อง ผลกระทบในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และยาเสพติดตามกรอบ CIPP Model ของกองทุนฯ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาตามประเด็นการค้นพบ ดังนี้

1. ระบบงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น มีการดำเนินงานอย่างเป็นขั้นตอน อาจเป็นเพราะกองทุนฯ มีการพัฒนาการดำเนินงาน ก่อนปี 2559 กองทุนฯ มีงบประมาณค้างจ่ายรายปีจำนวนมาก ทำให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ไม่สนับสนุนประมาณเหมาจ่ายต่อประชากร เนื่องจากระเบียบกองทุนฯ กำหนดหลักเกณฑ์ในการรับงบสนับสนุนเหมาจ่ายต่อประชากรไว้ จึงทำให้กองทุนฯ พัฒนาแนวทางในการดำเนินงาน ประชาสัมพันธ์ให้ทุกภาคส่วนรับงบสนับสนุนจากกองทุนฯ รวมทั้งการอบรมการเขียนโครงการให้กับผู้ของบพัฒนาโครงการจากกองทุนฯ ด้วย

2. การใช้งบประมาณกองทุนฯ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อาจเป็นเพราะมีการพัฒนาศักยภาพให้กับผู้รับงบจากกองทุนฯ และทีมพี่เลี้ยงดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้มีกลุ่ม ภาคีเครือข่ายขอรับงบจากกองทุนฯ ที่หลากหลายขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ในการดำเนินงานด้านการป้องกันรายใหม่ เพราะชุมชนตระหนักว่าเด็ก เยาวชน ควรได้รับการป้องกัน การมีภูมิคุ้มกันที่ดีตั้งแต่วัยเด็ก ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคตได้

3. สถานการณ์ด้านปัจจัยเสี่ยง พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ในกลุ่มที่เพิ่มส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเด็ก เยาวชน ที่มีการใช้ปัจจัยเสี่ยงรายใหม่ อาจเกิดจากการลอกเลียนแบบผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการสูบใบจาก ยามวน มาตั้งแต่สมัยก่อน ในขณะเดียวกันก็มีระบบบำบัดหรือระบบช่วยเลิกรายเก่าควบคู่ขนานไป จึงทำให้แนวโน้มการใช้ปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นไม่มาก ประกอบกับการคืนข้อมูลกลับให้ชุมชนรับรู้สภาพปัญหาของตนเอง สร้างความตระหนักให้ทุกภาคส่วนดำเนินการร่วมกัน

4. สถานการณ์ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า กลุ่มที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีแนวโน้มลดลง อาจเป็นเพราะการสร้างการรับรู้ให้กับกลุ่มผู้ป่วย และการมีระบบบำบัดของภาครัฐ นวัตกรรมช่วยเลกปัจจัยเสี่ยง เช่น ชาชง ยาอม เป็นต้น จึงทำให้การใช้ปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังลดลง

5. การสะท้อนกลับของผู้ทำโครงการ พบว่า มีการดำเนินการโดยกลุ่มพี่เลี้ยงกองทุนฯ เพื่อทบทวนการดำเนินงาน และให้กองทุนฯ ได้มีการแลกเปลี่ยนแนวคิดการดำเนินงานซึ่งกันและกัน อาจเป็นเพราะกลุ่มพี่เลี้ยงกองทุนฯ ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 ให้ติดตามการดำเนินงานด้านปัจจัยเสี่ยงของผู้รับงบพัฒนาโครงการจากกองทุนฯ แต่ไม่มีการสะท้อนกลับของผู้ที่ขอรับงบโครงการไม่ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุนฯ

6. ความพึงพอใจของคณะกรรมการกองทุนฯ พบว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลพึงพอใจในการสนับสนุนของภาคีเครือข่ายมากที่สุด อาจเป็นเพราะการดูแลอย่างใกล้ชิด และการให้ความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ช่วยให้มีการปรึกษาระหว่างกัน และดำเนินงานร่วมกัน เกิดความผูกพัน จึงทำให้มีความพึงพอใจในด้านดังกล่าว ส่วนด้านที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลพึงพอใจในระบบรายงานผลกิจกรรม โครงการน้อยที่สุด อาจเป็นเพราะการรายงานผ่านระบบคอมพิวเตอร์หรืออินเตอร์เน็ต ที่มีความยุ่งยาก ผู้รับงบพัฒนาโครงการขาดประสบการณ์การใช้เทคโนโลยี ทำให้การรายงานผลโครงการผ่านเว็บไซด์บางแห่ง เป็นหน้าที่ของผู้รับผิดชอบกองทุนฯ ในแต่ละพื้นที่ จึงทำให้เกิดความพึงพอใจน้อยที่สุด

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ควรมีการสะท้อนกลับของผู้รับงบพัฒนาโครงการด้านปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินโครงการ และกลุ่มผู้ไม่ได้รับงบพัฒนาโครงการจากกองทุนฯ

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรนำรูปแบบดังกล่าวประยุกต์ใช้กับกองทุนฯ ที่มีบริบทใกล้เคียงกับอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์โครงการด้านปัจจัยเสี่ยงให้มากกว่าเดิม และ ควรมีระบบดูแลพี่เลี้ยงกองทุนฯ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านการบริหาร จัดการกองทุนฯและปัจจัยเสี่ยง

4. สถาบันการศึกษา ควรมีการสนับสนุนหลักสูตรเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากร ทุนชุมชนมาใช้ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยชิ้นนี้ ได้รับทุนสนับสนุนในการศึกษาจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และสถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.)

เอกสารอ้างอิง

1. ปวีณา ปิ้นกระจ่าง และสิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์. **รายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย**. ศูนย์วิจัยเพื่อการจัดการความรู้เพื่อควบคุมยาสูบ. กรุงเทพมหานคร. 2561.

2. สำนักงาน ป.ป.ส. ประทรวงยุติธรรม. **สถานการณ์ปัญหายาเสพติดพื้นที่7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง.** https://www.oncb.go.th สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2561.

3. มณฑา เก่งการพาณิช และคณะ. **องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการควบคุมยาสูบ.** ศูนย์วิจัยเพื่อการจัดการความรู้เพื่อควบคุมยาสูบ. กรุงเทพมหานคร. 2550.

4. วิภา ด่านธำรงกุลและคณะ. “การศึกษาอุปสงค์ อุปทานสารเสพติดในกลุ่มประชากรอาชีพประมง กรณีศึกษาจังหวัดสงขลา”. **วารสารวิจัยสังคม.** 2561 (ปีที่ 23 ฉบับที่1) : 1-24. 2561.

5. กนกวรา พวงพยงค์และ สานิตย์ หนูนิล. “สังคมสมัยใหม่กับปัจจัยกำหนดวิถีการดำเนินชีวิต”. **วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์**. 2561 (ปีที่ 44 ฉบับที่2) : 34-64. 2561.

6. พงค์เทพ สุธีรวุฒิและคณะ. การติดตาม สนับสนุนและประเมินผลโครงการ. โฟ-บาร์ดสงขลา 2559.

7.กิตติ เมอะประโคน และคณะ. "การพัฒนารูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลลำนางรองอำเภอโนนดินแดงจังหวัดบุรีรัมย์". **วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์.** 2558 (ฉบับที่1) **:** 177-190. 2558.

8. จารุวรรณ ชีโพธิ์ และคณะ. "การพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลโนนแดง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา". **วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา.** 2560 (ฉบับที่1 มกราคม-เมษายน) : 29-36. 2560.

9. นงลักษณ์ พวงมาลัย และคณะ. "การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น". **วารสารวิจัยและพัฒนาวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์**. 2558 (ฉบับที่1) : 349-361. 2558.

10. นวลตา อาภาคัพภะกุล. **รายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย**. ครั้งที่ 1. ศูนย์วิจัยและการจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. กรุงเทพมหานคร. 2560.

11. นิพนธ์ ชินานนเวช. **บทบาทภาครัฐในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮ์**. งานประชุมวิชาการสุราระดับชาติ ครั้งที่ 10.ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. กรุงเทพมหานคร. . 2561.

12. พีระพล รัตนะ และฉิชนันท์ งามน้อย. "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดนนทบุรี". **วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. 2559. (ฉบับที่ 2) : 96-105. 2559.

13. รุ่งเรือง แสนโกษา และคณะ. "รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์". **วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์**. 2557. (ฉบับที่ 1) : 200-216. 2557.

14. สำนักงานสถิติจังหวัดสงขลา. **การสำรวจความความพึงพอใจของประชาชนต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดสงขลา**. http://songkhla.nso.go.th สืบค้นเมื่อ 28 ตุลาคม 2561.

15. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา และสถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. **กองทุนสุขภาพตำบลภาคใต้**. https://localfund.happynetwork.org สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2561.

แนวทางการพัฒนาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนของจังหวัดสระบุรี

Guidelines for the development of health rehabilitation management systems for intermediate care in the community of Saraburi Province

ปรีชา พึ่งเจริญ[1], อุไรวรรณ โชคปัญญาพงษ์[1]

Preecha Puengcharoen[1], Uriwan Choakpanyapong[1]

(Received: January 14 ,2020 ; Accepted: February 21 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพ พัฒนาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพ และประเมินผลระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนของจังหวัดสระบุรี ขั้นตอนการวิจัยคือ ระยะที่ 1 การศึกษาระบบการบริหารจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการบริหารจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง และระยะที่ 3 การขยายผลและการประเมินระบบการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามทัศนคติ และการสังเกต กลุ่มผู้ให้ข้อมูล 152 คน ประกอบด้วย กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก 117 คน และกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 35 คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบ ค่า t – test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า: ผลการพัฒนาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนของจังหวัดสระบุรี ทำให้เกิดระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง เรียกว่า โมเดล 2ส 3พ ประกอบด้วย ส1 คือเสริมพลังการถ่ายทอดความรู้ตามความชอบหรือความถนัด ส2 คือเสริมพลังคนทำงานด้วยพลังความดี พ1 คือพลังการสื่อสารอย่างตั้งใจ และเข้าใจด้วยความเรียบง่ายจากวิชาชีพสู่สามัญชนและประชาสัมพันธ์ตามวิถีชุมชน พ2 คือพลังการติดตามอย่างต่อเนื่องครบวงจรทุกมิติ และ พ3 คือพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและความเชื่อมโยงของข้อมูลในชุมชน ซึ่งมีปัจจัยความสำเร็จคือการผสานความร่วมมือและการเชื่อมโยงอย่างกัลยามิตรระหว่างทีม โดยความรู้ก่อนการพัฒนามีค่าเฉลี่ย 17.16 ความรู้หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ย 21.80 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value <.05) ส่วนทัศนคติต่อระบบการจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางก่อนการพัฒนามีค่าเฉลี่ย 3.62 และหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ย 4.11 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติก่อน และหลังการพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value <.05) ผลการประเมินระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน พบว่าชุมชนสามารถจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางได้ครอบคลุมมากขึ้น และมีความพึงพอใจต่อระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.36

คำสำคัญ : การพัฒนา การจัดการ ฟื้นฟูสุขภาพ ผู้ป่วยระยะกลาง

Abstract

This research and development aims to study the health rehabilitation management system. developing a health rehabilitation management system and evaluating the intermediate care patient rehabilitation management system in communities in Saraburi province. There is a research process as, Phase 1: study of the health rehabilitation management system for intermediate care patients, Phase 2 the development of a system for managing rehabilitation of intermediate care patients and, Phase 3 proceed and assessment of rehabilitation systems for intermediate care patients in the community. Data were collected by group discussion. Knowledge questionnaire Attitude and observation questionnaire. The 152 respondents consisted of 117 key informants and 35 stakeholders. Quantitative data was analyzed using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation, and t - test and analyzing the qualitative data by content analysis.

The results of the research showed that: The results of the development of an intermediate care patient rehabilitation management system resulting in a health management system for intermediate care patients. There called the Model as 2 Sor 3 Por consisting of Sor 1 that is empowering to transfer knowledge according to preference or aptitude, S 2 is to empower workers with the power of goodness, Por1 is the power to communicate intentionally and understandably with simplicity from professions to ordinary people and public relations according to community ways, Por 2 is continuous tracking power in

[1] นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

every dimension, and Por 3 is the development of information systems and the connection of information in the community. Which has success factors is the integration of cooperation and friendly links between the team by the knowledge before development has an average value of 17.16. and knowledge after development has an average of 21.80. When comparing the mean knowledge before and after development, there was a significant difference at .05 level (p-value <.05). Regarding the attitude towards rehabilitation management system for medium-term patients before development, they had an average of 3.62 and after development had an average of 4.11. When comparing the mean attitudes before and after development, there were significant differences at the .05 level (p-value <.05). Assessment results of the medium-term patient rehabilitation management system found that the community can manage the health rehabilitation of patients in the medium term more comprehensive and satisfied with the rehabilitation system for medium-term patients in the community as a whole, in the high level, with an average of 4.36.

Keywords: Development, Management, Health rehabilitation, Intermediate care

บทนำ

สภาวะสุขภาพของประชาชนคนไทยเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อุบัติเหตุจากการจราจรเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อ ได้คร่าชีวิตประชากรไทยถึงร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือราว 320,000 คนต่อปี ในจำนวนนี้พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งหรือราวร้อยละ 55 เสียชีวิตที่ต่ำกว่าอายุ 70 ปี ซึ่งองค์การอนามัยโลกจัดว่าเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และจากข้อมูลทะเบียนการเสียชีวิตของสำนักบริหารทะเบียนกระทรวงมหาดไทยที่ได้รับงาน สาเหตุการเสียชีวิตตามมาตรฐานการแพทย์พบว่า อัตราตายในช่วง อายุ 30-69 ปี โดยโรคที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้มากที่สุด คือโรคหลอดเลือดสมอง จากสถิติ 33.40 ต่อแสนประชากร เพิ่มเป็น 40.90 ต่อแสนประชากร และพบการเกิดความซุกของโรค ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องทางกายและความเคลื่อนไหว มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้เกิดความต้องการการดูแลในสถานบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น และเกิดความแออัดผู้ป่วยต้องรอคิวนานเพื่อรอรับการรักษา ผู้ป่วยที่ส่งต่อกลับไปรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้านแม้จะมีจำนวนไม่มาก และมีความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ [9]

กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง โดยกำหนดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ขึ้นเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมระบบส่งต่อเพื่อลดความแออัดและจัดสรรทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม โดยมีกรอบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในรูปแบบเครือข่ายบริการภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ที่เชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงเข้าด้วยกัน พัฒนาศักยภาพของสถานบริการในแต่ละระดับให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่กำหนด เน้นการเพิ่มประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการ วิชาการ และระบบบริการที่ตอบสนองปัญหาสุขภาพสำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุ รวมทั้งโรคติดเชื้อแบบเรื้อรัง และมะเร็ง[1]

เมื่อเป็นเช่นนี้จึงทำให้ระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องเชื่อมต่อเข้ากับภาคสังคม ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดบริการสุขภาพในลักษณะเรียกว่า “กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ” ทั้งนี้กระบวนการบริการดังกล่าว ควรเริ่มตั้งแต่ตอนท้ายๆ ของการดูแลในระยะรักษาภาวะเฉียบพลันการแพทย์ (Acute medical care) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือความพิการซ้ำซ้อน และค่อยๆเพิ่มความเข้มข้นขึ้นเมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตแล้ว โดยมีการกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูความสามารถที่ชัดเจน ภายใต้กรอบเวลาที่เหมาะสม (Intermediate rehabilitation care) และเมื่อถึงเป้าหมายสูงสุดที่เป็นไปได้แล้ว ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งอาจยังจำเป็นต้องมีการดูแลต่อเนื่องระยะยาว (Long term rehabilitation care) เพื่อรักษาระดับความสามารถ และให้การดูแล เฝ้าระวัง/ป้องกันโรคร่วม (Co-morbid condition) ภาวะที่เกิดขึ้นพร้อมกับหรือสืบเนื่องมาจากการมีความพิการ (Associated or Secondary conditions)

การดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ ซึ่งต้องเป็นการฟื้นฟูในชุมชน และต้องเป็นการร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ร่วมกับสหวิชาชีพที่ประสานการทำงานร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม[3]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ได้ตั้งองค์กรในชุมชนเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตในตำบลภายใต้ชื่อ “ศูนย์ร่วมสุข” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลฟื้นฟู ช่วยเหลือ และพัฒนาคุณภาพชีวิต ของคนในชุมชน เป็นศูนย์กลางของภาคีเครือข่ายในการช่วยเหลือดังกล่าว ภายใต้คณะกรรมการที่แต่งตั้งขึ้น ด้วยการประสานงานระหว่าง พชต. ที่จะตั้งขึ้นในอนาคต เพื่อให้การดำเนินงานการฟื้นฟูช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงผู้ป่วยระยะกลางดังกล่าว เกิดประสิทธิภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) ในชุมชน จังหวัดสระบุรีขึ้น เพื่อเป็นการพัฒนาระบบ และรูปแบบการให้บริการฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน ลดความพิการและลดภาวะพึ่งพิงของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อไม่ให้เป็นภาระของครอบครัว,ชุมชน และภาครัฐต่อไป โดยจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพสำหรับผู้ป่วยระยะกลางหรือศูนย์ร่วมสุขในระดับตำบล รวมทั้งหมด 72 แห่ง สำหรับให้บริการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่,ผู้ป่วย IMC, ผู้สูงอายุ/คนพิการที่มีภาวะพึ่งพิงที่ถูกส่งตัวกลับมารับบริการฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน เพื่อให้ได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข[8]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงแนวทางการพัฒนาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน เพื่อพัฒนาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางของศูนย์ร่วมสุขในจังหวัดสระบุรี และสร้างต้นแบบศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางของจังหวัดสระบุรี ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะนำไปสู่การขยายผลของรูปแบบการพัฒนาระบบการบริหารจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลในการดำเนินงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะกลางสามารถดำเนินชีวิตในครอบครัว ชุมชน และสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนของจังหวัดสระบุรี

2. เพื่อพัฒนาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนของจังหวัดสระบุรี

3 เพื่อประเมินผลระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนของจังหวัดสระบุรี

วิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่องแนวทางการพัฒนาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนของจังหวัดสระบุรี เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีรายละเอียดขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางของจังหวัดสระบุรี

โดยการสำรวจสภาพปัจจุบัน และปัญหาระบบการบริหารจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางของจังหวัดสระบุรี แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1 การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐาน แนวคิดและทฤษฎีสำหรับนำมาพัฒนาสร้างเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยเบื้องต้น 2 การศึกษาสภาพการจัดการระบบการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางของชุมชน โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการศึกษาบริบททั่วไป การจัดการระบบการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง สภาพปัญหาอุปสรรคของระบบการจัดการ การฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางของชุมชนในจังหวัดสระบุรี ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการ สนทนากลุ่ม และการสังเกต เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการดำเนินงานและปัญหาการจัดการระบบการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง โดยใช้แบบแผนการวิจัย : การศึกษาพหุกรณี (Multi – Case Studies) ศูนย์ร่วมสุขที่มีผลการดำเนินงานด้านการจัดการอยู่ในระดับที่มีศักยภาพสูงของจังหวัดสระบุรี จำนวน 5 แห่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย ครบถ้วนและลุ่มลึกถึงสิ่งที่ต้องการศึกษา[6]

การเลือกพื้นที่วิจัย เลือกพื้นที่วิจัยที่ครอบคลุมความหลากหลายของศูนย์ร่วมสุขจากศูนย์ร่วมสุขของจังหวัดสระบุรีจำนวนทั้งหมด 72 แห่ง เลือกเป็นพื้นที่ศึกษา 5 แห่ง โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

1. เป็นศูนย์ร่วมสุขที่ได้ดำเนินการจัดตั้งและดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงปี 2562

2. เป็นศูนย์ร่วมสุขที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณตั้งแต่เริ่มต้นจัดตั้งศูนย์

3. มีการบริหารจัดการศูนย์ในรูปของคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ โดยจัดมีการอบรมให้ความรู้ให้คณะกรรมการศูนย์

4. มีการดำเนินกิจกรรมของศูนย์ตามเกณฑ์

5. สมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยและสามารถร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการ

ผลการคัดเลือกศูนย์ร่วมสุขตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดได้พื้นที่ในการศึกษา 5 แห่ง ได้แก่ ศูนย์ร่วมสุขตำบลหัวปลวก ศูนย์ร่วมสุขตำบลหนองหัวโพ ศูนย์ร่วมสุขตำบลแสลงพัน ศูนย์ร่วมสุขตำบลพุกร่าง และศูนย์ร่วมสุขตำบลไผ่ขวาง จังหวัดสระบุรี

การกำหนดผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดคุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูล รวมจำนวน 72 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ นักกายภาพ บุคลากรสาธารณสุข คณะกรรมการศูนย์นฯ ผู้แทนของอาสาสมัครสาธารณสุข และ ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชน โดยเลือกแบบเจาะจงจากผู้แทนที่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างครอบคลุมครบถ้วน และสมบูรณ์ จำนวน 7 คนต่อ 1 ศูนย์ รวมทั้งหมด 42 คน

2. กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน หรือ คณะกรรมการหมู่บ้าน ผู้นำกลุ่ม องค์กรเครือข่ายต่างๆ ในชุมชน สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สมาชิกสภาเทศบาลที่ไม่ได้เป็นคณะกรรมการ และ ผู้แทนจากกลุ่มประชาชนผู้รับสิทธิประโยชน์จากระบบบริการของศูนย์ร่วมสุข จำนวน 5 คน รวมทั้งหมด 30 คน

เครื่องมือและการสร้างเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม และแบบสังเกต โดยมีประเด็นคำถามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในแต่ละกลุ่มเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง โดยมีเนื้อหาในการสนทนากลุ่มดังนี้

1. กระบวนการจัดตั้งศูนย์ร่วมสุขเพื่อฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางมีขั้นตอนการดำเนินงานอะไรบ้าง

2. กิจกรรมการดำเนินงานของศูนย์ร่วมสุขที่ทำให้ภาคภูมิใจหรือรู้สึกสุขใจในการทำงานมีอะไรบ้าง

3. กิจกรรมของศูนย์ร่วมสุขที่ทำแล้วประสบความสำเร็จมีกิจกรรมอะไรบ้าง และปัจจัยที่ทำให้กิจกรรมนั้นประสบความสำเร็จคืออะไรบ้าง

4. กิจกรรมของศูนย์ร่วมสุขที่อยากทำแต่ยังไม่ได้ทำมีอะไรบ้าง

5. ความต้องการสิ่งสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์ร่วมสุขมีอะไรบ้าง

6. ปัญหาอุปสรรคในการทำงานของศูนย์ร่วมสุขมีอะไรบ้าง และปัญหาเหล่านั้นแก้ไขอย่างไร

7. ถ้าชุมชนอื่นๆ จะดำเนินการจัดตั้งศูนย์ร่วมสุข จะมีข้อแนะนำอย่างไรบ้าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เทคนิคอยู่หลายวิธีเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูล และคำตอบที่เป็นความจริงมากที่สุด โดยมีเครื่องมืออำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น กล้องถ่ายรูป เครื่องบันทึกเสียงขนาดเล็ก เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การสนทนากลุ่ม (Focus Group) การสังเกต และการบันทึกเสียงการสนทนากลุ่ม

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) จากการนำเอาข้อมูลหลายๆ ฝ่าย หรือหลายๆ วิธีที่เกี่ยวกับเรื่องเดียวกัน โดยการสังเกตพฤติกรรมและการสนทนากลุ่มในเวลาที่ต่างกัน สถานที่ต่างกัน และบุคคลอื่นๆ ผู้วิจัยใช้เทคนิคการวิเคราะห์แบบสรุปอุปนัย (Analytic Induction) แล้วนำผลไปให้ผู้เกี่ยวข้องผู้ตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมของข้อมูลก่อนที่จะนำผลงานวิจัยไปเผยแพร่

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดหมวดหมู่ของเนื้อหา (Category) แล้วนำมาสังเคราะห์เป็นประเด็นร่วม หรือประเด็นหลัก (Theme) แล้ว

อธิบายเนื้อหา (Text) จากนั้นจึงนำผลจากกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลมาสรุปผลการวิจัย

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนของจังหวัดสระบุรี

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยนำผลการวิจัยที่ได้จากระยะที่ 1 มาใช้ในการพัฒนาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนของจังหวัดสระบุรี ในพื้นที่ตำบลตลาดน้อย อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี โดยดำเนินการดังนี้

จัดอบรมเชิงปฏิบัติการผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ทดลอง เพื่อพัฒนาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะยกลางในชุมชน โดยดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดน้อย ตำบลตลาดน้อย อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี จำนวน 2 วัน มีผู้เข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการจำนวน 25 คน ประกอบด้วย นักบริบาลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ตัวแทนสมาชิกชุมชน ตัวแทนสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้วิจัยร่วมกับวิทยากรได้ดำเนินการโดย 1) นำเสนอผลการศึกษาสภาพการจัดการระบบการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางของชุมชน ที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการอบรมได้รับทราบ 2) ผู้เข้าร่วมประชุมร่วมกันระดมสมองเพื่อพัฒนาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง 3) ประเมินผลผู้เข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยการประเมินผลความรู้ และทัศนคติของผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ และ 4) สรุปผลการพัฒนาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางของชุมชนในจังหวัดสระบุรี โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ

เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางของชุมชนในจังหวัดสระบุรี ประกอบด้วย

1. หลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางของชุมชนในจังหวัดสระบุรี โดยผู้วิจัยจัดทำเป็นตารางการประชุมเชิงปฏิบัติการจำนวน 2 วัน

2. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาในหลักสูตรที่จัดอบรมพัฒนาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางของชุมชนในจังหวัดสระบุรี มีลักษณะเป็นข้อคำถามแล้วมีคำตอบให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก โดยกำหนดค่าให้คะแนนคือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน มีจำนวนทั้งหมด 25 ข้อ การกำหนดระดับความรู้ ผู้วิจัยแบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ต่ำ ความรู้ปานกลาง และความรู้สูง ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.92

3. แบบประเมินทัศนคติต่อรูปแบบการพัฒนาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางชุมชนที่เข้าร่วมการอบรมฯ เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 20 ข้อ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลความรู้และทัศนคติก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง และเก็บข้อมูลความรู้และทัศนคติหลังการเสร็จสิ้นการอบรมเชิงปฏิบัติการ

การวิเคราะห์ข้อมูล คือ ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้วิธีการทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอ้างอิงในการทดสอบค่าเฉลี่ยความรู้และทัศนคติต่อการพัฒนาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ ด้วยการทดสอบ t-test โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญไว้ที่ระดับ 0.05

ระยะที่ 3 การขยายผลและการประเมินระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางของชุมชนในจังหวัดสระบุรี

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในพื้นที่ตำบลตลาดน้อย อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี แล้วทำการประเมินผลรูปแบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง โดยการประเมินผลทั้งในเชิงปริมาณ และการประเมินผลในเชิงคุณภาพ จากผู้เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการประเมิน เพื่อทราบถึงประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ประกอบด้วย

1. แบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยเนื้อหาคือ ด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านการยอมรับร่วมกัน ด้านความถูกต้องครอบคลุม และด้านการตรวจสอบได้ มีลักษณะเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 ซึ่งการแปลผลระดับความพึงพอใจโดยกำหนดช่วงคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ[11] สำหรับเกณฑ์เป้าหมายพึงพอใจของผู้ตอบแบบประเมินต้องมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.41 ขึ้นไป

2. แนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มในเวทีการประชุมกลุ่ม เพื่อสรุปผลการประเมินระบบการบริหารจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในตำบลตลาดน้อย อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี เป็นแบบข้อคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ร่วมการสนทนากลุ่มได้แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น นักบริบาล และตัวแทนประชาชนในชุมชน จำนวน 40 คน

ข้อมูลการสนทนากลุ่ม เก็บข้อมูลจากการจัดเวทีการประชุมกลุ่ม จากผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักบริบาล ญาติผู้ป่วย และตัวแทนผู้ป่วย จำนวน 10 คน ส่วนผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนผู้นำท้องที่ ตัวแทนผู้นำชุมชน และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข และตัวแทนประชาชน จำนวน 5 คน โดยจัดเวทีการสนทนากลุ่มที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดน้อย อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี รวมทั้งหมด 15 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์แบบประเมินความพึงพอใจด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับประเด็นการสนทนากลุ่มใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ในประเด็นคำถาม และสรุปประเด็นร่วมในแต่ละประเด็น จัดหมวดหมู่เป็นประเด็นหลัก ประเด็นรอง และประเด็นย่อยต่างๆ แล้วนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปการเขียนบรรยายความ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ งานวิจัยนี้ได้ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เลขที่ EC 010/2563

สรุปและอภิปรายผล

1. การศึกษาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนของจังหวัดสระบุรี ผลการศึกษากระบวนการดำเนินงาน ของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะยกลางในชุมชนของจังหวัดสระบุรี จากการ ศึกษาข้อมูลกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางทั้ง 5 แห่ง มีการดำเนินงานสรุปได้ดังนี้

1.1 ขั้นตอนการดำเนินงานในศูนย์ร่วมสุขโดยมีการประชุมวางแผน ตั้งคณะทำงาน สำรวจกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ อบรมนักฟื้นฟู ติดตามเยี่ยมกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ ตั้งศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลาง การประสานงานกับแม่ข่ายและผู้ป่วย ประเมินผลผู้ป่วยมารับบริการ ลงเยี่ยมประเมินและติดตามผลการดูแลผู้ป่วยพร้อมร่วมสรุปปัญหาแต่ละราย

1.2 กิจกรรมของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่สำคัญในการดำเนินงานฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยในระระกลาง ได้แก่ อบรมความรู้แก่นักฟื้นฟูชุมชน จัดหากายอุปกรณ์เพื่อฟื้นฟูสุขภาพ และปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย ให้เหมาะสม และ การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชนโดยนักบริบาลร่วมกับทีมปฏิบัติงานในชุมชนเพื่อทำการฟื้นฟูสุขภาพตามแผนการดูแลรายบุคคล

1.3 กิจกรรมการดำเนินงานที่ประสบผลสำเร็จ ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนได้แก่ ทำให้ผู้ป่วยที่ภาวะร่างกายและสุขภาพจิตที่ดีขึ้นจากการดูแลเอาใจใส่ของผู้ดูแลและนักบริบาล การยอมรับของผู้ป่วยและญาติ เกิดภาคีเครือข่ายร่วมมือกันในการปฏิบัติงานในชุมชนที่เข้มแข็ง ความสามารถของทีมปฏิบัติงานในการจัดหางบประมาณมาพัฒนาศูนย์ ตลอดจนอุปกรณ์ที่จำเป็นต่างๆ ให้ผู้ป่วยระยะกลางใช้สำหรับฟื้นฟูสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการ

1.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานคือ การให้ความร่วมมือของทีมสุขภาพ การสนับสนุนงบประมาณ อาคารสถานที่จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในชุมชนและนอกชุมชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และความร่วมมือจากบุคคลที่เป็นเครือญาติของผู้ป่วยในชุมชน

1.5 สิ่งสนับสนุนที่ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางมีความต้องการ อยากให้มีศูนย์สำหรับใช้ในการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางที่เป็นสถานที่เฉพาะ ต้องการมีกายอุปกรณ์ที่เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วยที่มารับบริการ ความต้องการสนับสนุนนักกายภาพบำบัดประจำศูนย์สำหรับให้บริการผู้ป่วยที่เพียงพอ ความต้องการสนับสนุนยานพาหนะสำหรับออกเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนหรือรับส่งผู้ป่วยมารับบริการ ชุดเครื่องมือสำหรับใช้ในการออกปฏิบัติงานเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน ความต้องการคู่มือหรือเอกสารขั้นตอนการดูแลตนเองของผู้ป่วย และต้องการสนับสนุนช่างซ่อมกายอุปกรณ์/ศูนย์ซ่อมชุมชนเมื่อกายอุปกรณ์ต่างๆ เกิดการชำรุดเสียหาย

1.6 ปัญหาและอุปสรรคส่วนใหญ่กายอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ปัญหาการลงติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในพื้นที่ไม่ค่อยพบญาติผู้ป่วยเนื่องจากนัดเวลาไม่ตรงกัน ปัญหาอุปกรณ์ในบ้านของผู้ป่วยมีไม่พร้อมในการให้บริการ เช่น ต้องการนวดแต่ไม่มีเตียงนอน ไม่มีปลั๊กไฟ สภาพบ้านผู้ป่วยไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน งบประมาณไม่เพียงพอ ขาดบุคลากรผู้มีองค์ความรู้โดยเฉพาะนักบริบาล ความไม่สะดวกในการเดินทางมารับบริการที่ศูนย์ฟื้นฟู บุคคลในครอบครัวยังมีความรู้ไม่ถูกต้อง และญาติของผู้ป่วยไม่มีความไว้วางใจ ต้องแก้ปัญหาโดยการแจ้งให้ผู้ป่วยเข้าใจ หรือให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและนักบริบาลสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันกับผู้ป่วยและญาติ

การดำเนินงานของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนทั้งหมด ส่วนหนึ่งจะปรากฏเห็นชัดดังข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการพูดคุยกับผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นบุคลากรสาธารณสุข นักบริบาล และผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนดังนี้

“การดูแลผู้ป่วยจากที่นอนติดเตียงตอนนี้สามารถลุกนั่งเองได้ ให้การดูแลผู้ป่วยจากที่มีอาการซึมเศร้า ตอนนี้มีอารมณ์ร่าเริง จากที่เคยผู้ป่วยติดบ้าน ตอนนี้สามารถไปเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมได้” จากการสนทนากลุ่มในศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วย วันที่ 10 พ.ย. 62

“เราภาคภูมิใจในความร่วมมือร่วมใจของคณะทำงานทั้งหมดที่มีจิตหนึ่งใจเดียวกัน ทำแบบสุดใจสุดกำลัง ได้เห็นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติดีขึ้น ก่อเกิดความรัก และพรหมวิหาร 4 ในชุมชน” จากการสนทนากลุ่มในศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วย วันที่ 12 พ.ย. 62

“มีเจ้าหน้าที่และทีมงานที่เป็นเสาหลัก เสาคาน และตอหม้อ และเป็นแขนขาซึ่งกันและกัน มันส่งผลก่อเกิดรอยยิ้มและความหวังของผู้ป่วยและญาติ” จากการสนทนากลุ่มในศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วย วันที่ 15 พ.ย. 62

ซึ่งจากการวิจัยจะเห็นว่า ระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ต้องมีกระบวนการดำเนินงานที่มีขั้นตอนต่างๆ โดยอาศัยความร่วมมือกันระหว่างหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ตลอดทั้งการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะกลางโดยตรง คือ ญาติผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข นักบริบาล จิตอาสาในชุมชน เป็นต้น จึงจะส่งผลให้การดำเนินงานฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนประสบความสำเร็จได้ ซึ่งสอดคล้องกับ ศิริรัตน์ ปานอุทัย ทศพร คำผลศิริ และลินจง โปธิบาล[4] ได้ศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า ปัญหาและอุปสรรคของการให้บริการระยะยาว ประกอบด้วย 1) การขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพและข้อจำกัดด้านความรู้ความสามารถ ของบุคลากรในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถให้บริการที่บ้านได้ 2) การขาดการบูรณาการงานด้านผู้สูงอายุระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดปัญหาการทำงานแยกส่วน ส่งผลให้บริการไม่ครอบคลุมและมีความซ้ำซ้อนของบริการ และไม่มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันส่งผลให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น 3) การไม่มีงบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอในการจัดบริการสาหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้ในชุมชน

2. การพัฒนาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนของจังหวัดสระบุรี

ผู้วิจัยนำข้อเสนอเกี่ยวกับการศึกษาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนของจังหวัดสระบุรีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากระบบการบริหารจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนจำนวน 25 คน ได้รับรู้ โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้รับทราบข้อมูลสภาพปัญหาและการจัดระบบการบริหารจัดการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยระยะกลางของชุมชนปัจจุบัน และร่วมกันหาแนวทางพัฒนาระบบการบริหารจัดการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนของจังหวัดสระบุรี โดยการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม ผลที่ได้คือรูปแบบในการพัฒนาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนจากการทดลองใช้ในพื้นที่ต้นแบบคือตำบลตลาดน้อย อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี เรียกโมเดลการนี้ว่า “ 2ส 3พ ” ประกอบด้วย ส1 คือเสริมพลังการการถ่ายทอดความรู้ตามความชอบหรือความถนัด ส2 คือเสริมพลังคนทำงานด้วยพลังความดี พ1 คือพลังการสื่อสารอย่างตั้งใจและเข้าใจด้วยความเรียบง่ายจากวิชาชีพสู่สามัญชนและประชาสัมพันธ์ตามวิถีชุมชน พ2 คือพลังการติดตามอย่างต่อเนื่องครบวงจรทุกมิติ และ พ3 คือพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและความเชื่อมโยงของข้อมูลในชุมชน โดยมีปัจจัยความสำเร็จคือการผสานความร่วมมือและการเชื่อมโยงอย่างกัลยามิตรระหว่างทีม โดยมีการนำระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนที่พัฒนาขึ้นไปทำการขยายในชุมชนใกล้เคียงต่อไป จากการพัฒนาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน ตามรูปแบบโมเดล “2ส 3 พ” ทำให้ผลของการพัฒนาด้านความรู้ พบว่ากลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมการพัฒนามีความรู้เกี่ยวกับระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน ก่อนการพัฒนามีค่าเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 17.16 (S.D.= 1.52) หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 21.80 (S.D.= 1.00) เมื่อเปรียบเทียบแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาระบบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า t เท่ากับ -15.22 ค่า df เท่ากับ 24 และ ค่า p-value < 0.05 ผลการประเมินทัศนคติต่อการระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนของจังหวัดสระบุรี ของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนามีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนเท่ากับ 3.62 (S.D.= 0.71) หลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อระบบการบริหารจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนเท่ากับ 4.11 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนก่อนและหลังการพัฒนาพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต โดยมีค่า t เท่ากับ -3.72 ค่า df เท่ากับ 24 และ ค่า p-value < 0.05 ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ และทัศนคติต่อระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนของจังหวัดสระบุรีก่อนและหลังการพัฒนาระบบ (n = 25)

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนาระบบ		หลังการพัฒนาระบบ		df	ค่า t	p-value
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.			
ความรู้เกี่ยวกับระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย	17.16	1.52	21.80	1.00	24	-15.22	0.00**
ทัศนคติต่อการระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพ	3.62	0.71	4.11	0.33	24	-3.72	0.00**

* p-value<.05

ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนที่พัฒนาขึ้น เป็นกระบวนการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ ส่งเสริมความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่พึ่งตนเองไม่ได้ของบุคคลต่างๆ ในชุมชน ซึ่งส่งผลให้ทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรง และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทางอ้อมกับผู้ป่วยในชุมชน

ปฏิบัติการให้การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางได้อย่างถูกต้อง ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือการปฏิบัติงานดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยในลักษณะทีมสหวิชาชีพร่วมกับจิตอาสา ตามรูปแบบโมเดล “2ส 3พ” ทำให้ผลของการพัฒนาด้านความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยความรู้สูงขึ้น ผลการศึกษาสอดคล้องกับ สุริยันต์ ปัญหาราช[7] ได้ศึกษาผลลัพธ์การดำเนินการของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลลัพธ์การดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ จังหวัดหนองบัวลำภูอย่างมีนัยสำคัญได้แก่ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้เสียและการจัดการกระบวนการ

3. การทดลองและการประเมินระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางของชุมชนในจังหวัดสระบุรี

ผู้วิจัยนำผลจากการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนของจังหวัดสระบุรี แล้วนำระบบการบริหารจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางไปปฏิบัติในชุมชนตำบลตลาดน้อย อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี ตามแนวทางของโมเดล “2ส 3พ”

ผลการประเมินระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนตำบลตลาดน้อย พบว่า ชุมชนสามารถบริหารจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น และมีความพึงพอใจต่อระบบการบริหารจัดการฟื้นฟุสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 92.50 มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.36 (S.D. = 0.59) ทั้งนี้เนื่องจากระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วนระยะกลางในชุมชนของจังหวัดสระบุรี ที่พัฒนาขึ้นแล้วนำไปใช้ในการจัดการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน ได้ส่งผลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทางอ้อมกับระบบการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยระยะกลาง ทำให้เกิดระบบการดูและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางที่พึ่งพาตนเองไม่ได้สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากขึ้นกว่าระบบเดิม สิ่งสำคัญคือส่งผลให้เกิดภาคีเครือข่ายการปฏิบัติงานฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางที่เข้มแข็ง มีศักยภาพ มีความพร้อมทั้งบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ และสิ่งสนับสนุนต่างๆ ที่เพียงพอมากขึ้น ส่งผลให้ปัญหาต่างๆ ที่เคยมีมาก่อนลดน้อยลงไป ทำให้เกิดความพึงพอใจของชุมชน ผลการศึกษาสอดคล้องกับ เบญจพร สุธรรมชัย จิราพร เกศพิชญวัฒนา และ นภัส แก้ววิเชียร[2] ได้ศึกษาการสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการของประเทศไทยเป็นการจัดบริการที่เน้นเรื่องการดูแลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยหรือการให้บริการดูแลเมื่อผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพหรือบุคลากรทางสาธารณสุข โดยการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันปัญหาสุขภาพ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การส่งเสริมการถ่ายทอดภูมิปัญญา ศิลปวัฒนธรรม เพื่อสร้างคุณค่าให้ผู้สูงอายุ โดยปัจจัยนำเข้าในการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ นโยบาย คน ระบบ และ ชุมชน และสอดคล้องกับ ศิริรัตน์ ปานอุทัย ทศพร คำผลศิริ และ ลินจง โปธิบาล[4] ได้ศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้ พบว่า แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้ คือการจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชนโดยเป็นศูนย์ฟื้นฟูสภาพและศูนย์ดูแลกลางวันด้วย การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสมสาหรับการดาเนินชีวิตและการตั้งกลุ่มการออมในชุมชนเพื่อการสร้างหลักประกันด้านเศรษฐกิจ ข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ ทำให้ได้แนวทางในการให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของพื้นที่เพื่อให้การดูแลระยะยาวมีความต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. เผยแพร่ระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางที่ได้ดำเนินการเป็นพื้นที่ต้นแบบนำเสนอทั้งในรูปแบบ

แนวทางปฏิบัติหรือเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ เผยแพร่ให้แก่พื้นที่อื่นๆ ได้เรียนรู้ผ่านสื่อต่างๆ เพื่อการเรียนรู้ของประชาชน ชุมชน และสังคม

2. สนับสนุนส่งเสริมให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางทั้งในแบบที่ไม่แสวงหาผลกำไรหรือธุรกิจเพื่อสังคม เพื่อแบ่งเบาภาระการดูแล และเพิ่มการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยระยะกลางให้สะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น

3. นำรูปแบบระบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางนี้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ของจังหวัดสระบุรี และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบการจัดการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางในพื้นที่ที่มีการจัดการระบบฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยในชุมชนในลักษณะองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น เช่น เทศบาลเมือง เทศบาลนคร

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี, คณะกรรมการศูนย์ฟื้นฟูชุมชน(ศูนย์ร่วมสุข), องค์การบริหารส่วนจังหวัดสระบุรี ที่กรุณาให้คำปรึกษา ให้ข้อมูล และข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดี และขอบคุณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดสระบุรี ที่สนับสนุนงบประมาณในการในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **การขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2560 – 2564.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. (2560).
2. เบญจพร สุธรรมชัย จิราพร เกศพิชญวัฒนา และ นภัส แก้ววิเชียร. การสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. **วารสารวิชาการสาธารณสุข** ปี ที 14 ฉบับที 6 พฤศจิกายน - ธันวาคม 2558.
3. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. **การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสู่ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศทางการพยาบาล.** ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลนิยมวิทยา. ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์. (2560).
4. ศิริรัตน์ ปานอุทัย ทศพร คำผลศิริ และ ลินจง โปธิบาล. การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้. **รายงานการวิจัย.** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2553).
5. สุภางค์ จันทวานิช. **วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 17. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2552).
6. สุภางค์ จันทวานิช. **วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2542).
7. สุริยันต์ ปัญหาราช. **ผลลัพธ์การดำเนินการของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ จังหวัดหนองบัวลำภู. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร** ปีที่ : 27 ฉบับที่ : 3 เลขหน้า : 108-114 ปีพ.ศ. : 2560.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. **รายงานผลการดำเนินงาน ประจำปี 2559 - 2561** กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสระบุรี 2562.
9. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564).** กรุงเทพฯ: บริษัท อิโมชั่น อาร์ต จำกัด. (2560**).**
10. สุริยันต์ ปัญหาราช. **ผลลัพธ์การดำเนินการของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ จังหวัดหนองบัวลำภู. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร** ปีที่ : 27 ฉบับที่ : 3 เลขหน้า : 108-114. 2560.
11. Best, J. W. **Research in Education**. (3 rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc. (1977).

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการเงินการคลังเพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพในการบริหารจัดการงบประมาณโครงการ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสระบุรี

Model of a financial competency development to enhance effective of financial management for Project budget of The Sub-District Health Promotion Hospital in Saraburi Provice

ธิติมา ขาวสง่า[1], ยอดชาย สุวรรณวงษ์[1]

Titima Khao Sa-nga[1], Yodchai Suwannawong[1]

(Received: January 23 ,2020 ; Accepted: February 19 ,2020

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะด้านการเงินการคลังเพื่อการบริการจัดการงบประมาณโครงการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสระบุรี การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 ระยะ 1 ศึกษาสภาพปัญหาด้านการบริหารจัดการงบประมาณโครงการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระยะ 2 ศึกษาความต้องการในการพัฒนาด้านการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และระยะ 3 พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะด้านการเงินการคลังเพื่อการบริการจัดการงบประมาณโครงการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการเงินการคลัง และบุคลากรด้านสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดสระบุรี โดยเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการเงินการคลังเพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพในการบริหารจัดการงบประมาณโครงการ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสระบุรี ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) แต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) พัฒนาความรู้และประสบการณ์ด้านการเงินการคลังด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบผสมผสาน 3) จัดทำเอกสารคู่มือการดำเนินงานด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4) สร้างช่องทางการสื่อสารข้อมูลและแหล่งเรียนรู้ด้านการเงินการคลัง และ 5) สร้างเครือข่ายการประเมินเพื่อติดตามตรวจสอบด้านการเงินการคลังระดับตำบลและอำเภอ โดยรูปแบบมีความเหมาะสมเชิงโครงสร้างและเนื้อหา (ค่าเฉลี่ย IOC ระหว่าง 0.88 – 1.00) และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบมาใช้ปฏิบัติจริงในจังหวัดสระบุรี (ค่าเฉลี่ย IOC ระหว่าง 0.77 – 1.00)

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, สมรรถนะด้านการเงินการคลัง, การบริหารการเงิน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

The aim of this Action Research was to Development of a financial management Model to enhance effective of financial management for Project budget of The Sub-District Health Promotion [1]Hospital in Saraburi Provice. The research divided into three phases during November 2019 to February 2020 such as Phase 1 studying the problem of financial management for Project budget of The Sub-District Health Promotion Hospital. Phase 2 studying the needs for development financial management for Project budget. Phase 3 developing a financial management Model. The samples were the financial experts and public health personnel of The Sub-District Health Promotion Hospital. They were selected by the Purposive Sampling technique. The Semi-Structured Interview and questionnaire schedule was constructed and used as tool for collected data. The statistics used for data analysis were descriptive statistics and content Analysis.

The Major results were as follow: the development of a financial management Model to enhance effective of financial management for Project budget of The Sub-District Health Promotion Hospital in Saraburi Provice consisted of 5 Process; 1) Determine a person responsible for finance of The Sub-District Health Promotion Hospital, 2) Promoting knowledge and experience in financial management base on blended learning process, 3) Develop an operation financial management handbook based on the Context of The Sub-District Health Promotion Hospital, 4) Forming the channels of information and communication technology to learning support for financial management and 5) Forming the Network of the monitoring and evaluation for financial management of The Sub-District Health Promotion Hospital. The development of a financial management Model to enhance effective of financial management for Project budget of The Sub-District Health Promotion Hospital is considered appropriate in Academic of Content and Structure Model. (IOC Average = 0.88 – 1.00) and the model can be applied to the context of The Sub-District Health Promotion Hospital in Saraburi Provice. (IOC Average = 0.77 – 1.00)

Key words: Development Model, Financial Competency, Financial Management, Sub-District Health Promotion Hospital

---

[1]นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

บทนำ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นสถานพยาบาลประจำตำบล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีขีดความสามารถ ระดับปฐมภูมิ (Primary care) โดยมีภารกิจการให้บริการด้านสาธารณสุขที่หลากหลาย ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค โดยอาศัยความร่วมมือในมิติต่างๆ กับเครือข่ายสุขภาพอื่นๆ ในการเชื่อมโยงทรัพยากรต่างๆ เพื่อจัดระบบบริการสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และครอบคลุมการบริการสุขภาพตามสิทธิขั้นพื้นฐานให้กับประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบอย่างมีคุณภาพ ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงเป็นหน่วยบริการด้านสุขภาพระดับท้องถิ่นของระบบการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประชาชนไปสู่การมีสุขภาพที่ดี[1] จากบทบาทข้างต้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงเป็นองค์กรด้านสุขภาพที่ประชาชนให้ความสำคัญและมีความคาดหวังที่เพิ่มสูงขึ้นในการเป็นสถานพยาบาลที่มีศักยภาพและความหลากหลายในการให้บริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกับประชาชนในพื้นที่ห่างไกล และมีแนวโน้มของการคาดหวังที่เพิ่มสูงขึ้นจากการสร้างภาพลักษณ์ของกระทรวงสาธารณสุขที่คาดหวังให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่สามารถให้การดูแลประชาชนดั่งโรงพยาบาล ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะต้องมีการยกระดับคุณภาพการบริการและเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานที่มากกว่างานประจำ (Routine) อย่างต่อเนื่องเพื่อสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนและสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร

ในขณะที่ปัจจุบัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ของประเทศกำลังเผชิญกับสภาพปัญหาเชิงโครงสร้าง ซึ่งเป็นปัญหาที่รื้อรังมาอย่างยาวนานและแม้กระทรวงสาธารณสุขจะมีความพยายามในการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด แต่ปัจจุบันยังมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอีกจำนวนไม่น้อยที่ยังต้องรับภาระจากปัญหาเชิงโครงสร้างนี้อยู่ โดยเฉพาะปัญหาด้านจำนวนภาระงานที่มีปริมาณมากกว่าอัตรากำลังบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล[2] ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งในเชิงประสิทธิผลและตั้งอยู่และแนวทางหนึ่งที่เป็นกลยุทธ์สำหรับการแก้ไขปัญหาข้างต้นก็คือการจัดกิจกรรมการพัฒนาหรือแก้ปัญหาในรูปของโครงการ เนื่องจากโครงการมีความสำคัญต่อการวางแผนและการดำเนินงานเนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้การดำเนินการสอดคล้องกับนโยบายหรือความต้องการของหน่วยงาน และทำให้การดำเนินงานนั้นมีทิศทางที่ชัดเจน และมีประสิทธิภาพ[3] ดังนั้น โครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุข จึงเป็นส่วนหนึ่งของภารกิจที่นอกเหนือไปจากงานประจำที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาเพื่อยกระดับคุณภาพการดำเนินงานด้านสุขภาพของหน่วยงาน โดยการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามแม้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะมีการจัดทำโครงการขึ้น แต่พบว่าโครงการด้านสาธารณสุขหลายๆ โครงการไม่สามารถนำไปสู้เป้าหมายตามที่คาดหวังของโครงการได้ ซึ่งมักเกิดจากการขาดทักษะด้านบริหารจัดการโครงการของผู้รับผิดชอบโครงการและผู้ควบคุมกำกับติดตามโครงการจึงทำให้บางโครงการดำเนินการเสร็จสิ้นแต่ขาดประสิทธิภาพหรือต้องยุติโครงการและความเสียหายต่อหน่วยงาน[4] โดยเฉพาะหากเป็นโครงการที่เกี่ยวข้องกับงบประมาณที่อยู่ภายใต้การกำกับความคุมของระเบียบกระทรวงการคลังและพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 และประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการรับเงินการจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น พ.ศ. 2559

จากรายงานสถานการณ์งานการเงินการคลัง ของกลุ่มงานบริหาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีเกี่ยวกับการควบคุมกำกับติดตามงบประมาณโครงการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสระบุรี ในช่วงปีงบประมาณ 2561 – 2562 พบประเด็นปัญหาการดำเนินงานโครงการที่ไม่เป็นไปตามระเบียบการเงินการคลัง และส่งผลกระทบต่อ

ประสิทธิภาพของการดำเนินงานโครงการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเช่น มีความผิดพลาดของการเขียนรายงานการเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการในส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 และมีการคำนวณค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเช่าที่พัก ค่าพาหนะ ไม่ถูกต้องตามระเบียบการเบิกจ่าย อีกทั้งพบว่าการจำแนกหมวดค่าใช้จ่ายของงบประมาณโครงการไม่ถูกต้อง อีกทั้งความผิดพลาดในเรื่องเกี่ยวกับเอกสารการเบิกจ่ายโครงการ เช่น ไม่มีเอกสารประกอบการเบิกค่าตอบแทนวิทยากร ค่าอาหาร อาหารว่างและเครื่องดื่ม เอกสารที่เกี่ยวข้องและรายละเอียดในเอกสารไม่ครบถ้วน เช่น ใบส่งของ ใบเสร็จรับเงิน บิลเงินสด บันทึกรายละเอียดให้ครบ และพบว่าผู้รับผิดชอบงานส่วนหนึ่งขาดทักษะการบันทึกข้อมูลงบประมาณในระบบบัญชี หรือไม่ใส่รายละเอียดงบประมาณให้ครบและเกิดความล่าช้าในการบันทึกข้อมูล นอกจากนั้นยังพบว่ามีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่งต้องขอคืนงบประมาณโครงการเนื่องจากเกิดความล่าช้าในการใช้งบประมาณหรือใช้งบประมาณไม่ตรงหมวดหมู่[5]

จากข้อจำกัดและปัญหาข้างต้น จึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทความจำเพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับเสริมสร้างสมรรถนะด้านการเงินการคลังและการบริหารจัดการงบประมาณโครงการให้กับบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสระบุรี

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้สำหรับเสริมสร้างสมรรถนะด้านการเงินการคลังเพื่อการบริการจัดการงบประมาณโครงการของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสระบุรี

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีขั้นตอนการวิจัย 3 ระยะใช้เวลาการวิจัย 4 เดือน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 โดยใช้วิธีการวิจัยในแต่ละระยะการศึกษาดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาด้านการบริหารจัดการงบประมาณโครงการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสระบุรี เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

ระยะที่ 2 ศึกษาความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารจัดการการเงินการคลังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสระบุรี เป็นการวิจัยวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสำรวจ (Survey study)

ระยะที่ 3 พัฒนารูปแบบการเรียนรู้สำหรับเสริมสร้างสมรรถนะด้านการเงินการคลังเพื่อการบริการจัดการงบประมาณโครงการของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสระบุรี สุขภาพตำบล ในจังหวัดสระบุรี เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างศึกษา คือ บุคลากรที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับการควบคุมกำกับติดตามด้านการเงินการคลังในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, และผู้จัดทำโครงการหรือผู้ควบคุมกำกับโครงการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 7 คน เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเงื่อนไขคุณสมบัติและความสมัครใจในการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง[6] เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key performance) เกี่ยวกับสภาพปัญหาด้านการบริหารจัดการงบประมาณโครงการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ระยะที่ 2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างศึกษา คือ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสระบุรี จำนวน 252 ตัวอย่าง จากการคำนวณขนาดตัวอย่างศึกษาของทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane, 1967)[7] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % โดยใช้ความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม ร้อยละ 5 ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 126 คน โดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจงเลือก (Purposive Sampling) และเจ้าหน้าที่ผู้มีประสบการณ์ในการรับผิดชอบจัดทำโครงการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในปีงบประมาณ 2561 - 2562 จำนวน 126 คน เลือกด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Sample Random Sampling)

ระยะที่ 3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างศึกษา ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการเงินการคลังระดับจังหวัด

ระดับอำเภอ และระดับตำบล ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยประเมินผล และผู้เชี่ยวด้านการศึกษาและการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ จำนวน 9 คน โดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเงื่อนไข คุณสมบัติและความสมัครใจในการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key performance)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interviews) จำนวน 11 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับสภาพปัญหาด้านการบริหารจัดการงบประมาณโครงการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสระบุรี ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ด้วยวิธี IOC จากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน 2) ตัวผู้วิจัย และ 3) เครื่องบันทึกเสียง

ระยะที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ความต้องการการพัฒนาด้านการบริหารจัดการการเงินการคลังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แบ่งออกเป็น 4 ส่วน 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ 2) ประสบการณ์ด้านการเงินและบัญชีและการบริหารงบประมาณโครงการ จำนวน 6 ข้อ 3) ความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารจัดการการเงินการคลังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสระบุรี แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 45 ข้อ และ 4) ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการดำเนินงานด้านการบริหารการเงินงบประมาณโครงการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยวิธีประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.89

ระยะที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured interviews) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดการพัฒนารูปแบบเชิงข้อความ (Semantic Model) ของ Keeves[8] เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับรูปแบบการเรียนรู้สำหรับเสริมสร้างสมรรถนะด้านการเงินการคลังเพื่อการบริการจัดการงบประมาณโครงการของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 13 ข้อ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ด้วยวิธี IOC จากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน 2) ตัวผู้วิจัย และ 3) เครื่องบันทึกเสียง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)[9] ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency), ค่าร้อยละ (Percentage), ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean), และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และการประเมินค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (IOC: Index of item Objective Congruence) โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกส่วนประกอบของรูปแบบฯเฉพาะส่วนประกอบที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5-1.00 [10]

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เลขที่ EC 035/2562

สรุปผลการศึกษา

1. สภาพปัญหาด้านการบริหารจัดการงบประมาณโครงการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสระบุรี พบว่าปัญหาสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของงบประมาณโครงการมาจากปัจจัยด้านบุคลากร ด้านการบริหาร ด้านนโยบาย และด้านเทคโนโลยี ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงปัญหาด้านการบริหารจัดการงบประมาณโครงการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ประเด็น	สภาพปัญหา
ด้านบุคลากร	- บุคลากรผู้รับผิดชอบงานขาดองค์ความรู้ หรือมีความรู้ในเฉพาะบางประเด็นเท่านั้น ทำให้เข้าใจไม่ชัดเจนในด้านการบริหารจัดการงบประมาณและด้านการเงินการคลัง - ไม่มีบุคลากรที่มีความชำนาญในการปฏิบัติงานเฉพาะด้านการเงินการคลัง - บุคลากรที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการเงินการคลังของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลมีภาระงานมาก ทำให้ไม่มีเวลาในการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับด้านการเงินการคลัง - เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินการคลัง และการบริหารงบประมาณโครงการมีความวิตกกังวลถึงความเสี่ยงและผลกระทบที่อาจเกิดกรณีเกิดความผิดพลาด ทำให้ขาดขวัญกำลังใจในงานปฏิบัติงานในหน้าที่ความรับผิดชอบด้านการเงินการคลัง

ตาราง 1 แสดงปัญหาด้านการบริหารจัดการงบประมาณโครงการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ประเด็น	สภาพปัญหา
	- บุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการเขียน/จัดทำแผนงานโครงการที่มีคุณภาพโดยเฉพาะวัตถุประสงค์ การใช้จ่ายงบประมาณ และผลลัพธ์ที่ได้
ด้านการบริหาร	- มีการโยกย้ายหรือลาออกของบุคลากรที่รับผิดชอบการดำเนินงานด้านการเงินการคลัง ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง ผู้ที่ต้องรับผิดชอบแทนยังขาดทักษะ และความชำนาญ - ขาดการวางแผนการบริหารจัดการงบประมาณการดำเนินงานโครงการอย่างเป็นระบบทำให้ผลงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจากการใช้งบประมาณไม่ตรงตามประเภท - ขาดการตรวจสอบรายละเอียดเกี่ยวกับหลักฐานทางการเงิน ทำให้หลักฐานทางการเงินไม่สมบูรณ์ และไม่สามารถนำมาใช้เป็นหลักฐานทางการเงินได้ - การจัดเก็บหลักฐานที่เกี่ยวข้องทางการเงินไม่เป็นระบบ ระเบียบทำให้เกิดการสูญหาย ของหลักฐานต่างๆ - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขาดที่ปรึกษาด้านการบริหารจัดการการเงิน และด้านการเงินการคลัง - ไม่มีคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติด้านการเงินการคลังสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ชัดเจน ทำให้บางเรื่องเกิดการตีความผิด และทำให้การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ตลอดจนงบประมาณโครงการไม่เป็นไปตามระเบียบ - ด้านการบริหารจัดการงบประมาณของโครงการบางส่วนขาดการมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นของบุคลากรในองค์กร - ยังไม่มีระบบการติดตามตรวจสอบ ประเมินผลที่เป็นรูปธรรมอย่างจริงจัง - งบประมาณของโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากท้องถิ่นต้องดำเนินงานตามระเบียบของท้องถิ่นเป็นหลักซึ่งอาจมีบางส่วนที่ไม่เหมือนงบประมาณสนับสนุนปกติของหน่วยงาน และทำให้มีโอกาสเกิดความสับสนในด้านของการปฏิบัติงานภายใต้ความแตกต่างของด้านระเบียบด้านการเงินการคลัง
ด้านนโยบาย	- นโยบายการดำเนินงานบางเรื่องมีความเร่งด่วนและเร่งรัดมาก แต่ขาดงบประมาณในการสนับสนุนทำให้ต้องดำเนินกิจกรรมไปก่อนโยยังไม่มีเงิน ทำให้เกิดปัญหาในเรื่องของเอกสารทางการเงิน การเบิกจ่าย หรือการจัดซื้อจัดจ้างตามโครงการเนื่องจากเหมือนเป็นการดำเนินการย้อนหลังจากการดำเนินงานโครงการได้เสร็จสิ้นลงไปแล้ว - การกำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานโครงการจากส่วนกลางทำให้ขาดความยืดหยุ่นในการปรับกิจกรรมให้เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่จริงๆ
ด้านเทคโนโลยี	- มีข้อมูลในระบบสารสนเทศจำนวนมาก แต่ไม่มีระบบการคัดกรองเรื่องความถูกต้อง และ ความเป็นปัจจุบัน ทำให้บุคลากรที่นำข้อมูลมาใช้เกิดความสับสน และนำไปการอ้างอิง เกี่ยวกับระเบียบการเงินการคลังเพื่อนำมาใช้ในการบริหารจัดการงบประมาณโครงการไม่ถูกต้อง - ขาดความรู้ในการค้นหาแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ และเกิดการนำข้อมูลมาใช้ประกอบการ ดำเนินงานโครงการที่ไม่เหมาะสม

2. ความต้องการในการพัฒนาด้านการบริหารจัดการการเงินการคลังของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสระบุรี

บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.38 โดยส่วนใหญ่อายุระหว่าง 41 – 50 ปี ร้อยละ 54.47 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 48.79 ปี อายุน้อยที่สุด 29 ปี และอายุมากที่สุด 57 ปี และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.38 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 79.27 และอยู่ในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข รองลงมาคือเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 46.75 และ 41.87 ตามลำดับ โดยมีบทบาทหน้าที่เป็น ผอ. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ด้านการบริหาร และผู้ปฏิบัติงาน/ด้านการบริการอย่างละเท่าๆกัน และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากว่า 15 ปี ร้อยละ 62.60 และร้อยละ 75.20 ประสบการณ์ด้านการเงินและบัญชีและการบริหารงบประมาณโครงการ โดยเป็นผู้เบิก-จ่ายเงินและเป็นผู้ทำบัญชีรายรับ-จ่าย ร้อยละ 91.01 และ 80.42 ตามลำดับ และร้อยละ 55.69 เคยอบรมเกี่ยวกับด้านการเงินและบัญชี ในขณะที่ ร้อยละ 44.31 ไม่เคยผ่านการอบรมมาก่อน และร้อยละ 79.27 มีประสบการณ์ในการเขียนโครงการมาก่อน และพบว่ามีความต้องการในการพัฒนาด้านการบริหารจัดการการเงินการคลังที่สำคัญ โดยมีความต้องการในการพัฒนาด้านความรู้ทักษะทางการเงิน/งบประมาณ ระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.85, S.D.= .544) และด้านการแก้ไขปัญหา/ช่องทางการช่วยเหลือระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.49, S.D.= .841) ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลความหมายความต้องการในการพัฒนาฯ

ความต้องการในการพัฒนา	$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย
ความรู้ทักษะทางการเงิน/งบประมาณ	3.85	.544	มาก
การแก้ไขปัญหา/ช่องทางการช่วยเหลือ	3.49	.841	ปานกลาง

* เกณฑ์พิจารณาคะแนน/จำแนกระดับคะแนน [11]

3. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการเงินการคลังเพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพในการบริหารจัดการงบประมาณโครงการ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสระบุรี

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการเงินการคลังเพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพในการบริหารจัดการงบประมาณโครงการ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หมายถึง กระบวนตอนในการดำเนินการของรูปแบบที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาและสนับสนุนความต้องการในการพัฒนาของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสระบุรี มี 5 ขั้นตอน คือ 1) แต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) พัฒนาความรู้และประสบการณ์ด้านการเงินการคลังด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบผสมผสาน 3) จัดทำเอกสารคู่มือการดำเนินงานด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4) สร้างช่องทางการสื่อสารข้อมูลและแหล่งเรียนรู้ด้านการเงินการคลัง และ 5) สร้างเครือข่ายการประเมินเพื่อติดตามโดยมีองค์ประกอบของรูปแบบฯ ดังนี้

แนวคิดของรูปแบบ (Concept) หมายถึง ความเชื่อพื้นฐานที่จะนำไปสู่แนวทางการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ “การบริหารการเงินการคลังเป็นเรื่องที่สำคัญ และเป็นส่วนประกอบจำเป็นในระบบการบริหารองค์กร โดยเป็นเครื่องมือในการสร้างความเข้มแข็งและความสำเร็จให้กับองค์กร”

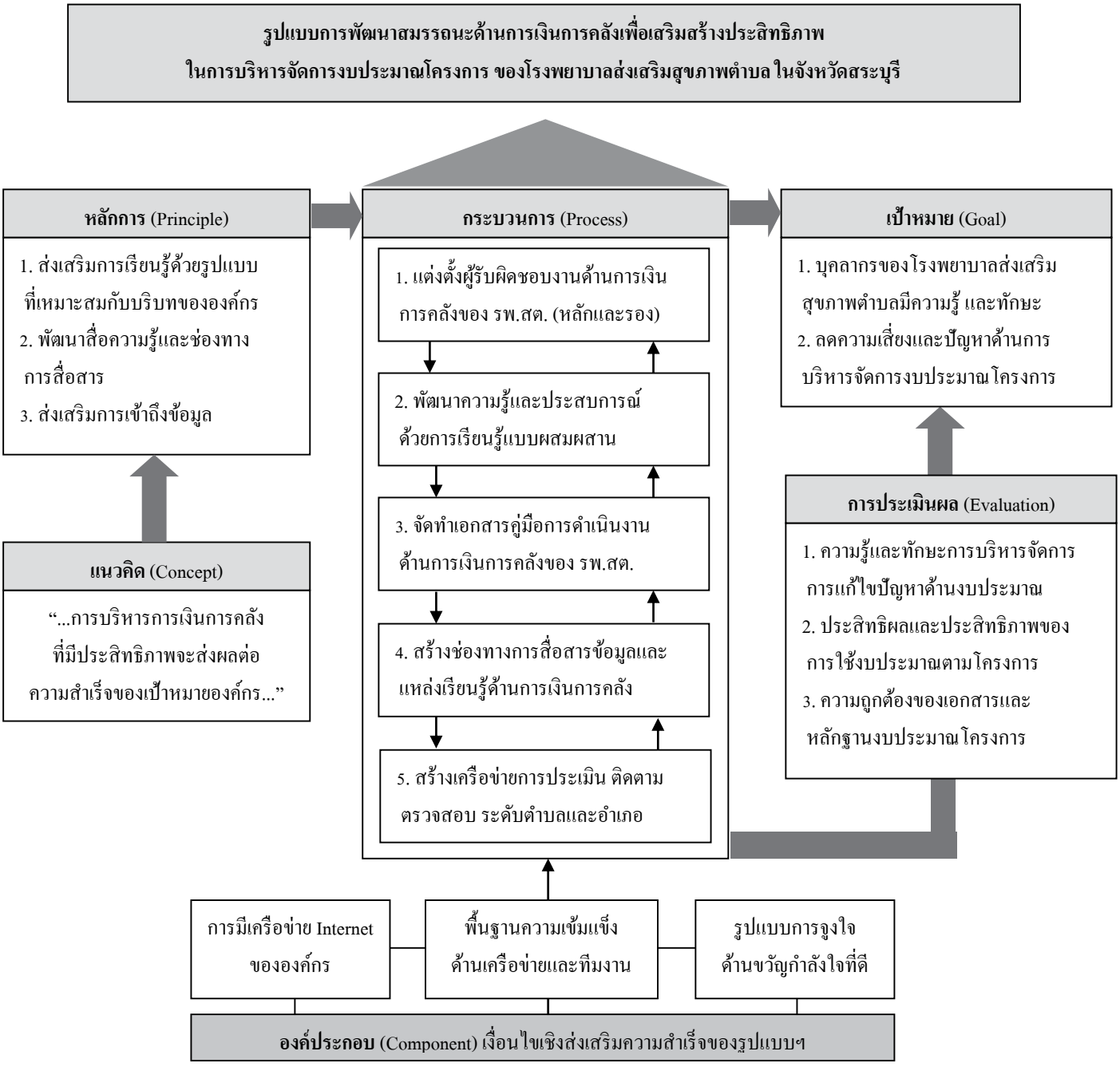
หลักการของรูปแบบ (Principle) หมายถึง แนวทางการปฏิบัติเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการเงินการคลัง 3 แนวทาง คือ 1) มุ่งเน้นการส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการเงินการคลังด้วยรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งต้องเป็นวิธีการที่ง่ายต่อการปฏิบัติไม่ซับซ้อนจนก่อให้เกิดความยุ่งยากในการปฏิบัติ มีความยืดหยุ่นและเอื้อให้เกิดความเข้าใจไม่น่าเบื่อ 2) การพัฒนาสื่อความรู้และช่องทางการสื่อสารข้อมูลด้านการเงินการคลังด้วยการทำสื่อแนะนำแบบที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายๆน่าสนใจ และสามารถเรียนรู้ได้ในทุกเวลาที่ต้องการ และ 3) ส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลระเบียบ ข้อกำหนดเกี่ยวกับด้านการเงินการคลัง ซึ่งหมายถึง การนำระเบียบ ข้อบังคับต่างๆมาแปลให้เป็นภาษาที่สามารถเข้าใจได้ง่ายๆ และไม่ว่าจะเป็นใครก็สามารถเรียนรู้และเข้าใจกฎหมายหรือระเบียบการเงินการคลังได้

ป้าหมายของรูปแบบฯ (Goal) หมายถึง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์หรือสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแนวทางของรูปแบบฯ 2 เป้าหมาย 1) บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความรู้ และทักษะจำเป็นสำหรับการบริหารจัดการงบประมาณโครงการภายใต้ระเบียบการเงินการคลังสามารถบริหารจัดการเกี่ยวกับงบประมาณโครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) ลดความเสี่ยงและปัญหาด้านการบริหารจัดการงบประมาณโครงการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กระบวนการของรูปแบบฯ (Process) หมายถึง วิธีการหรือขั้นตอนในการดำเนินการในการแก้ไขปัญหาและสนับสนุนความต้องการในการพัฒนาของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีวิธีการดำเนินการ 5 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบ (Responsible person) งานด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) ขั้นการพัฒนาความรู้และประสบการณ์ (Learning support) ด้านการเงินการคลังด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบผสมผสาน โดยการให้ความสำคัญกับการอบรมให้ความรู้หรือการอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะด้านการเงินการคลังด้วยกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลายเพื่ออำนวยความสะดวกหรือเอื้อให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพได้มีการพัฒนาทักษะและเรียนรู้อย่างต่อเนื่องโดยไม่ส่งผลกระทบต่อบริบทหรือภารกิจของผู้เรียน 3) ขั้นการจัดทำเอกสารคู่มือ (Operating manual) การดำเนินงานด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการจัดทำคู่มือที่เป็นแนวทางการปฏิบัติงานด้านการเงินการคลังเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือในประเด็นที่จำเป็นเฉพาะที่เกิดความผิดพลาดบ่อยๆ 4) ขั้นสร้างช่องทางการสื่อสารข้อมูล (Communication channel) และแหล่งเรียนรู้ด้านการเงินการคลัง โดยกำหนดใช้ช่องทางการ

ติดต่อสื่อสาร การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเรียนรู้ การปรึกษาแนะนำอย่างเป็นรูปธรรมสามารถเข้าถึงได้ง่าย และเป็นที่ทราบอย่างสากลร่วมกัน และ 5) ขั้นสร้างเครือข่ายการประเมิน (Evaluation Network) เพื่อติดตาม ตรวจสอบด้านการเงินการคลังระดับตำบลและอำเภอ โดยกำหนดแนวทางหรือรูปแบบการประเมินไว้อย่างเป็นรูปประธรรมชัดเจน

ปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จของรูปแบบ มี 3 ปัจจัย คือ 1) การมีเครือข่าย Internet ใช้งานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) มีรูปแบบการจูงใจด้านขวัญกำลังใจอย่างเหมาะสมให้กับผู้รับผิดชอบงานด้านการเงินการคลัง และ 3) การมีพื้นฐานความเข้มแข็งด้านเครือข่ายและการทำงานเป็นทีม รายละเอียดผังโครงสร้างรูปแบบ ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 แสดงผังโครงสร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการเงินการคลังฯ

สรุปและอภิปรายผล

การขาดความรู้และทักษะด้านการเงินการคลังของบุคลากร พบว่า สาเหตุสำคัญของปัญหาด้านการบริหารจัดการงบประมาณโครงการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาจากการขาดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพของการบริหารจัดการงบประมาณโครงการของ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีผลมาจากการดำเนินงานที่ไม่ถูกต้องตามระเบียบการเงินการคลัง เช่น การใช้งบประมาณผิดประเภท และไม่สอดคล้องกับเป้าหมายของโครงการ ตลอดจนเกิดความผิดพลาดเกี่ยวกับหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับด้านการเงินพัสดุ ซึ่งพบว่ากรณีของการขาดความรู้และทักษะทางด้านการเงินการคลังคือสาเหตุของปัญหาด้านการบริหารจัดการงบประมาณ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภัทร์ วรรณ พัดเจริญ [12] พบว่าปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติงานการเบิกจ่ายเงินตามระบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMIS) ในกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ คือ บุคลากรขาดความรู้ ความชำนาญจากการขาดผู้รู้ที่จะช่วยสอนงานให้ และส่งผลให้เกิดปัญหาของการใช้งานไม่ถูกต้องมีการบันทึกบัญชีผิดประเภท และไม่ถูกต้อง ไม่มีทะเบียนคุม ไม่มีแผนการเบิกจ่ายเงิน การเบิกจ่ายเงินผิดประเภท ไม่มีการเปรียบเทียบราคากลาง มีการส่งมอบพัสดุหลังวันครบกำหนด ส่งใช้เงินคืนล่าช้า หลักฐานใบสำคัญส่งเอกสารไม่ครบถ้วน อีกทั้งการศึกษาของกนิษฐา ประเสริฐสม, วิชชุลดา เวชกูล, และคณะ[13] พบว่าปัญหาในการนำโปรแกรม Financial Application มาใช้ในการบริหารงานการเงิน งบประมาณและการบัญชีของสำนักงานคณะกรรมการ ป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ เกิดจากปัญหาด้านบุคลากรมากที่สุด ซึ่งจากการศึกษาส่วนใหญ่สะท้อนให้เห็นว่าการขาดความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับด้านการเงินการคลังของบุคคลคือปัจจัยที่สำคัญที่เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาด้านการเงินการคลังและนำมาซึ่งความผิดพลาดในด้านต่างๆ ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาว่าอาจเป็นเพราะในการปฏิบัติงานด้านการเงินการคลังเป็นองค์ความรู้เฉพาะด้านอีกทั้งยังมีเรื่องของระเบียบและข้อบังคับต่างๆ ที่ต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด ดังนั้นการปฏิบัติงานด้านการเงินการคลังผู้ปฏิบัติจำเป็นต้องมีองค์ความรู้ ทักษะและความชำนาญซึ่งน่าจะเป็นเหตุผลเดียวกันกับข้อสรุปในการศึกษาของชลกนก โฆษิตคณิน, ชนิดาภา ดีสุขอนันต์, และคณะ[14] ข้อเสนอแนะว่า การจัดทำบัญชีจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถทั้งด้านเอกสารและวิธีการทางบัญชีและด้านเครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ปัญหาด้านการบริหารจัดการ พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่มีการวางแผนการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านการเงินการคลัง และแผนการบริหารจัดการงบประมาณสำหรับการดำเนินงานโครงการอย่างเป็นระบบทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ซึ่งผลดังกล่าวอาจเกิดจากข้อจำกัดและจุดอ่อนในหลายๆ ด้านประกอบกัน เช่น ประเด็นด้านการขาดผู้ที่มีทักษะด้านการเงินการคลังรับผิดชอบด้านการเงินการคลังที่เกี่ยวข้องกับงบประมาณโครงการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขณะเดียวกันบุคลากรในมีภาระงานมากแต่มีผู้ปฏิบัติงานน้อย อีกทั้งนโยบายเร่งด่วนต่างๆ ที่ทำให้เกิดความขัดแย้งในด้านระยะเวลาของการดำเนินงานโครงการกับการเบิกจ่ายงบประมาณของโครงการ แต่ปัญหาเหล่านี้สามารถแก้ไขได้ด้วยการเตรียมการวางแผนงานอย่างเป็นระบบ ดังข้อสรุปในการศึกษาของอนันต์ อัครสุวรรณกุล, พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ, และคณะ[15] โดยสรุปว่า การบริหารจัดการแบบมุ่งผลสำเร็จ บทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขเขต และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในการวางแผน ติดตามประเมินผล จัดสรรทรัพยากรและสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาสาธารณสุขส่วนภูมิภาคในระดับอำเภอ โดยการจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ให้มีอำนาจหน้าที่และบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการบริหารแผนงานโครงการและงบประมาณ รวมทั้งการการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS)

ความต้องการพัฒนาด้านความรู้ทักษะทางการเงิน/งบประมาณ พบว่า บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องการพัฒนาด้านความรู้ทักษะทางการเงิน/งบประมาณในระดับมาก โดยเฉพาะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรมีความรู้เกี่ยวกับระเบียบการเงินการคลังแต่ส่วนใหญ่กับมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับระเบียบการเงินการคลังในระดับปานกลาง และผู้รับผิดชอบโครงการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระเบียบการเงินการคลัง ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรับรู้ว่าการใช้งบประมาณในโครงการที่ผิดไปจากวัตถุประสงค์ถือว่าเป็นความผิดวินัยและผิดระเบียบการเงินการคลัง ดังนั้นจึงน่าจะเป็นเหตุผลให้บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความต้องการในการพัฒนาด้านความรู้ ทักษะทางการเงินการคลัง ซึ่งสอดคล้องกมลเนตร สุภาพ[16] โดยสรุปว่าไม่ว่าผู้ทำบัญชีมีประสบการณ์การจัดทำบัญชีเท่าใดและทำงานอยู่ในทุกประเภทธุรกิจยังมีความต้องการพัฒนาความรู้ทั่วไปของการบัญชี การบันทึกบัญชี และการจัดทำบัญชีการเงินมากที่สุด ด้วยวิธีการเข้ารับการอบรม สัมมนา และสอดคล้องกับการศึกษาของธนิษฐา ชีวพัฒนพันธ์[17] สรุปว่าบุคลากรส่วนการคลังมีความคิดเห็น

เกี่ยวกับความต้องการในการพัฒนาความรู้ทางบัญชี ในระดับมาก โดยต้องการพัฒนาความรู้ด้านการจัดทำรายงานเป็นอันดับแรก รองลงมาต้องการพัฒนาความรู้ด้านการบันทึกบัญชี และการจัดทำทะเบียน โดยเน้นการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางการบัญชี โดยสนใจพัฒนาความรู้ด้วยวิธีการเข้ารับการอบรมสัมมนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ในการทำงาน ระยะเวลาที่เหมาะสมในการฝึกอบรมควรเป็นวันทำการ จากทั้งสองการศึกษาจะเห็นได้ว่าวิธีการหรือรูปแบบที่กลุ่มตัวอย่างต้องการใช้ในการพัฒนาความรู้ด้านการเงินการบัญชีนั้นจะเน้นไปที่การอบรม สัมมนาในช่วงเวลาราชการ ซึ่งอาจแตกต่างจากการวิจัยครั้งนี้ในด้านวิธีการหรือรูปแบบเนื่องจากบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ข้อเสนอแนะว่าจังหวัดควรมีการจัดอบรมเพิ่มพูนทักษะด้านการเงินการคลังให้กับบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง และควรมีการออกติดตามประเมินผลหลังการอบรมให้ความรู้ และอาจมีการจัดทำ VDO Conference กรณีศึกษาต่างๆ ที่เกิดความผิดพลาดขึ้นเพื่อเป็นการเรียนรู้และสร้างมาตรฐานการดำเนินงานด้านการเงินการคลังสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รูปแบบที่หลากหลายนี้สอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้แบบผสมผสานของ Carman[18] ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ผสมผสาน แบบการเรียนรู้ในห้องเรียน ผสมกับการเรียนรู้นอกห้องเรียนที่ผู้เรียนผู้สอนไม่เผชิญหน้ากัน หรือการใช้แหล่งเรียนรู้ที่มีอยู่หลากหลาย กระบวนการเรียนรู้และกิจกรรมเกิดขึ้นจากยุทธวิธีการเรียนการสอนที่หลากรูปแบบ เป้าหมายอยู่ที่การให้ผู้เรียนบรรลุเป้าหมายการเรียนรู้เป็นสำคัญ ซึ่งผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าจะเป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งมีลักษณะเฉพาะและภารกิจที่หลากหลายภายใต้ข้อจำกัดด้านอัตรากำลังคนในขณะเดียวกันก็มีปัจจัยเอื้อในด้านเทคโนโลยีและระบบการสื่อสารและสารสนเทศ

รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะด้านการเงินการคลังเพื่อการบริการจัดการงบประมาณโครงการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการวิจัยนี้เกิดจากแนวคิด (Concept) ที่มีความเชื่อพื้นฐานว่า“การบริหารการเงินการคลังเป็นเรื่องที่สำคัญและเป็นส่วนประกอบจำเป็นในระบบการบริหารองค์กร โดยเป็นเครื่องมือในการสร้างความเข้มแข็งและความสำเร็จให้กับองค์กร ดังนั้น ถ้าบุคลากรในองค์กรบริหารการเงินการคลังให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดจะส่งผลต่อความสำเร็จของเป้าหมายองค์กร" ซึ่งสอดคล้องกับข้อสรุปในการศึกษาของสุวรรณี รุ่งจตุรงค์[19] โดยกล่าวไว้ว่า“การมีประสบการณ์ทำงานด้านบัญชีมายาวนาน ทำให้มีความรู้ความเข้าใจในการจัดทำบัญชีตามมาตรฐานการรายงานทางการเงินเป็นอย่างดี ช่วยให้องค์กรบรรลุเป้าหมายและเกิดประโยชน์สูงสุด” ซึ่งเป็นความเชื่อพื้นฐานที่มีทิศทางเดียวกันกับความต้องการในการพัฒนาด้านการเงินการคลังของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กระบวนการของรูปแบบฯ (Process) คือขั้นตอนในการดำเนินการของรูปแบบที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาและสนับสนุนความต้องการในการพัฒนาของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสระบุรี ในการวิจัยนี้ พบว่า ทั้ง 5 ขั้นตอนมีความสอดคล้องกับหลายการศึกษาก่อนหน้านี้ เช่น การศึกษาของชฎาภรณ์ ชื่นตา, สำลี เวชกามา, และคณะ[20] พบว่ารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลประกอบด้วยการดำเนินงาน 4 กิจกรรม โดยหนึ่งในกิจกรรมสำคัญคือ การกำหนดและจัดให้มีผู้รับผิดชอบขององค์กรในการดำเนินงาน และการศึกษาของอุบลรัตน์ รุยันต์ และพจนา ไอยรัตน์[21] ซึ่งหนึ่งในขั้นตอนสำคัญของรูปแบบฯ คือ การชี้แจงให้บุคลากรรับทราบกฎระเบียบและหลักเกณฑ์แนวปฏิบัติในการปฏิบัติงานทราบ และจากการนำสภาพปัญหามากำหนดแนวทางการดำเนินงานจัดทำขั้นตอนการปฏิบัติงาน ระบบการเบิกจ่ายเงินงบประมาณจากสถานการณ์การควบคุมการเบิกจ่ายงบประมาณในการจัดโครงการของคณะเทคโนโลยี อุตสาหกรรม และคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของพรชัย เทพปัญญา[22] ซึ่งสรุปว่าจำเป็นต้องพัฒนาข้าราชการของกระทรวง/กรม ให้มีองค์ความรู้พื้นฐานการวิเคราะห์งบประมาณตามนโยบายของรัฐบาล และยุทธศาสตร์กระทรวง/กรม ที่มุ่งการผลิตและผลลัพธ์การผลิต อีกทั้งการศึกษาของประจบ ศรีวงษ์ และคณะ[23] ระบุว่าการพัฒนาคุณภาพของงานควรมีการดำเนินงานทั่วทั้งองค์กรเพื่อปลูกจิตบริการให้กับบุคลากรของหน่วยงานได้ตระหนักถึงการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานทั้งกระบวนงานหลักและกระบวนงาน และผลการศึกษาของทัตวรรณ ไชยพรม, วาโร เพ็งสวัสดิ์, และคณะ[24] เห็นว่าต้องกำหนดให้มีการสร้างคู่มือการใช้รูปแบบการดำเนินงานควบคุมภายใน และสอดคล้องกับพัชรินทร์ ยืนนาน และธรินธร นามวรรณ[25] ได้สรุปว่า สารสนเทศและการสื่อสาร จัดระบบสารสนเทศและการสื่อสารเกี่ยวกับการควบคุมภายในที่

มีคุณภาพและเป็นปัจจุบัน และการติดตามประเมินผลการระดมความคิดเห็นให้ทราบถึงปัญหาข้อบกพร่องเพื่อนำมาหาแนวทางการแก้ไขปรับปรุงและพัฒนา กำกับติดตามตรวจสอบประเมินมีความมุ่งมั่นในการแก้ไขปรับปรุงและหาแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด และมีมี สัจจกมล[26] ระบุว่า 1 ใน 4 กิจกรรมของรูปแบบ คือ กิจกรรมการติดตามประเมินผลงบประมาณ ซึ่งยังตรงกับผลการศึกษาของเพ็ญพรรณ บางอร[27] ในขั้นการตรวจสอบการดำเนินงาน (C) เป็นการตรวจสอบเอกสารหลักฐานทั้งการเงิน บัญชีพัสดุและสินทรัพย์ทั้งจากผู้ตรวจสอบภายในและภายนอกจากการศึกษาแนวทางการบริหารจัดการระบบบริหารงานงบประมาณของโรงเรียนสบเมยวิทยาคม อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่เป็นหน่วยงานในการควบคุมกำกับและสนับสนุนงบประมาณต่างๆ ให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเฉพาะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และบุคลากรที่ได้รับมอบหมายให้มีหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินงานด้านการเงินการคลังและงบประมาณได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ด้านระเบียบการเงินการคลัง และหลักการบริหารจัดการงบประมาณอย่างต่อเนื่อง โดยนำรูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลายมาใช้เป็นเครื่องมือหรือช่องทางสำหรับส่งเสริมความรู้ ทักษะ และมีการติดตามประเมินผลแบบเครือข่าย ในรูปแบบการเยี่ยมประเมินเสริมพลังควบคู่กับการสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ควรมีการพัฒนาชุดการเรียนรู้หรือคู่มือการดำเนินด้านการเงินการคลังหรือการบริหารจัดการงบประมาณในรูปแบบชุดการเรียนรู้แบบ E-Learning, หรือโปรแกรมการเรียนรู้สำเร็จรูป เช่น ความรู้เกี่ยวกับระเบียบการเงินการคลัง ความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการงบประมาณโครงการ, ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหากรณีที่พบว่ามักเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยๆที่พบในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำหรับเป็นเครื่องมือและช่องทางในการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการเงินการคลังให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการสืบค้นข้อมูล และเรียนรู้แบบออนไลน์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะผู้บริหาร และคณะเจ้าหน้าที่จากกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องทุกกลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีทุกๆท่าน ที่ได้ให้การสนับสนุนโอกาสให้ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาได้อย่างสะดวก และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ และเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ที่ให้การสนับสนุนข้อมูลสำคัญในทุกขั้นตอนของการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จอย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย พยัคฆโส. **บทบาทของ "รพ.สต." กลไกของการพัฒนาสาธารณสุขไทย**. https://siamrath.co.th/n/51191 สืบค้นเมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2562.

2. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. **การศึกษาภาระงานและผลิตภาพกำลังคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**. http://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4893/hs2417.pdf?sequence=1&isAllowed=y สืบค้นเมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2562.

3. Akampurira Abraham. **Project Planning and Management: An Aspect of Development Hamburge: Anchor Academic Publishing**. 2013.

4. ปกรณ์ ปรียากร. **การบริหารโครงการ: แนวคิดและแนวทางในการสร้างความสำเร็จ คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบัน บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์** พิมพ์ครั้งที่ 16. สำนักพิมพ์เสมาธรรม กรุงเทพมหานคร, 2557.

5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. **เอกสารบันทึกรายงานการติดตามการใช้จ่ายงบประมาณโครงการของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปีงบประมาณ 2560-2561**. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี, 2561.

6. รัตนะ บัวสนธ์. **ปรัชญาวิจัย**. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร, 2551.

7. ธานินทร์ ศิลป์จารุ. **การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร. 2549.

8. Keeves, P. J. **Educational research methodology, and measurement: An international handbook**. Oxford England: Pergamon Press, 1988.

9. เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ตติกจ์. **การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ : การจัดการข้อมูลการตีความและการหาความหมาย**. สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม, 2552.

10. พวงรัตน์ ทวีรัตน์. **วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์**. สำนักทดสอบทางการศึกษาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร กรุงเทพมหานคร, 2540.

11. กัลยา วานิชย์บัญชา. **การวิเคราะห์สถิติ : สถิติเพื่อการตัดสินใจ.** คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร, 2544.

12. ภัทร์วรรณ พัดเจริญ. **การศึกษาสภาพปัญหาและพัฒนาการเบิกจ่ายเงินตามระบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMIS) ในกรม สนับสนุนบริการสุขภาพ**. https://hss.moph.go.th/fileupload_doc_slider/2018-06-12-25-18-486210.pdf สืบค้นเมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2562.

13. กนิษฐา นาวารัตน์. **การพัฒนารูปแบบและกลยุทธ์การส่งเสริมความเป็นศูนย์กลางการศึกษานานาชาติของประเทศไทยในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้**. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาอุดมศึกษา บัณฑิต วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2549.

14. ชลกนก โฆษิตคณิน, ชนิดาภา ดีสุขอนันต์, และคณะ. **"ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนาการจัดทำบัญชีวิสาหกิจ ชุมชนจังหวัดนครปฐม"**. **Veridian E-Journal, Slipakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลปะ** 10(3) : 2138-2151, 2560.

15. อนันต์ อัครสุวรรณกุล, พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ, และคณะ. **การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารโครงการและงบประมาณ ของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 12**. วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร, 2550.

16. กมลเนตร สุภาพ. "ความต้องการพัฒนาความรู้ทางด้านบัญชีและวิธีการให้บริการความรู้สำหรับผู้ทำบัญชีในธุรกิจ ภาคเหนือตอนล่าง 1". **วารสารวิทยาการจัดการ**. 34(2) : 29-54, 2560.

17. ธนิษฐา ชีวพัฒนพันธ์. **ความต้องการพัฒนาความรู้ทางบัญชี ของบุคลากรส่วนการคลัง สังกัดองค์การบริหาร ส่วนตำบลในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี**. มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์ นนทบุรี, 2555.

18. Carman, J. M. **Blended Learning Design: Five Key Ingredients**. http://www.agilantlearning.com/pdf/Blended Learning Design.pdf Retrieved December 20, 2019.

19. สุวรรณี รุ่งจตุรงค์. **ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ความเข้าใจในการจัดทำบัญชีตามมาตรฐานการรายงานทางการเงินสำหรับกิจการที่ไม่มีส่วนได้เสียสาธารณะ**. คณะบัญชี มหาวิทยาลัยศรีปทุม กรุงเทพมหานคร, 2558.

20. ชฎาภรณ์ ชื่นตา, สำลี เวชกามา, และ เพ็ญแข สะอาดยิ่ง. **การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล จังหวัดยโสธร**. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2559.

21. อุบลรัตน์ รุยันต์ และพจนา ไอยรัตน์. **การพัฒนารูปแบบการควบคุมการเบิกจ่ายงบประมาณในการจัดโครงการของคณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม**. สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, 2560.

22. พรชัย เทพปัญญา. "การพัฒนารูปแบบการวางแผนและการจัดทำงบประมาณในลักษณะบูรณาการที่รองรับการปฏิบัติงานตามนโยบายรัฐบาล". **วารสารสังคมศาสตร์และศิลปะมหาวิทยาลัยศิลปกร**. 11(1) : 1-15, 2561.

23. ประจบ ศรีวงษ์ และคณะ. "การพัฒนาระบบการเบิกจ่ายเงินของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น". **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น**. 24(1) : 105-117, 2560.

24. ทัตวรรณ ไชยพรม, วาโร เพ็งสวัสดิ์, และบุญมี ก่อบุญ. "การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมภายในของโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนคร เขต 3". **วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด**. 12(1) : 107-117, 2561.

25. พัชรินทร์ ยืนนาน และธรินธร นามวรรณ. "การพัฒนาแนวทางการบริหารงบประมาณในสถานศึกษา สังกัดสำนักงาน เขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุดรธานี เขต 4". **วารสารการบริหารและนิเทศการศึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคาม**. 8(2) : 98-111, 2560.

26. มีมี สัจจกมล. "รูปแบบการบริหารจัดการงบประมาณแบบเพิ่มประสิทธิภาพตามนโยบายการกระจายอำนาจ สู่สถานศึกษาขั้นพื้นฐานในเขตกรุงเทพมหานคร". **วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย**. 43-53, 2552.

27. เพ็ญพรรณ บางอร. **แนวทางการบริหารจัดการระบบบริหารงานงบประมาณของโรงเรียนสบเมยวิทยาคม อำเภอ สบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน**. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, 2562.

การประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

Evaluation of efficiency and effectiveness of Fiscal Management of Government hospital under Saraburi Provincial Public Health Office

จีระพร ลาสุดี[1], ยอดชาย สุวรรณวงษ์[1]

Cheraporn Lasudee[1], Yodchai Suwannawong[1]

(Received: March 8 ,2020 ; Accepted: March 17 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี และ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลภาครัฐ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย บุคลากรผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการเงินการคลังของโรงพยาบาล จำนวน 67 คน และข้อมูลการเงินจากรายงานด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาล ระหว่างปีงบประมาณ 2561 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และแบบบันทึกผลงานด้านการบริหารการเงินการคลัง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติไคสแคว์

ผลการศึกษา พบว่า 1) โรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี มีผลการดำเนินงานประสิทธิผลสูงกว่าเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุขในด้านเงินทุนหมุนเวียนสุทธิ (ร้อยละ 83.33) และด้านอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (ร้อยละ 58.34) ด้านระยะเวลาถั่วเฉลี่ยในการชำระหนี้การค้าประเภทยาเวชภัณฑ์ มิใช่ยา (ร้อยละ 58.34) และโรงพยาบาลไม่มีวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 (ร้อยละ 91.66) 2) ประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีภาพรวมมีประสิทธิภาพสูง ($\bar{x}$ = 4.18, S.D. = 0.385) และ 3) อายุ ตำแหน่ง/บทบาทหน้าที่ และขนาดของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพด้านระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยงด้านบัญชีและงบการเงิน และด้านการบริหารพัสดุ ด้านบัญชีและงบการเงิน และด้านการบริหารพัสดุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อเสนอแนะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลังให้กับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลและมอบหมายความรับผิดชอบให้กับความสามารถของบุคลากร

คำสำคัญ : การประเมินผล, ประสิทธิภาพด้านการเงิน, ประสิทธิผลด้านการเงิน, การบริหารการเงิน, โรงพยาบาลรัฐ

Abstract

The aim of this cross-sectional survey research were to 1) Evaluation of efficiency and effectiveness of Fiscal Management of Government hospital under Saraburi Provincial Public Health Office and 2) Study association between factors and effectiveness of Fiscal Management of Government hospital under Saraburi Provincial Public Health Office. The samples consisted of 67 financial personnel of Government hospital and financial information from financial report recode in Government hospital During Foundation Fiscal 2018. The questionnaire and financial record form was constructed and used as tool for collected data. The statistics used for data analysis were descriptive statistics and Chi-Square Test

The Major results were as follow: 1) The Government hospital under Saraburi Provincial Public Health Office has the efficiency of Fiscal Management was higher than the Ministry of Public Health target. The Fiscal Management consists of the Net Working Capital (83.33 %), the Quick Ratio (58.34 %), and the Average payment Period (58.34 %). the hospitals were absence of financial crisis in 7 levels (91.66%). 2) The overall of effectiveness of Fiscal Management of Government hospital under Saraburi Provincial Public Health Office were at a high level ($\bar{x}$ = 4.18, S.D. = 0.385) and 3) The factors of age, position or role, and size of hospital has relationship with the effectiveness of Fiscal Management of Government hospital under Saraburi Provincial Public Health Office at the statistical level of 0.05. The Suggestions; the Saraburi Provincial Public Health Office should put priority emphasis on competency development of Financial officer of Government hospital and assign financial responsibility appropriately to the ability of personnel.

Key words: Evaluation, Efficiency of Financial, Effectiveness of Financial, Financial Management, Government hospital

[1] นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

บทนำ

ความสำเร็จของเป้าหมายสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ การสร้างความเป็นธรรมของการเข้าถึงบริการจำเป็นให้กับคนไทยทุกคน และช่วยลดภาระรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลของครัวเรือน และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญ[1] จากรายงานสถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลในกำกับกระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรงพยาบาลรัฐหลายแห่งประสบปัญหาด้านการเงินการคลัง โดยขาดสภาพคล่องทางการเงิน ซึ่งบางแห่งเกิดวิกฤติทางการเงินอย่างหนัก ซึ่งในปี 2561 มีโรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 48 แห่ง ทั่วประเทศ มีประสิทธิภาพการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาทางการเงินในระดับ 7 จากสถานการณ์ดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาวิกฤติทางการเงินการคลังโดยมีเป้าหมายในการเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐให้มีรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย[2]

โดยในปี 2562 มีการประชุมชี้แจงหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562 ระบุว่ากระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการขับเคลื่อนประสิทธิภาพด้านการเงินการคลังปี 2562 ที่มุ่งเน้นใน 7 ประเด็นสำคัญ คือ มุ่งการกระจายอำนาจให้เขตสุขภาพบริหารจัดการที่จะสามารถลงลึกไปถึงในระดับจังหวัด เน้นการแก้ไขวิกฤตการเงินโรงพยาบาลระดับ 7 และลดความเสี่ยงทางการเงินของโรงพยาบาลระดับ 4-6 การบริหารหนี้สิน (FIFO), การพัฒนาระบบสารสนเทศทางการเงินและติดตามกำกับซึ่งถือว่าเป็นเครื่องมือในการบริหารบนฐานข้อมูลที่ชัดเจนไม่ว่าจะเป็นการทำ unit cost unit analysis ที่จะเป็น full cost รวมไปถึงเรื่องของ labor cost การพัฒนาระบบการวัดประสิทธิภาพหน่วยบริการ การบริหารร่วมหน่วยบริการ (Merging) ทั้งในเชิงของการบริหารจัดร่วมกัน บริหารการจัดบริการร่วมกัน และการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และการเพิ่มศักยภาพผู้บริหารในเรื่องการเงินการคลัง และการสร้าง New Generation สู่ความยั่งยืนในอนาคต[3]

จากการให้ความสำคัญของการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ของสถานบริการ และความพยายามในการเพิ่มงบเหมาจ่ายรายหัวของกองทุนสุขภาพแห่งชาติในปีงบประมาณ 2562 นั้น เป็นอีกหนึ่งเสียงสะท้อนที่แสดงให้เห็นว่าปัจจัยทางการเงินการคลังเป็นสิ่งสำคัญต่อการดำเนินงานของสถานบริการสุขภาพ ซึ่งถือเป็นกิจการหนึ่งในการให้บริการด้านสาธารณสุขที่จำเป็นต้องมีเงินหรืองบประมาณเพื่อใช้ดำเนินการในด้านการรักษาการดูแลส่งเสริมสุขภาพ และการบริหารงาน อีกทั้งโรงพยาบาลรัฐเป็นองค์กรที่ไม่ได้มุ่งเน้นหาผลกำไร จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายที่สุดสิ่งหนึ่งของการบริหารจัดการทางการเงินในสถานบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพสูงสุดก็คือการบริหารจัดการระบบการเงินการคลังขององค์กร การบริหารการเงินจึงเป็นงานที่มีความสำคัญงานหนึ่งของโรงพยาบาล เนื่องจากระบบการเงินของสถานบริการเหล่านี้มีปัจจัยมากมายที่เกี่ยวข้อง ซับซ้อน อีกทั้งนโยบายด้านสาธารณสุขของรัฐบาลและการปฏิรูปสุขภาพของประเทศมีการปรับเปลี่ยนไปตามยุคสมัยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินและผู้เกี่ยวข้องหรือผู้บริหารของโรงพยาบาลจำเป็นต้องทราบให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบายของรัฐบาล ระเบียบวิธีปฏิบัติด้านการเงินการคลังภาครัฐของกรมบัญชีกลางด้วย และต้องมีการปรับกลยุทธ์ระบบการเงินการคลังของโรงพยาบาลทั้งด้านโครงสร้างรายได้ รายจ่าย ตลอดจนการใช้ข้อมูลที่สำคัญในการบริหารการเงินภายในโรงพยาบาลเพื่อให้สถานะการเงินของโรงพยาบาลมีเสถียรภาพมีทรัพยากรการเงินอย่างเพียงพอที่สำคัญต้องมีวินัยด้านการคลังและการดำเนินการอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และระเบียบปฏิบัติต่าง ๆ[4]

กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เป็นหน่วยงานหลักในการประสานงานและกำกับติดตามการบริหารจัดการงบประมาณเพื่อสนับสนุนภารกิจของโรงพยาบาลรัฐในพื้นที่จังหวัดสระบุรี และมีบทบาทสำคัญหนึ่งในการสนับสนุนด้านวิชาการเพื่อพัฒนาและส่งเสริมการดำเนินงานให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลจากรายงานสถานการณ์ทางการเงินการคลัง ของโรงพยาบาลรัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ประจำปีงบประมาณ 2561 พบว่า โรงพยาบาลส่วนหนึ่งสะท้อนสภาพปัญหาในเชิงโอกาสการพัฒนาด้านการบริหารจัดการระบบการเงินการคลัง โดยปัญหาส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายในองค์กร และปัจจัยภายนอกองค์กรที่เป็นอุปสรรคและส่งผลกระทบต่อสถานการณ์ทาง

การเงินการคลังของโรงพยาบาลในจังหวัดสระบุรี ดังนี้ ปัจจัยภายใน ได้แก่ การขาดความเข้าใจของผู้เกี่ยวข้องและมีหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลเกี่ยวกับหลักการบันทึกบัญชีตามนโยบายของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, และสถานการณ์ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้น อันได้แก่ ค่าใช้จ่ายด้านเงินเดือน ค่าจ้าง และค่าตอบแทนของบุคลากรในโรงพยาบาลที่ปัจจุบันมีจำนวนมากขึ้น และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นทุกปี และในด้านปัจจัยภายนอกที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายทางบัญชีของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ภาวะเศรษฐกิจและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ, และการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรและปัญหาสุขภาพ ซึ่งปัจจัยข้างต้นดังกล่าวล้วนส่งผลกระทบต่อเสถียรภาพและสถานการณ์ทางการเงินการคลังของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีทั้งสิ้น[6] อย่างไรก็ตามแม้ว่าจากข้อมูลรายงานสถานการณ์ทางการเงินการคลังข้างต้นจะสามารถสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยทั้งภายในและภายนอกที่โรงพยาบาลในจังหวัดสระบุรีเห็นตรงกันว่าเป็นสิ่งที่นำมาซึ่งผลกระทบต่อสถานการณ์ทางการเงินการคลังของโรงพยาบาล แต่ภาพสะท้อนดังกล่าวก็ยังเป็นเพียงข้อมูลพื้นฐานที่ยังไม่ชี้เฉพาะว่าปัจจัยเหล่านั้นมีอิทธิพลมากน้อยเพียงใด และปัจจัยใดที่เป็นปัจจัยร่วมสำคัญที่กระทบต่อโรงพยาบาลในจังหวัดสระบุรี ซึ่งหากสามารถเข้าถึงสภาพปัญหาที่แท้จริงได้ ก็จะช่วยทำให้สามารถกำหนดทิศทางทั้งในเชิงนโยบายระดับพื้นที่ และแนวทางการปฏิบัติที่สามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและสนับสนุนและเสริมประสิทธิภาพของการบริหารจัดการด้านการเงินและการคลังของโรงพยาบาลได้อย่างแท้จริง

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะของบุคลากรผู้รับผิดชอบด้านการประสานงาน ควบคุมกำกับติดตามด้านการบริหารจัดการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับจังหวัดสระบุรี เห็นว่าการศึกษาอย่างเป็นระบบจะช่วยให้เข้าใจถึงสถานการณ์ด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลรัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่จะนำไปสู่การดำเนินงานด้านการบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี โดยนำแนวคิดและหลักการของประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลัง 5 มิติ [7] เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลนำมาใช้คาดการณ์แนวโน้มการเงินการคลังของสถานบริการสาธารณสุข และการวางแผน เพื่อปรับปรุงระบบการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังจากการดำเนินงานของสถานบริการในกลุ่มเครือข่ายโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลและประสิทธิภาพดำเนินงานด้านการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional survey research) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสำรวจ (Survey) ความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการบริหารการเงินการคลังจากบุคลากรในโรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี และศึกษาประสิทธิผลจากข้อมูลทุติยภูมิ (secondary source) จากรายงานข้อมูลการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลภาครัฐ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ปีงบประมาณ 2561 ระยะใช้เวลาการวิจัย 2 เดือน ระหว่างเดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ 2563

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับด้านการเงินการคลังและพัสดุ ทั้งระดับผู้บริหาร และระดับผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลภาครัฐ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ประกอบด้วย ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายบริหารการเงิน/หัวหน้าการเงิน หัวหน้าฝ่ายบริหาร/หัวหน้าบริหาร และผู้ปฏิบัติงานฝ่ายบริหาร ผู้ปฏิบัติงานฝ่ายการเงิน และผู้ปฏิบัติงานฝ่ายพัสดุ จำนวน 72 ตัวอย่าง จากโรงพยาบาลรัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี และข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary source) จากรายงานด้านการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลภาครัฐ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ปีงบประมาณ 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ประยุกต์ข้อคำถามจากแบบประสิทธิภาพการเงินการคลัง 5 มิติ ของกระทรวงสาธารณสุข แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย (1) เพศ (2) อายุ (3) ระดับการศึกษา (4) ตำแหน่งงาน/หน้าที่ (5) ประสบการณ์ทำงาน (6) ประสบการณ์ฝึกอบรม และ(7) ขนาด/ประเภทของโรงพยาบาล 2) ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี แบบประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert)[8] 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 57 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ด้าน (1) ด้านการเงิน (2) ด้านจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล (3) ด้านบัญชีและงบการเงิน (4) ด้านบริหารพัสดุ และ(5) ด้านระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง และ 3) ข้อเสนอแนะและแนวทางการเสริมสร้างประสิทธิภาพเป็นคำถามปลายเปิด ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการหาค่า Cronbach's Alpha Coefficient method เท่ากับ 0.89

2. แบบบันทึกข้อมูลประสิทธิผลการเงินการคลังของโรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี 5 ด้าน คือ (1) ข้อมูลด้านอัตราส่วนสภาพคล่องทางการเงิน (2) ข้อมูลอัตราส่วนวัดความสามารถในการทำกำไร (3) ข้อมูลการประเมินวิกฤติทางการเงิน 7 ระดับ (4) ข้อมูลอัตราส่วนวัดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรและบริหารจัดการ และ (5) ข้อมูลผลการประเมินเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน 7 ตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอ้างอิง ได้แก่ สถิติไคสแคว์ (Chi-Square Test)[9]

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)[10]

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เลขที่ EC 039/2562

สรุปผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานด้านการบริหารการเงินการคลังของ โรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

ประสิทธิผลการดำเนินงานด้านการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ในปี 2561 มีประสิทธิผลสูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขในด้านเงินทุนหมุนเวียนสุทธิ (ร้อยละ 83.33) และด้านอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (ร้อยละ 58.34) ในขณะที่มีประสิทธิผลต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขในด้านอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (ร้อยละ 83.33) ด้านอัตราส่วนเงินสด (ร้อยละ 91.66) และผ่านการประเมินวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 (ร้อยละ 91.66) ในขณะที่มีผลการดำเนินงานประสิทธิผลต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขในด้านระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิประกันสังคม (ร้อยละ 100.00) ผลการประเมินเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน 7 ตัว (ร้อยละ 100.00) ด้านประสิทธิภาพการทำกำไร (ร้อยละ 83.33) ด้านการบริหารสินค้าคงคลังประเภทยา (ร้อยละ 66.66)

2. ผลการศึกษาประสิทธิภาพดำเนินงานด้านการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 97.01) มีอายุเฉลี่ย 37.04 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี/เทียบเท่า (ร้อยละ 86.57) และมีตำแหน่งงานหรือบทบาทหน้าที่เจ้าหน้าที่ฝ่ายการเงิน (ร้อยละ 40.30) มีระยะเวลาเฉลี่ยปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบริหารการเงินการคลัง 8.89 ปี ต่ำสุด 3 เดือน และสูงสุด 27 ปี และมากกว่าครึ่งไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับด้านการบริหารการเงินการคลัง (ร้อยละ 56.72) ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลระดับ F2 (ร้อยละ 50.75)

ประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อ

ประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีในภาพรวมอยู่ในระดับประสิทธิภาพสูง ($\bar{x}$ = 4.18, S.D. = 0.385) และเมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า (1) ด้านการเงินมีประสิทธิภาพสูงสุด ($\bar{x}$ = 4.40, S.D. = 0.417) (2) ด้านการจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพสูง ($\bar{x}$ = 4.03, S.D. = 0.499) (3) ด้านบัญชีและงบการเงินมีประสิทธิภาพสูง ($\bar{x}$ = 4.18, S.D. = 0.372) (4) ด้านการบริหารพัสดุมีประสิทธิภาพสูง ($\bar{x}$ = 4.17, S.D. = 0.492) (5) ด้านระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพสูง ($\bar{x}$ = 4.13, S.D. = 0.465) รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายของความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการบริหารการเงินการคลังของ โรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

การดำเนินงาน (N=67)	$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย
ด้านการเงิน	4.40	0.417	สูงสุด
ด้านจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล	4.03	0.499	สูง
ด้านบัญชีและงบการเงิน	4.18	0.372	สูง
ด้านบริหารพัสดุ	4.17	0.492	สูง
ด้านระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง	4.13	0.465	สูง

* เกณฑ์พิจารณาคะแนน/จำแนกระดับคะแนน [11]

3. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล และด้านองค์กรกับภาพรวมของประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง/บทบาทหน้าที่ ระยะเวลาปฏิบัติงานฯ การอบรมการเงินการคลัง และขนาดของโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล เมื่อแยกทดสอบความสัมพันธ์ของประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการบริหารการเงินการคลังรายด้าน พบว่า อายุ กับตำแหน่ง/บทบาทหน้าที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการดำเนินงานด้านระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และขนาดของโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการดำเนินงานด้านบัญชีและงบการเงิน และด้านการบริหารพัสดุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาล

ประสิทธิภาพการเงินการคลัง	ปัจจัยด้านบุคคลและองค์กร (N=67)		ระดับประสิทธิภาพ					Chi-Sq. χ^2	P-value
			สูงที่สุด	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำที่สุด		
ด้านระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง	**อายุ**	น้อยกว่า 30 ปี	8	5	3	0	0	**16.037**	**0.014***
		30 - 40 ปี	9	22	2	0	0		
		41 - 50 ปี	4	6	1	0	0		
		51 - 60 ปี	1	3	3	0	0		
	ตำแหน่ง	ผอ.โรงพยาบาล	2	1	0	0	0	**14.260**	**0.027***
		หน.ฝ่ายการเงิน	0	5	4	0	0		
		หน.ฝ่ายบริหาร	2	5	1	0	0		
		จนท.ฝ่ายการเงิน	9	15	3	0	0		
		จนท.ฝ่ายบริหาร	5	9	2	0	0		
		จนท.ฝ่ายพัสดุ	1	2	1	0	0		
ด้านการบริหารพัสดุ	**ขนาดโรงพยาบาล**	ระดับ A	1	2	0	0	0	**21.019**	**0.021***
		ระดับ S	0	2	2	0	0		

ตาราง 2 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาล

ประสิทธิภาพการเงินการคลัง	ปัจจัยด้านบุคคลและองค์กร (N=67)		ระดับประสิทธิภาพ					Chi-Sq. χ^2	P-value
			สูงที่สุด	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำที่สุด		
		ระดับ M1	1	1	2	0	0		
		ระดับ M2	0	0	0	0	0		
		ระดับ F1	7	4	2	0	0		
		ระดับ F2	12	19	3	0	0		
		ระดับ F3	3	4	2	0	0		
ด้านบัญชีและงบการเงิน	ขนาดโรงพยาบาล	ระดับ A	1	2	0	0	0	**20.119**	**0.036***
		ระดับ S	0	2	1	0	0		
		ระดับ M1	1	2	1	0	0		
		ระดับ M2	0	0	0	0	0		
		ระดับ F1	7	3	3	0	0		
		ระดับ F2	12	17	5	0	0		
		ระดับ F3	3	4	2	0	0		

4. ข้อเสนอแนะและแนวทางการเสริมสร้างประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี พบว่า 1) ควรจัดให้มีการอบรมด้านพัสดุ และควบคุมภายใน ภายในจังหวัด เนื่องจากมีผู้รับผิดชอบงานที่ยังขาดความรู้และความเข้าใจเป็นอย่างมาก อย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่าปีละ 1 ครั้ง เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนระเบียบ ข้อบังคับ และเงินกองทุนประกันสุขภาพทุกๆปี 2) ควรจัดสรรบุคลากรให้เพียงพอต่องาน และมอบหมายผู้รับผิดชอบงานให้เหมาะสมกับความถนัดและความรู้ ความสามารถของแต่ละบุคคลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน และเป็นการสร้างขวัญกำลังในในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านการเงินการคลัง 3) ควรมีการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมและต้องมีกระบวนการวางแผน การดำเนินงาน การปฏิบัติการ ไปจนถึงการประเมินผลที่ชัดเจน มี Flow work ในการปฏิบัติงานเอกสารทางการเงิน และสามารถดำเนินงานได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วนและทันเวลา และ 4) ควรส่งเสริมให้หน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลมีการใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด คุ้มค่า และเกิดประโยชน์สูงสุด

สรุปและอภิปรายผล

ด้านการเงินมีประสิทธิภาพสูงสุด ($\bar{x}$ = 4.40, S.D. = 0.417) โดยเฉพาะประเด็นขั้นตอนเกี่ยวกับการรับ-ส่งเงินในโรงพยาบาลมีการลงลายมือชื่อ ผู้รับเงิน ผู้ส่งเงินในเอกสารหลักฐาน ครบถ้วน สมบูรณ์ ($\bar{x}$ = 4.59, S.D. = 0.496) และรองลงมาคือโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับเรื่องของเวลาที่ต้องดำเนินการเกี่ยวกับการเงินการคลังให้ทันต่อระยะเวลาที่กำหนดไว้ในระเบียบการเงินการคลัง เช่น การนำส่งคืนคลังภายใน 15 วันทำการ นับจากวันที่รับเงิน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของดวงเดือน เภตรา นภัสษร ผลาเลิศ และคณะ[12] ซึ่งศึกษาประสิทธิภาพการบริหารการเงินและบัญชีฝ่ายการเงิน กองนโยบายและแผน มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด และรายงานผลการศึกษาว่าประสิทธิภาพการบริการงานการเงินและบัญชีกองนโยบายและแผนมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีระดับความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพสูงที่สุด คือ ด้านอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ ธนากูลจีรวัฒน์ และพรรณี สุวัตถี[13] ซึ่งศึกษาประสิทธิภาพการบริหารงานงบประมาณของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 9 และพบว่า ประสิทธิภาพการบริหารงานงบประมาณของสถานศึกษา ภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากเช่นกัน รวมถึงยังมีทิศทางเดียวกันกับผลการศึกษาของปรานี คะหาราช[14] ซึ่งศึกษาประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านการเงินและการคลังตามหลักธรรมาภิบาลของเทศบาลตำบลในจังหวัดร้อยเอ็ด และพบว่า ประสิทธิภาพในการ

ปฏิบัติงานด้านการเงินและการคลังของเทศบาลตำบล ในจังหวัดร้อยเอ็ด ด้านเวลาอยู่ในระดับมากที่สุด

การพัฒนาด้านความรู้ พบว่า การเสริมสร้างประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ควรจัดให้มีการอบรมด้านพัสดุ และควบคุมภายในภายในจังหวัด เนื่องจากมีผู้รับผิดชอบงานที่ยังขาดความรู้และความเข้าใจเป็นอย่างมาก ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่กลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะในเชิงพัฒนา ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินการคลังในการวิจัยครั้งนี้มากกว่า ร้อยละ 50 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับด้านการบริหารการเงินการคลังสำหรับโรงพยาบาลมาก่อน ซึ่งน่าจะเป็นเหตุผลที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเสนอความคิดเห็นในประเด็นความต้องการในการพัฒนาด้านความรู้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของอัญชลี พลอยเพ็ชร[15] ได้ศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงานการประกันคุณภาพการศึกษาของมหาวิทยาลัยนครพนม ปีการศึกษา 2558 พบว่า แม้ประสิทธิภาพการดำเนินงานประกันคุณภาพการศึกษา มีค่าเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.71) แต่เมื่อพิจารณารายด้านกลับพบว่า การจัดอบรมให้บุคลากร/นักศึกษาได้รับความรู้เกี่ยวกับการประกันคุณภาพการศึกษาอย่างสม่ำเสมอ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x}$ = 3.63) และสอดคล้องกับการศึกษาของชุมพล นุชผ่อง สมอาจ วงษ์ขมทอง จันทร์จิรา วงษ์ขมทอง และ เนตรชนก ศรีทุมมา[16] ศึกษากลยุทธ์การเงินของผู้บริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกล่าวว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาสมรรถนะผู้บริหารด้านการเงินของโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะกลยุทธ์การแสวงหารายได้ใหม่และกลยุทธ์การควบคุมค่าใช้จ่าย และสอดคล้องกับผลการศึกษาของชฎาภรณ์ ชื่นตา สำลี เวชกามา และคณะ[17] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล จังหวัดยโสธร และสรุปผลการศึกษาว่าการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังส่งผลให้การบริหารงานการเงินการคลังของโรงพยาบาลมีคุณภาพในระดับหนึ่งและควรดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อที่คณะกรรมการบริหารการเงินการคลังจะนำความรู้ความเข้าใจไปบริหารจัดการการเงินการคลังให้มีคุณภาพ

แนวทางการเสริมสร้างประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ควรส่งเสริมให้หน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาลมีการใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด คุ้มค่า และเกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปาหนัน กนกวงศ์นุวัฒน์[18] ซึ่งศึกษารูปแบบการบริหารโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ด้วยการประเมินสภาพปัญหาการขาดสภาพคล่องทางการเงินเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน และเพื่อประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการบริหารโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน พบว่า การดำเนินงานแก้ไขภาวะวิกฤตทางการเงินของโรงพยาบาลพระปกเกล้าต้องสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับในองค์กรเข้าใจเพื่อสร้างความร่วมมือในการควบคุมค่าใช้จ่ายที่เกินความจำเป็นและเพิ่มรายได้เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง เช่น การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาเวชภัณฑ์วัสดุต่างๆ และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยคำนึงถึงมาตรฐานคุณภาพบริการ และสิทธิผู้ป่วยที่เหมาะสม และการสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในให้ถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา

ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน/บทบาทหน้าที่ ประสบการณ์ฝึกอบรม และด้านขนาดขององค์กร ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิภาพร มนชมธน สุวิทย์ ทับหิรัญรักษ์ และคณะ[19] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านบัญชี ด้วยระบบบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์(GFMIS) ของหน่วยงานที่เบิกจ่ายเงินกับสำนักงานคลังจังหวัดระนอง และพบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระดับตำแหน่ง อัตราเงินเดือน และระยะเวลาในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชีที่ต่างกันมีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านบัญชีด้วยระบบบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMIS) ไม่แตกต่างกัน แต่แตกต่างกันด้านการฝึกอบรมซึ่งมีความสัมพันธ์และมีผลกระทบเชิงบวกกับประสิทธิภาพการยื่นงบการเงินผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ (E-Filing) ของกลุ่มธุรกิจค้าส่งค้าปลีก และแตกต่างจากการศึกษาของปรานี คะหาราช[13]

ที่พบว่า อายุ ตำแหน่งงาน และระยะเวลาในการปฏิบัติงานแตกต่างกันส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านการเงินและการคลังตามหลักธรรมาภิบาลของเทศบาลตำบลในจังหวัดร้อยเอ็ดแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ควรร่วมกับโรงพยาบาลภารัฐในสังกัดทบทวนประสิทธิผลด้านการประเมินเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน 7 ตัว และร่วมกำหนดแนวทางในเชิงพัฒนาด้านการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลโดยพิจารณาด้านอัตราส่วนวัดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรและบริหารจัดการ จัดทำแผนการพัฒนาและผังการข้อปฏิบัติรายกรณีในการลดระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิประกันสังคม และด้านการบริหารสินค้าคงคลังประเภทยา ระยะเวลาถั่วเฉลี่ยในการชำระหนี้การค้าประเภท ยา เวชภัณฑ์มิใช่ยาฯ และด้านระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียก เก็บหนี้สิทธิ กรมบัญชีกลาง ซึ่งจะเป็นแนวทางในการเพิ่มอัตราส่วนวัดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรและบริหารจัดการของโรงพยาบาลให้ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน 7 Plus เนื่องจากการวางแผนที่ดีจะสามารถลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับด้านเวลา และเพิ่มประสิทธิผลในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพได้

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ควรสนับสนุนและจัดทำแผนการพัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลังโดยเป็นหลักสูตรที่ทันสมัยต่อระเบียบ ข้อบังคับด้านการบริหารการเงินการคลังให้กับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลภาครัฐในสังกัด ไม่น้อยกว่า 1 ครั้ง/ปี โดยกำหนดเป็นการพัฒนาด้าน Competency ของบุคลากรด้านการเงินการคลัง

3. โรงพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการด้านทรัพยากรบุคคล โดยพิจารณาจัดหาให้มีจำนวนบุคลากรด้านการเงินการคลังที่เพียงพอต่อภารกิจงาน และมอบหมายงานให้เหมาะสมกับความรู้ ความสามารถกับลักษณะงานที่ปฏิบัติ และควรมีการประเมินด้านขวัญกำลังใจและความพึงพอใจในงานของบุคลากรด้านการเงินการคลังเพื่อลดความเสี่ยงและความผิดพลาดจากความไม่พร้อมด้านทักษะ ขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน

4. ควรนำประเด็นผลการศึกษาครั้งนี้ ที่เห็นว่ามีค่าเฉลี่ยด้านประสิทธิภาพต่ำไปศึกษาด้วยรูปแบบงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Quality Research) ด้วยการนำประเด็นเหล่านั้น ไปตั้งเป็นข้อคำถามและสัมภาษณ์เชิงลึก (Indept interview) กับกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้อง และนำผลการศึกษามาตีความเพื่อสร้างเป็นแนวทางหรือข้อเสนอแนะในการพัฒนางานด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะผู้บริหาร และคณะเจ้าหน้าที่จากกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องทุกกลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีทุกๆท่าน ที่ได้ให้การสนับสนุนโอกาสให้ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาได้อย่างสะดวก และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ให้ข้อมูลสำคัญของโรงพยาบาลในจังหวัดสระบุรีทุกท่านที่ให้การสนับสนุนข้อมูลสำคัญในทุกขั้นตอนของการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จอย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์. **การคลังท้องถิ่น : การขยายฐานรายได้และมาตรการลดความเหลื่อมล้ำ**. สำนักวิจัยและพัฒนาสถาบันพระปกเกล้า กรุงเทพมหานคร, 2559.
2. เจษฎา โชคดำรงสุข. **สถานะการเงิน 48 รพ. สาธารณสุข ไตรมาส 2 ดีขึ้น**. www.matichon.co.th/local/quality- life/news_948159+&cd=17&hl=th&ct=clnk&gl=th สืบค้นเมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2562.
3. ไพศาล ดั่นคุ้ม. **การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562**. www.hfocus.org/content /2018/10/16437+&cd=1&hl=th&ct=clnk&gl=th สืบค้นเมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2562.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. **คู่มือบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562**. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัท สหมิตรพริ้นติ้ง แอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด นนทบุรี, 2562.
6. กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. **รายงานสถานการณ์ทางการเงินการคลังและการ วิเคราะห์สภาพปัญหาการบริหารด้านการเงินการคลังของสถานบริการสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สระบุรี**. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี จังหวัดสระบุรี, 2561.

7. งานตรวจสอบภายใน กระทรวงสาธารณสุข. **แบบประเมินเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง (5 มิติ) ปี 61**. http://www.cbauditor.com/ cbic/index.php?name= download&file= readdownload&id=54 สืบค้นเมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2562.

8. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. **เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย**. ศรีอนันต์การพิมพ์ กรุงเทพมหานคร, 2553.

9. ยุทธ ไกยวรรณ์. **วิเคราะห์ข้อมูลวิจัย 2**. พิมพ์ลักษณ์ ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ กรุงเทพมหานคร, 2550.

10. ชาย โพธิสิตา. **ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ**. อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์ พับลิชชิ่ง กรุงเทพมหานคร, 2552.

11. กัลยา วานิชย์บัญชา. **การวิเคราะห์สถิติ : สถิติเพื่อการตัดสินใจ**. คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร, 2544.

12. ดวงเดือน เภตรา, นภัสยร ผลาเลิศ, และคณะ. "ศึกษาประสิทธิภาพการบริหารการเงินและบัญชีฝ่ายการเงินกอง นโยบายและแผน มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด". **วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด**. 12(1) : 126-137, 2561.

13. วราภรณ์ ธนากูลจีรวัฒน์ และพรรณี สุวัตถี. "ประสิทธิภาพการบริหารงานงบประมาณของสถานศึกษา สังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 9". **วารสารศิลปากรศึกษาศาสตร์วิจัย**. 9(2) : 308-318, 2560.

14. ปรานี คะหาราช. "ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านการเงินและการคลังตามหลักธรรมาภิบาลของ เทศบาลตำบลในจังหวัดร้อยเอ็ด". **วารสารวิชาการ คณะวิทยาการจัดการมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม**. 1(2) : 52-60, 2559.

15. อัญชลี พลอยเพ็ชร. "ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงานการประกันคุณภาพการศึกษาของมหาวิทยาลัย นครพนม ปีการศึกษา 2558". **วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์**. 3(1) : 71-82, 2558.

16. ชุมพล นุชผ่อง, สมอาจ วงษ์ขมทอง, และคณะ. "ศึกษากลยุทธ์การเงินของผู้บริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล ชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข". **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์**. 9(1) : 23-33, 2560.

17. ชฎาภรณ์ ชื่นตา, สำลี เวชกามา, และคณะ. "การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล จังหวัดยโสธร". **วารสารวิชาการสาธารณสุข**. 26(2) : 372-381, 2560.

18. ปาหนัน กนกวงศ์นุวัฒน์. "รูปแบบการบริหารโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน". **วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า**. 30(2) : 106-212, 2556.

19. นิภาพร มนชมธน, สุวิทย์ ทับหิรัญรักษ์, และคณะ. "ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านบัญชี ด้วย ระบบบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMIS) ของหน่วยงานที่เบิกจ่ายเงินกับสำนักงานคลังจังหวัด **ระนอง**". รายงานการประชุมวิชาการและนำเสนอผลการวิจัยระดับชาติและนานาชาติ กลุ่มระดับ ด้านบริหารธุรกิจและรัฐประศาสนศาสตร์. **1(1) : 1310-1322, 2559.**

การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานด้วยการใช้สมาธิบำบัด เอส เค ที(SKT) ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

Comparison of Blood Sugar Levels of Type 2 Diabetes Mellitus Patients Using Somporn Kantaradusdi- Triamchaisri Technique (SKT) Meditation,Nong Phok Hospital, Roi- Et province.

ชนิดาวดี สายืน[1],ปัญจา ชมภูธวัช[2],ณิชพันธุ์ระวี เพ็งพล[1]

Chanidawadee Sayuen, Panja Chomphuthawat, Nitchapanrawee Phengphol,

(Received: December 13 ,2019 ; Accepted: February 10 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ1) ศึกษาและเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดหลังทำสมาธิบำบัด เอสเคที (Somporn Kantaradusdi- Triamchaisri Technique : SKT) ระหว่าง กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และ 2) เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังทำสมาธิบำบัด เอสเค ที ในกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานที่มีผลระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า หรือเท่ากับ 180 มก./ดล.ขึ้นไป จำนวน 90 คน ที่ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ซึ่งค่าความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .72 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานได้แก่ Paired t-test และ Independent t – test

ผลการวิจัยพบว่า หลังดำเนินการ กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .000) โดยกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเท่ากับ 165 มก./ดล. (95% CI=43.46, 68.84.) และหลังดำเนินการในกลุ่มทดลอง พบว่า มีระดับน้ำตาลต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .000) โดยหลังดำเนินการมีระดับน้ำตาลลดลงเท่ากับ 56 มก./ดล. (95% CI=43.46, 68.84.)

คำสำคัญ: สมาธิบำบัด (SKT), ระดับน้ำตาลในเลือด

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study and compared blood glucose levels before and after using SKT Meditation therapy in Type 2 Diabetes Mellitus Patients. The samples consisted of 90 type 2 diabetes mellitus patients with blood glucose $\geq$ 180 mg/dl at DM clinic, Nong Phok hospital. The instrument of this study was a questionnaire accepted the content validity by 3 experts and the reliability was .72. Data analysis using descriptive statistics (percentage, mean, standard deviation) and inferential statistics including Paired t-test and Independent t-test.

The result between groups of this study found that the experimental group had significantly glucose levels less than the control group (p-value = .000), (95% CI = 43.46, 68.84.). The comparison in experimental group, the sugar level was decreased to 56 mg / dL (95% CI = 43.46, 68.84.) lower than before the experiment with statistically significant (p-value = .000).

Keyword: SKT Meditation therapy, Blood sugar levels

[1] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

[2] พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขของโลก ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพของประชาชนอย่างมาก จากรายงานขององค์การอนามัยในปี พ.ศ. 2551 พบว่า ทุกปีทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ 36 ล้านคน (ร้อยละ 63) โดยประมาณร้อยละ 44 เสียชีวิตก่อนวัย 70 ปี ประเทศไทยพบเป็นอันดับสองในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากมัลดีฟส์ คิดเป็นร้อยละ71[2] และเบาหวานในประเทศไทยเสียชีวิวิตทั้งหมด 9,647 เฉลี่ย 27 รายต่อวัน คิดเป็นอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน 14.93 ต่อแสนประชากร[1] จากสถิติอัตราป่วยตายของโรคเบาหวานจังหวัดร้อยเอ็ดย้อนหลัง 3 ปี 2557 – 2559 พบว่ามีอัตราตายเฉลี่ย 5.5, 5.51 และ5.58 ต่อแสนประชากรตามลำดับ อำเภอหนองพอกมีอัตราตายเฉลี่ย 16.21, 18.53 และ 8.48 ต่อแสนประชากรตามลำดับซึ่งมีอัตราตายสูงกว่าจังหวัดร้อยเอ็ด และประเทศไทย

เบาหวานมีสาเหตุจากปัจจัยต่างๆหลายอย่าง เช่น พันธุกรรม การรับประทานอาหาร ที่มีส่วนผสมของแป้งและน้ำตาล การประกอบอาชีพนั่งๆนอนๆมีภาวะเครียดในอาชีพการทำงาน ขาดการออกกำลังกาย และมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นประจำ อาการผิดปกติ ที่สำคัญคือมีปัสสาวะบ่อย คอแห้งกระหายน้ำ วิงเวียน ตาพร่ามัว ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติดังกล่าวสามารถตรวจระดับน้ำตาลในเลือดได้จากอาสาสมัครในชุมชน ปัจจุบันนี้การเข้าถึงบริการค่อนข้างสูง ประชาชนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสามารถตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากอาสาสมัครในหมู่บ้านได้ และมีระบบส่งต่อในระดับที่สูงขึ้นอย่างเป็นระบบ กลุ่มเสี่ยงสูงจะมาพบแพทย์เพื่อรับการรักษา ซึ่งในการรักษาเบาหวานปัจจุบันใช้ทั้งยากิน และยาฉีดร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ยังพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานนั้นควรเน้นที่การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการรักษา โดยการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยง ซึ่งปัจจุบันมีหลายวิธี(Life style) และใช้วิธีการหลายอย่างร่วมกัน เช่น ควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การใช้สมาธิบำบัด มีการศึกษาเรื่องการใช้สมาธิบำบัดสามารถบำบัดโรคทางกาย หรือโรคทางจิตได้ และพบว่าวิธีการเจริญสติช่วยให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจดีขึ้น อาการวิตกกังวลต่างๆลดลง อาการปวดลดลง การนอนหลับดีขึ้น และมีการศึกษาของสมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี (2558)[4] ที่ได้ศึกษาการทำสมาธิบำบัดแบบเอสเคที (SKT) โดยใช้ประสาทสัมผัส ทั้ง 6 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น การสัมผัส และการเคลื่อนไหวซึ่งผสมผสานระหว่างการเคลื่อนไหวแบบซี่กง โยคะและออกกำลังกาย ร่วมกับการทำสมาธิด้วยกำหนดลมหายใจเข้า “พุทธ” หายใจออก “โธ” นั้น สามารถช่วยในด้านของจิตใจให้คลายเครียด และมีความสุขได้อย่างดี มีผลดีต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนปลาย ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบอารมณ์และระบบอื่นๆ ในร่างกาย ทำให้เยียวยาผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีสุขภาพดีขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ดังนั้นเพื่อศึกษาวิจัยเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานหลังการใช้สมาธิบำบัด เอส เคที (SKT) ในคลินิกเบาหวานในหน่วยบริการอำเภอหนองพอกเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุข สามารถช่วยเหลือตนเองไม่เป็นภาระกับครอบครัว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังทำสมาธิบำบัด เอส เค ที ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental) ในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลหนองพอก และมีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอหนองพอก ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2559 -31 มีนาคม 2559

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการวิจัยคือผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลหนองพอก ที่มีผลระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารมากกว่าหรือ

เท่ากับ 180 มก./ดล.ขึ้นไป จำนวนทั้งหมด 461 รายคัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple sampling) มีข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์ จำนวน 90 คน 1) อายุระหว่าง 35–65 ปี 2) เป็นผู้ป่วยเบาหวาน Type 2 3) ไม่พิการทางตา หู เท้า 4)มีผลระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร 180 - 600 มก./ ดล.

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

ประกอบด้วย แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามปลายปิด จำนวน 10 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา รายได้ ดัชนีมวลกาย อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การวินิจฉัย การใช้ยา และส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร ก่อนและหลังทำสมาธิบำบัดเอส เค ที (SKT) การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .72 ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. ระยะเตรียมการ กิจกรรมประกอบด้วย

1.1 เสนอโครงการต่อคณะกรรมการบริหารเพื่อของบประมาณ

1.2 จัดอบรมความรู้ของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานโรงพยาบาล รพสต. และอาสาสมัครสาธารณสุขและแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน

1.3 คัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ติดต่อกัน 3 เดือนจำนวน 100 คน

1.4 จัดหาเสื่อสำหรับทำกิจกรรมสมาธิบำบัด เอส เค ที (SKT)

2. ระยะดำเนินการ ระหว่าง 15 มีนาคม 2559 – 31 กรกฎาคม 2559 กิจกรรมประกอบด้วย

2.1 ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานหลังอาหารก่อนและหลังทำสมาธิบำบัด เอส เค ที (SKT)

2.2 ประเมินความรู้ผู้ป่วยเบาหวานก่อนทำสมาธิบำบัด เอส เค ที (SKT) โดยใช้แบบสอบถามประเมินความรู้

2.3 อบรมความรู้สมาธิบำบัด เอส เค ที (SKT) ประโยชน์ /วิธีการทำสมาธิ

2.4 ฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัด เอส เค ที (SKT) จากท่าที่ 1– ท่าที่ 7

2.5 ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานหลังอาหารหลังทำสมาธิบำบัด เอส เค ที (SKT)

3. สรุปและประเมินผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 สถิติอนุมาน (Inferential statistic) โดยเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดภายในกลุ่ม วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t- test และเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่ม วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Independent t- test

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงมากที่สุดร้อยละ 93.3 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุใกล้เคียงกัน อยู่ในช่วง 50 - 60 ปี ร้อยละ 46 และ 48 สถานภาพคู่ร้อยละ 68 และ 82 ระดับการศึกษา จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 93 และ 82 รายได้เฉลี่ยใกล้เคียงกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 80 และ 73 ค่าดัชนีมวลกาย กลุ่มทดลองอยู่ระหว่าง 25 – 29.90 ร้อยละ 45 กลุ่มควบคุมอยู่ระหว่าง 23 – 24.9 ร้อยละ 34 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 62 และ 88 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 5 ปี เป็นส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 37 และ 35 เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 100 การใช้ยา ส่วนใหญ่ใช้ยาชนิดกิน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 40 และ 37

2. ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดหลังดำเนินการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	n	ระดับน้ำตาล		Mean difference	95%CI		p-value
		mean	SD		Lower	Upper	
กลุ่มทดลอง							
ก่อนดำเนินการ	45	221	36.86	56	43.46	68.84	.223
หลังดำเนินการ	45	165	41.03				.000
กลุ่มควบคุม							
ก่อนดำเนินการ	45	231	43.14	25	13.48	37.75	.000
หลังดำเนินการ	45	206	44.93				.000

* p-value < 0.05

ตารางที่ 1 พบว่า หลังดำเนินการ กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .000) โดยกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเท่ากับ...165..มก./ดล. (95% CI=43.46, 68.84.)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังดำเนินการกลุ่มทดลอง

	n	ระดับน้ำตาล		Mean difference	95%CI		p-value
		mean	SD		Lower	Upper	
ก่อนดำเนินการ	45	221	36.86	56	43.46	68.84	.004
หลังดำเนินการ	45	165	41.03				.000

* p-value < 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังดำเนินการในกลุ่มทดลอง มีระดับน้ำตาลต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .000) โดยหลังดำเนินการมีระดับน้ำตาลลดลงเท่ากับ 56 มก./ดล. (95% CI=43.46, 68.84)

อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. หลังดำเนินการ กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .000) โดยกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเท่ากับ 165 มก./ดล. (95% CI=43.46, 68.84.) สอดคล้องกับงานวิจัยของอัจฉรา แสนไชย,สินจง โปธิบาลและภารดี นานาศิลป์ (2554) เรื่องผลของการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กงต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบว่าระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.05) และการศึกษาวิจัยของ Cerpa (1989)[6] ศึกษาผลการปฏิบัติสมาธิในผู้ป่วยเบาหวาน 3 กลุ่ม เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ปฏิบัติสมาธิแบบผ่อนคลายลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ให้สุขศึกษาและกลุ่มควบคุมและหลังดำเนินการในกลุ่มทดลอง พบว่า มีระดับน้ำตาลต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =.000) โดยหลังดำเนินการมีระดับน้ำตาลลดลงเท่ากับ 56 มก./ดล.

(95% CI=43.46., 68.84.) สอดคล้องกับงานวิจัยของมาตาเรลลี คอคคิโอนีและคณะ [8] เรื่องการทำสมาธิโดยการกำหนดลมหายใจในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบว่าทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง งานวิจัยของสมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี(2558)[4] เรื่องการทำสมาธิบำบัดแบบเอสเคที (SKT) โดยใช้ประสาทสัมผัส ทั้ง 6 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น การสัมผัส และการเคลื่อนไหวซึ่งผสมผสานระหว่างการเคลื่อนไหวแบบซี่กง โยคะและออกกำลังกายร่วมกับการทำสมาธิด้วยกำหนดลมหายใจเข้า “พุทธ” หายใจออก “โธ” นั้น สามารถช่วยในด้านของจิตใจทำให้คลายเครียด และมีความสุขได้อย่างดี มีผลดีต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนปลาย ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบอารมณ์และระบบอื่นๆ ในร่างกาย ทำให้เยียวยาผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีสุขภาพดีขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานสามารถลดระดับน้ำตาลได้ สอดคล้องกับ งานวิจัยของ Chaiopanon S (2551)[7] ศึกษาประสิทธิภาพของการฝึกสมาธิบำบัด เอส เค ที ท่าที่ 1 โดยการกำหนดลมหายใจเข้า ออก ซึ่งพบว่า ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร และความดันโลหิต และงานวิจัยของ Martarelli D,Cocchioni M atall (2001)[8] ศึกษาเรื่องการกำหนดลมหายใจ ซึ่งพบว่า การกำหนดลมหายใจเข้า ออกจะช่วยกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธติกเพิ่มการหลั่งอินซูลินลดระดับน้ำตาลในเลือด และลดสารต้านอนุมูลอิสระ

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากแนวคิด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในเรื่องการใช้เทคนิคจิตประสานกาย (Mind-Body -Techniques) เทคนิคจิตประสานกายมีทฤษฎีว่าสุขภาพของจิตและอารมณ์ มีผลต่อสุขภาพกาย วิธีการจัดการทางพฤติกรรม จิต ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ จะช่วยในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและรักษาโรค ข้อมูลการวิจัยจิตประสานกายที่นำมาใช้ในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ประกอบด้วยเทคนิคผ่อนคลาย การเยียวยาพฤติกรรมการเรียนรู้ การปฏิบัติสมาธิ การจินตภาพ การรับรู้ข้อมูลย้อนกลับ การสะกดจิต เทคนิคเหล่านี้เป็นตัวอย่างที่นำมาใช้ในการเยียวยา โรคต่างต่าง เช่น หลอดเลือดหัวใจ มะเร็ง โรคข้ออักเสบเป็นต้น[3]

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังในกลุ่มทดลอง พบว่า มีระดับน้ำตาลต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1.เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง และต้องใช้ระยะเวลารักษานาน ถ้าควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนและพิการได้ หน่วยบริการของอำเภอหนองพอกจึงควรมีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการออกกำลังกายที่ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด มีกลุ่ม ชมรม สถานที่ออกกำลังกายกลางแจ้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกและเข้าถึงบริการได้ง่าย อันจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้

2.พยาบาลผู้ดูแล (Case Manager) ควรสร้างเครือข่ายร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ชุมชน (รพสต.) อาสาสมัครในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว โดยส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เพื่อการติดตามเยี่ยมบ้าน

3.จัดให้มีคลินิกโรคเรื้อรังทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และจัดให้ทีมสหวิชาชีพอื่นๆ เช่น โภชนาการ แผนไทย เภสัชกร คลินิก DPAC เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วย

4.เนื่องจากโรคเบาหวานมีอัตราการเสียชีวิตสูงจากโรคแทรกซ้อนในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในคลินิกโรคเรื้อรังจึงควรสนับสนุนให้มีการศึกษาดูงานในคลินิกไตวาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และเห็นผลเชิงประจักษ์เรื่องการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค

5.ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

6.รัฐบาลควรส่งเสริมงบประมาณในการตรวจระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงสะสม (HbA_1C) ระดับน้ำตาลสะสมและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

7.ควรส่งเสริมให้เทศบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบลให้การสนับสนุนงบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ดร.สมหมาย คชนาม, ดร.สุพะยนต์ ชมภูธวัช ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการสร้างเครื่องมือในการวิจัยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.นุชรี อาบสุวรรณ และนิตยา พันธุเวทย์. (2555). **ประเด็นรณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2554**. (20 เมษายน 2559).

2.เนติมา คูนีย์, รัชนีบูลย์ อุดมชัยรัตน์ และคณะ. **การทบทวนวรรณกรรมสถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.** (2557). สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.

3.สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี. (2557). **การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยา**. (พิมพ์ครั้งที่13). กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์สามเจริญพานิช. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา. หจก.โรงพิมพ์ตระกูลไทย พิษณุโลก.

4.สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี. (2558). **การปฏิบัติสมาธิเอสเคทีเพื่อการเยียวยา**.คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา. หจก. โรงพิมพ์ตระกูลไทย พิษณุโลก.

5.อัจฉรา แสนไชย,สินจง โปธิบาลและภารดี นานาศิลป์. (2554). **ผลของการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กงต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2.** พยาบาลสาร 38 (4) : ตุลาคม – ธันวาคม 2554.

6.Cerpa , H. (1989). The effects of Clinically Standarddized Meditation on Type I Diabetices. Dissertation Abstracts International, 49(8-B), 3432.

7.Chaiopanont S. **Hypoglycemic effect of sitting breathing meditation exercise on type2 diabetes at Wat Khae Nok Primary Center in Nonthaburi province.** J Med Asssoc thai. 2008 jan ; 91 (1) 93 – 8.

8.Martarelli D, Cocchioni M atall. 2001**. Diaphagmatic breathing reduce postpandial oxidative stress.** J Altern Complement Med.2001 Jil;17 (7)

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ โรงพยาบาลส่องดาว จังหวัดสกลนคร

Factors Affecting Medication Adherence Among Type 2 Diabetic Patients in Songdao Hospital, Sakon Nakhon Province

ปรเมษฐ์ พรหมพินิจ[1], วุธิพงศ์ ภักดีกุล[2*], วรินท์มาศ เกษทองมา[2]

Paramet Prompinit[1], Wuttiphong Phakdeekul[2*], Warinmad Kedthongma[2]

(Received: July 12 ,2019 ; Accepted: August 8 ,2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการคลินิกเบาหวาน ณ โรงพยาบาลส่องดาว จังหวัดสกลนคร ระหว่างเดือนเมษายนถึง เดือนมิถุนายน 2562 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 388 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.2 อายุเฉลี่ย 57.36 ปี (S.D.= 7.78) ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 5.97 ปี (S.D. = 4.85) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.06 kg/m^2 (S.D. = 3.72) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เฉลี่ย 7.89 (S.D. = 1.91) มีกลุ่มเชื้อชาติพันธุ์ตามตระกูลภาษาลาวอิสาน/ไทยลาว,โซ่(ทะวึง), ญ้อ และภูไท(ร้อยละ 84.0, 11.3, 2.3 และ 2.3 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 63.4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา คือการว่างงาน ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกเครียด มีความสัมพันธ์ในทางลบกับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= -0.479, r= -0.237, r= -0.314 และ r= -0.178, p<0.01 ตามลำดับ) ปัจจัยด้านเพศหญิง ค่าดัชนีมวลกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้สำหรับผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.167, r = 0.211, r = 0.171, p < 0.01 และ r = 0.107, p = 0.035 ตามลำดับ) นอกจากนี้มี 5 ปัจจัย ได้แก่ การว่างงาน ภาวะซึมเศร้า ภาวะโรคร่วม ค่าดัชนีมวลกาย และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกันทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 33.6 (R^2 = 0.336, p < 0.01) ดังนั้น ทีมสหสาขาวิชาชีพควรมีการจัดการดูแลด้านภาวะซึมเศร้าและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

คำสำคัญ: ความร่วมมือในการใช้ยา, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, ความรู้สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน, ภาวะซึมเศร้า, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

Abstract

The aim of this Cross-sectional Survey Research was to determine factors affecting medication adherence (MA) in 388 patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) who came for a treatment at diabetic clinic, Songdao Hospital, Sakon Nakhon Province during April to June 2019. Data were collected from medical records and questionnaire.Data were analyzed using descriptive statistics (Frequency, Percentage, Minimum, Maximum, Mean and Standard Deviation). Furthermore, Inferential statistic were Pearson's Correlation Coefficient and Stepwise Multiple Regression Analysis.

Overall, clinical characteristics of the patients were female (80.2 %) with average of age of 57.36 years (S.D. = 6.49), average of body mass index (BMI) of 26.06 kg/m^2 (S.D. = 3.72), an average duration of diabetes had 5.97 years (S.D. = 4.85) and average of glycated hemoglobin (HbA1c) of 7.4%. Ethnolinguistic groups (language families of Northeast Thailand) were Lao Esan/Thai Lao, So (Thavaung), Nyaw and Phu Thai (84.0%, 11.3%, 2.3% and 2.3%, respectively) and 63.4% of sample had low MA level. Unemployed, Charlson

[1] นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร, เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชนและคุ้มครองผู้บริโภคโรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

[2] อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

*corresponding author: wuttiphong.p@ku.th

Comorbidity Index(CCI), depression, BMI and perceived stress were a statistical significance negative correlated with MA (r = -0.479, r = -0.237 and r = -0.178, p<0.01, respectively) and female, BMI, diabetes knowledge and self-efficacy were positive correlated with the MA (r = 0.167, r = 0.211, r = 0.171, p < 0.01 and r = 0.107, p = 0.035, respectively). In addition, 5 factors such as unemployed, depression, CCI, BMI and self-efficacy were able to predict MA with statistical significance (R^2 = 0.336, p < 0.01). So, the multidisciplinary team should deal with management depression and self-management for increase MA in T2DM.

Keyword: medication adherence, type 2 diabetic patients, diabetes knowledge, depression, self-efficacy

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่ทั่วโลกกำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกในปี พ.ศ. 2560 มีประมาณ 450 ล้านคน คาดว่าในปี พ.ศ. 2588 จะเพิ่มขึ้นเป็น 691 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2560 พบผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั่วโลกประมาณ 4 ล้านคนต่อปี หรือเฉลี่ย 8 วินาทีต่อ 1 คน และค่าใช้จ่ายในการดูผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกในระบบบริการสุขภาพประมาณ 727 พันล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐต่อปี อีกทั้ง โรคเบาหวานจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมจะส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่อระบบต่างๆ ของร่างกายได้[1] สำหรับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2547-2557 พบความชุกของโรคเบาหวานของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มากถึงร้อยละ 9.9 ผู้หญิงมีความชุกสูงกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 10.8 และ 8.9 ตามลำดับ) และความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุของผู้ป่วยซึ่งพบมากสุดในช่วงอายุ 60-69 ปี[2]

ความร่วมมือในการใช้ยา เป็นระดับพฤติกรรมการรับประทานยาของบุคคล ที่สอดคล้องกับคำแนะนำ ที่ตกลงร่วมกันจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากปัจจัยต่างๆ เช่น ขาดความรู้ ความเข้าใจ หรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับ เรื่องยา ทำให้รับประทานยาไม่ถูกต้อง หรือหยุดยาเอง เป็นต้น[3] หากผู้ป่วยไม่มีความความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน ถือเป็นปัญหาสำคัญในการดูแลรักษาเบาหวาน ซึ่งจะนำไปสู่การไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากโรคเบาหวาน และมีอัตราการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยา[4]

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า[5-8] ความรู้สึกเครียด[9] การรับรู้สมรรถนะแห่งตน[10-12] แรงสนับสนุนจากสังคม[13] แบบแผนความซับซ้อนของการใช้ยา[14-15] ราคายา อายุ การศึกษา[15] สถานภาพการเงิน[6] เพศ สถานภาพสมรส[16] อาชีพ[15-17] ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน[18] ความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ[6] จำนวนโรคเรื้อรังที่เป็นร่วม[11, 19]

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวการวิจัยในครั้งนี้จึงได้ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ โรงพยาบาลส่องดาว จังหวัดสกลนคร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งจะนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ โรงพยาบาลส่องดาว จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการใช้ยากับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ย (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) ดำเนินการระหว่าง เดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่

ขึ้นทะเบียนและรับบริการ ในคลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่องดาว จังหวัดสกลนคร จำนวน 1,562 ราย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจของการทดสอบ (Power analysis) สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significant) ที่ระดับ 0.05 และคำนวณอิทธิพล (Effect size) และขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1[20-21] ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคำนวณขนาดของอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกัน ($R^2 = 0.102$)[17] เท่ากับ 0.11 ซึ่งเป็นขนาดของอิทธิพลขนาดกลาง[22] โดยมีตัวแปรในการทำนาย จำนวน 23 ตัวแปร ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 307 ราย และคำนวณเพิ่มสำหรับการออกจากการศึกษา (Withdraw) ร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างมากกว่าหรือเท่ากับ 342 ราย ทำการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement: SRSWOR)

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าการวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี
2. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
3. ได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ชนิดรับประทาน อย่างน้อย 1 รายการ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
4. มีผลการตรวจน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม (HbA1C) ไม่เกินระยะเวลา 3 เดือน (นับจากวันที่ผู้ป่วยเข้ามาพบแพทย์ตามนัดครั้งสุดท้าย)
5. สามารถอ่านออก เขียนได้ สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ และไม่มีปัญหาด้านจิตเภท
6. ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ (Cognitive impairment) ประเมินโดยการใช้แบบประเมินความรู้ความเข้าใจจีพี-ค็อก (ภาษาไทย) ซึ่งประเมินในผู้ป่วยที่อายุ 60 ปี ขึ้นไป หากได้คะแนนรวมเต็ม 9 คะแนน แสดงว่า ไม่มีปัญหาความรู้ความเข้าใจบกพร่อง
7. ผู้ที่รับทราบรายละเอียดของการวิจัย และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Inclusion criteria)

กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวออกจากงานวิจัยด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ตาม

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย สำหรับใช้เก็บข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย

2. แบบสัมภาษณ์ ใช้สำหรับเป็นรวบรวมข้อมูลปัจจัยต่าง ๆ ประกอบด้วย 9 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานฉบับภาษาไทย (Thai version of the Simplified Diabetes Knowledge Scale: T-SDKS) ผ่านการทดสอบได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.79 มีคำถามทั้งหมด 20 ข้อ มี 3 ตัวเลือก "ใช่" หรือ "ไม่ใช่" และ "ไม่รู้" มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบ "ถูก" ให้ 1 คะแนน แต่ถ้าตอบ "ผิด" หรือ "ไม่รู้" ให้ 0 คะแนน[23] โดยเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (1971) มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้[24] คะแนน 0-11.99 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับน้อย คะแนน 12-15.99 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 16-20 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์สมรรถนะแห่งตนฉบับภาษาไทย (the Thai version of Diabetes Management Self-Efficacy Scale: T-DMSES) ผ่านการทดสอบมีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.89 ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ จากมั่นใจระดับน้อยที่สุดจนถึง มั่นใจระดับมากที่สุด คะแนนรวมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั้ง 4 ปัจจัย อยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน[25] โดยเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนให้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงกลุ่มโดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Best (1977) มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้[26] คะแนนรวม 20-46.67 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ คะแนนรวม 46.68-73.34 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนรวม 73.35-100 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์สุขภาพ PHQ-9 ฉบับภาษาไทย (the Thai version of the Patient Health Questionnaire: PHQ-9) ผ่านการทดสอบมีค่า Cronbach's Alpha

Coefficient เท่ากับ 0.79 ซึ่งคะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับ ได้แก่ 0 หมายถึง "ไม่เลย" 1 หมายถึง "มีบางวัน หรือไม่บ่อย" 2 หมายถึง "มีค่อนข้างบ่อย" 3 หมายถึง "มีเกือบทุกวัน" โดยมีค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 ถึง 27 คะแนน แปลผลการประเมินและแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังนี้[27]

คะแนนรวม 0-4 หมายถึง ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีก็เพียงเล็กน้อย คะแนนรวม 5-8 หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย คะแนนรวม 9-14 หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง คะแนนรวม 15-19 หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงค่อนข้างมาก คะแนนรวม 20-27 หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงมาก

ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้สึกเครียดฉบับภาษาไทย (Thai Perceived Stress Scale-10; T-PSS-10) ผ่านการทดสอบ ค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.85 มีข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นมาตรประเมินค่า 5 ระดับ จาก "ไม่เลย" จนถึง "บ่อยมาก" ประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 7 และ 8 ข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 6, 9 และ 10 รวมคะแนนทั้ง 10 ข้อ โดยค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0 - 40 แปลผลจากคะแนนรวม ซึ่งสามารถแบ่งระดับคะแนนได้ดังนี้[28] คะแนน 1-13 หมายถึง การรับรู้ว่ามีความเครียดในระดับต่ำ คะแนน 14 – 26 หมายถึง การรับรู้ว่ามีความเครียดในระดับปานกลาง คะแนน 27 – 40 หมายถึง การรับรู้ว่ามีความเครียดในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) (Revised-Thai version of the Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support: r-T-MSPSS) ผ่านการทดสอบมีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.92 ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ "1" หมายถึง ถ้าคุณ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก จนถึง "7" หมายถึง ถ้าคุณ เห็นด้วยอย่างมาก[29] โดยคะแนนรวมอยู่ในช่วง 12-84 คะแนน แบ่งระดับคะแนนดังนี้[30] คะแนน 12-36 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ คะแนน 37-60 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง คะแนน 61-84 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์ความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ (Trust in Physician Scale: TPS) ซึ่งใช้ประเมินสัมพันธภาพระหว่าง ผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ มีคำถาม 11 ข้อ ได้มีการแปลเป็นภาษาไทยผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (translation-back translation process)) จากแบบสอบถาม Trust in Physician Scale (TPS) ของ Anderson และ Dedrick[31] ซึ่ง Prommaloon, et al. มีการนำไปใช้ประเมินความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ มีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.77 มีข้อคำถามเชิงบวก 7 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ 4 ข้อ คือ ข้อที่ 1, 5, 7 และ 11 การตอบคำถามแต่ละข้อเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ โดย "1" หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง "5" หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 11-55 คะแนน แปลงคะแนนให้มีคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยการเทียบบัญญัติไตรยางค์ จึงมีระดับคะแนน ระหว่าง 20-100 คะแนน และแบ่งระดับ 3 ระดับ ตามตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ (Percentile, P) ที่ 25,75 ดังนี้[6] น้อยกว่า P_{25} (20 -74.4) หมายถึง มีความไว้วางใจในระดับต่ำ $P_{25} – P_{75}$ (74.5 – 87.2) หมายถึง มีความไว้วางใจในระดับปานกลาง มากกว่า P_{75} (87.3 – 100) หมายถึง มีความไว้วางใจในระดับสูง

ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: MMAS-8) โดยเครื่องมือวัดความร่วมมือในการใช้ยา (MMAS-8) พัฒนาขึ้นโดย Donald E. Morisky มีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.83[32] การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการใช้ยา (MMAS-8) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดย Ingkamanee, et al. มีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.76 และ 0.61 ตามลำดับ[33-34] แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการใช้ยา (MMAS-8) ประกอบด้วย 8 ข้อคำถาม โดยข้อ 1-7 ให้เลือกตอบว่า "ใช่" หรือ "ไม่ใช่" และคำถามสุดท้ายเป็นคำถามแบบมาตรประมาณค่า 5 ตัวเลือก คือ "ไม่เคย", "นาน ๆ ครั้ง", "บางครั้ง", "เกือบทุกครั้ง" และ "ประจำทุกครั้ง" ในส่วนที่ 1 ข้อ 1, 2, 3, 4, 6 และ 7 (ยกเว้นข้อ 5) หากผู้ป่วยเลือกคำตอบว่า "ใช่" ให้คะแนน = 0 และหากตอบว่า "ไม่ใช่" ให้คะแนน = 1 กรณีการให้คะแนนในข้อ 5 ให้กลับคะแนนตรงข้าม โดยหากเลือกคำตอบว่า "ใช่" ให้คะแนน = 1 และหากตอบว่า "ไม่ใช่" ให้คะแนน = 0 ในส่วนที่ 2 ในส่วนที่ 2 ให้คะแนน ดังนี้ หากผู้ป่วยเลือกคำตอบว่า "ไม่เคย" ให้คะแนน = 1, "นาน ๆ ครั้ง" ให้คะแนน = 0.75 คะแนน, "บางครั้ง" ให้คะแนน = 0.50 คะแนน, "เกือบทุกครั้ง" ให้คะแนน = 0.25

คะแนน และ"ประจำทุกครั้ง" ให้คะแนน = 0 คะแนน โดยมีรวมคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา คือ 0-8 คะแนน และสามารถแบ่งระดับความร่วมมือในการใช้ยา ดังนี้[32-33] คะแนนรวม น้อยกว่า 6 หมายถึง มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำ คะแนนรวมตั้งแต่ 6 - น้อยกว่า 8 หมายถึง มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับปานกลาง คะแนนรวมเต็ม 8 หมายถึง มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับสูง

ส่วนที่ 8 แบบประเมินภาวะโรคร่วม (Charlson Comorbidity Index: CCI) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่พัฒนาโดย Charlson, et al. ในปี ค.ศ. 1987 และได้มีการปรับปรุงแก้ไขเมื่อปี ค.ศ. 2007 สำหรับการวิจัยในครั้งนี้เพื่อใช้สำหรับประเมินจำนวนของโรคร่วมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยผู้วิจัยประเมินจากการศึกษารายงานประวัติผู้ป่วยประกอบด้วยดัชนีค่าน้ำหนักคะแนนของโรคร่วม 19 โรค คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 1-37 คะแนน คะแนนสูงขึ้น หมายถึง ระดับความรุนแรงของโรคร่วมที่สูงขึ้น (โดยคะแนนมาก หมายถึง โรคร่วมมีความรุนแรงมาก ถ้าคะแนนน้อย หมายถึง โรคร่วมมีความรุนแรงน้อย)[35] ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะโรคร่วม คำนวณหาคะแนนภาวะโรคร่วม โดยใช้ข้อมูลจากแบบบันทึกโรคร่วม

ส่วนที่ 9 แบบวัดความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยา (Medication Regimen Complexity Index: MRCI) ใช้แบบวัดคำนวณหาความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยา โดยแบบ MRCI คำนึงถึงรูปแบบของยาที่ใช้ การให้น้ำหนัก (weighting) ของความซับซ้อนที่เหมาะสมในแต่ละหัวข้อ โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วยดัชนีชี้วัดทั้งหมด 65 ข้อ ดังนี้ ส่วนที่ 1 รูปแบบของยาที่ใช้ (Dosage Forms) มีจำนวน 32 ข้อ ส่วนที่ 2 ความถี่ในการบริหารยา (Dosing Frequencies) จำนวน 23 ข้อ และส่วนที่ 3 วิธีใช้ยาพิเศษ (Additional Directions) มีจำนวน 10 ข้อ คำนวณหาความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยาจากผลบวกของคะแนนในแต่ละส่วน[36] ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบวัด MRCI คำนวณหาความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยา โดยใช้ข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลแบบแผนการใช้ยา

แบบคัดกรองความรู้ความเข้าใจ (The General Practitioner Assessment of Cognitive: GP-COG) ใช้ประเมินความรู้ความเข้าใจ พัฒนาโดย Brodaty, et al. ในปี ค.ศ. 2002[37] สำหรับฉบับภาษาไทย ได้รับการเผยแพร่โดย Griffiths, et al. ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น (Kuder-Richardson-20) เท่ากับ 0.80 นำมาใช้ประเมินในผู้สูงอายุ โดยแบบประเมินแบบเป็น 2 ตอน โดยตอนที่ 1 ประเมินผู้ป่วย ตอนที่ 2 ประเมินผู้ดูแล ซึ่งในการศึกษานี้ใช้เฉพาะตอนที่ 1 มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ โดยการประเมินนั้นจะนำคะแนนในข้อ 2 ถึง 6 มารวมกัน หากตอบ "ถูกต้อง" ได้ 1 คะแนน "ไม่ถูกต้อง" ได้ 0 คะแนน โดยมีค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 ถึง 9 คะแนน โดยมีคะแนนรวมน้อยกว่า 9 คะแนน แสดงว่ามีปัญหาความรู้ความเข้าใจบกพร่อง[38]

3. แบบบันทึกข้อมูล เป็นส่วนสำหรับผู้วิจัยใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และเวชระเบียนผู้ป่วย ได้แก่ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง แบบแผนการใช้ยา ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และโรคร่วม

แบบสัมภาษณ์ทุกชุดได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารการรับรองเลขที่ SKN REC 2019-012 จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามกระบวนการมาตรฐานที่กำหนดโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่องดาว เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคเบาหวาน ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ภายหลังได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคเบาหวาน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัย และทำการคัดกรองผู้ป่วยก่อนและหลังพบแพทย์

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ณ คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก ประชาสัมพันธ์โดยการบอกกล่าวให้ผู้ป่วยทราบถึงโครงการวิจัยและคุณสมบัติของผู้ป่วยที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยและเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

4. โดยวิธีการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในส่วนข้อมูลบุคคล หลังจากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูลอื่น ๆ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที โดยจัดสถานที่ให้มีโต๊ะ เก้าอี้นั่งให้เหมาะสมกับการตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์ แยกออกจากสถานที่รอเรียกตรวจ แต่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นและได้ยินการเรียกชื่อเข้าตรวจ สถานที่มีการจัดเป็นสัดส่วน อากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงสว่างเพียงพอ

5. ดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ กรณีพบว่าข้อมูลบางชุดตอบไม่ครบถ้วน ดำเนินการขอข้อมูลเพิ่มเติมจากกลุ่มเป้าหมายโดยการสัมภาษณ์เพิ่มเติม

6. เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วนตามกำหนดแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปการวิเคราะห์ทางสถิติ กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐานการวิจัย

2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3. การใช้สถิติเชิงอนุมาน เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson 's Product Moment Correlation Coefficient)

4. วิเคราะห์ปัจจัยที่ทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 388 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.2) มีอายุเฉลี่ย 57.36 ปี (S.D. = 6.49) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.06 kg/m^2 (S.D. = 3.72) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างมีกลุ่มเชื้อชาติพันธุ์ตามตระกูลภาษามากสุดถึงน้อยสุด ดังนี้ ลาวอิสาน/ไทยลาว (ร้อยละ 84.0) โซ่(ทะวึง) (ร้อยละ 11.3) ญ้อและภูไท (ร้อยละ 2.3 และร้อยละ 2.3) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 77.3) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 52.3) มีการประกอบอาชีพเกษตรกร(ชาวนา ชาวสวน ชาวไร่) เป็นหลัก (ร้อยละ 76.3) ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) (ร้อยละ 96.4) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,910.82 บาท (ร้อยละ 76.3) โดยส่วนใหญ่สภาพการเงินอยู่ในกลุ่ม ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 38.4) ไม่เพียงพอและเป็นหนี้ (ร้อยละ 35.8) ส่วนมากอาศัยอยู่ร่วมกันกับคู่สมรส (ร้อยละ 72.94) และบุตร (ร้อยละ 58.76) มากกว่าร้อยละ 80 ไม่สูบบุหรี่และดื่มสุรา และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 64.9)

1.2 ข้อมูลการเจ็บป่วยเบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 5.97 ปี (S.D. = 4.85) มีโรคร่วม (ร้อยละ 51.3) มีจำนวนโรคร่วมเรื้อรังเฉลี่ย 0.93 โรคต่อคน (S.D. = 1.15) โดยโรคเรื้อรังที่เป็นร่วมมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 31.2) รองลงมาคือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ร้อยละ 15.7) และโรคไตวายเรื้อรังระดับปานกลางถึงรุนแรง (ร้อยละ 10.1) โดยภาวะโรคร่วม (CCI) เฉลี่ย 2.60 (S.D.=1.13, Min = 1, Max = 7)

1.3 ข้อมูลแบบแผนการใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้เม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกับยาโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ (ร้อยละ 85.6) โดยมีการสั่งใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด 2 ชนิดร่วมกัน คือ Metformin ร่วมกับ Glipizide (ร้อยละ 69.1) จำนวนเม็ดยาลดระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 2.15 เม็ดต่อวัน (S.D.= 1.19, Min = 1, Max = 7) ส่วนมากมีความถี่การบริหารยาวันละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 92.3) โดยการบริหารยาลดระดับน้ำตาลในเลือดทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับสัมพันธ์กับมื้ออาหาร และมีความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยา (MRCI) สำหรับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 4.31 (S.D.= 0.97, Min = 2, Max = 6)

1.4 ข้อมูลแบบแผนการใช้ยาทั้งหมด พบว่ามีจำนวนรายการยาเฉลี่ย 3.81 เม็ดต่อวัน (S.D.= 1.42, Min = 1, Max = 7) จำนวนเม็ดเฉลี่ย 4.42 เม็ดต่อวัน (S.D.= 1.87, Min = 1, Max = 10) ซึ่งมีเฉพาะรูปแบบยาเม็ดหรือแคปซูลเท่านั้น ส่วนมากมีความถี่การบริหารยาวันละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 99.5) วันละ 2 ครั้ง (ร้อยละ 34.0) และวันละ 3 ครั้ง (ร้อยละ 10.1) ซึ่งวิธีการใช้ยาพิเศษทั้งหมดสัมพันธ์กับมื้ออาหาร การบริหารยาเฉพาะเวลาที่กำหนด (ร้อยละ 32.7) หัก/แบ่งเม็ดยา (ร้อยละ 14.4) ใช้จำนวนมากกว่าหนึ่งยูนิตต่อครั้ง (ร้อยละ 3.4) และมีความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยา (MRCI) สำหรับยาทั้งหมดเฉลี่ย 8.54 (S.D.= 2.98, Min = 3, Max = 15) สำหรับรายการยาอื่น ๆ ที่มีการสั่งใช้ร่วม 3 ลำดับแรก ได้แก่ ยา Aspirin (ยาป้องกันการเกาะตัวของเกร็ดเลือด) รองลงมาคือยาลดระดับความดันโลหิต กลุ่ม Angiotensin-converting enzyme inhibitors และ ยาลดระดับไขมันในเลือด กลุ่ม Statins (ร้อยละ38.9, 37.9 และ 32.0 ตามลำดับ)

1.5 ผลการควบคุมระดับ HbA1c ของกลุ่มตัวอย่าง

การควบคุมระดับ HbA1c ได้ตามเป้าหมาย (HbA1c < 7%) พบกลุ่มตัวอย่างมี HbA1c เฉลี่ย เท่ากับ 7.89 % (S.D.=1.96) โดยประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุม HbA1c ได้ตามเป้าหมาย ซึ่งมีปริมาณใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถควบคุม HbA1c ได้ตามเกณฑ์ ดังตาราง 1

ตาราง 1 ผลการควบคุมระดับ HbA1c ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 388)

การควบคุมระดับ HbA1c ตามเป้าหมาย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
- ควบคุมได้ (HbA1c < 7%)	183	47.2
- ควบคุมไม่ได้ (HbA1c ≥ 7%)	205	52.8
Mean ± S.D. = 7.89 ± 1.91, Min = 5.00, Max = 13.00		

1.6 ความรู้สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเครียด ความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม ความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม อยู่ในระดับสูง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความรู้สึกเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความรู้สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำ และการประเมินภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ดังตาราง 2

ตาราง 2 คะแนนรวมและการแปลผลความรู้สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเครียด ความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม ความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง (n=388)

ปัจจัย	คะแนนที่เป็นไปได้	Min-Max	Mean	S.D.	แปลผล
ความรู้สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน	0-20	6-18	11.82	3.49	ระดับต่ำ
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	20-100	36-78	60.07	7.06	ระดับปานกลาง
ภาวะซึมเศร้า	0-27	0-13	6.26	4.18	ระดับเล็กน้อย
ความรู้สึกเครียด	0-40	2-27	16.82	3.12	ระดับปานกลาง
ความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม	12-84	35-84	63.83	11.37	ระดับสูง
ความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ	20-100	52.73-85.45	69.67	8.08	ระดับต่ำ

2. ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการใช้ยา ชนิด 8 คำถาม ฉบับแปลภาษาไทย (MMAS-8) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยเท่ากับ 5.24 (S.D.=1.23) โดยรวมมีความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำ จำนวน

246 ราย (ร้อยละ 63.4) สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ใช้ยาจามแพทย์สั่ง 3 อันดับแรก ได้แก่ ลืมรับประทานยา (ร้อยละ 89.2) ลืมนำยาติดตัวเมื่อออกจากบ้าน (ร้อยละ 17.3) และเกิดความสับสน เนื่องจากวิธีใช้ยาแต่ละชนิดแตกต่างกัน (ร้อยละ 7.0) ดังตาราง 3

ตาราง 3 คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง (n=388)

คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ต่ำ (< 6 คะแนน)	246	63.4
ปานกลาง (6 – 7 คะแนน)	141	36.3
สูง (เต็ม 8 คะแนน)	1	0.3
Mean ± S.D. = 5.24 ± 1.23, Min = 2.00, Max = 8.00		
สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง (1 ราย มีได้หลายสาเหตุ)		
ลืมรับประทานยา	346	89.2
ลืมนำยาติดตัวเมื่อออกจากบ้าน	67	17.3
เกิดความสับสน เนื่องจากวิธีใช้ยาแต่ละชนิดแตกต่างกัน	27	7.0
ไม่สะดวกพกพา	19	4.9
ไม่เข้าใจวิธีใช้ยา	18	4.6
อื่นๆ (ยาหมดก่อนกำหนดที่แพทย์นัด และจำนวนรายการยาที่รับประทานมากเกินไป)	2	0.5

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศหญิง (r= 0.167, p-value= 0.001) ค่าดัชนีมวลกาย (r= 0.211, p-value<0.001) การว่างงาน (r= -0.479, p-value<0.001) คะแนนความรู้สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (r= 0.107, p-value= 0.035) คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (r= 0.171, p-value= 0.001) ภาวะโรคร่วม (r= -0.237, p-value<0.001) คะแนนภาวะซึมเศร้า (r= -0.314, p-value<0.001) และคะแนนความรู้สึกเครียด (r= -0.178, p-value<0.001) ดังตาราง 4

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n = 388)

ปัจจัย	คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
เพศหญิง	0.167**	<0.0001
อายุ	-0.034	0.506
กลุ่มชาติพันธ์ตามตระกูลภาษาลาวอิสาน/ไทยลาว	0.029	0.563
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.096	0.060
ความไม่เพียงพอของรายได้และเป็นหนี้	-0.086	0.092
สถานภาพสมรสคู่	-0.037	0.473
ค่าดัชนีมวลกาย	0.211**	<0.0001
ระดับการศึกษาต่ำว่าประถมศึกษา	0.089	0.079
การว่างงาน	-0.479**	<0.0001
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	-0.009	0.864
คะแนนความรู้สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน	0.107*	0.035

คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0.171**	<0.0001
ภาวะโรคร่วม (Charlson Comorbidity Index)	-0.237**	<0.0001
ความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยาทั้งหมด	-0.087	0.086
คะแนนภาวะซึมเศร้า	-0.314**	<0.0001
คะแนนความรู้สึกเครียด	-0.178*	<0.001
คะแนนความรู้สึกหลายมิติเกี่ยวกับความช่วมเหลือทางสังคม	-0.001	0.986
ความไว้วางใจในบุลลากรทางสุขภาพ	0.026	0.606
HbA1c	-0.064	0.212

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือ การว่างงาน (คะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะโรคร่วม (Charlson Comorbidity Index) ตัวแปรทั้ง 3 แต่ละปัจจัยส่งผลทางลบต่อคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา มีค่าเท่ากับ 0.342, 0.278 และ 0.184 ตามลำดับ และตัวแปรอีก 2 ปัจจัยส่งผลทางบวกต่อคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม มีค่าเท่ากับ 0.159 และ 0.09 ตามลำดับ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ให้คงที่ ดังตาราง 5

ทั้งนี้ พบว่าการว่างงานส่งผลทางลบต่อคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาสูงสุด รองลงมาคือคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า โดยตัวแปรทำนายทั้ง 5 ตัว สามารถร่วมกันทำนายคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 33.6 (Adjusted $R^2 = 0.336$) และมีความคลาดเคลื่อนในการทำนาย 1.004

ดังนั้น สามารถเขียนสมการพยากรณ์คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา ในรูปคะแนนมาตรฐาน ได้ดังต่อไปนี้

Z(คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา) = 4.101 - 0.342(การว่างงาน) - 0.278(คะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า) - 0.184 (ภาวะโรคร่วม) + 0.159(ค่าดัชนีมวลกาย) + 0.095(คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม)

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) เมื่อใช้คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเป็นตัวเกณฑ์

ตัวแปรทำนาย	สัมประสิทธิ์ถดถอยที่ไม่ปรับมาตรฐาน		สัมประสิทธิ์ถดถอยปรับมาตรฐาน	t	p-value
	B	Std. Error	Beta		
การว่างงาน	-1.089	0.157	-0.342	-6.960	<0.001**
คะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า	-0.082	0.012	-0.278	-6.664	<0.001**
ภาวะโรคร่วม	-0.200	0.050	-0.184	-4.030	<0.001**
ค่าดัชนีมวลกาย	0.053	0.015	0.159	3.451	0.001
คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม	0.017	0.008	0.095	2.106	0.036*
ค่าคงที่ (Constant)	4.101	0.660		6.213	<0.001**
$R = 0.587$ $R^2 = 0.345$, Adjusted $R^2 = 0.336$, SE = 1.0048					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปและอภิปรายผล

การวัดความร่วมมือในการใช้ยาสามารถทำได้หลายวิธี สำหรับการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินของ Morisky ชนิด 8 ข้อ คำถาม ฉบับแปลเป็นภาษาไทย[33] พบว่าสถานการณ์ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานเบาหวานชนิดที่ 2 ณ โรงพยาบาลส่องดาว ส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ใน

ระดับต่ำ (ร้อยละ 63.4) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ahmad, et al.[19] และ Donnan, et al.[39] ซึ่งต่างจากงานวิจัยของ Mongkolchaipak, et al. พบว่าความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 16.7[17] และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความชุกของความร่วมมือในการใช้ยาประมาณร้อยละ 36-93[40] สาเหตุที่ผลการวิจัยเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาแตกต่างกันเป็นเพราะงานวิจัยใช้วิธีการวัดและเกณฑ์แปลระดับความร่วมมือในการใช้ยาแตกต่างกันรวมถึงการให้บริการทางสาธารณสุขของแต่ละประเทศแตกต่างกัน อาจส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้

สาเหตุของความไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง 3 อันดับแรก ได้แก่ ลืมรับประทานยา (ร้อยละ 89.2) ลืมนำยาติดตัวเมื่อออกจากบ้าน (ร้อยละ 17.3) และเกิดความสับสน เนื่องจากวิธีใช้ยาแต่ละชนิดต่างกัน (ร้อยละ 7.0) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Mongkolchaipak, et al.[17] ส่วนงานวิจัยของ Wabe, et al. ซึ่งพบว่าสาเหตุหลักของการไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งคือ ลืม (ร้อยละ 50.2)[41] และงานวิจัยของ Adisa, et al. พบสาเหตุหลักของการไม่ใช้ยา คือ ตั้งใจหยุดยาเอง รองลงมาคือไม่สะดวกพกพายาเมื่อออกจากบ้าน[16]

การว่างงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับบความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยที่ผ่านมาของ Adisa, et al. พบว่าผู้ป่วยที่ว่างงานจะมีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำที่สุด[16] โดยแตกต่างกับงานวิจัย Mongkolchaipak, et al. ที่พบอาชีพรับจ้าง/ขับรถโดยสาร/ขับรถแท็กซี่ เป็นอาชีพที่มีเวลาในการทำงานไม่แน่นอนจึงเป็นสาเหตุให้ความร่วมมือในการใช้ยาต่ำกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[17]

ภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยา เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มอาชีพพบว่าส่วนมากในกลุ่มผู้ป่วยที่ว่างงานจะมีภาวะโรคร่วม และความซับซ้อนของการใช้ยาที่สูง สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า โรคร่วมที่มาก[19] ความรุนแรงของภาวะโรคร่วมมากขึ้น[10] และความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยาเพิ่มขึ้น[14] สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาลดลง หรือการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง[42] ซึ่งควรมีการศึกษาวิจัยต่อไป

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยา สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ Lunghi, et al., Parada, et al. และ Gonzalez, et al. พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[5-8]

ในการวิจัยครั้งนี้พบค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา สำหรับค่า BMI ที่สูงกว่าเกณฑ์ปกติ บ่งชี้ถึงการมีน้ำหนักหรืออ้วน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการวิจัยครั้งนี้มีน้ำหนักเกินและอ้วน (ร้อยละ 34.3 และ 45.7 ตามลำดับ) และส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Rwegerera, G. M. ที่พบว่าน้ำหนักลดลง (weight loss) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยา[43] ซึ่งในทางปฏิบัติบุคลากรทางสุขภาพควรแนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งมีงานวิจัยของ McAdam-Marx, et al. พบว่าการลดน้ำหนัก (OR = 3.60, $p < 0.001$) และการมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี (OR = 1.59, $p < 0.001$) สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ได้ตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[44]

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา และสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Beta = 0.095, $p < 0.05$) ทั้งนี้มาจากส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง มีความร่วมมือในการใช้ในระดับต่ำ และการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ย (HbA1c) ไม่ตามเกณฑ์ที่กำหนด (HbA1c < 7%) ซึ่งการรับรู้สมรรถแห่งตน (self-efficacy) เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ให้บรรลุผลสำเร็จได้ เมื่อบุคคลมีความมั่นใจในตนเองก็จะสามารถกำหนดเป้าหมาย และมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา[45] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Alatawi, et al. พบว่าการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived susceptibility), การรับรู้ประโยชน์จากการใช้ยา (perceived medication benefits) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) สามารถทำนายความร่วมมือการใช้ยาของผู้เป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้ ร้อยละ 71.1 ($R^2 = .711$, $p < 0.05$)[12] และ Huang, et al. พบว่าการรายงานสถานะสุขภาพด้วยตนเอง (self-reported health status) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) สามารถร่วมทำนาย

ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 42.7 (R^2= .427, $p < 0.05$)[11]

อย่างไรก็ตาม การว่างงาน ภาวะซึมเศร้า ภาวะโรคร่วม ค่าดัชนีมวลกาย และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกันทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้เพียงร้อยละ 33.6 จึงควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้พบปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือ การว่างงาน ภาวะซึมเศร้า ภาวะโรคร่วม ค่าดัชนีมวลกาย และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ทั้งนี้ การวิจัยมีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ การสัมภาษณ์เพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาอาจได้รับคำตอบที่ไม่ตรงกับความจริง เพราะผู้ป่วยอาจตอบเพราะเกรงใจบุคลากรทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดการดูแลความร่วมมือในการใช้ยา เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งส่งผลต่อการชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้ทฤษฎีหรือรูปแบบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยามากยิ่งขึ้น

3. การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มวิธีการวัดความร่วมมือในการใช้ยาเพื่อความแม่นยำในการวัด เช่น การนับเม็ดยา การตรวจสอบรายงานการใช้ยาในสมุดบันทึก รวมถึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในปัจจัยที่อาจมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน เช่นการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสาเหตุการไม่ร่วมมือในการใช้ยา และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณพื้นที่การวิจัย โรงพยาบาลส่องดาว จังหวัดสกลนคร และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จนทำให้การวิจัยสำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. **IDF Diabetes Atlas**. 8th ed. URL http://www.diabetesatlas.org Retrieved May 31, 2019.

2. Aekplakorn, et al. "Prevalence of Diabetes and Relationship with Socioeconomic Status in the Thai Population: National Health Examination Survey, 2004-2014". **J Diabetes Res**. 2018 : 1654530, 2018.

3. Kongkaew, C. "Patients' Medication Taking Behaviours: Critiques of Relevant Terminologies". **Thai Pharm Health Sci J**. 6(4) : 299-302, 2011.

4. Ho, P. M., et al. "Effect of Medication Nonadherence on Hospitalization and Mortality among Patients with Diabetes Mellitus". **JAMA Intern Med**. 166(17) : 1836-1841, 2006.

5. Lunghi, C., et al. "The Impact of Incident Depression on Medication Adherence in Patients with Type 2 Diabetes". **Diabetes Metab**. 43(6) : 521-528, 2017.

6. Prommaloon, S., et al. "Factors Influencing Insulin Adherence in Patients with Type 2 Diabetes". **NURS SCI J THAIL**. 35(1) : 61-71, 2017.

7. Parada, H., et al. "Correlates of Medication Nonadherence among Latinos with Type 2 Diabetes". **Diabetes Educ**. 38(4) : 552-561, 2012.

8. Gonzalez, J. S., et al. "Depression and Diabetes Treatment Nonadherence: A Meta-Analysis". **Diabetes Care**. 31(12) : 2398-2403, 2008.

9. Roohafza, H., et al. "Stress as a Risk Factor for Noncompliance with Treatment Regimens in Patients with Diabetes and Hypertension". **ARYA Atheroscler**. 12(4) : 166-171, 2016.

10. Hla, L. S. P., et al. "Factors Influencing Adherence to Therapeutic Regimens among People with Type 2 Diabetes Mellitus in Yangon, Myanmar". **Journal of Population and Social Studies**. 26(4) : 262-280, 2018.

11. Huang, Y. M., et al. "Association of Health Literacy and Medication Self-Efficacy with Medication Adherence and Diabetes Control". **Patient Prefer Adherence**. 12 : 793-802, 2018.

12. Alatawi, Y. M., et al. "The Association between Health Beliefs and Medication Adherence among Patients with Type 2 Diabetes". **Res Social Adm Pharm**. 12(6) : 914-925, 2016.

13. Gu, L., et al. "Association of Social Support and Medication Adherence in Chinese Patients with Type 2 Diabetes Mellitus". **Int J Environ Res Public Health**. 14(12) : 1522, 2017.

14. Ayele, A. A., et al. "Medication Regimen Complexity and Its Impact on Medication Adherence and Glycemic Control among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in an Ethiopian General Hospital". **BMJ Open Diabetes Res Care**. 7(1) : e000685, 2019.

15. Thapa, B., et al. "Factors Affecting on Adherence to the Prescribed Drugs in Diabetic Patients Visiting a Tertiary Care Centre". **Journal of Nobel Medical College**. 2(2) : 11-17, 2013.

16. Adisa, R., et al. "Factors Contributing to Nonadherence to Oral Hypoglycemic Medications among Ambulatory Type 2 Diabetes Patients in Southwestern Nigeria". **Pharm Pract (Granada)**. 7(3) : 163-169, 2009.

17. Mongkolchaipak, T., et al. "Factors Affecting Medication Adherence of Diabetic Patients at Police General Hospital". **Thai Journal of Pharmacy Practice**. 7(1) : 47-59, 2015.

18. Shams, M. E. E. and Barakat E. A. M. E. "Measuring the Rate of Therapeutic Adherence among Outpatients with T2DM in Egypt". **Saudi Pharm J**. 18(4) : 225-232, 2010.

19. Ahmad, N. S., et al. "Medication Adherence in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus Treated at Primary Health Clinics in Malaysia". **Patient Prefer Adherence**. 7 : 525-530, 2013.

20. Faul, F., et al. "Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses". **Behav Res Methods**. 41(4) : 1149-1160, 2009.

21. Faul, F., et al. "G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences". **Behav Res Methods**. 39(2) : 175-191, 2007.

22. Cohen, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. 2nd ed. Hillsdale N.J.: L. Erlbaum Associates, New York, USA, 1988

23. Khunkaew, S., et al. "Linguistic and Psychometric Validation of the Thai Version of Simplified Diabetes Knowledge Scale: A Measure of Knowledge of Diabetes in a Thai Population". **SAGE Open Nurs**. 4 : 1-8, 2018.

24. Bloom, B.S. **"Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning".** McGraw-Hill, New York, 1971.

25. Sangruangake, M., et al. "Psychometric Properties of Diabetes Management Self-Efficacy in Thai Type 2 Diabetes Mellitus Patients: A Multicenter Study". **Int J Endocrinol**, 2017 : 2503156, 2017.

26. Best, J.W. **"Research In Education"**. 2nd ed. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 1970.

27. Lotrakul, M., et al. "Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9". **BMC Psychiatry**, 8 : 46, 2008.

28. Wongpakaran, N. and Wongpakaran, T. "The Thai version of the PSS-10: An Investigation of its psychometric properties". **Biopsychosoc Med**, 4 : 6, 2010.

29. Wongpakaran, N. and Wongpakaran, T. "A Revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support". **Span J Psychol**, 15(03) : 1503-1509, 2013.

30. Zimet, G. D., et al. "The Multidimensional Scale of Perceived Social Support". **J Pers Assess**, 52(1) : 30-41, 1988.

31. Anderson, L. A. and Dedrick, R. F. "Development of the Trust in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships". **Psychol Rep**, 67(3_suppl) : 1091-1100, 1990.

32. Morisky, D. E., et al. "Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting". **J Clin Hypertens (Greenwich)**, 10(5) : 348-354, 2008.

33. Ingkamanee, N., et al. "Effectiveness of Promoting a Problem-Solving Ability Program on Medication Adherence in Patients with Type 2 Diabetic". **NURS SCI J THAIL**, 29(2) : 56-64, 2011.

34. Sakthong, P., et al. "Psychometric Properties of the Thai Version of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale in Patients with Type 2 Diabetes". **Ann Pharmacother**, 43(5) : 950-957, 2009.

35. Charlson, M. E., et al. "The Charlson comorbidity index is adapted to predict costs of chronic disease in primary care patients". **J Clin Epidemiol**, 61(12) : 1234-1240, 2008.

36. George, J., et al. "Development and validation of the medication regimen complexity index". **Ann Pharmacother**, 38(9) : 1369-1376, 2004.

37. Brodaty, et al. "The GPCOG: A New Screening Test for Dementia Designed for General Practice". **J Am Geriatr Soc**, 50(3) : 530-534, 2002.

38. Griffiths, J., et al. "The general practitioner assessment of cognition; GPCOG (Thai Version): Validity and Reliability". **Poster session presented at 9th Pan-Pacific Conference on Rehabilitation cum, 21st Annual Congress of Gerontology,** Hong Kong, November, 2014.

39. Donnan, P. T., et al. "Adherence to Prescribed Oral Hypoglycaemic Medication in a Population of Patients with Type 2 Diabetes: A Retrospective Cohort Study". **Diabet Med**. 19(4) : 279-284, 2002.

40. Cramer, J. A. "A Systematic Review of Adherence with Medications for Diabetes". **Diabetes Care**. 27(5) : 1218-1224, 2004.

41. Wabe, N. T., et al. "Medication Adherence in Diabetes Mellitus and Self Management Practices among Type-2 Diabetics in Ethiopia". **N Am J Med Sci**. 3(9) : 418-423, 2011.

42. Gordon, J., et al. "Treatment Choice, Medication Adherence and Glycemic Efficacy in People with Type 2 Diabetes: A Uk Clinical Practice Database Study". **BMJ Open Diabetes Res Care**. 6(1) : e000512, 2018.

43. Rwegerera, G. M. "Relationship among Social Support, Treatment Adherence and Metabolic Control of Diabetes Mellitus Patients". **Pan Afr Med J**. 17 : 252, 2014.

44. McAdam-Marx, C., et al. "Determinants of Glycaemic Control in a Practice Setting: The Role of Weight Loss and Treatment Adherence (the Delta Study)". **Int J Clin Pract**. 68(11) : 1309-1317, 2014.

45. D'Souza, M. S. and Al Salmi, N. M. D. "Self-Efficacy Impact Adherence in Diabetes Mellitus". **Diabetes Updates**. 4(6) : 2-3, 2018.

การพัฒนายุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร

Development Strategic of Sakonnakhon Herbal City

อภิวัฒน์ แสงวงศ์[1], วุฒิพงศ์ ภักดีกุล[2], วรินท์มาศ เกษทองมา[3]

Apiwat Saengwong[1], Wuttiphong Phakdeekul[2], Warinmad Kedthongma[3]

(Received: July 12 ,2019 ; Accepted: August 8 ,2019)

บทคัดย่อ

จังหวัดสกลนคร เป็น 1 ใน 4 จังหวัดนำร่องเมืองสมุนไพร ร่วมกับ จังหวัดเชียงราย ปราจีนบุรี และสุราษฎร์ธานี ดังนั้น การจัดทำยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร มหานครแห่งพฤกษเวช บนฐานรากประชารัฐ จึงสำคัญยิ่ง การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยแบบ การวิจัยและพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนครแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรหน่วยงานภาครัฐและเอกชน เกษตรกร กลุ่มผู้ปลูกและแปรรูปสมุนไพร แบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การสร้างและพัฒนายุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ด้วยการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง การสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมด้วยการทำ SWOT การระดมความคิดเห็น และการใช้วงจรคุณภาพ PDCA ระยะที่ 2 การศึกษาประเมินผล โดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน และสัมภาษณ์ผู้บริหาร จำนวน 6 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบระดับความคิดเห็นด้วย Independent t-test และ ANOVA ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า จังหวัดสกลนครได้มีการจัดทำยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนครแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน มีการปรับปรุงยุทธศาสตร์ จำนวน 2 ครั้ง เกิดการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 โครงการ ผลการศึกษาระดับความคิดเห็นต่อยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร พบว่า เห็นด้วยระดับมาก โดยยุทธศาสตร์ที่เห็นด้วยมากที่สุด คือ ยุทธศาสตร์การสร้างและจัดการองค์ความรู้ด้านสมุนไพร ($\overline{X}$= 4.25, SD = 0.048) กิจกรรมที่เห็นด้วยมากที่สุด คือ กิจกรรมส่งเสริมการกินผักและอาหารเป็นยา ($\overline{X}$= 4.35, SD = 0.794) และเมื่อเปรียบเทียบระดับความคิดเห็น พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนครไม่แตกต่างกัน (P-Value > 0.05)

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง อยากให้ทุกหน่วยงานทำงานแบบบูรณาการ และดำเนินการอย่างจริงจัง เน้นการให้องค์ความรู้ สร้างศูนย์เรียนรู้ชุมชน พัฒนาการใช้กัญชาทางการแพทย์ พัฒนาสมุนไพรให้ได้มาตรฐาน ส่งเสริมการพึ่งตนเองด้วยสมุนไพรส่งเสริมการใช้สมุนไพรในทุกมิติ และเพิ่มรายได้ให้กับประชาชน อันจะส่งผลต่อภาพรวมเศรษฐกิจของประเทศต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนา, ยุทธศาสตร์, เมืองสมุนไพร, การมีส่วนร่วม

Abstract

Sakon Nakhon province is one of the four pilot provinces of the Herbal City where in cooperation with Chiang Rai, Prachin Buri and Surat Thani provinces. So, the Sakon Nakhon Herbal City Strategic, establish metropolis on the foundation of people and government cooperation are very importance. This research and development (R&D) was aimed to create a participative for Sakon Nakhon Herbal City strategy. The participants were personnel from government, private sectors, farmers, a group of plant growers, and processes herbs. The research was divided into 2 stages; Stage 1: to establish and development of Sakon Nakhon Herbal City Strategy by participatory action research. The data collected by documentary study, focus group discussion, SWOT analysis, brainstorming and PDCA cycle. Stage 2: An evaluation study was used a questionnaires of 400 samples, and in-dept interview of 6 executives. Descriptive statistics analyzed were frequency, percentage, mean, standard deviation. Inferential Statistics analyzed with Independent t-test and ANOVA, and qualitative data was content analysis.

The result found that Sakon Nakhon province had created a strategy of Sakon Nakhon Herbal City with participation from all sectors. The strategy has been adjusted for 2 times, and implement 5 projects from the relevant organizations. The opinion of subject on the Sakon Nakhon herbal city strategy were agreed at high level. Furthermore, the most agreeable strategy was the invention and administration of herbal knowledge strategy ($\overline{X}$ = 4.25, SD = 0.048). In addition, the most

[1]นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร, เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

[2]อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร

[3]อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร

agreeable activities was promoting the vegetable and food consumption as drug ($\overline{X}$ = 4.35, SD = 0.794). Therefore, when compared the opinions of the group on the Sakon Nakhon Herbal City strategy not difference (P-value > 0.05).

The suggestion of executives were to integrate all sectors to work hard and take actions seriously on providing information, building knowledge, constructing a community learning center, developing the use of cannabis for medical treatment, improve standards, promoting self-reliance with herbs, enhancing the use of herbs in all dimensions, and increasing people's income which will affect the overall economy of the country.

Keyword: Development, Strategic, Herbal City, Participation

บทนำ

สมุนไพรไทย เป็นเอกลักษณ์ซึ่งสะท้อนวัฒนธรรมความเป็นชาติไทยที่ได้สั่งสมมาแต่โบราณกาล ประเทศไทยมีองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการใช้สมุนไพร เพื่อวัตถุประสงค์ที่หลากหลาย[1] รัฐบาลจึงมีนโยบายจัดทำแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย พ.ศ. 2560-2564 และได้กำหนดให้มีการพัฒนาเมืองสมุนไพร (Herbal City) ระดับจังหวัดขึ้น ใน 4 ภูมิภาค โดยได้คัดเลือกจังหวัดที่มีความพร้อมทั้งด้านฐานทรัพยากร มีความเป็นอัตลักษณ์ วิถีชีวิต วัฒนธรรมท้องถิ่นที่เหมาะสม มีจุดเด่นทั้งในด้านการส่งเสริมการเพาะปลูกเป็นแหล่งผลิตวัตถุดิบสมุนไพร การจัดบริการด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นแหล่งเผยแพร่ผลิตภัณฑ์สมุนไพร และเป็นแหล่งท่องเที่ยวด้านสุขภาพ จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ ปราจีนบุรี เชียงราย สุราษฎร์ธานี และสกลนคร[2]

จังหวัดสกลนคร จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเมืองสมุนไพร สกลนคร มหานครแห่ง พฤกษเวช บนฐานรากประชารัฐ ขึ้น เพื่อกำหนดทิศทางหรือแนวทางการพัฒนาด้านสมุนไพร ทั้งเชิงนโยบายและเชิงกลยุทธ์ไว้ครอบคลุมทุกด้าน เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย หรือทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้หน่วยงานทั้งภาครัฐ และผู้ประกอบการภาคเอกชนยึดถือปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน สามารถทำให้จังหวัดสกลนครเป็นศูนย์กลางสมุนไพรของภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้ ผู้วิจัยจึงเห็นว่า ควรมีการจัดทำยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร ที่เกิดความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน จะก่อให้เกิดประโยชน์สำหรับหน่วยงานภาครัฐ ผู้ประกอบการเอกชน วิสาหกิจชุมชน ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจด้านสมุนไพรในจังหวัดสกลนคร ทั้งต้นทาง กลางทาง และปลายทาง เป็นการเพิ่มรายได้ สร้างอาชีพ และส่งเสริมการท่องเที่ยวให้กับจังหวัดสกลนคร อันจะส่งผลต่อภาพรวมเศรษฐกิจของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนครแบบมีส่วนร่วม
2. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร
3. เพื่อประเมินและจัดลำดับความสำคัญของยุทธศาสตร์และกิจกรรมตามยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร
4. เพื่อเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นต่อยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร
5. เพื่อสรุป ประมวลผลความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง

สมมติฐานการวิจัย

ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนครไม่แตกต่างกัน

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบ การวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ระยะเวลาตุลาคม 2561 - มิถุนายน 2562 แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การสร้างและพัฒนายุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้

ยุทธศาสตร์และนำไปสู่การปฏิบัติในระดับหน่วยงานและพื้นที่ แล้วทำการประเมินและปรับปรุงโดยใช้กระบวนการวงจรคุณภาพ (PDCA)

ระยะที่ 2 การศึกษาประเมินผล (Evaluation) โดยการเก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวางด้วยแบบสอบถาม และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การสร้างและพัฒนายุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร

ประชากร

คณะกรรมการสมุนไพรจังหวัดสกลนคร บุคลากรสาธารณสุข และบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

กลุ่มตัวอย่าง

คณะกรรมการสมุนไพรจังหวัดสกลนคร และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เข้าร่วมประชุม ครั้งละ 60 คน

ระยะที่ 2 การศึกษาประเมินผล (Evaluation Study)

ประชากร

1. บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ ผู้บริหารหรือเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานสาธารณสุขของจังหวัดสกลนคร โดยผู้วิจัยคัดเลือกเฉพาะผู้ที่ดูแลและรับผิดชอบด้านสมุนไพรในจังหวัดสกลนคร

2. เกษตรกร ได้แก่ เกษตรกรที่ดำเนินการปลูกสมุนไพรในพื้นที่จังหวัดสกลนคร โดยคัดเลือกผู้เกษตรกรท้องถิ่นเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก

3. ผู้ประกอบการด้านสมุนไพร ได้แก่ ผู้แปรรูปสมุนไพร ผู้ผลิตยาสมุนไพร ผู้ประกอบการค้าขายสมุนไพร

4. ผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ผู้บริหารข้าราชการระดับสูงและผู้นำภาคประชาชนที่มีบทบาทเกี่ยวข้องในการดำเนินการเรื่องเมืองสมุนไพรจังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่าง

ขนาด ตัวอย่างสามารถคำนวณได้จากสูตรไม่ทราบขนาดตัวอย่างของ W.G. Cochran[3] โดยกำหนดระดับค่า ความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 และระดับค่าความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 5 ได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 384 คน เพื่อความสะดวกในการประเมินผล และการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจึงใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) เครื่องมือเชิงปริมาณ 2) เครื่องมือเชิงคุณภาพ ดังต่อไปนี้

1.1 เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถาม

โดยนำยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร (ฉบับที่ 3) จากมติที่ประชุม เดือนตุลาคม 2561 มาจัดทำแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ซึ่งลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List)

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นต่อกิจกรรมในยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ได้มาตรฐานแบบครบวงจร

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างและจัดการองค์ความรู้ด้านสมุนไพร

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบเครือข่ายสมุนไพรในชุมชน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสื่อสารประชาสัมพันธ์ การตลาด และการท่องเที่ยว

แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ รวมทั้งคำถามปลายเปิด ที่เป็นความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

1.2 เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม หรือค่า IOC ได้ค่าเท่ากับ 0.75 และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จำนวน 30 คน แล้วหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.95

วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การสร้างและพัฒนายุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร 1)การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง (Documentary Analysis) 2)การสังเกตการณ์ 3)การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) 4)การสนทนากลุ่ม (Focus Group Interview) ด้วยเทคนิค SWOT Analysis 5) การจัดประชุมอภิปรายกลุ่ม (Focus Group Discussion) 6) ทำการประเมินและปรับปรุงโดยใช้กระกวนการ PDCA

ระยะที่ 2 การศึกษาประเมินผล (Evaluation Study)

1.วิธีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ 1)แจกแบบสอบถามในการประชุมผู้บริหารประจำเดือน แพทย์แผนไทย เภสัชกร และสมาชิกสหกรณ์สมุนไพรสกลนคร 2)แจกแบบสอบถามไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ 1)นัดหมายสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้เชี่ยวชาญ 2)ดำเนินการสัมภาษณ์และบันทึกเสียง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 การสร้างและพัฒนายุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ระยะที่ 2 การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ มีวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1.การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการถอดคำพูดจำแนกและจัดกลุ่มข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้เปรียบเทียบระดับความคิดเห็น ได้แก่ 1) Independent t-test เพื่อทดสอบความแตกต่าง ข้อมูล 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน 2) One-Way ANOVA เพื่อทดสอบความแตกต่าง ข้อมูลตั้งแต่ 3 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

โดยผู้วิจัยได้พิจารณาทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ในการใช้สถิติ ได้แก่ การแจกแจงข้อมูล และความแปรปรวน

จริยธรรมในการวิจัย

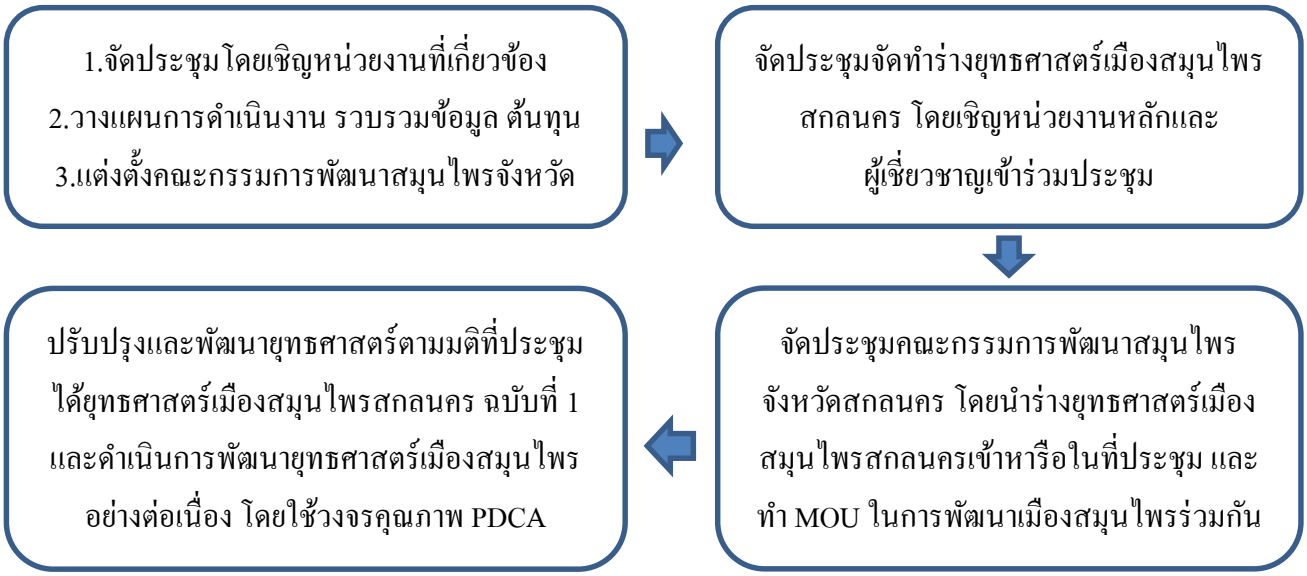
การดำเนินการวิจัยต้องได้รับอนุญาตในการทำวิจัย ทุกกระบวนการ โดยได้รับความเห็นชอบและการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2019-011 รหัสโครงการ 026-2562

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การสร้างยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร

กระบวนการและขั้นตอนการสร้างยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร

1.การจัดทำยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร ฉบับที่ 1



2.กระบวนการปรับปรุงยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร โดยใช้วงจรคุณภาพ PDCA

Plan	ประชุม วางแผนการดำเนินงาน
Do	หน่วยงานต่างๆ นำยุทธศาสตร์ไปจัดทำโครงการและดำเนินการ
Check	ตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงาน
Action	สรุปผลการดำเนินงานและปรับปรุงยุทธศาสตร์ให้เหมาะสม

หน่วยงานที่มีส่วนร่วมในการสร้างยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร

1.หน่วยงานหลัก ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร สำนักงานเกษตรจังหวัดสกลนคร สำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัดสกลนคร โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดสกลนคร สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดสกลนคร สำนักงานพาณิชย์จังหวัดสกลนคร หอการค้าจังหวัดสกลนคร บริษัทประชารัฐรักสามัคคี จำกัด และเครือข่ายอินแปง

2.หน่วยงานสนับสนุน ได้แก่ สำนักงานจังหวัดสกลนคร สำนักงานปฏิรูปที่ดินจังหวัดสกลนคร สถานีพัฒนาที่ดินสกลนคร ศูนย์วิจัยและพัฒนาการเกษตรสกลนคร สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดสกลนคร ศูนย์ศึกษาการพัฒนาภูพาน อันเนื่องมาจากพระราชดำริ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 อุดรธานี สภาอุตสาหกรรมจังหวัดสกลนคร โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานด้านมะเร็งสกลนคร อโรคยศาล วัดคำประมง สำนักงานท่องเที่ยวและกีฬาจังหวัดสกลนคร สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดสกลนคร และชมรมร้านขายยาจังหวัดสกลนคร

ยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร

1)ประชุมจัดทำร่างยุทธศาสตร์โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในเดือนเมษายน 2559 2)ประชุมคณะกรรมการสมุนไพรสกลนคร ในเดือนพฤษภาคม 2559 เพื่อรับรองยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร ฉบับที่ 1 3)ประชุมบุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุงยุทธศาสตร์ครั้งที่ 1 ในเดือนสิงหาคม 2559 ได้ยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร ฉบับที่ 2 4) ประชุมบุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุงยุทธศาสตร์ครั้งที่ 2 ในเดือนตุลาคม 2561 ได้ยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร ฉบับที่ 3 โดยนำ

ยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนครฉบับนี้มาจัดทำแบบสอบถามและสรุปผลการดำเนินงาน

แผนยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร “สกลนคร มหานครแห่งพฤกษเวช”

วิสัยทัศน์

สกลนครเมืองศูนย์กลางสมุนไพรแห่งภาคอีสานที่ได้มาตรฐานระดับอาเซียน บนฐานรากประชารัฐ

พันธกิจ 1)พัฒนาเมืองสมุนไพรแบบครบวงจร เพื่อสร้างรายได้ให้กับประชาชน 2)พัฒนาแหล่งปลูก ผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ได้มาตรฐานสากล 3)สร้างและจัดการองค์ความรู้ด้านสมุนไพร 4)สร้างจิตสำนึกให้ประชาชนเห็นคุณค่าของสมุนไพร

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ได้มาตรฐานแบบครบวงจร

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างและจัดการองค์ความรู้ด้านสมุนไพร

ให้ความรู้สมุนไพรกับเยาวชนและประชาชนทั่วไป 1)จัดทำสื่อการเรียนการสอน E-book สมุนไพร 2)จัดทำหลักสูตรการเรียนการสอนด้านสมุนไพรในโรงเรียนและมหาวิทยาลัย 3)จัดอบรมให้ความรู้การปลูกสมุนไพร 4) จัดอบรมให้ความรู้การแปรรูปและผลิตสมุนไพร 5)จัดอบรมให้ความรู้การตลาด การขายสมุนไพรออนไลน์ 6) ให้ความรู้ด้านสมุนไพรทางหอกระจายเสียงหมู่บ้าน ชุมชน และสถานีวิทยุ

จัดทำระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศด้านสมุนไพร 1)สำรวจและรวบรวมข้อมูลสมุนไพรในป่าภูพาน ป่าครอบครัว และป่าชุมชน 2) ถอดบทเรียนและองค์ความรู้ด้านสมุนไพรจากหมอพื้นบ้านและภาคีเครือข่าย 3) จัดทำฐานข้อมูลสมุนไพร เกษตรกร และภาคีเครือข่าย 4) จัดทำเว็บไซต์ฐานข้อมูลสมุนไพร 5) จัดทำฐานข้อมูลบุคคลต้นแบบด้านสมุนไพร

3.พัฒนาการวิจัยและนวัตกรรมด้านสมุนไพร 1) พัฒนางานวิจัยด้านสมุนไพร 2) พัฒนานวัตกรรมด้านสมุนไพร

พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสมุนไพร 1) จัดอบรมให้ความรู้บุคลากรด้านสมุนไพร 2) ศึกษาดูงานพื้นที่ต้นแบบด้านสมุนไพร

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบเครือข่ายสมุนไพรในชุมชน

สร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย 1) จัดประชุมภาคีเครือข่าย และจัดทำบันทึกข้อตกลง MOU พร้อมแถลงข่าว ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม 2) แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานระดับจังหวัดและอำเภอ

สร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่าย 1) จัดตั้งสหกรณ์สมุนไพรสกลนครจำกัดและสร้างความเข้มแข็งให้กับสหกรณ์

ส่งเสริมการพึ่งตนเองด้านสมุนไพรในการดำเนินชีวิตประจำวัน 1) การใช้สมุนไพรดูแลสุขภาพทุกกลุ่มวัย 2)การใช้สมุนไพร เช่น บัวบก พรมมิ พัฒนาไอคิวในเด็กและป้องกันโรคอัลไซเมอร์ในผู้สูงอายุ 3)การกินผักและอาหารเป็นยา 4)การส่งเสริมเมนูชูสุขภาพด้วยสมุนไพรในร้านอาหาร 5)การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยสมุนไพร 6) การปลูกพืชสมุนไพรในครัวเรือน อย่างน้อย 10 รายการ 7)การส่งเสริมตู้ยาสามัญประจำบ้านสมุนไพร 8)การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส ปลูกสมุนไพร

บูรณาการระบบบริการสาธารณสุขด้วยสมุนไพร 1) บูรณาการแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยสมุนไพรในหน่วยบริการทุกระดับและทุกแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) 2) นำงานวิจัยและนวัตกรรมด้านสมุนไพรมาใช้ในระบบบริการสาธารณสุข

สร้างมาตรฐานบริการด้านสมุนไพรและการแพทย์แผนไทย

1)พัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2)พัฒนามาตรฐานสปาเพื่อสุขภาพ 3)พัฒนามาตรฐานการรักษาโดยหมอพื้นบ้าน (ยาต้ม ยาหมอพื้นบ้าน) และสนับสนุนการรับรองหมอพื้นบ้าน

6. สร้างพื้นที่ต้นแบบด้านสมุนไพร 1) สร้างศูนย์เรียนรู้สมุนไพรในชุมชน 2)สร้างหมู่บ้านต้นแบบการดูแลสุขภาพด้วยสมุนไพรตามกลุ่มวัย 3)สร้างแปลงปลูกพืชสมุนไพรต้นแบบ 4)สร้างถนนต้นแบบสมุนไพร 5)สร้างหน่วยบริการสาธารณสุขต้นแบบด้านสมุนไพร 6)สร้างโรงเรียนต้นแบบด้านสมุนไพร 7)สร้างวัดต้นแบบด้านสมุนไพร 8)สร้างสวนสาธิตสมุนไพรต้นแบบ 9)สร้างป่าสมุนไพรต้นแบบ

7. ส่งเสริมการปลูกสมุนไพรและอนุรักษ์สมุนไพรในป่าครอบครัวและป่าชุมชน 1)ส่งเสริมการปลูกสมุนไพรในป่าครอบครัว 2)ส่งเสริมการปลูกสมุนไพรเกษตรแปลงใหญ่ 3)ส่งเสริมการจัดทำประชาคมในการอนุรักษ์และฟื้นฟูสมุนไพรในป่าชุมชน

8. ส่งเสริมและพัฒนาการให้บริการของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยสกลนคร 1) ส่งเสริมและพัฒนาการให้บริการของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานด้านมะเร็ง สกลนคร อโรคยศาล วัดคำประมง 2)ส่งเสริมและพัฒนาการให้บริการของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยสกลนคร หลวงปู่แฟ้บ สุภัทโท

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสื่อสารประชาสัมพันธ์ การตลาด และการท่องเที่ยว

สื่อสารในระบบสุขภาพ 1) จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข 2) จัดทำวารสารสมุนไพรจังหวัดสกลนคร เผยแพร่ทางสื่อออนไลน์ 3) จัดทำเอกสารให้ความรู้สมุนไพรแบบหน้าเดียวเผยแพร่ทางสื่อออนไลน์

สื่อสารเพื่อให้ประชาชนดูแลตนเองด้วยสมุนไพร

จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์สำหรับประชาชน เช่น แผ่นพับ ซีดี เปิดตามหอกระจายเสียงและสถานีวิทยุ

สื่อสารในเด็กและเยาวชน 1) จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์สำหรับเด็กและเยาวชน 2)จัดค่ายเยาวชนสมุนไพร

บูรณาการจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร 1) จัดจำหน่ายร่วมกับบริษัทประชารัฐรักสามัคคีสกลนคร จำกัด 2)จัดจำหน่ายในร้านขายยา ห้างสรรพสินค้า และร้านค้า 3) รวบรวม คัดเลือกผลิตภัณฑ์สมุนไพรและติดโลโก้ “เมืองสมุนไพรสกลนคร มหานครแห่งพฤกษเวช”

จัดหาช่องทางการตลาด 1) เปิดช่องทางการตลาดสู่ต่างประเทศ โดยเน้นประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคอาเซียน 2) จัดตั้งตลาดกลางสมุนไพร 3) จัดจำหน่ายแบบ Online ผ่านเว็บไซด์ และแอพพิเคชั่นไลน์ 4) จัดทำข้อตกลงทางการค้าระหว่างสหกรณ์สมุนไพรสกลนคร และบริษัทเอกชน 5) จัดจำหน่ายสินค้าในตลาดนัดชุมชน ถนนคนเดิน 6) จัดจำหน่ายเป็นชุดของชำร่วย ของฝาก และกระเช้าสมุนไพร 7) จัดบูธจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรในหน่วยบริการสาธารณสุขและสถานที่ท่องเที่ยว

จัดตั้งศูนย์ผลิตภัณฑ์สมุนไพรครบวงจร 1) จัดตั้งศูนย์ผลิตภัณฑ์สมุนไพรในศูนย์ OTOP 2) จัดตั้งศูนย์จำหน่าย (Outlet) ผลิตภัณฑ์สมุนไพร

ส่งเสริมการท่องเที่ยวจากสมุนไพร 1)พัฒนาแหล่งปลูกสมุนไพรเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงเกษตร 2)จัดทัวร์หรือเส้นทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

ส่งเสริมและพัฒนาให้สมุนไพรเป็นสิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์ (GI) ของจังหวัดสกลนคร

คัดเลือกสมุนไพรเพื่อพัฒนาเป็นสิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์ (GI) ของจังหวัดสกลนครเพิ่มเติม

โครงการที่เกี่ยวข้องกับเมืองสมุนไพรสกลนคร

1)โครงการพัฒนาเมืองสมุนไพรสกลนคร ปีงบประมาณ 2559 งบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2)โครงการพัฒนาเมืองสมุนไพรกลุ่มจังหวัดสนุก ปีงบประมาณ 2560 งบประมาณสนับสนุนจากกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน 2 (งบประมาณ Big Lock) 3) โครงการพัฒนาเมืองสมุนไพรแห่งภาคอีสาน ปีงบประมาณ 2561 งบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เสนอผ่านกรรมการพิจารณางบประมาณภาคตะวันออกเฉียงเหนือ4)โครงการพัฒนา

เมืองสมุนไพรกลุ่มจังหวัดสนุก ปีงบประมาณ 2562 งบประมาณสนับสนุนจากกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน 2 5)โครงการพัฒนาเมืองสมุนไพรจังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ 2562 งบประมาณสนับสนุนจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

ส่วนที่ 2 การประเมินผลจากแบบสอบถาม

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.0 เพศชาย ร้อยละ 27.0 ส่วนใหญ่มีอายุ ระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 49.8 รองลงมา อายุระหว่าง 51 – 60 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพ โสด ร้อยละ 53.3 สมรส ร้อยละ 40.5 วุฒิการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 72.5 รองลงมาระดับปริญญาโท ร้อยละ 11.5 อาชีพส่วนใหญ่เป็นข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ ร้อยละ 81.8 ลองลงมาเป็น เกษตรกร ร้อยละ 12.3 รายได้ ส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 10,000-20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 48.0 รองลงมา รายได้มากกว่า 30,000 บาท/เดือน ร้อยละ 24.2

ความคิดเห็นต่อยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ได้มาตรฐานแบบครบวงจร

พบว่าส่วนมากร้อยละ 83.0 มีความคิดเห็น เห็นด้วยในระดับมาก รองลงมา ร้อยละ 16.3 เห็นด้วยในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 76.47 SD = 11.60)

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างและจัดการองค์ความรู้ด้านสมุนไพร

พบว่าส่วนมากร้อยละ 82.8 มีความคิดเห็น เห็นด้วยในระดับมาก รองลงมา ร้อยละ 15.5 เห็นด้วยในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 63.72 SD = 10.01)

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบเครือข่ายสมุนไพรในชุมชน

พบว่าส่วนมากร้อยละ 83.3 มีความคิดเห็น เห็นด้วยในระดับมาก รองลงมา ร้อยละ 14.8 เห็นด้วยในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 126.45 SD = 19.50)

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสื่อสารประชาสัมพันธ์ การตลาด และการท่องเที่ยว

พบว่าส่วนมาก ร้อยละ 79.3 มีความคิดเห็น เห็นด้วยในระดับมาก รองลงมา ร้อยละ 19.3 เห็นด้วยในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 88.26 SD = 14.43)

ความคิดเห็นต่อกิจกรรมในยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร

1. ความคิดเห็นต่อกิจกรรมในยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ได้มาตรฐานแบบครบวงจร

ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามต่อกิจกรรมทั้ง 18 ข้อ ($\overline{X}$ = 4.24 SD = 0.045) พบว่า เห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ กิจกรรมที่ 1.3.1 พัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเด่นประจำจังหวัด ($\overline{X}$ = 4.33 SD = 0.810) รองลงมา ได้แก่ กิจกรรมที่ 1.1.2 ส่งเสริมและพัฒนาแปลงปลูกสมุนไพรให้ได้มาตรฐานอินทรีย์ ($\overline{X}$ = 4.32 SD = 0.757) และกิจกรรมที่ 1.2.4 พัฒนาโรงงานผลิตยาสมุนไพรทั้งภาครัฐและเอกชนให้ผ่านมาตรฐาน GMP, GMP-PICs ($\overline{X}$ = 4.33 SD = 0.806)

2. ความคิดเห็นต่อกิจกรรมในยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างและจัดการองค์ความรู้ด้านสมุนไพร

ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามต่อกิจกรรมทั้ง 15 ข้อ ($\overline{X}$ = 4.25 SD = 0.048) พบว่า เห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ กิจกรรมที่ 2.1.3 จัดอบรมให้ความรู้การปลูกสมุนไพร ($\overline{X}$ = 4.32 SD = 0.719) รองลงมา ได้แก่ กิจกรรมที่ 2.1.4 จัดอบรมให้ความรู้การแปรรูปและผลิตสมุนไพร ($\overline{X}$ =

4.32 SD = 0.731) และกิจกรรมที่ 1.2.4 จัดอบรมให้ความรู้บุคลากรด้านสมุนไพร ($\bar{X}$ = 4.30 SD = 0.810)

3.ความคิดเห็นต่อกิจกรรมในยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบเครือข่ายสมุนไพรในชุมชน

ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามต่อกิจกรรมทั้ง 30 ข้อ ($\bar{X}$ = 4.21 SD = 0.070) พบว่า เห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ กิจกรรมที่ 3.3.3 การกินผักและอาหารเป็นยา ($\bar{X}$ = 4.35 SD = 0.794) รองลงมา ได้แก่ กิจกรรมที่ 3.8.1 ส่งเสริมและพัฒนาการให้บริการของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานด้านมะเร็ง สกลนคร อโรคยศาล วัดคำประมง ($\bar{X}$ = 4.34 SD = 0.749) และกิจกรรมที่ 3.3.5 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยสมุนไพร ($\bar{X}$ = 4.33 SD = 0.795)

4.ความคิดเห็นต่อกิจกรรมในยุทธศาสตร์ที่ 4 การสื่อสารประชาสัมพันธ์ การตลาด และการท่องเที่ยว

ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามต่อกิจกรรมทั้ง 21 ข้อ ($\bar{X}$ = 4.21 SD = 0.070) พบว่า เห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ กิจกรรมที่ 4.7.1 พัฒนาแหล่งปลูกสมุนไพรเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงเกษตร ($\bar{X}$ = 4.32 SD = 0.793) รองลงมา ได้แก่ กิจกรรมที่ 4.8.1 คัดเลือกสมุนไพรเพื่อพัฒนาเป็นสิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์ (GI) ของจังหวัดสกลนครเพิ่มเติม ($\bar{X}$ = 4.32 SD = 0.777) และกิจกรรมที่ 4.6.1 จัดตั้งศูนย์ผลิตภัณฑ์สมุนไพรในศูนย์ OTOP ($\bar{X}$ = 4.29 SD = 0.761)

5. ความคิดเห็นต่อภาพรวมยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร

ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามต่อยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ ($\bar{X}$ = 4.23 SD = 0.065) พบว่า เห็นด้วยมากที่สุด ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างและจัดการองค์ความรู้ด้านสมุนไพร ($\bar{X}$ = 4.25 SD = 0.048) รองลงมา คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ได้มาตรฐานแบบครบวงจร ($\bar{X}$ = 4.24 SD = 0.045)

สำหรับ กิจกรรมในยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ กิจกรรมที่เห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ กิจกรรมที่ 3.3.3 ส่งเสริมการกินผักและอาหารเป็นยา ($\bar{X}$ = 4.35 SD = 0.794) รองลงมา ได้แก่ กิจกรรมที่ 3.8.1 ส่งเสริมและพัฒนาการให้บริการของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานด้านมะเร็ง สกลนคร อโรคยศาล วัดคำประมง ($\bar{X}$ = 4.34 SD = 0.749) และกิจกรรมที่ 1.3.1 พัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเด่นประจำจังหวัด ($\bar{X}$ = 4.33 SD = 0.810)

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามต่อยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร

เปรียบเทียบตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพ คุณวุฒิการศึกษา อาชีพ และรายได้ กับผลรวมระดับความคิดเห็นทั้งหมด โดยใช้ Independent t-test หากมีข้อมูล 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน และใช้ One-Way ANOVA หากมีข้อมูลตั้งแต่ 3 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ซึ่งหากมีข้อมูลตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มใหม่เป็น 2 กลุ่ม เพื่อทดสอบโดยใช้ Independent t-test เพิ่มเติม

ผลการเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นของตัวแปรแต่ละกลุ่มกับผลรวมระดับความคิดเห็นทั้งหมด ดังนี้

ลำดับ	ตัวแปร	ค่า P-Value ทดสอบโดยใช้ Independent t-test	ค่า P-Value ทดสอบโดยใช้ One-Way ANOVA
1	เพศ	0.484	-
2	อายุ	0.087 (แบ่งกลุ่ม ไม่เกิน 30 ปี และ มากกว่า 30 ปี)	0.858
3	สถานภาพ	0.412 (แบ่งกลุ่ม โสด และ สมรสแล้ว)	0.465
4	คุณวุฒิการศึกษา	0.246 (แบ่งกลุ่ม ต่ำกว่า ป.ตรี และ ป.ตรีขึ้นไป)	0.347
5	อาชีพ	0.166 (แบ่งกลุ่ม ภาครัฐ และ ภาคเอกชน)	0.663
6	รายได้	0.442 (แบ่งกลุ่ม ไม่เกิน 10,000 บาท/เดือน และ เกิน 10,000 บาท/เดือน	0.654

พบว่า P-Value > 0.05 ทุกการทดสอบ ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐาน ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนครไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ กิจกรรมเพิ่มเติมในยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร

ข้อเสนอแนะจากแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เช่น ควรสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับผู้ปลูกกับผู้ผลิต ควรมีการศึกษานวัตกรรมการเพาะเนื้อเยื่อเข้ามาเสริม เพิ่มเรื่องบรรจุภัณฑ์ เพิ่มเรื่องกองทุนพัฒนาศักยภาพ การตรวจวิเคราะห์ ควรจะดำเนินกิจกรรมให้เป็นรูปธรรม จริงจังแต่ต่อเนื่อง ควรมีการประเมินผลความก้าวหน้าของกิจกรรม เป็นระยะๆควรพัฒนาสมุนไพรในรูปแบบที่สามารถสร้างรายได้ต่อเกษตรกรได้ ควรมีศูนย์ข้อมูลของความรู้สมุนไพรหรือสมุนไพรท้องถิ่น ควรจัดตั้งศูนย์การศึกษาเรียนรู้เพื่อเป็นแบบอย่างหรือต้นแบบ ควรให้องค์ความรู้เรื่องกัญชา ควรมีการแจกต้นกล้าสมุนไพรในท้องถิ่นให้มีความหลากหลาย ควรจัดกิจกรรมท่องเที่ยวเชิงเกษตรสมุนไพรท้องถิ่น ควรมีการนวดแผนไทยในงานต่างๆของจังหวัดเพื่อสร้างรายได้ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะจากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร

จากการสัมภาษณ์ ผู้บริหารได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เช่น เน้นการสร้างและจัดการองค์ความรู้ พัฒนาการใช้กัญชาทางการแพทย์ และสมุนไพรประกอบตำรับกัญชา ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ผลิตระดับอุตสาหกรรม สร้างสินค้าที่ได้มาตรฐาน ส่งเสริมป่าครอบครัว ทำให้เกิดรายได้และการพึ่งตนเองด้วยสมุนไพร เป็นต้น

สรุปและอภิปรายผล

1.การสร้างยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนครแบบมีส่วนร่วม ได้มีจัดทำยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนครแบบมีส่วนร่วมโดยบุคลากรจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน เกิดยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร มหานครแห่งพฤกษเวช บนฐานรากประชารัฐ ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ และมีปรับปรุงยุทธศาสตร์จำนวน 2 ครั้ง

2.ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนคร ได้ดำเนินการตามโครงการที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559-2562 จำนวน 5 โครงการ สอดคล้องกับทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ โดยสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างและจัดการองค์ความรู้ มากที่สุด

3.ผลการประเมินและจัดลำดับความสำคัญของยุทธศาสตร์ พบว่า ยุทธศาสตร์ที่เห็นด้วยมากที่สุด ได้แก่ ยุทธศาสตร์การสร้างและจัดการองค์ความรู้ด้านสมุนไพร ($\overline{X}$ = 4.25, SD = 0.048) และกิจกรรมที่เห็นด้วย

มากที่สุด ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมการกินผักและอาหารเป็นยา ($\overline{X}$ = 4.35, SD = 0.794)

4.ผลการเปรียบเทียบระดับความคิดเห็น พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อยุทธศาสตร์เมืองสมุนไพรสกลนครไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-Value > 0.05)

5. ผลสรุป ประมวลผลความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง พบว่า อยากให้ทุกหน่วยงานทำงานแบบบูรณาการ และดำเนินการอย่างจริงจัง เน้นการให้องค์ความรู้ สร้างศูนย์เรียนรู้ ชุนชน พัฒนาการใช้กัญชาทางการแพทย์ พัฒนาสมุนไพรให้ได้มาตรฐาน ทำให้เกิดรายได้และการพึ่งตนเองด้วยสมุนไพร

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ควรนำยุทธศาสตร์ไปใช้ในการดำเนินการพัฒนาเมืองสมุนไพรสกลนครอย่างจริงจัง เน้นการพัฒนากระบวนการจัดการองค์ความรู้ และส่งเสริมการกินผักและอาหารเป็นยา

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

ผู้วิจัยควรจะดำเนินการวิจัยต่อเนื่อง โดยเพิ่มการนำเทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ในการเก็บข้อมูล และควรใช้กระบวนการ PMQA เข้ามาจัดระบบการดำเนินงานเมืองสมุนไพร

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

นำผลการศึกษาเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการสมุนไพรจังหวัดสกลนคร เพื่อวางแผนการดำเนินงานและปรับปรุงยุทธศาสตร์ โดยหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาชน ควรมีส่งเสริมการปฏิบัติงาน การสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร ในการพัฒนาเมืองสมุนไพร เพื่อประโยชน์ของประชาชนชาวจังหวัดสกลนครต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อ.ดร.วุธิพงศ์ ภักดีกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อ.ดร.วรินท์มาศ เกษทองมา และ รศ. ศุภชัย ติยวรนันท์ ผู้ทรงคุณวุฒิสอบวิทยานิพนธ์ บิดา มารดา ภรรยา บุตรี ที่เป็นกำลังใจ ขอขอบคุณทีมผู้ช่วยนักวิจัยที่ช่วยประสานงานการจัดเก็บข้อมูลในพื้นที่ การลงเก็บข้อมูลในพื้นที่จังหวัดสกลนคร

เอกสารอ้างอิง

1. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. **รายงานการสาธารณสุขไทย ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก 2555-2556.** กรุงเทพฯ,2556 .
2. กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรภาครัฐ-เอกชน. **แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560–2564**. บจก.ทีเอส อินเตอร์พริ้นท์, กรุงเทพฯ, 2559
3. กัลยา วานิชย์บัญชา. **การวิเคราะห์ทางสถิติ : สถิติเพื่อการตัดสินใจ**. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ, 2549

การศึกษานำร่องเรื่อง การพัฒนาโมบายแอปพลิเคชั่นต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ

Development of a mobile application to aid self-management for post valvular surgery patients : Pilot study

บุญประเสริฐ แสงวิจิตรประชา[1], ขนิษฐา วรธงชัย[2]

Boonprasert Sangvichitpracha[1] , Kanittha Volrathongchai

(Received: March 20,2019; Accepted: August 2 ,2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยเป็นการศึกษานำร่อง เพื่อพัฒนาโมบายแอปพลิเคชั่นที่ช่วยผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจในการจัดการตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน บนโทรศัพท์มือถือระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ โดยมีการนำแอปพลิเคชั่นที่ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบหลังผ่าตัด อาการที่อาจพบหลังผ่าตัดที่ไม่เป็นอันตราย การดูแลตนเองหลังผ่าตัด การประเมินตนเองรายวัน กราฟที่แสดงค่าการแข็งตัวของเลือด การแจ้งเตือนการรับประทานยา และการแจ้งเตือนวันนัด (ข้อความ) ไปทดลองใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 5 คน และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ จำนวน 5 ราย โดยหลังการใช้โมบายแอปพลิเคชั่น กลุ่มตัวอย่างจะต้องมีการประเมินความพึงพอใจ 4 ระดับหลังการใช้โมบายแอปพลิเคชั่น ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80 ที่ประกอบด้วย ความสวยงามในการออกแบบ ด้านข้อมูล ด้านการทำงานของระบบ และด้านความทันสมัยสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ หลังจากนั้นนำผลที่ได้ข้อเสนอจากกลุ่มตัวอย่างไปปรับปรุงโมบายแอปพลิเคชั่นให้เหมาะสมกับความต้องการของกลุ่มตัวอย่างต่อไป

ผลการศึกษา และข้อเสนอแนะจากการนำโมบายแอปพลิเคชั่นไปทดลองใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ จำนวน 10 ราย พบความพึงพอใจของผู้ใช้ในภาพรวมได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.48 ซึ่งถือว่าแอปพลิเคชั่นนี้มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่างคือ ในอนาคตควรมีการพัฒนาโมบายแอปพลิเคชั่นนี้ให้สามารถใช้ในระบบปฏิบัติทุกระบบ และเมื่อผู้ใช้ประเมินตนเองพบว่ามีอาการผิดปกติ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดสามารถเชื่อมต่อมาที่สถานบริการสุขภาพเพื่อให้สามารถช่วย และสนับสนุนผู้ใช้ในเรื่องของการจัดการตนเองได้ทันที

คำสำคัญ: โมบายแอปพลิเคชั่น1 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ2 การจัดการตนเอง3

Abstract

Method : An android mobile application was developed to aid patients with self – management at home . The mobile application includes aids regarding knowledge, post-surgery complications, understanding of non-dangerous post-surgery symptoms, self-care after surgery , daily assessment, graph of INR, medication reminders , and appointment reminders (with notes). The sample of this study consisted of 5 nurses and 5 care givers aged more than 18 years who were caring for post valvular surgery patients. After making use of the mobile application before discharge from hospital, the participants nurses were asked to complete a researcher created satisfaction survey using a 4 category Likert scale included design,information,work system and modernity with current user which obtained Cronbach's Alpha Coefficient at .80. The survey results will inform subsequent adjustments to the mobile application to be used in future research.

Result and recommendations : Across the 10 participants the average satisfaction rating of the test mobile application for post valvular surgery was found to be 3.7 (SD 0.48). This indicates a high level of satisfaction with the existing test mobile application .The mobile application should be further developed in other operating systems and if user have some symptom what maybe show about complication after surgery at home what can link to hospital to know and response suddenly for help or support user for self management .

Keyword: Mobile application1 Post valvular surgery 2 Self-management 3

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์พยาบาลศาสตร์ สาขาบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือดมีจำนวนเพิ่มขึ้นในทุกๆปี เป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลก[1] และคาดการณ์ว่าอาจจะมีจำนวนการเสียชีวิตด้วยสาเหตุของโรคหัวใจและหลอดเลือดทั่วโลกถึง 23.6 ล้านคนในปี ค.ศ.2030[2] ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคเกี่ยวกับลิ้นหัวใจที่อาจจะมีความผิดปกติมาแต่กำเนิด หรือเกิดขึ้นภายหลัง และการรักษาถ้าผู้ป่วยมีความผิดปกติของโครงสร้างของลิ้นหัวใจคือการผ่าตัด [3] จากข้อมูลของสมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศรายงานเกี่ยวกับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคลิ้นหัวใจ มากกว่าโรคหัวใจอื่น และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด จากรายงานของโรงพยาบาลของรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน พบว่าในปี พ.ศ.2558 มีจำนวน 1196 รายปี พ.ศ.2559 มีจำนวน 1126 และปี พ.ศ.2560 มีจำนวน 1083 ราย[5]

ปัจจุบันผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจมีการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น โดยตั้งแต่นอนรักษาในโรงพยาบาลจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใช้เวลาประมาณ 7 วัน ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด[4] หลังการผ่าตัดถึงแม้จะมีการแก้ไขความผิดปกติของโครงสร้างลิ้นหัวใจแล้ว แต่ผู้ป่วยก็ยังคงต้องมีจัดการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ[6] เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ การเกิดภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาป้องกันลิ่มเลือด การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว หรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ [6] เป็นต้น และเพื่อเป็นการลดการกลับมารักษาซ้ำ[4] คงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี สามารถควบคุมอาการของโรคไม่ให้กำเริบได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นการเตรียมจำหน่ายก่อนออกจากโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญ ที่สามารถป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่เกิดจากปัญหาการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ถือเป็นตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญของโรงพยาบาลในเรื่องของคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย หรือเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายอย่างเหมาะสม เพราะการกลับมารักษาซ้ำนอกจากมีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว ยังมีผลต่อค่าใช้จ่ายขององค์กรอีกด้วย

การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเป็นความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ หรือผู้ดูแลในการตั้งเป้าหมาย และการดูแลตนเองภายหลังออกจากโรงพยาบาลโดยการเตรียมจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพจะต้องมีการเริ่มเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่วันแรกที่นอนรักษาในโรงพยาบาลไปจนถึงวันที่ผู้ป่วยเตรียมกลับบ้าน[8] ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการสอนผู้ป่วยเรื่องการจัดการดูแลตนเองหลังผ่าตัดภายหลังการจำหน่าย การสอนที่มีประสิทธิภาพสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดความวิตกกังวล และสามารถลดการกลับมารักษาซ้ำได้[7] จากการสอบถามพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งพบว่า การสอนผู้ป่วย ณ ปัจจุบันนี้เป็นการสอนรายบุคคลมากกว่าการสอนรายกลุ่มเนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีวันจำหน่ายที่แตกต่างกัน หรือยังไม่ทราบวันที่จะมีการจำหน่ายแน่นอน การสอนผู้ป่วยมีความแตกต่างกันตามประสบการณ์การทำงานของพยาบาล การสอนใช้เวลาก่อนการจำหน่าย 1 วันหรือภายในวันที่จะจำหน่าย อุปกรณ์สื่อการสอนในการเตรียมจำหน่าย เพื่อให้สามารถกลับไปจัดการดูแลตนเองที่บ้านมีความแตกต่างกันในแต่ละหอผู้ป่วย เช่น บางหอผู้ป่วยเป็นแผ่นพับ บางหอผู้ป่วยเป็นภาพพลิก ดังนั้นการให้ข้อมูลอาจจะไม่ชัดเจน และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

โทรศัพท์มือถือมีการเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็ว ด้วยคุณสมบัติที่เป็นทั้งโทรศัพท์ และเป็นคอมพิวเตอร์พกพา ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ทุกที่ ทุกเวลาที่ต้องการประกอบกับราคาในปัจจุบันที่ไม่แพงเกินไป ประชาชนสามารถหาซื้อได้สะดวกขึ้น จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2558) พบว่ามีผู้ใช้โทรศัพท์มือถือทั้งหมดถึง 49.6 ล้านคน คิดเป็น 79.3% ของประชากรทั้งประเทศ [9] และยอดการใช้ในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกๆปี ทำให้องค์กรสุขภาพต่างเริ่มให้ความสนใจในการนำโทรศัพท์มือถือมาใช้เป็นเครื่องมือในการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย เนื่องจากต้นทุนต่ำ สามารถเข้าถึงได้ง่ายทุกที่ ทุกเวลา ทั้งผู้ป่วยที่อยู่ไกล หรือมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ[10]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีงานวิจัยต่างประเทศเกี่ยวกับการใช้โทรศัพท์มือถือในการดูแลสุขภาพจำนวนมาก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยทางด้านอายุรกรรม กลุ่มโรคเบาหวาน โรคระบบทางเดิน

หายใจ และเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้เกิดสุขภาพดี โดยวิธีการมีทั้งการส่งข้อความ แจ้งเตือนการนัดหมายจากทีมสุขภาพ การติดตามอาการ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การใช้ยา และพบว่าการใช้โทรศัพท์มือถือในทางสุขภาพด้านศัลยกรรมยังมีน้อย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยทางศัลยกรรมในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมและกระดูก และยังไม่มีการใช้โทรศัพท์มือถือที่เกี่ยวกับการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจทำวิจัยเกี่ยวกับการโทรศัพท์มือถือในการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการพัฒนาแอปพลิเคชั่นสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจต่อการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษานำร่อง (Pilot study)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ และญาติผู้ป่วยที่ผ่าตัดลิ้นหัวใจที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่นอนรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากประชากรโดยการสุ่มแบบบล็อก มีเกณฑ์การคัดเข้าได้แก่ 1) ผู้ป่วยหรือญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง 2) ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจอาการปลอดภัยแล้ว และเตรียมตัวจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ 3)มีโทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟนที่เป็นระบบปฏิบัติการ Android 4)อ่านออก และเขียนภาษาไทยได้ 5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 6)ผู้ป่วยหรือญาติที่ดูแลผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมในงานวิจัย และมีการเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย จำนวน 5 คน พยาบาลหอผู้ป่วยสามัญ ทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่ให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่อาการปลอดภัย และเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจำนวน 5 คน

เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย

1.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ที่ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ
ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ สิทธิการรักษา ผู้ดูแลหลัก ผู้ประกอบอาหารให้ผู้ป่วยรับประทาน ประสบการณ์การรับรู้เรื่องการจัดการตนเองหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การวินิจฉัยโรค การผ่าตัดที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจการใช้แอปพลิเคชั่นในการจัดการตนเองหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จำนวน 3 ด้าน คือ ด้านความสวยงามในการออกแบบ ด้านข้อมูล และด้านการทำงานของระบบ จำนวน 11 ข้อ วัดคะแนนความพึงพอใจ โดยใช้เกณฑ์การประเมินแบบ 4 ระดับ (Rating scale) กำหนดระดับคะแนนความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชั่นการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ มีเกณฑ์การให้คะแนนระดับความพึงพอใจ ดังนี้ 3.3-4 คะแนน หมายถึงมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด 2.6-3.2 คะแนน หมายถึงมีความพึงพอใจในระดับมาก 1.8-2.5 คะแนน หมายถึงมีความพึงพอใจในระดับพอใช้ 1-1.7 คะแนน หมายถึงมีความพึงพอใจในระดับน้อย (ประคอง กรรณสูต. 2542 อ้างถึงใน สินีนุช หลวงพิทักษ์. 2558:50)

2.เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่

โมบายแอปพลิเคชั่นที่ช่วยในการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งสร้างขึ้นจากการประยุกต์ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคล และครอบครัวของ Ryan และ Sawin (2009) ที่ประกอบด้วย 3 มิติ คือ มิติด้านบริบท มิติด้านกระบวนการ และมิติด้านผลลัพธ์ โดยแอปพลิเคชั่นประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ใช้แอปพลิเคชั่น รายการหัวข้อที่ผู้ป่วยสนใจ เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การประเมินตนเองรายวัน การเตือนวันนัด โดยผู้ป่วยสามารถเลือกหัวข้อที่สนใจ หรือต้องการศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง ยกเว้นการประเมินตนเองรายวันที่ผู้ป่วยต้องประเมินตนเองทุกวัน ซึ่งเมื่อเกิดความผิดปกติแอปพลิเคชั่นจะมีการประมวลผลเพื่อให้ผู้ใช้ทราบถึงภาวะสุขภาพของตนเองในแต่ละวัน และสามารถจัดการตนเองเมื่อเกิดความผิดปกติได้เหมาะสม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา ภาษา ความตรงตามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และมีการนำเครื่องมือดังกล่าวไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจในภาษาที่ใช้ ความสะดวก ความง่ายในการใช้เครื่องมือ ความชัดเจนของคำถาม และนำคำนวณหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.8

การวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังจากการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจจากการใช้แอปพลิเคชั่น ผู้วิจัยได้มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยในแต่ละด้าน พร้อมทั้งค่าเฉลี่ยรวมของแอปพลิเคชั่น โดยใช้เกณฑ์ประเมินแบบ 4 ระดับ (Rating Scale) ดังนี้

3.26 - 4 คะแนน หมายถึงมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

2.60 - 3.25 คะแนน หมายถึงมีความพึงพอใจในระดับมาก

1.76 - 2.5 คะแนน หมายถึงมีความพึงพอใจในระดับพอใช้

1.00 -1.75 คะแนน หมายถึงมีความพึงพอใจในระดับน้อย

สรุปและอภิปรายผล

จากการสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้แอปพลิเคชั่น โดยแบ่งเป็นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ จำนวน 5 ราย และผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจจำนวน 5 ราย สรุปผลการประเมินความพึงพอใจตามตารางที่ 1 ผู้ป่วย และญาติที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจ

รายการ	ผลการประเมิน		
	$\overline{X}$	SD	ระดับ
ด้านความสวยงามในการออกแบบ			
สีสันของแอปพลิเคชั่น	3	0	มาก
รูปแบบสวยงาม	3	0	มาก
ขนาดตัวอักษรมีความเหมาะสม	2.20	0.45	พอใช้
ด้านข้อมูล			
ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านมีเพียงพอต่อความต้องการ ข้อมูลมีความถูกต้อง ชัดเจน เข้าใจง่าย	4	0	มากที่สุด
ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการดูแลตนเองหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเพียงพอต่อความเข้าใจ	4	0	มากที่สุด
มีการจัดหมวดหมู่ข้อมูลที่สามารถค้นหาได้ง่าย	3.4	0.55	มากที่สุด
ด้านการทำงานของระบบ			
ความเร็วในการตอบสนองการเรียกข้อมูล	3.8	0.53	มากที่สุด
ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย	4	0.45	มากที่สุด
การจัดรูปแบบแอปพลิเคชั่นง่ายต่อการใช้งาน	3.6	0	มากที่สุด
ความพึงพอใจต่อการใช้งานโดยรวม	4	0	มากที่สุด
รายการ	**ผลการประเมิน**		
	$\overline{X}$	SD	ระดับ
ด้านความทันสมัย สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้	3.85	0.55	มากที่สุด

ด้านพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ

รายการ	ผลการประเมิน		
	$\overline{X}$	SD	ระดับ
ด้านความสวยงามในการออกแบบ			
สีสันของแอปพลิเคชั่น	3.2	0.84	มาก
รูปแบบสวยงาม	3	0.71	มาก
ขนาดตัวอักษรมีความเหมาะสม	2.6	0.55	พอใช้
ด้านข้อมูล			
ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านมีเพียงพอต่อความต้องการ ข้อมูลมีความถูกต้อง ชัดเจน เข้าใจง่าย	3.6	0.55	มากที่สุด
ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการดูแลตนเองหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเพียงพอต่อความเข้าใจ	3.2	0.84	มากที่สุด
มีการจัดหมวดหมู่ข้อมูลที่สามารถค้นหาได้ง่าย	3.6	0.55	มากที่สุด
ด้านการทำงานของระบบ			
ความเร็วในการตอบสนองการเรียกข้อมูล	3.2	0.45	มากที่สุด
ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย	3.4	0.55	มากที่สุด
การจัดรูปแบบแอปพลิเคชั่นง่ายต่อการใช้งาน	3.2	0.45	มากที่สุด
ความพึงพอใจต่อการใช้งานโดยรวม	3.4	0.55	มากที่สุด
ด้านความทันสมัย สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้	3.3	0.33	มากที่สุด

จากตารางที่ 1 ผลการประเมินจากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้แอปพลิเคชั่นพบว่า ด้านความสวยงามในการออกแบบ

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในด้านสีสันและรูปแบบของแอปพลิเคชั่นในระดับมาก แต่ในด้านของขนาดของตัวอักษรมีความพึงพอใจในระดับพอใช้เนื่องจากตัวอักษรมีขนาดค่อนข้างเล็ก ด้านข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากที่สุดทั้งในส่วนของข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านที่มีเพียงพอต่อความต้องการ ข้อมูลมีความถูกต้อง ชัดเจน เข้าใจง่าย ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการดูแลตนเองหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเพียงพอต่อความเข้าใจ และมีการจัดหมวดหมู่ข้อมูลที่สามารถค้นหาได้ง่าย ด้านการทำงานของระบบพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากที่สุดในส่วนของความเร็วในการตอบสนองการเรียกข้อมูล ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย การจัดรูปแบบแอปพลิเคชั่นง่ายต่อการใช้งาน และด้านความทันสมัย สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของณัฐฐาชล ประเสริฐสถิตย์ และณัฐชนน ทองใหม่ ที่ทำวิจัยเรื่องแอปพลิเคชั่นสำหรับคนรักสุขภาพ ซึ่งผลการวิจัยสรุปว่าผู้ใช้มีความพึงพอใจในระดับดี เพราะแอปพลิเคชั่นมีการรวบรวมฟังก์ชันที่ผู้ใช้ต้องการ และมีรูปแบบหน้าจอที่ง่ายต่อการใช้งาน[12] อีกทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของสิรินธร จียาศักดิ์ และ ขวัญชนก อิ่มอมรชัย ที่

ทำการวิจัยเกี่ยวกับแอปพลิเคชั่นสมุนไพรดูแลสุขภาพบนระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ ที่ผลการวิจัยพบว่าการจัดหมวดหมู่การแสดงข้อมูลที่เหมาะสม และตรงความต้องการมีการใช้งานที่ไม่ซับซ้อนทำให้ความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชั่นมากขึ้น[13]

ข้อเสนอแนะ

1.แอปพลิเคชั่นต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ สามารถนำไปใช้ในการจัดการตนเองในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่กลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้จริง โดยมีการใช้งานที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน การจัดหมวดหมู่ของแอปพลิเคชั่นชัดเจน และเข้าใจง่าย

2.แอปพลิเคชั่นต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ สามารถเป็นต้นแบบ และพัฒนาแอปพลิเคชั่นใน
ครั้งต่อไปได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Heart Organization. Cardiovascular diseases (CVDs).สืบค้นจาก https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds). (7 ตุลาคม 2561)

2. American heart association.2014. Heart Disease and Stroke Statistics – At-a-Glance.สืบค้นจาก http://www.heart.org/idc/groups/ahamah public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_470704.pdf. (7 ตุลาคม 2561)

3.ปาริชาติ วงศ์ก้อม.(2556).*ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะการแข็งตัวของเลือดและ ภาวะหัวใจ ล้มเหลว ในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ*.(วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น).

4.ยุพิน สังฆะมณี.(2555).ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความรู้ ความวิตกกังวลและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ.*วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*,*30*(1),15-21.

5. สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย.สถิติผ่าตัดหัวใจในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 – ปัจจุบัน. สืบค้นจาก http://thaists.org/news_detail.php?news_id=212 (21 ตุลาคม 61)

6.วนิดา พิมทา และคณะ.(2558).พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในโรงพยาบาลศรีนครินทร์.*ศรีนครินทร์เวชสาร*,*29*(3).

7. Veronovici et al.(2013).Discharge education to promote self-management following cardiovascular surgery: An integrative review.*European journal of cardiovascular nursing,30.*

8.เพ็ญจันทร์ แสนประสาน,ดวงกมล วัตราดุลย์ ,และนวรัตน์ สุทธิพงศ์.(2560).การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา โรคหลอดเลือดโคโรนารีย์ผ่านสายสวน: มุมมองของผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด และญาติผู้ดูแล.*วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*,*28*(1).

9.สำนักงานสถิติแห่งชาติกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.(2558).*สรุปผลที่สำคัญ สำรวจการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2552-2558.*

10. Lisa Whitehead and Philippa Seaton.(2013).The effectiveness of self-management mobile phone and tablet apps in long-term condition management: A systematic review, *JOURNAL OF MEDICAL INTERNET RESEARCH,18*(5).

11. K.L. Sibilitz et al.(2015).High readmission rate after heart valve surgery: A nationwide cohort study. *International Journal of Cardiology*.

12. ณัฐฐาชล ประเสริฐสถิตย์ และณัฐชนน ทองใหม่.(2557).*แอปพลิเคชั่นสำหรับคนรักสุขภาพ*.(ปริญญานิพนธ์,มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ).

13.สิรินธร จียาศักดิ์ และ ขวัญชนก อิ่ม อมรชัย.(2558).ทำการวิจัยเกี่ยวกับแอปพลิเคชั่นสมุนไพรดูแลสุขภาพบนระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์.*การประชุมวิชาการระดับประเทศด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (National Conference on Information Technology: NCIT) ครั้งที่ 7.*

คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

PERSONAL CHARACTERISTICS AND MOTIVATIONEFFECTING THE TEAMWORK OF PROFESSIONAL NURSES AT IN-PATIEN DEPARTMENT IN KALASIN HOSPITAL

ดาราณี การจุนสี[1], สุวิทย์ อุดมพาณิชย์[2]

Daranee kanjunsri[1], Suwit Udompanitch[2]

(Received: May 22 ,2019 ; Accepted: June 18 ,2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประชากรที่ศึกษาคือพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน359 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน+120 คน และสนทนากลุ่ม 12 คน เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อมีค่าความสอดคล้องมากกว่า 0.05 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.96 เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 22 มีนาคม 2562 ถึง วันที่ 23 เมษายน 2562 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติอนุมาน ได้แก่ การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนโดยมีการกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมระดับแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก และระดับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.70 (S.D.=0.37) และ3.86 (S.D.=0.45) ตามลำดับ และพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์การทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ส่วนภาพรวมของ ปัจจัยจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับสูง และปัจจัยค้ำจุน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.765, p-value<0.001) และ(r=0.663, p-value<0.001) ตามลำดับ ทั้งนี้ ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงาน ปัจจัยจูงใจด้านการได้รับการยอมรับนับถือ ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร และ ปัจจัยค้ำจุนด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ตัวแปรทั้ง 5 ตัวแปรมีผลและร่วมกันพยากรณ์การทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้ร้อยละ64.3 (R^2=0.643, p–value<0.001)

คำสำคัญ: คุณลักษณะส่วนบุคคล, แรงจูงใจ, การทำงานเป็นทีม

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed at studying the effects of personal characteristics and motivation on the teamwork of professional nurses at in-patient department in Kalasin Hospital. The population were 359 professional nurses at in-patient department in Kalasin Hospital. The sample consists of 120 professional nurses at in-patient department in Kalasin Hospital who were selected though the systematic random sampling method and a focus group discussion of 12 participants. The research instruments were evaluated by 3 experts in the nursing field, the content of the questionnaire indicating its item-objective congruence (IOC) were more than 0.05 and its content validity at 0.96. The data were collected between March 22nd 2019 to April 23rd2019. The data were analyzed through a descriptive statistic; a percentage, mean, standard deviation, median, minimum and maximum values including inferential statistics; Pearson's product moment correlation coefficient and stepwise multiple linear regression analyses within the statistical significance at 0.05.

The study revealed that, the overall level of motivation was at a high level and teamwork level of professional nurses at in-patient department in Kalasin Hospital at a high level with an average of 3.70 (S.D. = 0.37) and 3.86 (S.D. = 0.45) respectively. The findings also reflected that the personal characteristic factors did not have any close correlation with their teamwork. As for the overall motivation factors had a high level of relationship and hygiene factors had a moderate level of relationship with teamwork of professional nurses at in-patient department in Kalasin Hospital with statistical significance (r = 0.765, p-value <0.001) and (r = 0.663, p-value <0.001) respectively. In focus, the motivation factors were covering achievement, recognition and advancement. The hygiene factors were covering policy and administration and job security.These five main factors did have and effects on the teamwork of professional nurses in the target situation and also could foresee it about 64.3 3 (R^2=0.643, p–value<0.001)

Key words: characteristics, motivation, teamwork

---

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] รองศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และประชาชน (สภาการพยาบาล, 2552) ซึ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับประชาชนนั้น ได้มีการปฏิรูปบริการสุขภาพในปี พ.ศ.2540 ส่งผลให้บุคลากรที่ให้การบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน ต้องเปลี่ยนรูปแบบการปฏิบัติงานโดยมุ่งเน้นผลงานที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) พยาบาล เป็นผู้ที่อยู่ในวิชาชีพที่มีหน้าที่ให้บริการสังคม ในการดูแลสุขภาพและการเจ็บป่วยของประชาชน จึงมีโอกาสและมีบทบาทสำคัญ ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในยามที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากโรคภัยไข้ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2545) และสิ่งสำคัญที่พยาบาลวิชาชีพควรคำนึงถึงในการปฏิบัติการพยาบาล คือการนำองค์ประกอบของทักษะด้านการทำงานเป็นทีมไปปฏิบัติ ซึ่งการทำงานเป็นทีม ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) การมีเป้าหมายร่วมกัน 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 3) การติดต่อสื่อสาร 4) การรับผิดชอบร่วมกันและ 5) ความไว้วางใจ (McCloskey & Maas, 1998) จากการทบทวน การศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของการทำงานเป็นทีม พบว่า ระดับการทำงานเป็นทีมต่อการจัดการด้านความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.17 (S.D.= 0.39) (สาหร่าย จันสา, 2560) และยังพบว่าระดับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.74 (S.D.= 0.85) [15] และยังพบอีกว่า ระดับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพอัตราจ้างชั่วคราวในโรงพยาบาลกองทัพบก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.18 (SD = 0.41) (พรรณิภา สมบูรณ์, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย และนุสรา ประเสริฐศรี, 2561)

นอกจากพยาบาลวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยใน ต้องมีความรู้และทักษะในเรื่ององค์ประกอบของการทำงานเป็นทีมแล้ว ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ยังมีผลต่อการทำงานเป็นทีมด้วยซึ่งคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย7 ด้าน ได้แก่ 1) เพศ 2)อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) ตำแหน่ง 6) รายได้ และ 7) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (Schermerhorn, Hunt &Osborn, 2003) ซึ่งมีผู้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากทางบวก (p-value<0.05) กับความตั้งใจคงอยู่ในอาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเขต1 ภาคกลาง ประเทศไทย (นลินรัตน์ ทองนิรันดร์, ภูสิตา อินทรประสงค์ และจรรยาภัทร อาชาชัย, 2558) และยังพบว่า ระดับการศึกษา (ปริญญาตรีขึ้นไป) มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำทางบวก (p-value<0.05) กับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี (เบญจพร ก้องบูลยาพงษ์ และดวงกมล ปิ่นเฉลียว, 2559) และยังพบอีกว่าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจนวายมีความพึงพอใจในงานและวัฒนธรรมองค์กรโดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำทางบวก (p-value<0.05) กับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจนวายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (วรางคณา ชนะเคน, 2559) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าคุณลักษณะส่วนบุคคล คือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล

แรงจูงใจซึ่งแสดงออกถึงพฤติกรรมหรือแสดงออกซึ่งความต้องการจะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายและตอบสนองสิ่งที่ต้องการ (วธารินี ทองลิ่ม, 2558) ซึ่งองค์ประกอบของแรงจูงใจ แบ่งออกเป็นปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน ซึ่งปัจจัยจูงใจ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความสำเร็จในการทำงาน 2) การได้รับการยอมรับนับถือ 3) ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ 4) ความรับผิดชอบ และ5) ความก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน ส่วนปัจจัยค้ำจุน ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ 1) เงินเดือนและค่าตอบแทน 2) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 3)สถานะของอาชีพ 4) นโยบายและการบริหาร 5) สภาพการทำงาน 6) ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว 7) ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และ8) การปกครองบังคับบัญชา (Herzberg, Mausner&Snyderman, 2010) ซึ่งมีผู้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแรงจูงใจ พบว่าแรงจูงใจ ปัจจัยด้านลักษณะของงานสามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบ้านแพ้วได้ร้อยละ76.22 (R^2=0.762, p-value<0.001) (เพ็ญพิชชา ล้วนดี, 2558) และยังพบว่าแรงจูงใจในการทำงาน สามารถร่วมพยากรณ์การทำงานของบุคลากร โรงพยาบาลตติยภูมิโดยรวมได้ร้อยละ 60.9 (R^2=0.609, p- value <0.005) (นภัสจันท์ มงคลพันธ์, เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา, สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์ และวิชัย มนัสศิริวิทยา, 2560) และยังพบอีกว่าปัจจัยจูงใจสามารถร่วมพยากรณ์การมี

ส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬได้ร้อยละ51.84 (R^2=0.518, p- value <0.001) (สถาพร รัตนวารีวงษ์, นิตยา เพ็ญศิรินภา และวรางคณา จันทร์คง, 2557) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าแรงจูงใจเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานเป็นทีมของบุคลากรในโรงพยาบาลรวมทั้งพยาบาลวิชาชีพด้วย

จังหวัดกาฬสินธุ์ประกอบด้วย 18 อำเภอ มีโรงพยาบาลชุมชน 17 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง คือโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด ขนาด 540 เตียง มีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 528 คน แบ่งการให้บริการผู้ป่วยในแยกตามแผนก คือ แผนกอายุรกรรม แผนกศัลยกรรม แผนกกุมารเวชกรรม แผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ แผนก ตา หู คอ จมูก และแผนกสูติ นรีเวชกรรม จำนวน 26 หอผู้ป่วย มีพยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจำนวน 359 คน ผลัดเปลี่ยนเวรกันดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยแบ่งเกณฑ์การจัดอัตรากำลังเพื่อดูแลผู้ป่วยดังนี้ โดยในหอผู้ป่วยหนัก จัดให้มีพยาบาลวิชาชีพ 1 คนดูแลรับผิดชอบผู้ป่วย 2 คน หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต มีพยาบาลวิชาชีพ 1คนดูแลรับผิดชอบผู้ป่วย 3 คน หอผู้ป่วยทั่วไปมีพยาบาลวิชาชีพ 1คน ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วย 8 คน และได้นำเกณฑ์การคิดภาระงานมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ120 ร่วมกับการจัดอัตรากำลังเสริมด้วย [3] พบว่าภาระงานที่มากและอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอเหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย มีผลต่อการทำงานเป็นทีมโดยเฉพาะการติดต่อสื่อสาร และจากการประเมินผลพฤติกรรมการปฏิบัติงาน (สมรรถนะ Competency) รายบุคคล ซึ่งมีตัวชี้วัด 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) การมุ่งผลสัมฤทธิ์ 2) บริการที่ดี 3)การสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ 4) จริยธรรม และ5) ความร่วมแรงร่วมใจ (สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (สำนักงาน ก.พ.), 2553) โดยในแต่ละด้าน มีเกณฑ์กำหนดผ่านมาตรฐานอย่างน้อยร้อยละ85 และผ่านมาตรฐานรวมทุกด้านอย่างน้อยร้อยละ80 พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่สามารถทำงานตามเป้าหมายที่วางไว้และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกิจกรรมเพื่อผู้ป่วยที่มารับบริการ มีการรับผิดชอบร่วมกันและ มีความไว้วางใจในการปฏิบัติงานเพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมาย โดยไม่พบข้อร้องเรียน แต่ยังพบว่าในตัวชี้วัดที่ 5 ด้านความร่วมแรงร่วมใจในการทำงานเป็นทีม ส่งผลกระทบโดยตรงกับผู้ป่วย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดต่อสื่อสารไม่ชัดเจน ไม่ถูกต้องครบถ้วน ซึ่งตัวชี้วัดย่อยกำหนดให้สมาชิกต้องรายงานความคืบหน้าของการดำเนินงานของตนเองในทีมให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการทำงานของทีมตลอดเวลาที่ปฏิบัติงาน เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างทีมการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ55.6 [3] และยังพบว่า การติดต่อสื่อสารไม่ชัดเจน ไม่ถูกต้องครบถ้วน ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย1 คิดเป็นร้อยละ 14.6 [3] และยังพบอีกว่า การติดต่อสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุงานน้อยในแต่ละหอผู้ป่วย ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ เพิ่มภาระต่อผู้ปฏิบัติงานในทีมและสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง การส่งต่อข้อมูลที่ผิดพลาด ยังส่งผลให้ผู้ป่วยเพิ่มวันนอนโรงพยาบาลมากขึ้น สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เพิ่มความวิตกกังวล ในขณะรอผลการรักษาพยาบาลที่ทวนซ้ำ เกิดข้อร้องเรียน ทั้งในระดับหน่วยงาน ระดับองค์การ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาทักษะ ศักยภาพและเน้นความสำคัญของการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุเป้าหมายของการพยาบาลที่วางไว้ เกิดความพึงพอใจสูงสุดทั้งผู้ให้บริการและผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ

วัตถุประสงค์

1 เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

2 เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับแรงจูงใจและระดับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

3 เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross–Sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวนทั้งหมด 359 คน [3] กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เพื่อศึกษา คุณลักษณะส่วน

บุคคลและแรงจูงใจที่ที่มีผลต่อการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างการวิเคราะห์การถดถอยพหูคูณแบบขั้นตอน (Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen (1988) ได้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มี จำนวน 120 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1.แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นคำถามที่เกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจ และคำถามเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ใช้เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับแรงจูงใจ และการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติอนุมาน ได้แก่ การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนโดยมีการกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้วเท่านั้น และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผ่านการพิจารณาจากทางคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2562 ลำดับที่ : 4.3.05: 9/2562 เลขที่ HE 622043

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ คุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 97.5 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21 -30 ปี จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ43.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 35.65 ปี (S.D.= 9.64 ปี) อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 57 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพโสด จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 45.8 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 93.3 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 45.0 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 25,000 บาท จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 41.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 31,101.91 บาท (S.D.= 11,419.45 บาท) รายได้ต่ำสุด 15,000 บาท รายได้สูงสุด 60,000 บาท ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ 1–10 ปี จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ53.3 มีค่ามัธยฐาน 10 ปี จำนวนปีต่ำสุด 2 ปีจำนวนปีสูงสุด 34 ปี มีค่าเฉลี่ย = 12.65 ปี , S.D.= 9.21 ปี

2 ระดับแรงจูงใจของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เมื่อพิจารณาระดับแรงจูงใจหลัก พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.70 (S.D.=0.37) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านประกอบด้วยปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.79 (S.D.=0.37) และค่าเฉลี่ย 3.61 (S.D.= 0.44) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามรายด้านปัจจัยจูงใจพบว่า ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.00 (S.D.=0.50) ส่วนปัจจัยจูงใจด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.35 (S.D.=0.64) และเมื่อพิจารณาตามปัจจัยค้ำจุน พบว่า ปัจจัยค้ำจุนด้านสถานะของอาชีพ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.90 (S.D.=0.54) ส่วนปัจจัยค้ำจุนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ปัจจัยค้ำจุนด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.84 (S.D.=0.77)

3 ระดับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เมื่อพิจารณาระดับการทำงานเป็นทีม พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.86 (S.D.=0.45) เมื่อพิจารณาการทำงานเป็นทีมรายด้าน พบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การทำงานเป็นทีมด้านการรับผิดชอบร่วมกัน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.00 (S.D.=0.54) และเมื่อพิจารณาการทำงานเป็นทีมรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การทำงานเป็นทีมด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.76 (S.D.=0.69)

4 คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล และแรงจูงใจ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง รายได้ และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

4.2 แรงจูงใจ พบว่า ภาพรวมแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.786,p-value<0. 001) ส่วนปัจจัยจูงใจในภาพรวม พบว่า มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทาง ส่วนปัจจัยค้ำจุนในภาพรวม พบว่า มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.663, p-value<0.001) (r=0.292, p-value =0.001) ดังรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ตัวแปร	การทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (n=120)		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
1. เพศ(หญิง)	-0.072	0.436	ไม่มีความสัมพันธ์
2. อายุ	-0.037	0.685	ไม่มีความสัมพันธ์
3. สถานภาพสมรส (โสด)	-0.079	0.392	ไม่มีความสัมพันธ์
4. ระดับการศึกษา(ปริญญาตรี)	0.017	0.851	ไม่มีความสัมพันธ์
5. ตำแหน่ง(พยาบาวิชาชีพชำนาญการ)	0.013	0.889	ไม่มีความสัมพันธ์
6. รายได้	0.041	0.656	ไม่มีความสัมพันธ์
7. ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	0.033	0.721	ไม่มีความสัมพันธ์
แรงจูงใจ	0.786***	<0.001	สูง
ปัจจัยจูงใจ	0.765***	<0.001	สูง
1. ความสำเร็จในการทำงาน	0.640***	<0.001	ปานกลาง
2. การได้รับการยอมรับนับถือ	0.639***	<0.001	ปานกลาง
3. ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	0.626***	<0.001	ปานกลาง
4. ความรับผิดชอบ	0.558***	<0.001	ปานกลาง
5 ความก้าวหน้าในตำแหน่ง	0.428***	<0.001	ปานกลาง
ปัจจัยค้ำจุน	0.663***	<0.001	ปานกลาง
1. เงินเดือนและค่าตอบแทน	0.292**	0.001	ต่ำ
2. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.475***	<0.001	ปานกลาง
3. สถานะของอาชีพ	0.607***	<0.001	ปานกลาง
4. นโยบายและการบริหาร	0.561***	<0.001	ปานกลาง
5. สภาพการทำงาน	0.421***	<0.001	ปานกลาง
6. ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว.	0.447***	<0.001	ปานกลาง
7. ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	0.570***	<0.001	ปานกลาง
8. การปกครองบังคับบัญชา	0.483***	<0.001	ปานกลาง

**Correlation is significant less than 0.01 level

***Correlation is significant less than 0.001 level

5 คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่ถูกคัดเลือกเข้าสมการคือ ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05และตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกคัดเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับ ดังนี้ คือ ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงาน (p-value<0.001) ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร (p-value=0.006) ปัจจัยจูงใจด้านการ

ได้รับการยอมรับนับถือ (p-value=0.001) ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน (p-value=0.014) และ ปัจจัยค้ำจุนด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน (p-value=0.047) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปร สามารถพยากรณ์การทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้ร้อยละ 64.3

โดยสามารถกำหนดเป็นสมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง ซึ่งเป็นสมการทำนายการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

Y = 0.270 + (0.354) (ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงาน) + (0.162) (ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร) + (0.216) (ปัจจัยจูงใจด้านการได้รับการยอมรับนับถือ) + (0.107) (ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน) + (0.114) (ปัจจัยค้ำจุนด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน)

ดังรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ตัวแปร	B	Beta	T	P-value	R	R^2	R^2adj	R^2 change
1.แรงจูงใจ ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงาน	0.354	0.344	5.006	<0.001	0.640	0.410	0.405	-
2.แรงจูงใจ ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร	0.162	0.209	2.823	0.006	0.744	0.553	0.545	0.143
3.แรงจูงใจ ปัจจัยจูงใจด้านการได้รับการยอมรับนับถือ	0.216	0.240	3.286	0.001	0.781	0.610	0.600	0.057
4.แรงจูงใจ ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน	0.107	0.152	2.488	0.014	0.794	0.631	0.618	0.021
5.แรงจูงใจ ปัจจัยค้ำจุนด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	0.114	0.152	2.007	0.047	0.802	0.643	0.627	0.013
ค่าคงที่ 0.270, F=41.090, p–value<0.001, R=0.802, R^2=0.643, R^2adj=0.627								

สรุปและอภิปรายผล

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จากผลการวิจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลของของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 97.5 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21 -30 ปี คิดเป็นร้อยละ43.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 35.65 ปี (S.D.= 9.64 ปี) อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 57 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 45.8 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 93.3 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คิดเป็นร้อยละ 45.0 รายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 41.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 31,101.91 บาท (S.D.= 11,419.45 บาท) รายได้ต่ำสุด 15,000 บาท รายได้สูงสุด 60,000 บาท ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ 1–10 ปี คิดเป็นร้อยละ53.3 มีค่ามัธยฐาน 10 ปี จำนวนปีต่ำสุด 2 ปี จำนวนปีสูงสุด 34 ปี (ค่าเฉลี่ย = 12.65 ปี , S.D.= 9.21 ปี)

2. ระดับแรงจูงใจของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จากผลการวิจัยระดับแรงจูงใจของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่าระดับแรงจูงใจหลัก ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.70 (S.D.=0.37) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านประกอบด้วย ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.79 (S.D.=0.37) และค่าเฉลี่ย 3.61 (S.D.=0.44) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามรายด้านปัจจัยจูงใจพบว่า ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.00 (S.D.=0.50) ส่วนปัจจัยจูงใจด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.35 (S.D.=0.64) และเมื่อพิจารณาตามปัจจัยค้ำจุน พบว่า ปัจจัยค้ำจุนด้านสถานะของอาชีพ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.90 (S.D.=0.54) ส่วนปัจจัยค้ำจุนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ปัจจัยค้ำจุนด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.84 (S.D.=0.77)

3. ระดับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จากผลการวิจัยระดับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่าภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.86 (S.D.= 0.45) เมื่อพิจารณาการทำงานเป็นทีมรายด้าน พบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การทำงานเป็นทีมด้านการรับผิดชอบร่วมกัน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 4.00 (S.D.=0.54) ส่วนรองลงมาคือ การทำงานเป็นทีมด้านความไว้วางใจ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.00 (S.D.=0.55) และเมื่อพิจารณาการทำงานเป็นทีมรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การทำงานเป็นทีมด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย3.76 (S.D.=0.69) รองลงมาคือ การทำงานเป็นทีมด้านการมีเป้าหมายร่วมกัน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 3.76 (S.D.=0.49) ตามลำดับ

4. คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล และแรงจูงใจ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ พบว่าเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง รายได้ และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ภาพรวมแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r=0.786,p-value<0.001) ส่วนปัจจัยจูงใจในภาพรวม พบว่า มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r=0.765, p-value<0.001) ในส่วนรายด้านพบว่าทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ด้านความสำเร็จในการทำงาน (r=0.640, p-value<0.001) ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ (r=0.639, p-value< 0.001) ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ (r=0.626, p-value<0.001) ด้านความรับผิดชอบ (r=0.558, p-value< 0.001) และด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน (r=0.428, p-value<0.001) ส่วนปัจจัยค้ำจุนในภาพรวม พบว่า มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r= 0.663, p-value<0.001) ในรายด้านพบว่าด้านที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ด้านสถานะของอาชีพ (r=0.607, p-value<0.001) ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน (r=0.570, p-value<0.001) ด้านนโยบายและการบริหาร (r=0.561, p-value<0.001) ด้านการปกครองบังคับบัญชา(r=0.483, p-value<0.001) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (r=0.475, p-value<0.001) ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว (r=0.447, p-value<0.001) และด้านสภาพการทำงาน (r= 0.421, p-value<0.001) และพบว่าด้านที่มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน (r=0.292, p-value =0.001)

5. คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จากผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์และถูกคัดเลือกเข้ามาในสมการนั้น มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรที่ไม่ถูกคัดเลือกเข้าในสมการจะเป็นตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้ามาในสมการเรียงตามลำดับคือ แรงจูงใจ ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงาน (p-value<0.001) แรงจูงใจ ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร (p-value=0.006) แรงจูงใจ ปัจจัยจูงใจด้านการได้รับการยอมรับนับถือ(p-value=0.001) แรงจูงใจ ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน(p-value=0.014) และแรงจูงใจ ปัจจัยค้ำจุนด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน (p-value=0.047) ดังนั้นจึงสามารถสรุปผลการวิจัยได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้ร้อยละ64.33 จะเห็นได้ว่า ถ้านโยบายและการบริหารที่กำหนดอย่างชัดเจนและเป็นระบบ สื่อถึงผู้ปฏิบัติทั่วทั้งองค์การ จะทำให้เกิดผลสำเร็จของงานตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทุกคนที่อยู่ใน

ทีมเกิดความพึงพอใจ นอกจากนั้นการได้รับการยอมรับนับถือจากทีม ความมั่นคงในงาน ตลอดทั้งความก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1 โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ควรส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในมีแรงจูงใจในด้านความสำเร็จในการทำงาน โดยเฉพาะส่งเสริมความสามารถในการแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในมีแรงจูงใจในด้านนโยบายและการบริหารงาน โดยเฉพาะส่งเสริมความสามารถในการบริหารและการปฏิบัติงานในหน่วยงานอย่างเป็นระบบ ตามมาตรฐานวิชาชีพ ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในมีแรงจูงใจด้านการได้รับการยอมรับนับถือ โดยเฉพาะส่งเสริมให้มีการยกย่องชมเชยเมื่อปฏิบัติงานสำเร็จ โดยการจัดเวทีเชิดชูพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน ผู้มีผลงานเด่นด้านการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อกระตุ้นการทำงานอย่างมีคุณภาพและเป็นองค์การแห่งการพัฒนาอย่างยั่งยืน ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในมีแรงจูงใจด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน โดยเฉพาะส่งเสริมให้มีโอกาสในการเลื่อนสู่ตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น ด้วยการกำหนดระเบียบวิธีปฏิบัติอย่างชัดเจน สื่อสารให้ทราบเพื่อความเข้าใจตรงกัน และส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในมีแรงจูงใจด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะส่งเสริมให้มีการจัดสรรรายได้และค่าตอบแทน ตามความเหมาะสมกับบริบทของงาน

2. ควรศึกษาแนวทางในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก

3. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกตามมาตรฐานวิชาชีพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุษบามินตรา ฉลวยแสง ที่ให้ความเมตตากรุณาชี้แนะในการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาสารคามทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการ ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการ และ รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการสนทนากลุ่ม จนได้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์สำหรับผู้วิจัย ขอขอบพระคุณ คณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่าน ที่ให้ความรู้อบรม และสั่งสอนกระบวนการคิดวิเคราะห์ จนสามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1.กนกพิชญ์ กาฬหว้า, และประจักร บัวผัน. (2557). การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 8**(1), 83-93.

2.กนกวรรณ สีมา, ภูสิตา อินทรประสงค์, และจรรยา ภัทรอาชาชัย. (2558). ความตั้งใจออกจากวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. **วารสารกองการพยาบาล. 42**(3), 142-158

3.กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2561). **ชุดข้อมูลบุคลากร: Drive N.** กาฬสินธุ์: กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.

4.กัลยา วานิชย์บัญชา. (2546). **สถิติสำหรับงานวิจัย.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

5.กาญจน์วจี จตุเทน. (2561). **การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

6.กาญจนา มังคละคีรี. (2552). **องค์ประกอบของการทำงานเป็นทีมที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองนครพนม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนครพนม.

7.เกษมชาติ จ่าสิงห์, และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี. (2557). คุณลักษณะส่วนบุคคลและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน การบริหารเวชภัณฑ์และงานบริการเภสัชกรรมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย. **สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น.25**(2), 67-78.

8.คมกริช ถานทองดี. (2561) **คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการทำงานเป็นทีมของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

9.จรัสศรี อาจศิริ, และประจักร บัวผัน. (2552). แรงจูงใจในด้านการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์ไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุภาพ จังหวัดหนองคาย. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น, 16**(4), 66-78.

10.จารุกิตติ์ นาคคำ, และชนะพล ศรีฤาชา. (2556). **ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการรายงานข้อมูลสุขภาพระดับปฐมภูมิของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชัยภูมิ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

11.จิตติภา ขาวอ่อน. (2547). **ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงศึกษาธิการ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.

12.จินตนา ณ ระยอง. (2545). **การทำงานเป็นทีม.** กรุงเทพฯ: อมรการพิมพ์.

13.จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ. (2551). **เกณฑ์ประเมินคุณภาพการพยาบาลศูนย์อุบัติเหตุ (ตามมาตรฐานบริการพยาบาลศูนย์อุบัติเหตุ).** นนทบุรี: บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพฯ) จำกัด.

14.จิรัฏฐิติ ไทยศิริ, และประจักร บัวผัน. (2556).ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่การเงินในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารวิจัย มข. (บศ.) 13** (1), 123-134

15.จิราภรณ์ เตชะอุดม, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, และเดชา ทองดี. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. **พยาบาลสาร, 43**(3), 117-127.

16.จิริสุดา บัวผัน, และประจักร บัวผัน. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของทันตแพทย์ ในโรงพยาบาลชุมชนเขตสาธารณสุขที่ 12. **วารสารวิจัย มข., 16**(1), 679-692.

17.เฉลิมขวัญ มลิพันธ์. (2559). **แรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

18.ชนงกรณ์ กุณฑลบุตร. (2552). **หลักการจัดการและองค์การและการจัดการแนวคิดการบริหารธุรกิจในสถานการณ์ปัจจุบัน.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

19.ชนากานต์ นาพิมพ์, ประจักร บัวผัน และชัญญา อภิปาลกุล. (2561). **คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์.**วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์

MOTIVATION AFFECTING THE PERFORMANCE OF CAREGIVER FOR THE DEPENDENT ELDERLY IN KALASIN PROVINCE

ทวิช วงค์ไชยชาญ[1] , ชนะพล ศรีฤชา[2]

Tawit Vongchaichan[1] , Chanaphol Sriruecha [2]

(Received: June 7 ,2019 ; Accepted: July 5 ,2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 2,383 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 242 คน และสนทนากลุ่มจำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม และแนวทางในการสนทนากลุ่ม ซึ่งแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่าทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง มากกว่า 0.50 วิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.98 เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 26 เมษายน ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการหาค่าสถิติเชิงพรรณนา และ สถิติอนุมาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ระดับแรงจูงใจ ปัจจัยจูงใจ และ ระดับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.89 (S.D.= 0.45), 3.95 (S.D.= 0.47), 3.84 (S.D.= 0.48) และ 3.84 (S.D.= 0.47) ตามลำดับ ภาพรวมของแรงจูงใจ ปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้ำจุน มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.771$, p-value < 0.001, $r = 0.717$, p-value < 0.001 และ $r = 0.733$, p-value < 0.001) ตามลำดับ ทั้งนี้ ปัจจัยค้ำจุนด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ และปัจจัยค้ำจุนด้านการปกครองบังคับบัญชา ซึ่งทั้ง 5 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ร้อยละ 59.6 ($R^2 = 0.596$, p-value < 0.001) ปัญหาอุปสรรคที่พบส่วนใหญ่ คือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขาดความมั่นใจในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรมีการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: แรงจูงใจ, การดูแลผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ABSTRACT

This is a cross-sectional descriptive research aimed to study motivation affecting the performance of caregiver for dependent eldery in Kalasin province , Thailand. The population was 2,383 caregivers for dependent eldery in Kalasin province. The sample of 242 samples were selected by systematic random sampling. Data was collected data by questionnaires and 12 key informants participated in focus group discussion. The questionnaire were verified for content validity by three experts, Item Objective Congruence (IOC) more than 0.50 at all items and analyze the reliability of the questionnaire, Cronbach's alpha coefficient was at 0.98. Data collected between 26th April 2019 to 31st May 2019. Data analysis by using computer program for data analysis was performed by descriptive statistics and inferential statistics as significance at the level of 0.05.

The result showed that the level of motivation, motivation factor, hygiene factor and the level of the performance of the caregivers in overall was found at a high level with average of 3.89 (S.D.=0.45), 3.95 (S.D.=0.47), 3.84 (S.D.=0.48) and 3.84 (S.D.=0.47) respectively. Moreover overall of the motivation, motivator factor, hygiene factor had high level relationship of the the performance of caregiver for dependent eldery ($r = 0.771$, p-value < 0.001, $r = 0.717$, p-value < 0.001 และ $r = 0.733$, p-value < 0.001) respectively. Five variables include hygiene factors; job security, motivation factors; responsibility, motivation factors; advancement, motivation factors; recognition and hygiene factors; supervision technical could predict the performance of caregiver for dependent eldery at 59.6 percentage. ($R^2 = 0.596$, p-value < 0.001) Common problem was the caregiver for dependent eldery lack of confidence in soving problems that arise during the care of dependent eldery. There fore it should be a continuous potential development of caregivers for dependent eldery.

Keyword: motivation, eldery care, dependent eldery, caregivers

---

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ปัจจุบันเทคโนโลยีทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีความเจริญมากขึ้นทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2593 จำนวนประชากรของผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จะเพิ่มสัดส่วนขึ้น จาก 605 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.0 ของจำนวนประชากรโลกทั้งหมด เป็น 2 ,000 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22.0 กล่าวคือ 1 ใน 5 ของประชากรโลกจะมีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป นั่นหมายความว่า สังคมโลกกำลังจะกลายเป็นสังคมแห่งผู้สูงอายุ สำหรับประชาคมอาเซียนซึ่งมีสมาชิก 10 ประเทศ ประชากรของอาเซียนก็กำลังมีอายุสูงขึ้นเช่นเดียวกัน ใน พ.ศ. 2559 มีประเทศสมาชิก 3 ประเทศได้กลายเป็นสังคมสูงอายุแล้ว ได้แก่ สิงคโปร์มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุดเป็นร้อยละ 18.7 รองลงมาคือประเทศไทยคิดเป็นร้อยละ 16.5 และเวียดนามคิดเป็นร้อยละ 10.7ตามลำดับ ส่วนประเทศที่กำลังจะ เข้าสู่สังคมสูงอายุในอีก 2-3 ปี ข้างหน้านี้ ได้แก่ มาเลเซียคิดเป็นร้อยละ 9.5 และประเทศเมียนมาคิดเป็นร้อยละ 9.2 สำหรับสถานการณ์ผู้สูงอายุในแประเทศไทย มีแนวโน้มสูงขึ้นในอนาคตอันใกล้ จำนวนประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอีกมาก ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) ในอีกประมาณ 5 ปีข้างหน้าเมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20.0 และอีก 20 ปีข้างหน้าประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ซึ่งหมายถึงมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 30.0 ขึ้นไป [1]

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก ได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เกิดจากความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน และสถานพยาบาล ให้มีความพอเพียงและเหมาะสมต่อการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เข้าสู่สังคมสูงวัยได้อย่างมีความสุข โดยมีมาตรการพัฒนาศักยภาพคนในชุมชนให้เป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน สนับสนุนให้ชุมชนมีระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุในครอบครัวและให้ชุมชนตระหนักในคุณค่าและศักดิ์ศรีผู้สูงอายุ และได้ทำบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care for The Dependent Elderly) แบบบูรณาการในพื้นที่ ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจัดระบบการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยเน้นการบริการทางการแพทย์เชิงรุกในพื้นที่โดยการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของบุคคลในพื้นที่ [2] และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดทำทะเบียนคู่สัญญากับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมและสมัครเข้าร่วมดำเนินงาน โดยการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนขึ้นเพื่อรองรับงบประมาณสนับสนุนที่บริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการและมีผู้ปฏิบัติงานคือ ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) ทีมสหสาขาวิชาชีพ และ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกรมอนามัย สามารถให้การดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคลได้ [3]

ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปัจจุบัน เป็นการดูแลโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานหลัก ซึ่งผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ถือได้ว่าเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ โดยเป็นผู้เชื่อม ประสานระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ระหว่างสถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัว ทำหน้าที่ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพจากหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้บริการทางด้านสาธารณสุข และบริการด้านสังคม ซึ่งการช่วยเหลือ ดูแลครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจสังคม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนี้ พัฒนามาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ โดยผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 70 ชั่วโมง ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และได้รับ

ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานตามจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับแจ้งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ในอัตราเหมาจ่าย 5,000 บาท/ราย/ปี โดยคิดอัตราค่าตอบแทนบริการเชิงรุกต่อครั้ง สำหรับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามมติคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเห็นชอบ และกำหนดไว้ในระเบียบของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1 คน จะรับผิดชอบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 5 - 10 ราย ซึ่งมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้ 1) การดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ 2) การสังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงต่างๆของผู้สูงอายุ 3) การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้าน 4) การประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุ 5) การจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง 6) การส่งต่อผู้สูงอายุกรณีมีเหตุฉุกเฉิน 7) การเขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด 8) การจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน [3] นอกจากนี้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ยังจำเป็นจะต้องมีทักษะในการประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) เพื่อจำแนกผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) กลุ่มติดสังคม 2) กลุ่มติดบ้าน และ 3) กลุ่มติดเตียง ซึ่งจะให้การช่วยเหลือดูแลตามสภาพปัญหาหรือภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ[4] จากการศึกษาที่ผ่านมา มีผู้ศึกษา แรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ระดับการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภาพรวมอยู่ในระดับมาก[5],[6],[11]

ถึงแม้ว่าระบบบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขในปัจจุบันได้ให้บริการประชาชนอย่างถ้วนหน้าแต่ก็ยังพบปัญหาในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นมีข้อจำกัดหลายอย่าง เช่น การมีภาระหน้าที่ในการเลี้ยงดูครอบครัวของตนเอง การประกอบอาชีพเกษตรกรรม หรืออาชีพรับจ้างทั่วไป การได้รับค่าตอบแทนจากการปฏิบัติงานไม่สม่ำเสมอเนื่องจากคณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในเรื่องกฎระเบียบการบริหารกองทุน ส่งผลให้เกิดการเบิกจ่ายค่าตอบแทนล่าช้า ขาดความต่อเนื่องและปัญหาสำคัญอีกอย่างหนึ่งคือการขาดแรงจูงใจในการทำงานผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การมีแรงจูงใจในการทำงานจะกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกที่อยากทุ่มเทแรงกายแรงใจ ในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุอย่างเต็มกำลังความสามารถซึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจมี 2 กลุ่มคือ 1) ปัจจัยจูงใจ และ 2) ปัจจัยค้ำจุน โดยปัจจัยจูงใจประกอบไปด้วย 1) ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน 2) ลักษณะงานที่ทำ 3) การยอมรับนับถือ 4) ความรับผิดชอบ และ 5) ความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน ปัจจัยค้ำจุนประกอบด้วย 1) นโยบายการบริหาร 2) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 3) สภาพการทำงาน 4) การปกครองบังคับบัญชา 5) ค่าตอบแทน 6) ความมั่นคงในการปฏิบัติงานและ 7) ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว[16] ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นตัวที่ช่วยกระตุ้นให้บุคคลมีความต้องการความสำเร็จในการปฏิบัติงานในทุกกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการศึกษาที่ผ่านมา มีผู้ศึกษา แรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ผลการศึกษา พบว่า แรงจูงใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก และมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และยังพบว่าปัจจัยด้านด้านเวลาในการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ และปัจจัยด้านความรับผิดชอบ สามารถร่วมกันพยากรณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ได้ร้อยละ 66.5[5] การปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ผลการศึกษา พบว่า แรงจูงใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก และมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[7] และแรงจูงใจที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาทอง อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษา พบว่า แรงจูงใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก และมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่า แรงจูงใจด้านสภาพการทำงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล นโยบายและ

การบริหาร และการได้รับการยอมรับนับถือ สามารถร่วมกันพยากรณ์การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาทอง อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ได้ร้อยละ 75.44 [8]

จากข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดกาฬสินธุ์ พ.ศ. 2561 พบว่า มีผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 136,924 คน คิดเป็นร้อยละ 13.89 ถือได้ว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อมูลของประเทศ ได้รับการตรวจคัดกรองความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล จำนวน 109,734 คน คิดเป็นร้อยละ 80.1 มีผู้สูงอายุประเภทติดสังคม จำนวน 103,540 คน คิดเป็นร้อยละ 94.3 ประเภทติดบ้าน จำนวน 5,032 คน คิดเป็นร้อยละ 4.6 และประเภทติดเตียง จำนวน 1,162 คน คิดเป็นร้อยละ 1.1 และยังพบว่าปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เกิดจากภาวะเสื่อมถอยของร่างกาย การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ข้อเข่าเสื่อม โรคสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์และอัมพาต [9] และบุคคลที่ทำหน้าที่ในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ที่สำคัญ คือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่ง มีทั้งหมด จำนวน 2,383 คน เริ่มให้การดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมโครงการจำนวน 148 แห่ง [10] ซึ่งการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคือ การออกให้บริการดูแลที่บ้าน ได้แก่ การช่วยเหลือในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดูแลกรณีใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย เช่น การให้อาหารทางสายยาง การใช้เครื่องช่วยหายใจ การใช้เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น การดูแลแผลกดทับ การทำกายภาพบำบัดเบื้องต้น ดูแลระยะสุดท้าย ปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านผู้สูงอายุ กำจัดสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกวิธี ส่งต่อผู้สูงอายุ กรณีที่พบว่ามีเหตุฉุกเฉิน ตลอดจนการเขียนและจัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานเสนอต่อคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน จากสรุปผลการนิเทศติดตามงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีประสบการณ์ และทักษะในการทำงานน้อย จึงทำให้ขาดความมั่นใจในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกรณีติดเตียง การโทรแจ้งเหตุกรณีฉุกเฉินเพื่อประสานขอความช่วยเหลือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลล่าช้า และสภาพบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังไม่เอื้อต่อการประกอบกิจวัตรประจำวันเท่าที่ควร อาจทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหกล้มได้ ตลอดจนการเขียนรายงานตามแผนการพยาบาลดูแล ยังไม่ครอบคลุมในทุกมิติ ซึ่งจะส่งผลให้การบริการตามระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์ ยังไม่มีครอบคลุม และมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ รวมถึงปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ทราบถึงแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ และนำผลการศึกษาดังกล่าว มาเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาและสนับสนุนการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ ให้เหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษางานวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 2,383 คน ปฏิบัติงานที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามรายชื่อในฐานข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ [9]

กลุ่มตัวอย่างสำหรับตอบแบบสอบถามในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้น (Multiple linear

regression analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของโคเฮน [15] ได้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีจำนวน 242 ตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยการสำรวจจำนวน และรายชื่อของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากฐานข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งหมดจำนวน 2,383 คน โดยการเรียงรายชื่อประชากรที่ศึกษาตามโซนอำเภอ ทั้งหมด 2,383 รายชื่อ หาตำแหน่งจุดเริ่มต้นของการสุ่ม Random Start โดยการสุ่มอย่างง่าย ซึ่งได้ตำแหน่งเริ่มต้นที่ 10 จึงทำการสุ่มอย่างเป็นระบบ ดังนี้ 10, 20, 30,…2,380 ได้ตัวอย่าง ทั้งหมด 238 ตัวอย่าง เหลือขนาดตัวอย่างอีก 4 ตัวอย่าง ซึ่งยังไม่ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง นำรายชื่อประชากรที่เหลือมาเรียงลำดับใหม่ หาช่วงระยะห่างจากการสุ่มใหม่ (I_2) โดยใช้ประชากรที่เหลือโดยใช้สูตร ($I_2 = N_2/n_2$) = 2,145/4 = 536.25 ปัดเศษเป็น 537 ซึ่งได้ระยะห่างเท่ากับ 537 แล้วหา Random Start โดยการสุ่มอย่างง่ายซึ่งได้ตำแหน่งเริ่มต้น ที่ 5 จึงทำการสุ่มอย่างเป็นระบบ ดังนี้ 5, 542, 1079 และ 1616 ได้ตัวอย่าง 4 ตัวอย่าง ครบตามจำนวน รวมได้จำนวนขนาดตัวอย่าง ครบ 242 ตัวอย่าง แล้วให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามรายชื่อที่สุ่มได้เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในทำการวิจัยครั้งนี้ มีทั้งหมด 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบชุดสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 5 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยจูงใจ (Motivation factors) และปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factors) ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนที่ 4 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดกาฬสินธุ์ มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความแสดงความคิดเห็นโดยอิสระ

ชุดที่ 2 แนวทางในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยพิจารณาวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยคัดเลือกผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละโซนอำเภอเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ ตามความสมัครใจ และยินยอมให้ความร่วมมือด้วยความเต็มใจ ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 โซนอำเภอ และคัดเลือกตัวแทนมาตามสัดส่วน จำนวน 12 คน และเป็นผู้มีความยินดี และให้ความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ด้วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อที่จะตรวจสอบความถูกต้องด้านความตรง (Validity) โดยให้ลงความเห็นชอบด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความถูกต้องเหมาะสมของการใช้ภาษา (Wording) จากนั้นจึงนำข้อคำถามมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) พบว่า ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 วิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.98

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมานประกอบด้วย การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) ในการแปรผลคะแนนระดับแรงจูงใจ และระดับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ นำมาจัดระดับ 5 ระดับ คือระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงค่าเฉลี่ย [12] 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) 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 มีความสัมพันธ์โดย

สมบูรณ์ การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 25 เมษายน 2562 เลขที่โครงการ HE 622064

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ จากการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.7 มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี ร้อยละ 42.6 โดยมีอายุเฉลี่ย 46.64 ปี (S.D. = 8.09 ปี) อายุต่ำสุด 26 ปี อายุสูงสุด 60 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.9 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช ร้อยละ 47.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 82.6 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 5,568.60 บาท ค่ามัธยฐานเท่ากับ 5,000 บาท รายได้ต่ำสุด 3,000 บาท รายได้สูงสุด 25,000 บาท มีระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ระหว่างมากกว่า 1 ปี - 2 ปี ร้อยละ 45.0 เฉลี่ย 2.01 ปี (S.D. = 0.70 ปี) ค่าต่ำสุด 1 ปี ค่าสูงสุด 4 ปี และเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 95.9 และส่วนใหญ่อบรม 1 ครั้ง ร้อยละ 66.8 มีค่ามัธยฐาน 1 ครั้ง ซึ่งมีค่าต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 5 ครั้ง

2. ระดับแรงจูงใจของการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ เมื่อพิจารณาระดับแรงจูงใจหลักพบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.89 (S.D. = 0.45) ประกอบด้วย ปัจจัยจูงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.95 (S.D. = 0.47) และปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.84 (S.D. = 0.48) เมื่อพิจารณารายด้านปัจจัยจูงใจพบว่า ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.11 (S.D. = 0.52) รองลงมาคือ ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถืออยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.07 (S.D. = 0.58) ส่วนปัจจัยจูงใจด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.59 (S.D. = 0.66) และ ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.96 (S.D. = 0.53) และเมื่อพิจารณารายด้านปัจจัยค้ำจุนพบว่า ปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.20 (S.D. = 0.55) รองลงมาคือ ปัจจัยค้ำจุนด้านการปกครองบังคับบัญชาอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.06 (S.D. = 0.58) ส่วนปัจจัยค้ำจุนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ปัจจัยค้ำจุนด้านค่าตอบแทนอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.52 (S.D. = 0.72) และ ปัจจัยค้ำจุนด้านสภาพการทำงานอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.66 (S.D. = 0.60) ตามลำดับ

3. ระดับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ เมื่อพิจารณาระดับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.84 (S.D. = 0.47) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.03 (S.D. = 0.61) รองลงมาคือ เขียนรายงานการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.02 (S.D. = 0.64) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.46 (S.D. = 0.67) และการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.53 (S.D. = 0.68) ตามลำดับ

4. แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ แรงจูงใจ พบว่า ภาพรวมของแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.771$, p-value < 0.001) ส่วนปัจจัยจูงใจในภาพรวม พบว่า มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.717$, p-value < 0.001) ส่วนรายด้านพบว่าทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความสำเร็จในการทำงาน ($r = 0.611$, p-value < 0.001) การยอมรับนับถือ ($r = 0.593$, p-value < 0.001) ความรับผิดชอบ ($r = 0.644$, p-value < 0.001) ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ($r = 0.566$, p-value < 0.001) และความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน ($r = 0.575$, p-value < 0.001) ส่วนปัจจัยค้ำจุนในภาพรวมพบว่ามีความสัมพันธ์ระดับสูงกับ

การปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.733, p-value < 0.001) ในรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ นโยบายและการบริหาร (r = 0.588, p-value < 0.001) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (r = 0.615, p-value < 0.001) สภาพการทำงาน (r = 0.508, p-value < 0.001) การปกครองบังคับบัญชา (r = 0.611, p-value < 0.001) ค่าตอบแทน (r = 0.483, p-value < 0.001) ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน (r = 0.649, p-value < 0.001) และชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว (r = 0.576, p-value < 0.001) ดังรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1 สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างแรงจูงใจกับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์

แรงจูงใจ	การปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		
	(r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
แรงจูงใจ	**0.771*** **	**<0.001**	**สูง**
ปัจจัยจูงใจ	**0.717*** **	**<0.001**	**สูง**
1. ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน	0.611***	<0.001	ปานกลาง
2. การยอมรับนับถือ	0.593***	<0.001	ปานกลาง
3. ความรับผิดชอบ	0.644***	<0.001	ปานกลาง
4. ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ	0.566***	<0.001	ปานกลาง
5. ความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน	0.575***	<0.001	ปานกลาง
ปัจจัยค้ำจุน	**0.733*** **	**<0.001**	**สูง**
1. นโยบายและการบริหาร	0.588***	<0.001	ปานกลาง
2. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.615***	<0.001	ปานกลาง
3. สภาพการทำงาน	0.508***	<0.001	ปานกลาง
4. การปกครองบังคับบัญชา	0.611***	<0.001	ปานกลาง
5. ค่าตอบแทน	0.483***	<0.001	ปานกลาง
6. ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	0.649***	<0.001	ปานกลาง
7. ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	0.576***	<0.001	ปานกลาง

*** ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.001

5. แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ถูกเลือกเข้าสมการคือ ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับ ดังนี้ ปัจจัยค้ำจุนด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน (p-value < 0.001) ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ (p-value = 0.001) ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน (p-value = 0.002) ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ (p-value = 0.005) และปัจจัยค้ำจุนด้านการปกครองบังคับบัญชา (p-value = 0.018) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปร สามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ร้อยละ 59.6 (R^2 = 0.596, p-value < 0.001) ดังรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์

ตัวแปร	B	Beta	T	p-value	R	R^2	R^2adj	R^2 change
1. ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	0.217	0.277	4.841	<0.001	0.649	0.422	0.419	-

2. ความรับผิดชอบ	0.184	0.203	3.213	0.001	0.725	0.526	0.522	0.105
3. ความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน	0.122	0.171	3.126	0.002	0.755	0.570	0.564	0.043
4. การยอมรับนับถือ	0.136	0.169	2.865	0.005	0.766	0.587	0.580	0.017
5. การปกครองบังคับบัญชา	0.115	0.142	2.375	0.018	0.772	0.596	0.588	0.010
ค่าคงที่ 0.777, F = 69.698, p-value < 0.001, R = 0.772, R^2 = 0.596, R^2adj = 0.588								

สรุปและอภิปรายผล

1. ภาพรวมของแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.771, p-value < 0.001) เนื่องจากแรงจูงใจเป็นปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นและแรงผลักให้บุคคลทำงานอย่างเต็มที่และเต็มความสามารถ ปัจจัยนี้จะเกี่ยวข้องกับเนื้องานที่ทำ (Job content) ซึ่งจะเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับการรับรู้งาน หรือรู้สึกที่ได้จากงาน จากการทำงานนั้นที่ทำให้เกิดการจูงใจที่จะทำงานในตัวตนของตัวเอง [16] แรงจูงใจเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้มีสอดคล้องกับวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน[8],[13] และผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่แตกต่างกันกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [5],[11],[14] อาจเนื่องจากการปฏิบัติงานในแต่ละพื้นที่ มีบริบทที่แตกต่างกัน เช่น นโยบายของผู้บริหาร การปกครองบังคับบัญชา และค่าตอบแทน โดยเฉพาะค่าตอบแทน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับอัตราค่าตอบแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพิ่มขึ้น และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก็ได้รับค่าตอบแทนเพิ่มมากขึ้น

2. จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการดังนี้ ปัจจัยค้ำจุนด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน (p-value < 0.001) ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ (p-value = 0.001) ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน (p-value = 0.002) ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ (p-value = 0.005) และปัจจัยค้ำจุนด้านการปกครองบังคับบัญชา (p-value = 0.018) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปร สามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ร้อยละ 59.6

ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ควรสนับสนุนให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความมั่นคงและความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน โดยการปรับอัตราค่าตอบแทนให้เหมาะสมกับภาระงาน สนับสนุนสวัสดิการด้านต่างๆ ตลอดจนให้โอกาสในการศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้นวัตกรรม เพื่อให้เกิดขวัญ กำลังใจ และความภาคภูมิใจในการปฏิบัติงาน

2. ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ควรมีมาตรการส่งเสริมให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการยอมรับนับถือจากประชาชนในพื้นที่ โดยการยกย่องเชิดชูเกียรติให้เป็นบุคคลต้นแบบ ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดีเด่น

3. ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ควรส่งเสริมด้านความรับผิดชอบโดยการจัดทำแผนการพยาบาลดูแล (Care Plan) แบบมีส่วนร่วม และให้อิสระในการตัดสินใจเลือกดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ความเหมาะสมกับความรู้ความสามารถ ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเอง

4. ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ควรให้ความสำคัญด้านการปกครองบังคับบัญชา โดยสนับสนุนให้ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) มีการประเมินความรู้ ทักษะในการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และมอบหมายงานให้เหมาะสมกับความรู้ ความสามารถของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตลอดจนให้คำแนะนำได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. ควรศึกษาปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น อายุ ประสบการณ์การปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นต้น

3. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ปัจจัยด้านหน่วยงานภาครัฐ องค์กรเอกชน ภาคีเครือข่ายต่างๆ และปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์การ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ชนะพล ศรีฤาชา อาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ นางสาวแอนนา แสบงบาล และนายวราวุฒิ ตุลาพัฒน์ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์จนงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย.** กรุงเทพฯ: ทีคิวพี.

2. กระทรวงสาธารณสุข. (2559). **ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดและแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณพ.ศ.2559.** นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). **คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2559.** กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2559). **อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบทบาทในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ.** ค้นเมื่อ 20 ต.ค. 61, จาก http://www.anamai.moph.go.th/

5. สุภาพร เจือมา (2561). **แรงจูงใจและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

6. วราภรณ์ นันทวงศ์, และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์. (2560). การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 11**(1), 395-402.

7. ศิริ โชติ พจนสุนทร. (2560). การปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.11**(2), 295-302.

8. จิราภรณ์ สีดาพล. (2558). **แรงจูงใจที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาทอง อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2561ก). **ฐานข้อมูลHealth Data CenterKalasin (HDC.) ปี 2561.** กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.

10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2561ข). **สรุปตรวจราชการครั้งที่ 2 ผลการดำเนินงานดูแล.** กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.

11. ศุลีมาศ ราชประโคนและชัญญา อภิปาลกุล. (2557). ปัจจัยจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์. **การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ประจำปี พ.ศ. 2557.** (หน้า 40-45). บุรีรัมย์:มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์.

12. สำเริง จันทรสุวรรณ และสุวรรณ บัวทวน. (2547). **ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์.** ขอนแก่น:ภาควิชาสังคมวิทยาและมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

13. สุวัฒนะ วงศ์ปฏิมากร. (2554). **แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดชัยภูมิตามโครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุกจังหวัดชัยภูมิ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

14. ยุพิน อ้มพรมราช, และชนะพล ศรีฤาชา. (2556). แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น,21**(1), 31-43.

15. Cohen, J. (1988). **Statistical power analysis for the behavior science**. 2nded. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

16. Hertzberg, F. , Mausner, B., & Synderman, B.B. (2010). **The motivate towork.** New Brunwisk, NJ: Transaction Pub.

ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย

ADMINISTATIVE FACTORS AFFECTING DRUGS AND SUPPLIES MANAGEMENT OF RESPONSIBLE OFFICERS AT SUB – DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL IN NONG KHAI PROVINCE

นิกร บาลี[1], ชนะพล ศรีฤาชา[2]

Nigorn Balee[1], Chanaphol Sriruecha[2]

(Received: May 24 ,2019 ; Accepted: June 26 ,2019)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย ประชากรที่ศึกษา คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย จำนวน 74 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามและการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณจำนวน 12 คน แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และมีค่าความเที่ยงตามค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.97 ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2562 ถึงวันที่ 1 มิถุนายน 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ในการหาค่าสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด สถิติเชิงอนุมานใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่าระดับปัจจัยทางการบริหาร โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.94 (S.D.= 0.70) และระดับการปฏิบัติงานการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย อยู่ในระดับ มาก ค่าเฉลี่ย 4.16 (S.D.= 0.58) และภาพรวมของปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับระดับสูงกับการปฏิบัติงานคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.843, p-value < 0.001) และมีตัวแปรอิสระ 4 ตัว ได้แก่ ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา ด้านการบริหารจัดการ ด้านเทคโนโลยี และด้านวัสดุอุปกรณ์ มีผลและสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ได้ร้อยละ 86.2 ปัญหาและอุปสรรค ส่วนใหญ่ คือ ปัจจัยทางการบริหารด้านงบประมาณการเงิน ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในการปฏิบัติงาน และการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ด้านงานคลังยาและเวชภัณฑ์ของผู้รับผิดชอบงานการเบิก-จ่ายยาและเวชภัณฑ์

คำสำคัญ: การบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์, ปัจจัยทางการบริหาร, รพ.สต.

ABSTRACT

This is a cross-sectional descriptive research aimed to study administrative factors affecting drugs and supplies management of responsible officers at sub-district health promoting hospitals in Nong Khai province, Thailand. The population was 74 personnel. This study collected both quantitative and qualitative data. The focus group guidelines was used to collect the qualitative data from 12 key informants, who provided extensive information on the topics. The content of the questionnaire was examined and verified by three experts for content validity and Item Objective Congruence (IOC) which all items were more than 0.50 and tested for reliability in pilot study Cronbach's Alpha Coefficient which was at 0.97. Data collected between 1th May to 1th June, 2019. The data distribution was performed by descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, median, minimum and maximum. The inferential statistics were Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and Stepwise multiple linear regression. The level of statistical significance was set at 0.05.

The results showed that level of administrative factors high level 3.94 (S.D.=0.70) and the level of the drugs and supplies management of responsible officers at sub-district of 4.16 (S.D.=0.58), The administrative factors hight relationship with the drugs and supplies management of responsible officers at sub-district (r = 0.843, p-value <0.001). There were four factors of administrative including time, management , technology and material. These four factors could predict the drugs and supplies management of responsible officers at sub-

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

district at 86.2 percent obstacles is financial management factors information technology inworking and administrative factors affecting drugs and supplies management is responsible officers for drug and supplies disbursements.

Keyword: Drugs and supplies management, Administration factor, Sub-district health promotion hospital

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติในปี 2561 เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงบริบททางด้านสังคม รวมไปถึงการปฏิรูปประเทศและปฏิรูประบบสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่ความเป็นประเทศไทย 4.0 โดยใช้แผนยุทธศาสตร์ในระดับชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560 – 2579 โดยมีเป้าหมายพัฒนาด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องเป็น 4 ระยะ ในการพัฒนาตามนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ แต่ละระยะจะเน้นความสำคัญของปัญหาด้านสุขภาพที่แตกต่างกันออกไปโดยในระยะ 5 ปีแรก (พ.ศ. 2560 – 2564) จะมุ่งเน้นปฏิรูประบบสุขภาพ เน้นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างระบบบริหารจัดการที่ยังเป็นปัญหาอุปสรรคในการพัฒนา รวมถึงการปรับเปลี่ยนโครงสร้างพื้นฐานระบบสุขภาพใหม่ เช่น การวางระบบทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างบูรณาการ ลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพระยะยาว โดยมียุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน (4 Excellence Strategies) ได้แก่ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) [21]

การบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์เป็นกระบวนการที่มีผู้บริหารส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเนื่องจากมีผลกระทบโดยตรงกับต้นทุนค่าใช้จ่ายและงบประมาณของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การจัดการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีนั้นต้องติดตามวิเคราะห์ความเคลื่อนไหวของยาและอัตราการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์เป็นการบริหารงานตามแผนยุทธศาสตร์ ด้านที่ 4 คือ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ยาและเวชภัณฑ์มีใช้อย่างเพียงพอและมีคุณภาพสำหรับประชาชนและได้ตามมาตรฐานด้านงานเภสัชกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การบริหารยาและเวชภัณฑ์ที่ดีและมีคุณภาพ การบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้ 1) กำหนดความต้องการด้านยาและเวชภัณฑ์ 2) การจัดซื้อจัดหา/การสำรองยาและเวชภัณฑ์ 3) งานคลังยาและเวชภัณฑ์ 4)ควบคุมเบิก/จ่ายยาและเวชภัณฑ์ 5) ตรวจสอบ/รายงานยาและเวชภัณฑ์ 6) การจำหน่ายยาและเวชภัณฑ์ (การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยา กระทรวงสาธารณสุข, 2557) เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จากจากศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในระดับมาก [4],[7],[11]

ในการปฏิบัติงานให้สำเร็จของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นอกจากต้องอาศัยปัจจัยทางด้านลักษณะส่วนบุคคลแล้วควรได้รับปัจจัยทางด้านการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ที่เหมาะสมจึงจะทำให้การปฏิบัติงานทางด้านการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบรรลุเป้าหมาย ซึ่งมีปัจจัยทางด้านบริหาร 6 ด้าน คือ 1) ด้านคนหรือบุคลากร 2) ด้านงบประมาณหรือเงิน 3) ด้านวัสดุอุปกรณ์หรือเครื่องมือเครื่องจักร 4)ด้านกระบวนการบริหาร 5) ด้านเวลา [6] และ 6) ด้านเทคโนโลยี ที่เป็นทั้งความรู้และการกระทำกิจกรรมที่เป็นระบบ [15] จากการศึกษาปัจจัยทางด้านบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยด้านบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางต่อการปฏิบัติงานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ [17] แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านคนหรือบุคลากรมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง [16], [17] ด้านงบประมาณหรือเงินมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง [17] ด้านวัสดุอุปกรณ์หรือเครื่องมือเครื่องจักรมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับ ปานกลาง[18] ด้านกระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง [7] ด้านเวลามีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง [17],[7] ด้านเทคโนโลยีมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับ ปานกลาง [17] จะเห็นได้ว่าปัจจัยทางการบริหารมีความสำคัญต่อการดำเนินงานบริหารคลังยา

และเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานให้ประสบผลสำเร็จ

จังหวัดหนองคาย มีทั้งหมด 9 อำเภอ ประกอบด้วย 62 ตำบล 722 หมู่บ้าน และมีโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง โรงพยาบาลเครือพระยุพราช 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 74 แห่ง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนการบริการสุขภาพ ที่ได้รับมาตรฐาน เพื่อการปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของกระทรวงตามแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัด [19] การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อใช้เป็นตัวชี้วัดและเกณฑ์ประเมินเพื่อพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ตัวชี้วัดร้อยละ 25 (สะสม) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ (รพ.สต.ติดดาว) ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ร้อยละ 40 (สะสม) ผลการประเมินพบว่า จังหวัดหนองคายยังไม่ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพปี 2561 ซึ่งได้คะแนนร้อยละ 25.68 ซึ่งอยู่ในช่วงดำเนินนิเทศงานและตรวจราชการประจำปี 2561 ของจังหวัดหนองคาย [20]

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงได้มีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย ถึงปัญหาและอุปสรรค โอกาสพัฒนาและข้อเสนอแนะ เพื่อที่จะได้นำข้อมูลที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสู่การพัฒนางานด้านการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ได้ตามมาตรฐานและมีคุณภาพเพื่อประชาชนที่มารับบริการที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย จำนวน 74 คน [19]

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมุติฐานของ Cohen (1988)[22] ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 49 ตัวอย่าง จากขนาดตัวอย่างที่คำนวณกับขนาดประชากรที่ต้องการศึกษาได้มีขนาดใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาประชากรทั้งหมด ซึ่งขนาดของประชากรของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย ที่มีจำนวน 74 คน ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรทั้งหมดของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย จำนวน 74 คนและใช้สถิติอ้างอิง เพื่อใช้อนุมานไปยังประชากรเมื่อเวลาเปลี่ยนแปลงไป[19]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม (Questionnaire) เกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหาร และการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย

2. แนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูล แนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลจากงานวิจัยเชิงปริมาณที่พบปัญหาอุปสรรค โดยนำประเด็นปัญหาต่างๆมาใช้ในการสนทนากลุ่มเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหานั้นๆ

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อ วันที่ 23 เมษายน 2562 เลขที่ HE622066

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 70.3 มีอายุมีอายุเฉลี่ย 35.3 ปี (S.D.= 6.7) อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 56 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 82.4 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 36 คน คิดเป็นร้อยละ 48.6 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 47 มีค่าเฉลี่ย 5.47 ปี (S.D.= 4.0 ปี) มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 5 ปี ระยะเวลาการปฏิบัติงานต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 17 ปี และเคยได้รับการฝึกอบรมด้านการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 71.6 มีค่าเฉลี่ย 2.27 ครั้ง (S.D.= 1.9 ครั้ง) มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 2 ครั้ง ได้รับการอบรมต่ำสุด 1 ครั้ง และสูงสุด 7 ครั้ง

2. ระดับปัจจัยทางการบริหาร ในการปฏิบัติงานการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย ภาพรวมมีปัจจัยทางการบริหารอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.94 (S.D.= 0.7) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุด คือ ปัจจัยทางการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์ มีค่าเฉลี่ย 4.11 (S.D.= 0.77) อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ด้านงบประมาณ ค่าเฉลี่ย 4.07 (S.D.= 0.71) อยู่ในระดับมาก ส่วนปัจจัยทางด้านบริหารที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือด้านบุคลากร อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.48 (S.D.= 0.68)

3. ระดับการปฏิบัติงานการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย ภาพรวมระดับการปฏิบัติงานการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์อยู่ในระดับ มาก ค่าเฉลี่ย 4.16 (S.D.= 0.58) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุด คือ ด้านการควบคุม – เบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์ค่าเฉลี่ย 4.29 (S.D.= 0.68) รองลงมาคือ ด้านงานคลังยาและเวชภัณฑ์ค่าเฉลี่ย 4.27 (S.D.= 0.59) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านการกำหนดความต้องการ เฉลี่ย 3.96 (S.D.= 0.60)

4. ปัจจัยการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยทางการบริหารกับการปฏิบัติงานคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย

ปัจจัยทางการบริหาร	การปฏิบัติงานคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่		
	(r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ด้านบุคลากร	0.629***	<0.001	ปานกลาง
ด้านงบประมาณ	0.806***	<0.001	สูง
ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.809***	<0.001	สูง
ด้านการบริหารจัดการ	0.862***	<0.001	สูง
ด้านเวลา	0.868***	<0.001	สูง
ด้านเทคโนโลยี	0.635***	<0.001	ปานกลาง
ภาพรวม	0.843***	<0.001	สูง

*** ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.001

จากตาราง พบว่า ภาพรวมของปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.843$, p-value < 0.001) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีความสัมพันธ์ทุกด้าน ด้านที่มีความสัมพันธ์สูงมากที่สุด คือ ปัจจัยการบริหารด้านเวลา มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.868$, p-value < 0.001) รองลงมาคือปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ มีความสัมพันธ์ระดับสูงอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.862$, p-value < 0.001) ปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุด คือ ด้านบุคลากร มี

ความสัมพันธ์ระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.629, p-value < 0.001) ดังรายละเอียดตาราง 1

5. ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย ที่ถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับดังนี้ ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา (p-value < 0.001) ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ (p-value < 0.001) ปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยี (p-value = 0.002) และปัจจัยทางการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์ (p-value < 0.001) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับ 0.05 ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปร สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย ได้ร้อยละ 86.2 โดยสามารถนำมากำหนดสมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

Y = 0.714 + (0.442)(ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา) +(0.192)(ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ) +(-0.227)(ปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยี) +(0.262)(ปัจจัยทางการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์)

สรุปได้ว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย ได้แก่ ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา ปัจจัยทางการบริหารด้านบริหารจัดการ ปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ปัจจัยทางการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์ มีผลและสามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย ได้ร้อยละ 86.2 ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย

ตัวแปร	B	Beta	T	P-value	R	R^2	R^2Change
ด้านเวลา	0.442	0.868	14.853	<0.001	0.868	0.754	-
ด้านการบริหารจัดการ	0.192	0.437	3.970	<0.001	0.894	0.799	0.045
ด้านเทคโนโลยี สารสนเทศ	-0.227	-0.293	-3.299	0.002	0.909	0.826	0.027
ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.262	0.412	4.264	<0.001	0.928	0.862	0.036
ค่าคงที่ 0.714 , F = 107.81 , p – value < 0.001 , R = 0.928, R^2 = 0.862 R^2_{adj} = 0.854							

สรุปและอภิปรายผล

1. ระดับปัจจัยทางการบริหาร ในการปฏิบัติงานการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย ภาพรวมมีปัจจัยทางการบริหารอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.94 (S.D.= 0.7) ในการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้การบริหารครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายและประสบผลสำเร็จนั้น ดังที่กล่าวไว้ว่าคือ ปัจจัยการบริหาร มีความสำคัญต่อการบริหารงานสามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงานได้ ซึ่งจะต้องมีการบริหารจัดการด้านทรัพยากรทางการบริหาร เพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กรที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (ประจักร บัวผัน, 2554) การปฏิบัติงานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการสนับสนุนปัจจัยทางการบริหารที่เหมาะสม จึงส่งผลให้การปฏิบัติงานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ประสบผลสำเร็จและบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์การที่กำหนดไว้ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยแล้ว พบว่าปัจจัย

ทางการบริหารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.59, S.D. = 0.46), ($\bar{X}$= 3.68, S.D.=0.50), ($\bar{X}$= 3.70, S.D. = 0.53)[8],[12],[14] ในการปฏิบัติงานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ที่ต้องอาศัยปัจจัยหลายด้านประกอบกัน และแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ จึงทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้ พบว่าปัจจัยทางการบริหารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 3.30, S.D. = 0.61)[2]

เมื่อพิจารณาผลการศึกษา จะพบว่า ระดับปัจจัยทางการบริหารในการปฏิบัติงานการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ในการปฏิบัติงานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับการสนับสนุนปัจจัยทางการบริหารและได้รับการสนับสนุนจากองค์การที่มากพอ ซึ่งเป็นแผนงานและนโยบายในการปฏิบัติงานที่สำคัญที่จะต้องได้รับการสนับสนุน และแนวทางปฏิบัติงานร่วมกันกับภาคีเครือข่ายจึงส่งผลให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

2. ระดับการปฏิบัติงานการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย ภาพรวมพบว่า ระดับการปฏิบัติงานการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.16 (S.D.= 0.58) แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติงานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย ส่วนใหญ่เป็นไปตามข้อกำหนดมาตรฐานงานเภสัชกรรม เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ทุกด้านระดับการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.16, S.D. = 0.39), ($\bar{X}$=3.94, S.D. = 0.51), ($\bar{X}$=3.58, S.D. = 0.41)[4],[7],[11] เนื่องจากมีองค์ประกอบหลายด้านที่ส่งผลให้การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ บริบทพื้นที่ต่างกันทำให้ผลการปฏิบัติงานแตกต่างกันด้วยจึงทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ที่ไม่มีความสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับการปฏิบัติงานการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.31, S.D. = 0.33)[9]

3. ปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย พบว่า ปัจจัยการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.843, p-value < 0.001) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ได้ปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวม เมื่อได้รับการสนับสนุนปัจจัยทางการบริหารที่สมบูรณ์ ทำให้เกิดการปฏิบัติงานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับมากกับการปฏิบัติงานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (r=0.760, p-, p-value <0.001), (r= 0.735, p-value <0.001)[8],[14] เนื่องจากมีองค์ประกอบหลายด้านที่ส่งผลให้ปัจจัยการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ บริบทพื้นที่ต่างกันทำให้ปัจจัยการบริหาร แตกต่างกันด้วยจึงทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ที่ไม่มีความสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ($R^2 = 0.668$, p-value<0.001)[2] เมื่อพิจารณาผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าปัจจัยการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย ภาพรวมอยู่ใน ระดับมาก เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานได้รับปัจจัยทางการบริหารที่สำคัญหลายด้านมาสนับสนุนส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานปฏิบัติงานได้อย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้งานนั้นสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายได้

4. **ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย** พบว่า ปัจจัยการ

บริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ได้แก่ ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการเรียงลำดับ ได้แก่ ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา (p-value < 0.001) ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ (p-value < 0.001) ปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยี (p-value = 0.002) และ ปัจจัยทางการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์ (p-value < 0.001) ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลามีผลต่อการปฏิบัติงานคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล[8),(13)] จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยการบริหารด้านการบริหารจัดการเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการมีผลต่อการปฏิบัติงานคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล[(13),(14)] จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยการบริหารด้านเทคโนโลยีเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยีมีผลต่อการปฏิบัติงานคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล[(13),(10)] จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์เป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์มีผลต่อการปฏิบัติงานคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล[(1)]

จากผลการศึกษาครั้ง ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย พบว่า ปัจจัยที่ควรส่งเสริมและให้ความสำคัญ 4 ด้านคือ ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ ปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยี และปัจจัยทางการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์ ซึ่งสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย ได้ร้อยละ 86.2

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการวางแผนด้านเวลาในการปฏิบัติงานการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ เพื่อจะได้มีความเหมาะสมและความสอดคล้องด้านเวลากับปริมาณงานที่ได้รับมอบหมาย เพื่อให้งานบรรลุตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงานที่เหมาะสมเพื่อให้การปฏิบัติงานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน เพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุตามวัตถุประสงค์และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการสนับสนุนสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศให้เพียงพอ และระบบอินเทอร์เน็ตให้มีประสิทธิภาพซึ่งจะส่งผลให้ระบบบริหารงานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์และกระบวนการทำงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และให้มีเพียงพอต่อความต้องการของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ เพื่อให้งานบรรลุตามวัตถุประสงค์และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการวางแผนและนโยบายการด้านวัสดุอุปกรณ์ร่วมกัน เพื่อให้มีวัสดุอุปกรณ์เพียงพอต่อความต้องการ เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ เพื่อให้งานบรรลุตามวัตถุประสงค์และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ ที่มีผลต่อการสนับสนุนการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์

2. ควรมีการศึกษางานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลเพื่อให้ทราบถึงสภาพปัญหาที่แท้จริงเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนในการปฏิบัติงานบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. ควรมีการสนับสนุนสื่อสารสนเทศและเทคโนโลยี รวมถึงพัฒนาระบบอินเทอร์เน็ตและกระบวนการใช้สื่อสารสนเทศและเทคโนโลยีอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ด ร .ชนะ พล ศรีฤาชา ดร.สุทิน ชนะบุญ, อาจารย์สุรชัย พิมหา และนาย สุขวรรณ ชุติวัตรพงศธร ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์จนงานวิจัยนี้สำเร็จไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.กุลจิรา แซมสีม่วง และชนะพล ศรีฤาชา. (2561). บรรยากาศองค์การและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 11**(2), 487-495

2.กิตติมา สร่างโศก และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์. (2561). แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 11**(2), 1906-2605.

3.จุฬาลักษณ์ โกมลตรี. (2555). การคำนวณขนาดตัวอย่าง. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย** ; 20: 192-8.

4.บูรภพ จันทร์ใบ และชนะพล ศรีฤาชา. (2561). คุณลักษณะส่วนบุคคลและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการ
ปฏิบัติงานการบริหารเวชภัณฑ์และงานบริการเภสัชกรรมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดหนองคาย. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่7ขอนแก่น, 25**(2), 67-78.

5.ประจักร บัวผัน. (2554). **หลักการบริหารสาธารณสุข.** พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

6.ประจักร บัวผัน. (2558). **หลักการบริหารสาธารณสุข.**พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

7.ปรัตถกร วงศ์กาฬสินธุ์ และประจักร บัวผัน. (2560). แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร.**วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 17**(2), 56-68.

8.ปรารถนา เรืองรัตน์ และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์. (2561). ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 11**(2),

9.พงศขจร ศุภสิริวิทยา. (2552). การประเมินผลการบริหารคลังยาในโรงพยาบาลเขตภาคกลาง สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล ;**19(ฉบับเสริม) : S68-S78.

10.พยุดา ชาเวียง และประจักร บัวผัน. (2560). แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 17**(1), 56-68.

11.พินิจสินธุ์ เพชรมณี. (2557). ปัจจัยทางการบริหารและการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน จังหวัดพัทลุง. **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 1**(3), 36-48.

12.พีรภัทร ไตรคุ้มดัน และประจักร บัวผัน. (2561). ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการใช้โปรแกรมระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (HOSxP_PCU) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 25**(2), 90-102.

13.ภานุมาศ ทุมวัน และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์. (2561). ลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT)เครือข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบ, 11**(2), 75-83.

14.รำไพ ราชาพัฒน์ และชนะพล ศรีฤาชา. (2561) บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครราชสีมา.**วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ,1**(2), 213.

15.วิรัช สงวนวงศ์วาน. (2547). **การจัดการและพฤติกรรมองค์กร.** กรุงเทพฯ: เพียร์สัน เอ็ดดูเคชั่น อินโดไชน่า.

16.ศุภชัย หมื่นมา และประจักร บัวผัน. (2557). การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 14**(2), 71-84.

17.สุภาวดี ศรีลามาตย์ และประจักร บัวผัน. (2556). การบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 13**(2), 121-132.

18.สุมาลี ลาลังสิต และประจักร บัวผัน. (2557) การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 14**(3), 67-80.

19.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. (2561ก). **รายงานติดตามผลการนิเทศการปฏิบัติงาน ประจำปี 2561.** หนองคาย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย.

20.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. (2561ข). **สรุปผลการตรวจราชการรอบที่ 1 เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2561.** หนองคาย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย.

21.สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). **แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ: นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2560.** นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

22. Cohen J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences.** 2ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

23. Schermerhorn, J.R., Hunt, G, & Osborn, N. **Organizational behavior.** New York: Wiley; 2003.

คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดหนองบัวลำภู

PERSONAL CHARACTERISTICS AND ORGANIZATIONAL SUPPORT AFFECTING THE MONITORING AND CONTROL PERFORMANCE OF HEALTH PROMOTING HOSPITAL DIRECTORS AT SUB-DISTRICTHEALTH PROMOTING HOSPITALS IN NONGBUALAMPHU PROVINCE

อ้อมขวัญ ศรีทะ[1] , ประจักร บัวผัน [2], สุทิน ชนะบุญ[3]

Aomkwan Sritha , Prachak Buaphan , Sutin Chanaboon

(Received: July 17 ,2019 ; Accepted: April 13 ,2019)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู โดยศึกษาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 88 คน เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสอบถามและแนวทางการสนทนากลุ่ม ซึ่งแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.97 ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 7 มีนาคม ถึงวันที่ 7 เมษายน 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ในการหาค่าสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่าภาพรวมระดับการสนับสนุนจากองค์การและระดับการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภูอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.82, S.D. = 0.43; $\overline{X}$ = 3.77, S.D. = 0.49) และพบว่าภาพรวมของการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.616, p-value <0.001) และการสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านระยะเวลาการดำรงตำแหน่งผู้อำนวยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร สามารถร่วมกันพยากรณ์การควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู ได้ร้อยละ 50.6 (R^2 = 0.506, p-value < 0.001)

คำสำคัญ: คุณลักษณะส่วนบุคคล, การสนับสนุนจากองค์การ, การควบคุมกำกับการปฏิบัติงาน

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aimed to study the personal characteristics and organizational support affecting the monitoring and control performance of the director at sub-district health promoting hospitals in Nongbualamphu Province. The samples were 88 Directors at Sub-District Health Promoting Hospitals. Data was collected both quantitative and quanlitative by questionare and focus group guidelines. Item Objective Congruence (IOC) greater than 0.5 at all items and analyze the reliability of the questionnaire, Cronbach's alpha coefficient was at 0.97. Data collected between 7th March to 7th April 2019. Data analysis by using computer program for data analysis was performed by descriptive statistics and inferential statistics as significance at the level of 0.05.

The results showed that the over all of organizational support factors and the monitoring and control performance of the director at sub-district health promoting hospitals in Nongbualamphu Province were at high level with arerages of 3.82 (S.D.=0.43), 3.77 (S.D.=0.49) respectively, and Oganizational Support factors had moderate relationship with the monitoring and control performance of the director at sub-district health promoting hospitals in Nongbualamphu Province (r=0.616, p-value < 0.001). Organizational support factors; Management, Period of being director and Man power could predict and effecting the monitoring and control performance of the director at sub-district health promoting hospitals in Nongbualamphu Province at 50.6 percentage.

Keywords: Personal characteristics, Organizational support, The monitoring and control performance

[1] นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2]รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[3]วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ที่จัดเป็นพื้นฐานยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ซึ่งเป็นแผนแม่บทหลักของการพัฒนาประเทศและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) รวมทั้งการปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ประเทศไทย 4.0 ตลอดจนประเด็นการปฏิรูปประเทศเพื่อมุ่งสู่ “ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน” [14] ประเทศไทยได้พัฒนาให้มีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มุ่งให้เกิดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพประชาชนทุกคนเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมกันซึ่งระบบหลักประกันสุขภาพได้กำหนดให้มีหน่วยบริการประจำ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) และหน่วยบริการปฐมภูมิ (PrimaryCare Unit: PCU) ที่ประชาชนไปขึ้นทะเบียนเพื่อรับบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์และนโยบายด้านสาธารณสุขโดยมุ่งเน้นการปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้นและมีการยกระดับสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พัฒนาเครือข่ายการส่งต่อในทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพเชื่อมโยงกันทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิการปฏิบัติงานจะเน้นการสร้างความร่วมมือกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ซึ่งได้แบ่งระยะการพัฒนาเป็น 3 ระยะคือระยะที่ 1 นำร่องปี 2552 โดยมีเป้าหมายการพัฒนายกระดับสถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชนในทุกอำเภอมีความพร้อมให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1,001 แห่ง ระยะที่ 2 ขยายผลให้ครอบคลุมครบ ทุกแห่งจำนวน 9,762 แห่ง ในปี 2553-2555 และระยะที่ 3 พัฒนาต่อเนื่องให้สมบูรณ์ในทุกแห่ง ให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีคุณภาพภายในปี 2562 (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) จากทิศทางการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดรูปแบบระบบบริการทางด้านสุขภาพที่มีความสำคัญกับประชาชนมากที่สุดโดยมีการให้บริการแบบองค์รวมผสมผสานประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกและมีระบบบริการคำปรึกษาทั้งนี้เพื่อการสร้างสุขภาพสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประชาชนเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกันได้ทั้งทางร่างกายจิตใจสังคม วัดโดยผลลัพธ์ที่สำคัญของการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ การที่ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพที่ดีและมีชุมชนที่มีความเข้มแข็งผ่านการจัดทำแผนงานและโครงการสุขภาพในชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) และเนื่องจากแต่ละพื้นที่มีบริบทที่แตกต่างกันดังนั้นนอกจากจะมีการจัดทำแผนการปฏิบัติงานเพื่อตอบรับนโยบายจากส่วนกลางตามความเหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาในแต่ละพื้นที่ด้วยเพื่อที่จะสามารถแก้ปัญหาได้อย่างครอบคลุมและตรงกับความต้องการของแต่ละพื้นที่ และในการดำเนินกิจกรรมตามแผนการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในฐานะผู้บริหารของหน่วยงานจึงมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการและควบคุมกำกับให้มีการปฏิบัติงานตามแผนการดำเนินงานของหน่วยงานที่วางไว้ภายใต้ความหลากหลายของต้นทุนทางสังคมและโครงสร้างพื้นฐานของแต่ละพื้นที่รวมทั้งปัจจัยทางการบริหารด้านต่างๆ อาทิเช่น ทรัพยากรบุคคล งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และปัจจัยด้านอื่นๆของแต่ละองค์กร [16] ในการปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จได้นั้นสิ่งสำคัญที่ต้องทำควบคู่ไปพร้อมกับการดำเนินงาน/ปฏิบัติงาน คือ การติดตามและควบคุมกำกับการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมต่างๆให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้และนำไปสู่ทิศทางการดำเนินงานที่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ [6] ซึ่งการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานเป็นบทบาทหน้าที่ของผู้บริหารในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การควบคุมกำกับเป็นหนึ่งในบทบาทที่มีความสำคัญสำหรับผู้บริหารหน่วยงานทางด้านสุขภาพ โดยประกอบด้วย 1) การกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน 2) การวัดผลการปฏิบัติงาน 3) การเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงาน กับมาตรฐานตามกิจกรรมแผนงานที่วางไว้ 4) การปรับปรุงแก้ไขส่วนที่เบี่ยงเบนให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้เพื่อให้การควบคุมการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลการควบคุมกำกับเป็นการควบคุมคุณภาพในการปฏิบัติงานและกำหนดขอบเขตของการปฏิบัติงานเพื่อให้มั่นใจได้ว่าการดำเนินงานสัมฤทธิ์ผลตามแผนหรือเป้าหมายที่วางไว้ (สมบัติ ธำรงธัญวงศ์, 2544) จากที่ผ่านมามีผู้ที่ได้ศึกษาวิจัยแล้วพบว่าระดับการดำเนินงาน

พัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับสูง [7] ระดับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ระดับตำบลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย อยู่ในระดับสูง [8] และระดับการควบคุมการกำกับการดำเนินงานตามโครงการของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดร้อยเอ็ด อยู่ในระดับสูง [1]

การที่จะควบคุมกำกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีประสิทธิภาพได้นั้นจะต้องอาศัยปัจจัยภายในที่สำคัญ คือ คุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ การศึกษาสูงสุดและประสบการณ์ในการทำงาน [19] ปัจจัยดังกล่าวอาจจะมีผลต่อการควบคุมกำกับกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งจากที่ผ่านมาได้มีผู้ที่ได้ศึกษาวิจัยแล้วพบว่าเพศ (ชาย) มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการควบคุมกำกับการดำเนินงานตามโครงการของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล [1] และมีการศึกษาที่พบว่า เพศ (ชาย) อายุ รายได้ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับสมรรถนะด้านการบริหารเชิงกลยุทธ์ในการพัฒนาสุขภาพประชาชนของหัวหน้าสถานีอนามัยในจังหวัดบุรีรัมย์ [5] และพบว่าอายุและรายได้มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานนักบริหารสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในเทศบาล จังหวัดขอนแก่น [11]

ซึ่งในการที่จะควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้บริหารให้มีประสิทธิภาพได้นั้น นอกจากต้องอาศัยคุณลักษณะส่วนบุคคลและ การสนับสนุนจากองค์การเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความจำเป็นต่อการควบคุมกำกับที่จะทำให้องค์กรประสบความสำเร็จในการทำงานได้แก่ 1) ด้านกำลังคน (Man) 2) ด้านงบประมาณ (Money) 3)ด้านวัสดุอุปกรณ์ (Material) 4) ด้านการบริหารจัดการ (Management) [4] ซึ่งการสนับสนุนจากองค์การมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้นำและองค์กร ในการทำให้ผู้นำประสบความสำเร็จในการทำงาน มีผู้ที่ได้ศึกษาวิจัยแล้วพบว่าการสนับสนุนองค์การมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดหนองบัวลำภู [9] และพบว่าการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการจัดการข้อมูลข่าวสารสารสนเทศของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี [17] และการควบคุมกำกับมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สมทิพย์ บุญละคร, 2555)

จังหวัดหนองบัวลำภูมีทั้งหมด 6 อำเภอและมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดจำนวน 89 แห่ง [15] โดยทุกแห่งมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งละ 1 คนจากการปรับเปลี่ยนนโยบายและยุทธศาสตร์จากส่วนกลางในแต่ละปีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภูจึงได้มีการปรับเปลี่ยนการดำเนินงานตามไปด้วย ในแต่ละปีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภูได้มีการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อให้ครอบคลุมการดำเนินงานตามกรอบยุทธศาสตร์จากส่วนกลางและส่งต่อมายังระดับพื้นที่เพื่อใช้ประกอบในการทำแผนงานโครงการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเป็นเกณฑ์ในการประเมินผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งในปีงบประมาณ 2560 มีตัวชี้วัดในการดำเนินงานของจังหวัด 41 ตัวชี้วัด และในปีงบประมาณ 2561 มีตัวชี้วัดทั้งหมด 37 ตัวชี้วัด แม้จะเห็นได้ว่าจำนวนตัวชี้วัดลดลงแต่ผลการปฏิบัติงานยังไม่ครอบคลุมตามตัวชี้วัดและในการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดหนองบัวลำภูยังมีบางตัวที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เช่น เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีผลการคัดกรองพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการภายใน 1 เดือน ร้อยละ 100 แต่ในการปฏิบัติงานจริง เด็กกลุ่มดังกล่าวได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ร้อยละ 55 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 100 แต่ในการปฏิบัติงานจริงได้รับวิตามินเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 83.37 รวมทั้งปัญหาในพื้นที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้อย่างแท้จริงและการดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผนการปฏิบัติงานที่วางไว้ เนื่องจากการควบคุมผลการปฏิบัติงานยังขาดความจริงจังและไม่ต่อเนื่องทำให้ผลงานที่ออกมาไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งเห็นได้ว่ากระบวนการวัดผลการปฏิบัติงานยังเป็นปัญหา ผู้ปฏิบัติไม่เข้าใจในเกณฑ์ตัวชี้วัด ทำให้การควบคุมกำกับการปฏิบัติงานยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ซึ่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในฐานะของผู้บริหารหน่วยงานจึงมีบทบาทและหน้าที่โดยตรงในการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้สามารถดำเนินงาน

ให้อยู่ในกรอบระยะเวลาและปฏิบัติงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่วางไว้เป็นการลดความเสี่ยงในด้านต่างๆ ในการปฏิบัติงาน และเพื่อให้การดำเนินงานสามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายซึ่งการควบคุมกำกับงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องอาศัยคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้บริหารหลายด้านประกอบกันและการสนับสนุนจากองค์การก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการควบคุมกำกับของผู้บริหารและมีผลต่อการนำองค์กรไปสู่ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ดังนั้นคุณลักษณะส่วนบุคคลผู้บริหารและการสนับสนุนจากองค์การจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่วางไว้ทำให้ปัญหาถูกแก้ไขอย่างแท้จริง

จากความเป็นมาดังกล่าวผู้ศึกษาวิจัยจึงสนใจศึกษาว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การมีผลต่อการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู หรือไม่ อย่างไร รวมถึงการทราบปัญหาและอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นจึงเป็นประเด็นสำคัญในการศึกษาวิจัยนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยปีนการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) โดยมีการเก็บ ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 88 คน [15]

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู มีขั้นตอนการคำนวณขนาดตัวอย่างในกรณีที่ทราบจำนวนประชากรและสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Multiple Linear regression analysis) โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ Cohen (1988)[18] ได้ตัวอย่างในการศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 120 คน ผลจากการคำนวณขนาดตัวอย่างพบว่า n มีจำนวนเท่ากับ 182 คน แต่พบว่าในจังหวัดหนองบัวลำภูมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนทั้งสิ้น 88 คน [15] ผู้วิจัยจึงศึกษาจากประชากรทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยดำรงตำแหน่งรักษาการผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปางกู่ อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู จึงคัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปางกู่ ออกจากการวิจัย เหลือจำนวน 88 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลเพียงพอและเกิดความน่าเชื่อถือ โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติอ้างอิงเพื่ออธิบายไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู เมื่อระยะเวลาเปลี่ยนแปลงไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม (Questionnaire) เกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนจากองค์การ และการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู

2. แนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูล แนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลจากงานวิจัยเชิงปริมาณที่พบปัญหาอุปสรรค โดยนำประเด็นปัญหาต่างๆมาใช้ในการสนทนากลุ่มเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหานั้นๆ

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อ วันที่ 6 มีนาคม 2562 เลขที่ HE612362

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 59.1 ส่วน

ใหญ่มีอายุ 40-49 ปี จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 53.4 โดยมีอายุเฉลี่ย 49.04 ปี (S.D.=6.30 ปี) อายุต่ำสุด 37 ปี อายุสูงสุด 60 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คู่ จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 79.6 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 68.1 ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในระหว่าง 40,001 - 49,999 บาท จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 32.9 โดยรายได้มีค่าเฉลี่ย 41,534.43 บาท (S.D.=9,103.37 บาท) รายได้ต่ำสุด 20,930 บาท รายได้สูงสุด 70,000 บาท ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1–10 ปีจำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 53.4 ส่วนใหญ่ได้รับการฝึกอบรมทางด้านบริหารสาธารณสุข จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 60.2 และส่วนใหญ่เคยได้รับการฝึกอบรมทางด้านบริหารสาธารณสุข จำนวน 1-2 ครั้ง จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 ค่ามัธยฐาน 1 ครั้ง (Minimum 1 ครั้ง, Maximum 6 ครั้ง)

2. ระดับการสนับสนุนจากองค์การในการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู เมื่อพิจารณาระดับการสนับสนุนจากองค์การ พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.82 (S.D. = 0.43) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.00 (S.D.= 0.50) รองลงมา คือ ด้านวัสดุอุปกรณ์ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.89 (S.D.= 0.50) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.51 (S.D. = 0.58) รองลงมา คือ ด้านงบประมาณมี อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.88 (S.D.=0.50)

3. ระดับการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู เมื่อพิจารณาระดับการควบคุมกำกับการปฏิบัติงาน พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.77 (S.D. = 0.49) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการควบคุมกำกับการปฏิบัติงาน ด้านการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.88 (S.D.=0.57) รองลงมา คือ ด้านการแก้ไขปรับปรุง อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.78 (S.D.=0.52) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.70 (S.D. = 0.53) รองลงมาคือ ด้านการวัดผลการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.71 (S.D.=0.62)

4. คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู

คุณลักษณะส่วนบุคคล	การควบคุมกำกับการปฏิบัติงาน		
	(r)	p - value	ระดับความสัมพันธ์
1. เพศ (ชาย)	-0.017	<0.879	ไม่มี
2. อายุ	-0.194	<0.069	ไม่มี
3. การศึกษา (ปริญญาตรี)	0.120	<0.267	ไม่มี
4. สถานภาพสมรส (คู่)	-0.044	<0.684	ไม่มี
5. รายได้	-0.277**	0.009	ต่ำ
6. ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง	-0.354**	0.001	ปานกลาง
7. การได้รับการฝึกอบรม	-0.123	0.196	ไม่มี
การสนับสนุนจากองค์การ	**0.616*** **	**<0.001**	ปานกลาง
1. ด้านบุคลากร	**0.533*** **	**<0.001**	ปานกลาง
2. ด้านงบประมาณ	**0.474*** **	**<0.001**	ปานกลาง
3. ด้านวัสดุอุปกรณ์	**0.448*** **	**<0.001**	ปานกลาง
4. ด้านการบริหารจัดการ	**0.578*** **	**<0.001**	ปานกลาง

***Correlation is significant at the 0.001 level

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดหนองบัวลำภู มีรายละเอียดดังนี้

4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำในทิศทางลบกับการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู (r = -0.277, p-value = 0.009) และระยะเวลาการดำรงตำแหน่งมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางในทิศทางลบกับการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู (r = -0.354, p-value = 0.001) ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และการได้รับการฝึกอบรมด้านบริหารสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับการ

ควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู

4.2 การสนับสนุนจากองค์การ พบว่า ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.616, p-value< 0.001) ส่วนการสนับสนุนจากองค์การรายด้านพบว่าทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ด้านบุคลากร (r=0.533, p-value<0.001) ด้านงบประมาณ (r=0.474, p-value<0.001) ด้านวัสดุอุปกรณ์ (r=0.448, p-value< 0.001) และด้านการบริหารจัดการ (r=0.578, p-value<0.001)

5. คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู

ตาราง 2 คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู

ตัวแปร	B	Beta	T	P -value	R	R^2	R^2 change
1. การบริหารจัดการ	0.453	0.464	5.524	<0.001	0.578	0.334	-
2. ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง	-0.016	-0.263	-3.263	0.002	0.671	0.450	0.116
3. บุคลากร	0.227	0.271	3.084	0.003	0.711	0.506	0.056
ค่าคงที่ 1.314 F = 28.696, p-value < 0.001, R = 0.711 , R^2 =0.506 , R^2adj=0.489							

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภูที่ถูกเลือกเข้าสมการคือ ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยตัวแปรที่ลูกเลือกเข้า ในสมการเรียงตามลำดับ คือ การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ (p-value < 0.001) คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านระยะเวลาการดำรงตำแหน่งผู้อำนวยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (p-value < 0.001) และการสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร (p-value = 0.001) จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัว สามารถพยากรณ์การควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดหนองบัวลำภูได้ร้อยละ 50.6

6. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู โดยภาพรวมข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิดจากแบบสอบถามทั้งหมด 88 ฉบับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 29.5 โดยปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะของการสนับสนุนจากองค์การ คิดเป็นร้อยละ 100 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คิดเป็นร้อยละ 46.14 โดย ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะมากที่สุดคือ ด้านการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน คิดเป็นร้อยละ 46.1 รองลงมาคือ ด้านการวัดผลการปฏิบัติงาน และด้านการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงาน คิดเป็นร้อยละ 34.6 ส่วนปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะน้อยที่สุดคือด้านการแก้ไขปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 26.9

สรุปและอภิปรายผล

1. ระดับการสนับสนุนจากองค์การในการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากองค์การอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.82 (S.D. = 0.43) การสนับสนุนจากองค์การ คือ การที่

องค์การให้การสนับสนุนการดำเนินงานด้านต่างๆ ที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อการดำเนินงานเพื่อนให้บรรลุวัตถุประสงค์และประสบความสำเร็จ (ศิริพงษ์ เศาภายน, 2553) หากผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการสนับสนุนจากองค์การที่เหมาะสมส่งผลให้ผลการปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมาย ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ระดับการสนับสนุนจากองค์การในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.57 (S.D.=0.46), ค่าเฉลี่ย 3.62(S.D.=0.46), ค่าเฉลี่ย 3.76 (S.D.=0.44), ค่าเฉลี่ย 3.54 (S.D.=0.59), ค่าเฉลี่ย 3.50 (S.D. = 0.46)[10),(13)] ตามลำดับ

2. ระดับการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.77 (S.D. = 0.49) ในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การควบคุมกำกับการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.95 (S.D. = 0.44), ค่าเฉลี่ย 3.75(S.D. = 0.47) ค่าเฉลี่ย 4.05 (S.D.=0.51), ค่าเฉลี่ย 3.78 (S.D. = 0.57), ค่าเฉลี่ย 3.90 (S.D. = 0.50) [8),(7),(1)] ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.47 (S.D. = 0.62) [2)]

3. คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำในทิศทางลบกับการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู (r = -0.277, p-value = 0.001) และระยะเวลาการดำรงตำแหน่งมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางในทิศทางลบกับการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู (r = -0.354, p-value = 0.001) ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และการได้รับการฝึกอบรมด้านบริหารสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู

3.2 การสนับสนุนจากองค์การภาพรวม พบว่า มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.616, p-value < 0.001) ความสำเร็จของการดำเนินงานมีปัจจัยพื้นฐานที่ใช้ในการบริหารที่สำคัญ 4 ประการ คือ คน (Man) เงิน (Money) วัสดุสิ่งของ (Material) และวิธีการจัดการ (Method) หรือเรียกสั้นๆว่า 4M's ซึ่ง เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการบริหาร (ทองหล่อ เดชไทย, 2549) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (r= 0.609, p-value < 0.001), (r = 0.564, p-value <0.001) [10)] เนื่องจากบริบทและพื้นที่ที่แตกต่างกัน นโยบายและการบริหารต่างกันส่งผลให้การได้รับการสนับสนุนในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่แตกต่างกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ ระดับสูงกับการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (r =0.757, p-value<0.001), (r =0.810, p-value<0.001), (r =0.813 , p-value<0.001) [17),(3)]

4. คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู และถูกเลือกเข้าสมการ คือ การสนับสนุนจากองค์การ ด้านการบริหารจัดการ (p-value<0.001) คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (p-value=0.002) และการสนับสนุนจากองค์การ ด้านบุคลากร (p-value=0.003) สามารถร่วมกันพยากรณ์การควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู ได้ร้อยละ 50.6

ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน ควรให้ความสำคัญกับการติดต่อประสานงานกันกับฝ่ายหรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันและสามารถปฏิบัติงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้แต่งตั้งและสรรหาบุคลากรที่เหมาะสมในการดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยพิจารณาระยะเวลาในการเป็นรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นองค์ประกอบหนึ่งเพื่อให้สามารถควบคุมกำกับและผลักดันการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าประสงค์ของหน่วยงาน

2. โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรมีการสนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ที่เพียงพอและสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของการดำเนินงานแต่ละพื้นที่

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการประสานงานในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาบุคลากรของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ประจักร บัวผัน ดร.สุทิน ชนะบุญ คุณรติ บุญมาก และคุณชาญชัย แก้วอัคฮาด ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์จนงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. จรัญญ ทองอเนก, และประจักร บัวผัน. (2557). สุนทรียทักษะผู้นำที่มีผลต่อบทบาทในการควบคุมกำกับการดำเนินงานตามโครงการของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 8(1), 218-229

2. จิรัฏฐิติ ไทยศิริ, และประจักร บัวผัน. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่การเงินในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัย มข., 13(1), 123-134.

3. ฐากูร เกชิต. (2551). แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการและบริหารการเงินการคลังโดยใช้หลักเศรษฐกิจพอเพียงของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรสาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

4. ทองหล่อ เดชไทย. (2549) หลักการบริหารงานสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.

5. ธวัชชัย มากมน, เยาวภา ติอัชสุวรรณ, และวรางคณา ผลประเสริฐ. (2555). สมรรถนะด้านการบริหารเชิงกลยุทธ์ในการพัฒนาสุขภาพประชาชนของหัวหน้าสถานีอนามัยในจังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 5(1), 51-55.

6. ประจักร บัวผัน. (2554). หลักการบริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

7. พยุดา ชาเวียง, และประจักร บัวผัน. (2560). แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 17(1), 56-68.

8. เพชรสมร ไพรพยอม. (2560). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับตำบลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

9. รติ บุญมาก, และประจักร บัวผัน. (2551). แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 8(3), 75-82.

10. ศุภชัย หมื่นมา, และประจักร บัวผัน. (2557). การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 14(2), 71-84.

11. สิทธิศักดิ์ แก้วโพนเพ็ก, และประจักร บัวผัน. (2558). คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของนักบริหารงานสาธารณสุขในเทศบาล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 10(3), 61-74

12. สิทธิพร นามมา, และสุรศักดิ์ ฆ้องปรุง. (2557). การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น, 21(2), 20-32.

13. สุมาลี ลารังสิต, ประจักรบัวผัน. (2557). การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 14(3), 67-80.

14. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับ

ที่ 12 พ.ศ.2560-2564. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

15. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ.(2560ข). เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2.ชัยภูมิ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. (เอกสารอัดสำเนา).

16. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560ข). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2560-2564). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

17. อัปสร วงษ์ศิริ, และประจักร บัวผัน. (2552). การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการจัดการข้อมูลารสนเทศของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 17(1), 11-12.

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

19. Schermerhom, R., Hunt, G., & Osbom, N. (2003). Organizational behavior. 8thed. New York: John Wiley and Sons.

บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดมุกดาหาร

ORGANIZATIONAL CLIMATE AND ORGANIZATIONAL SUPPORT AFFECTING HE HAPPINESS AT WORKPLACE OF PUBLIC HEALTH TECHNICAL OFFICERS T SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITALS IN MUKDAHARN PROVINCE

สุขสันต์ สลางสิงห์[1] , ชนะพล ศรีฤาชา[2]

Suksan Slangsing [1] , Chanaphol Sriruecha [2]

(Received: May 27 ,2019 ; Accepted: June 26 ,2019)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร ประชากรที่ศึกษาคือ นักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 119 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 102 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามและการสนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณจำนวน 12 คน ซึ่งแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่าทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.96 ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15 เมษายน 2562 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการหาค่าสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมระดับบรรยากาศองค์การ ระดับการสนับสนุนจากองค์การ และระดับความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.95(S.D.=0.39) 3.92(S.D.=0.42)และ 3.90(S.D.=0.45) ตามลำดับ บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.673, p-value<0.001 และr=0.581, p-value<0.001 ตามลำดับ) และพบว่าบรรยากาศองค์การมิติในการสนับสนุน การสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์ และบรรยากาศองค์การมิติความเสี่ยง ตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์ความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้ร้อยละ 51.9 (R^2 = 0.519, p-value<0.001) ปัญหา อุปสรรค ที่พบคือมีข้อจำกัดในการได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นและทันสมัยในการปฏิบัติงาน จึงควรจัดทำแผนงบประมาณในการจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และจัดสรรให้เพียงพอ

คำสำคัญ: บรรยากาศองค์การ การสนับสนุนจากองค์การ ความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุข

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aimed to study organizational climate and organizational support affecting the happiness at workplace of public health officers at sub-district health hospitals in Mukdaharn, Thailand. The samples were 102 public health officers randomly selected by simple random sampling from the 119 populations and 12 key informants were in focus group for qualitative data gathering. The Questionnaire was examined and verified by the three experts for content validity item objective congruence (IOC), with all items above 0.50, and tested for reliability in samples pilot study (Cronbach's alpha coefficient = 0.96). Data collection was carried out from April 15th to May 31st 2019. Data distribution was performed by descriptive statistics and inferential statistics. The level of statistical significance was set at 0.05.

The results showed that overall organizational climate, organizational support and the happiness at workplace of public health technical officers at sub-district health hospitals in Mukdaharn province were at high level with averages of 3.95(S.D.=0.39) 3.92(S.D.=0.42) and 3.90(S.D.=0.45), respectively. The overall organizational climate and organizational support had moderate level of relationship with the

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

happiness at workplace of public health technical officers (r=0.637, p-value<0.001 and r=0.581, p-value<0.001, respectively). Additionally, there were three variables; Organizational climate; support, Organizational support; material and Organizational climate; Risk could predict the happiness at workplace of public health technical officers at 51.9 percent (R^2 = 0.519, p-value <0.001). Problems, obstacles are limitation in obtaining necessary and modern equipment support in the operation. Therefore, should prepare a budget plan for purchasing medical equipment and allocate enough.

Keywords: Organization climate, Organization support affection, Happiness at workplace

บทนำ

ความสุขเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการ เพราะเป็นความรู้สึกทางจิตใจที่สำคัญ ในการพัฒนาชีวิตไปสู่เป้าหมายท่ามกลางสภาพการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆที่เป็นไปอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ความสุขเป็นเรื่องของอารมณ์ความรู้สึกและเกี่ยวกับความอยู่ดีทางอารมณ์องค์การอนามัยโลก [1] กล่าวว่าคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมวัฒนธรรมและค่านิยม ณ เวลานั้นๆและมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมายความคาดหวังและมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติ คือ มิติด้านสุขภาพกาย มิติด้านสุขภาพจิต มิติด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และมิติด้านสภาพแวดล้อม ในประเทศไทยมีนโยบายระดับชาติเริ่มตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 1 มีการให้ความสำคัญกับระบบเศรษฐกิจเรื่อยมา โดยใช้ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศเป็นตัวชี้วัดความก้าวหน้าของประเทศ จนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ซึ่งเป็นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับแรกที่กล่าวถึงความสุขโดยมุ่งหมายให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาและใช้เศรษฐกิจเป็นเครื่องมือช่วยพัฒนาให้คนมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ต่อมาแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 10 ได้จัดให้ความสุขเป็นจุดหมายหนึ่งของการพัฒนา โดยต้องการพัฒนาประเทศไปสู่สังคมที่มีความสุขอย่างยั่งยืนและนอกจากผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ แล้วได้มีการสร้างดัชนีความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันของสังคมไทย [2] และหลักการพัฒนาประเทศที่สำคัญของแผนพัฒนาแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 มีการยึดหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยการให้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาที่ต่อเนื่องจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9-11 และจากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) เพื่อให้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีหลักการที่ 2 คือ การยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาเพื่อให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี กระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายด้านสุขภาพ คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน และจากนโยบายกระทรวงสาธารณสุขพ.ศ.2560 ยุทธศาสตร์ที่ 4 บุคลากรเป็นเลิศ นำสู่การพัฒนาและปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข โดยมี 16 แผนงาน ในการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพซึ่งด้านบุคลากรเป็นเลิศ แผนงานที่ 11 การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนทางด้านสุขภาพ มีโครงการผลิตและพัฒนากำลังคนทางด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ [3]

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้มีแนวทางในการสร้างความสุขให้เกิดในองค์กร ด้วยการทำให้ที่ทำงานน่าอยู่ โดยเริ่มจากผู้ปฏิบัติงานมีความสุข เพราะคนเป็นทรัพยากรที่สำคัญขององค์กร การส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีความเป็นอยู่ที่ดีมีสุขภาพกายและใจที่ดี มีครอบครัวที่อบอุ่น มีคุณธรรม จริยธรรม เอื้ออาทรต่อคนรอบข้าง มีความมั่นคงในชีวิตการงานและเศรษฐกิจ อันจะนำมาซึ่งความสุขในการทำงาน เป็นแนวคิดที่เรียกว่าความสุข 8 ประการในที่ทำงาน (Happy Workplace) [4] ซึ่งต่อมาได้พัฒนามาเป็น HAPPINOMETER เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตและความสุขคนทำงานที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านการทำงาน สุขภาพกาย จิตวิญญาณ ครอบครัว และการใช้ชีวิต ประกอบด้วย 9 ประการ คือ 1) สุขภาพดี (Happy Body) 2) ผ่อนคลายดี (Happy Relax) 3) น้ำใจดี (Happy Heart) 4) จิตวิญญาณดี (Happy Soul)5) ครอบครัวดี (Happy Family) 6) สังคมดี (Happy Society) 7) ใฝ่รู้ดี (Happy Brain) 8) สุขภาพเงินดี (Happy Money) และ 9) การงานดี (Happy Work-life) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดความสุขในการทำงานในทุกองค์กร เพื่อใช้ประเมินความอยู่ดีมีสุขและคุณภาพชีวิตของประชาชน [5]

บรรยากาศองค์การถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อการสร้างความสุขในการทำงานเพราะบรรยากาศองค์การ คือ การรับรู้ของบุคคลในองค์การ เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในองค์การที่ผู้ปฏิบัติงานรับรู้ และส่งผลต่อการแสดงออกพฤติกรรมในการปฏิบัติงานของบุคคลในองค์การบรรยากาศองค์การประกอบด้วย 9 มิติ คือ1) มิติโครงสร้างองค์การ 2) มิติความอบอุ่น 3) มิติการสนับสนุน 4) มิติการให้รางวัล 5) มิติความขัดแย้ง6) มิติมาตรฐานในการปฏิบัติงาน 7) มิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน 8) มิติความเสี่ยง และ9) มิติความรับผิดชอบ[6] ดังนั้นเมื่อบุคลากรในองค์การรับรู้ถึงบรรยากาศองค์การที่ดีจะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ทำให้ปฏิบัติงานอย่างมีความสุขและผลการปฏิบัติงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่องค์การกำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากบรรยากาศองค์การแล้วก็ยังมีปัจจัยอื่นที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดความสุขในการทำงานนั่นก็คือการสนับสนุนจากองค์การซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กรได้ การสนับสนุนจากองค์การเป็น ปัจจัยพื้นฐานทางการบริหาร เป็นการจัดทรัพยากรทางการบริหารให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่องค์การกำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนจากองค์การ ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านบุคลากร 2) ด้านงบประมาณ 3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ และ 4) ด้านวิธีการจัดการ (ทองหล่อ เดชไทย, 2545) ซึ่งถ้าได้รับการสนับสนุนจากองค์การที่เพียงพอและเหมาะสม ย่อมทำให้เกิดความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักวิชาการสาธารณสุขเกิดความพึงพอใจ กระตือรือร้น ในการปฏิบัติงาน ส่งผลทำให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ และเป้าหมายขององค์การอย่างมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ

นักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นบุคลากรหลักในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การดูแลและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่คนในชุมชนโดยเป็นกำลังสำคัญในการสร้างรากฐานของระบบบริการสาธารณสุขให้เข้มแข็ง ดังนั้นการส่งเสริมให้นักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความสุขในการทำงานนอกจากจะทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพแล้วยังทำให้บุคลากรเกิดความรู้สึกผูกพันกับงาน

จากข้อมูลดังกล่าว จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะทำการศึกษาว่าบรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร และเพื่อทราบบรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร และสามารถนำผลการวิจัยมาเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหารและเป็นฐานข้อมูลในการวางแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในหน่วยงานสาธารณสุขของทั้งประเทศให้มีความสุขในการทำงาน ซึ่งจะทำให้คนไทยได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมีสุขภาพดีโดยทั่วกันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบรรยากาศองค์การ และการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร

2. เพื่อศึกษาระดับบรรยากาศองค์การ ระดับการสนับสนุนจากองค์การ และระดับความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร

3. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษางานวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาว่าบรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 119 คน [8] กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้คือ นักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 102 คน และการสนทนากลุ่ม 12 คน โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างจากการใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของโคเฮน[9] ได้ขนาดตัวอย่าง มีจำนวน 102 คนในกรณีตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจึงใช้ กลุ่มตัวอย่าง นักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 102 ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในทำการวิจัยครั้งนี้ มีทั้งหมด 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่1 คุณลักษณะส่วนบุคคล มีคำถาม 7 ข้อ ส่วนที่ 2 บรรยากาศองค์การ มีคำถาม 45 ข้อ ส่วนที่ 3 การสนับสนุนจากองค์การ มีคำถาม 20 ข้อ ส่วนที่ 4 ความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุข มีคำถาม 45 ข้อ โดยส่วนที่ 2 ถึงส่วนที่ 4 ใช้มาตราส่วนประมาณค่า มีคำตอบให้เลือกตอบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ[10] และส่วนที่ 5 คำถามปลายเปิด โดยให้ผู้ตอบได้เสนอ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะของความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร มีคำถาม 3 ข้อ

ชุดที่ 2 แนวทางในการสนทนากลุ่ม มีทั้งหมด 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 บรรยากาศองค์การ ส่วนที่ 2 การสนับสนุนจากองค์การ ส่วนที่ 3 ความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร ในการสนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณโดยเลือกนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร ที่มีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร ได้ดีที่สุด (Key Informants) ทั้งหมด 7 อำเภอ ซึ่งคัดเลือกมารวมทั้งสิ้น 12 คน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อที่จะตรวจสอบความถูกต้องด้านความตรง (Validity)โดยให้ลงความเห็นชอบด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความถูกต้องเหมาะสมของการใช้ภาษา (Wording) จากนั้นจึงนำข้อคำถามมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) พบว่าทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง มากกว่า 0.50 วิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.96

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ประกอบด้วย การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis)

ระดับบรรยากาศองค์การ ระดับการสนับสนุนจากองค์การ และระดับความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร นำมาจัดเป็น 5 ระดับ ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงค่าเฉลี่ยดังนี้ [11] ระดับมากที่สุด(4.50 -5.00 คะแนน)ระดับมาก(3.50 - 4.49 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.50 -3.49 คะแนน) ระดับน้อย (1.50 -2.49 คะแนน) และระดับน้อยที่สุด(1.00 -1.49 คะแนน) สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) แบ่งตามเกณฑ์ของ[24] มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 โดยแบ่งระดับได้ดังนี้มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์ หมายถึง $r = \pm 1$ มีความสัมพันธ์ระดับสูง หมายถึง $r = \pm 0.71$ ถึง ± 0.99 มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง หมายถึง $r = \pm 0.31$ ถึง ± 0.70 มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ หมายถึง $r = \pm 0.01$ ถึง ± 0.30 ไม่มีความสัมพันธ์หมายถึง $r = 0$

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมในการวิจัยในครั้งนี้หลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรมการ

วิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2562 เลขที่ HE622044 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง 15 เมษายน 2562 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2562

สรุปและอภิปรายผล

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร คุณลักษณะส่วนบุคคลของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 57.8 มีอายุมากกว่า 50 ปี จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 35.3 อายุเฉลี่ย 44.50 ปี(S.D.= 9.24 ปี) อายุต่ำสุด 24ปี อายุสูงสุด 60 ปี สถานภาพสมรส คู่ จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 75.5 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าจำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 87.3 ดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขระดับชำนาญการขึ้นไป จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 70.6 มีรายได้ต่อเดือน 35,001 – 50,000 บาท รายได้เฉลี่ย 35,285 บาท (S.D. = 12,611.76บาท) รายได้ต่อเดือนต่ำสุด 15,960 บาท รายได้ต่อเดือนสูงสุด 55,000 บาท ส่วนใหญ่ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง 10 ปีขึ้นไปจำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 73.5 มีค่ามัธยฐาน 21 ปี ระยะเวลาการปฏิบัติงานต่ำสุด 2 ปี ระยะเวลาการปฏิบัติงานสูงสุด 41 ปี

2. ระดับบรรยากาศองค์การในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร ผลการวิจัยระดับบรรยากาศองค์การในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีบรรยากาศองค์การในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.95(S.D.=0.39) เมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยมิติโครงสร้างองค์การมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.25(S.D.=0.54) รองลงมาคือ มิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ค่าเฉลี่ย 4.09(S.D.=0.50) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ มิติความเสี่ยง ค่าเฉลี่ย 3.69(S.D.=0.62) และ มิติความขัดแย้ง ค่าเฉลี่ย 3.79(S.D.=0.62)

3. ระดับการสนับสนุนจากองค์การของความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร ผลการวิจัยระดับการสนับสนุนจากองค์การในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนจากองค์การในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.92(S.D.=0.42) เมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมากทั้งหมด โดยด้านบุคลากร มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.97(S.D.=0.53) รองลงมาคือ ด้านงบประมาณ ค่าเฉลี่ย 3.95(S.D.=0.49) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ค่าเฉลี่ย 3.87(S.D.=0.49) และ ด้านวิธีการจัดการ ค่าเฉลี่ย 3.92(S.D.=0.49)

4. ระดับความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร ผลการวิจัยระดับความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.90(S.D.=0.45) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านน้ำใจดี ค่าเฉลี่ย 4.24(S.D.=0.54) รองลงมาคือด้านสังคมดี ค่าเฉลี่ย 4.13(S.D.=0.52) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านสุขภาพเงินดี อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.46(S.D.=0.78) รองลงมาคือด้านผ่อนคลายดี อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.67 (S.D.=0.66)

5. บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหารผลการวิจัยพบว่าภาพรวมบรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.673$, p-value<0.001) เมื่อพิจารณาบรรยากาศองค์การรายด้าน พบว่า มิติความอบอุ่น มิติการสนับสนุน มิติการให้รางวัล มิติความขัดแย้ง มิติมาตรฐานในการปฏิบัติงาน มิติความเป็นอันหนึ่ง

อันเดียวกัน มิติความเสี่ยง และมิติความรับผิดชอบ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยพบว่ามิติความอบอุ่น (r=0.503, p-value<0.001) มิติการสนับสนุน(r=0.655, p-value<0.001) มิติการให้รางวัล (r=0.521, p-value<0.001) มิติความขัดแย้ง (r=0.507, p-value<0.001) มิติมาตรฐานในการปฏิบัติงาน (r=0.512, p-value<0.001) มิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (r=0.561, p-value<0.001) มิติความเสี่ยง (r=0.500, p-value<0.001) และมิติความรับผิดชอบ(r=0.514, p-value<0.001) พบว่ามิติโครงสร้างองค์การมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยพบว่ามิติโครงสร้างองค์การ (r=0.271, p-value<0.001)

การสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.581, p-value<0.001) เมื่อพิจารณาการสนับสนุนจากองค์การรายด้าน พบว่าด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านวิธีการจัดการมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยพบว่าด้านบุคลากร (r=0.404,p-value<0.001) ด้านงบประมาณ (r=0.556, p-value<0.001) ด้านวัสดุอุปกรณ์ (r=0.530, p-value<0.001) และด้านวิธีการจัดการ (r=0.4259, p-value<0.001) ดังรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1 บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร

บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การ	ความสุขในการทำงาน		
	(r)	p - value	ระดับความสัมพันธ์
บรรยากาศองค์การ	**0.673*** **	**< 0.001**	**ปานกลาง**
1. มิติโครงสร้างองค์การ	0.271***	< 0.001	ต่ำ
2. มิติความอบอุ่น	0.503***	< 0.001	ปานกลาง
3. มิติการสนับสนุน	0.655***	< 0.001	ปานกลาง
4. มิติการให้รางวัล	0.521***	< 0.001	ปานกลาง
5. มิติขัดแย้ง	0.507***	< 0.001	ปานกลาง
6. มิติมาตรฐานในการปฏิบัติงาน	0.512***	< 0.001	ปานกลาง
7. มิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน	0.561***	< 0.001	ปานกลาง
8. มิติความเสี่ยง	0.500***	< 0.001	ปานกลาง
9. มิติความรับผิดชอบ	0.514***	< 0.001	ปานกลาง
การสนับสนุนจากองค์การ	**0.581*** **	**< 0.001**	**ปานกลาง**
1. ด้านบุคลากร	0.404***	< 0.001	ปานกลาง
2. ด้านวัสดุอุดปกรณ์	0.556***	< 0.001	ปานกลาง
3. ด้านงบประมาณ	0.530***	< 0.001	ปานกลาง
4. ด้านวิธีการจัดการ	0.459***	< 0.001	ปานกลาง

*** ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.001

6. บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร ที่ถูกเลือกเข้าสมการคือ ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการคือ ตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับ ดังนี้ คือ บรรยากาศองค์การ มิติการสนับสนุน (p-value<0.001) การสนับสนุนจากองค์การ ด้านวัสดุอุปกรณ์ (p-value = 0.012) และบรรยากาศองค์การ มิติความเสี่ยง (p-value = 0.027) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์ความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร ได้ร้อยละ 51.9 ดังรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร

ตัวแปร	B	Beta	T	p-value	R	R^2	R^2adj	R^2 change
1.บรรยากาศองค์การ มิติการสนับสนุน	0.409	0.472	5.761	<0.001	0.655	0.428	0.423	-
2.การสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์	0.202	0.218	2.561	0.012	0.703	0.494	0.484	0.065
3.บรรยากาศองค์การ มิติความเสี่ยง	0.137	0.188	2.252	0.027	0.720	0.519	0.504	0.025
ค่าคงที่ 1.042, F = 35.215, p – value<0.001, R = 0.720, R^2 = 0.519, R^2adj = 0.504								

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าบรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1. ภาพรวมบรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(r=0.673, p-value <0.001) เนื่องจากบรรยากาศองค์การเป็นการรู้สึกหรือการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับองค์ประกอบของสภาพแวดล้อมภายในองค์การที่ปฏิบัติงานอยู่ทั้งทางตรงและทางอ้อมเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการจูงใจในการปฏิบัติงานภายในองค์การ [13] บรรยากาศองค์การจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร และบรรยากาศองค์การเกี่ยวข้องกับบรรยากาศในการทำงานและความสัมพันธ์ของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วย หากมีบรรยากาศองค์การที่ดีย่อมส่งผลต่อความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากยิ่งขึ้นได้ด้วย ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่าบรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น[14] บรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวระดับตำบลในจังหวัดหนองบัวลำภู[15] และบรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา[16] เนื่องจากบรรยากาศองค์การในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร นั้นมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานภายในขององค์การให้บรรลุเป้าหมายที่องค์การตั้งไว้อย่างประสิทธิภาพ จากบริบทในการปฏิบัติงานมักจะมีปัญหาอื่นๆ หรือนโยบายเร่งด่วนที่ให้ดำเนินการและทำการแก้ไขโดยเฉพาะผู้บังคับบัญชาซึ่งต้องมีความยืดหยุ่นภายในโครงสร้างองค์กร กฎระเบียบต่างๆ จะทำให้บุคลากร มีความรู้สึกว่าอะไรคือสิ่งสำคัญหรือสิ่งที่ดีในการปฏิบัติงาน และบรรยากาศองค์การยังเป็นการกระตุ้นการมีส่วนร่วมและทำงานเป็นทีมสร้างความมุ่งมั่น และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน รวมถึงกิจกรรมที่ต้องทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ทำให้นักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหารมีบรรยากาศองค์การในการทำงานต่างกันไป ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้มีผู้ศึกษาไว้แล้วโดยมีความสอดคล้องในระดับความสัมพันธ์ที่แตกต่างกัน พบว่าบรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการจัดการความรู้ของบุคลากร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น [17] บรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา [18] และบรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น [19]

2. ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด

มุกดาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(r=0.581, p-value <0.001) เนื่องจากการสนับสนุนจากองค์การเป็นองค์ประกอบที่มีส่วนสนับสนุนให้นักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถปฏิบัติงานได้มีประสิทธิภาพ และทำให้เกิดความสุขในการทำงานมีส่วนสำคัญที่จะสนับสนุนให้ปฏิบัติงานได้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น [20] การสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น[21] และการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานระบาดวิทยาโรคติดต่อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัยจังหวัดเลย[22] ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้มีผู้ศึกษาไว้แล้วโดยมีความสอดคล้องในระดับความสัมพันธ์ที่แตกต่างกัน พบว่าการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา[18] การสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ จังหวัดอุดรธานี [23] และการสนับสนุนจากองค์การความสัมพันธ์ระดับสูงกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น [24]

3. จากการวิเคราะห์ บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน(Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) พบว่าตัวแปรอิสระที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร ได้แก่ คือ บรรยากาศองค์การ มิติการสนับสนุน (p-value<0.001) การสนับสนุนจากองค์การ ด้านวัสดุอุปกรณ์ (p-value = 0.012) และบรรยากาศองค์การ มิติความเสี่ยง (p-value = 0.027) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์ความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร ได้ร้อยละ 51.9

ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดมุกดาหาร ควรส่งเสริมการปฏิบัติงานของนักวิชาการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรายบุคคลไว้ล่วงหน้า สนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานของนักวิชาการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้สามารถปฏิบัติงานตามมาตรฐานหรือเป้าหมายของการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และส่งเสริมการบริหารความเสี่ยงในองค์การโดยมีการติดตามผลการจัดการความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุข

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ชนะพล ศรีฤาชา อาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ อาจารย์สุรชัย พิมหา และนายบุญเยื้อน สุวรรณไตรย์ ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์จนงานวิจัยนี้ประสบผลสำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (1993). **WHOQOL: Study Protocal: Division of Mental Health.** Geneva: World Health Organisation.

2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. (2553). **ความสุขเป็นสากล.** กรุงเทพฯ: จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์.

3. สำนักนโยบาย และแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. (2560). **นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2560.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2552). **คู่มือมาสร้างองค์กรแห่งความสุขกันเถอะ.** ค้นเมื่อ 5 ธันวาคม 2561. จาก http://lpn.mcu.ac.th/lpn/wp-content/ uploads/ 2017/06/องค์กรแห่งความสุข-สสส.pdf.

5. ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, สุภรต์ จรัสสิทธิ์, เฉลิมพล สายประเสริฐ, พอตา บุนยตีรณะ, และวรรณภา อารีย์. (2553). **การวัดความสุขด้วยตนเอง.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธรรมดาเพรส.

6. Litwin, G.H.& Stringer R.A**.** (1968)**. Motivation and organization climate.** Boston: Havard University.7. ทองหล่อ เดชไทย. (2545). **หลักการบริหารงานสาธารณสุข.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์.

8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร. (2561ข). ฝ่ายบริหารทรัพยากรมนุษย์. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร. (เอกสารอัดสำเนา).

9. Cohen, J. (1988). **Statistical power analysis for the behavioral sciences.** 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

10. Likert, R. (1967). The human organization: Its management and value. New York: McGraw-Hill.

11. สำเริง จันทรสุวรรณ และสุวรรณ บัวทวน. (2547). **ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์.** ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น.

12. Elifson. Kirk W, Richard P, Runyon, and Audrey Haber. Fundamentals of SocialsStatistics. 2nd ed. New York: McGraw – Hill, Inc.19; 1990.

13. Litwin, G.H.& Stringer R.A**.** (1968)**. Motivation and organization climate.** Boston: Havard University.

14. ณัฐพล โยธา, ประจักร บัวผัน, และสุรชัย พิมหา. (2562). ปัจจัยแห่งความสำเร็จและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการทำวิจัยเพื่อแก้ปัญาสาธารณสุขของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น.**วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 19**(1), 2562, 149-160.

15. ทวีเลิศ ชายงาม, ประจักร บัวผัน, และสุรชัย พิมหา. (2561). บรรยากาศองค์การและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวระดับตำบลในจังหวัดหนองบัวลำภู. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 18**(3), 2561, 124-135.

16. นครินทร์ ประสิทธิ์, และประจักร บัวผัน. (2561). แรงจูงใจและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา), 18**(2), 65-77.

17. ปิยะพงษ์ ศรีสองเมือง, และประจักร บัวผัน. (2561). แรงจูงใจและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่7 จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 18**(2), 78-89.

18. รำไพ ราชาพัฒน์, และชนะพล ศรีฤาชา. (2560). **บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

19. สุรชัย พิมหา, และประจักร บัวผัน. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อการสื่อสารในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา), 15**(3) , 79-88.

20. สิริสา เทียมทัน และประจักร บัวผัน. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับและท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 18**(1), 49- 61.

21. สุมาลี ลารังสิต และประจักร บัวผัน. (2557). การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น.**วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 14**(3) , 67-80.

22. สมพรอุ่นคำ และประจักร บัวผัน.(2553). การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานระบาดวิทยาโรคติดต่อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัยจังหวัดเลย. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 10**(3), 61-74.

23. พรพิมล จิตธรรมมา และชนะพล ศรีฤาชา. (2558). การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ จังหวัดอุดรธานี. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 22**(1), 9-21.

24. สิรินทิพย์ อุดมวงค์ และชนะพล ศรีฤาชา.(2557). การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 21**(2), 20-32.

ปัจจัยทางการบริหารและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น

ADMINISTRATIVE FACTORS AND MOTIVATION AFFECTING THE PERFORMANCE OF PUBLIC HEALTH PERSONNEL IN LONG TERM CARE FOR THE ELDERLY AT SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITALS IN KHON KAEN PROVINCE

อรวรรณ สินค้า[1] , ชนะพล ศรีฤาชา[2]

Orawan Sinka[1] , Chanaphol Sriruecha [2]

(Received: May 27 ,2019 ; Accepted: June 26 ,2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบแบบภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ประชากรที่ศึกษาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 248 คนสุ่มตัวอย่างโดยเลือกใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 185 คน และสนทนากลุ่มจำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม และแนวทางในการสนทนากลุ่ม ซึ่งแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่าทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 วิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.98 เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 10 พฤษภาคม ถึงวันที่ 10 มิถุนายน 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการหาค่าสถิติเชิงพรรณนา และ สถิติอนุมาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ระดับปัจจัยทางการบริหาร ระดับแรงจูงใจ และระดับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.87 (S.D.=0.53), 3.87 (S.D.=0.50) และ 4.07 (S.D.=0.55) ตามลำดับ ภาพรวมปัจจัยทางการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.684$, p-value < 0.001) และภาพรวมแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.767$, p-value < 0.001) ทั้งนี้ ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา ปัจจัยค้ำจุนด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ปัจจัยค้ำจุนด้านสภาพการปฏิบัติงาน ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน โดยทั้ง 6 ตัวแปร มีผลและสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้ร้อยละ 67.8 ปัญหาอุปสรรคที่พบส่วนใหญ่ คือ บุคลากรมีจำนวนไม่เพียงต่อการปฏิบัติงานทำให้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ร้อยละ 84.7 และข้อเสนอแนะ คือ เพิ่มอัตรากำลังบุคลากรให้เหมาะสมกับภาระงาน โดยจัดการอบรม Care Manager ในพื้นที่

คำสำคัญ: การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว, ปัจจัยทางการบริหาร, แรงจูงใจ, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, รพ.สต.

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aimed to study Administrative factors and Motivation affecting the performance of public health personnel in Long Term Care for elderly at sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen province, Thailand. The population were 248 personnel and 185 samples were selected by simple random sampling, collected data by questionnaires and 12 people' s key informants in focus group discussion. The questionnaire were verified for content validity by three experts, Item Objective Congruence(IOC) more than 0.50 at all items and analyze the reliability of the questionnaire, Cronbach's alpha coefficient was at 0.98. Data collected between 10th May 2019 to 10th June 2019. Data analysis by using computer program for data analysis was performed by descriptive statistics and inferential statistics as significance at the level of 0.05.

---

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

The result showed that the level of administrative factors, motivation and the level of the the performance of public health personnel in Long Term Care for elderly, the overall was at a high level with average of 3.87 (S.D.=0.53), 3.87(S.D.=0.50) and 4.07(S.D.=0.55) respectively. Administrative factors had moderate level relationship of the the performance of public health personnel in Long Term Care for elderly (r=0.684, p-value<0.001). Moreover overall of the motivation had high level relationship of the the performance of public health personnel in Long Term Care for elderly (r=0.767, p-value<0.001). Six variables include motivation factors; responsibility, administrative factors; time, hygiene factors; personal life and working condition and motivation factors; advancement and achievement could predict the performance of public health personnel in Long Term Care for elderly at sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen province at 67.8 percent. Most common obstacles, personnel haven't insufficient work at 84.7 percent and suggestion was organizing a Care Manager training in the area for increase personnel rates to suit the workload.

Keywords: Long term care for the elderly, Administrative factor, Motivation Affecting , Public health personal, Sub-district health promotion hospital

บทนำ

ในปี พ.ศ.2564 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ต่อเนื่อง ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยน้อยลง มีการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทสู่สังคมเมืองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งหากเปรียบเทียบสัดส่วนของประชากรวัยทำงานต่อประชากรผู้สูงอายุ 1 คน ซึ่งเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงวัยของภาวะพึ่งพิงนั้น[1] ในขณะที่แนวโน้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพังกับคู่สมรสหรืออยู่คนเดียวเพิ่มมากขึ้นด้วย ซึ่งมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม ยิ่งอายุเพิ่มมากขึ้นยิ่งเจ็บป่วยโดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทำให้หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนได้ตระหนักถึงปัญหาการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย มีการเตรียมความพร้อมร่วมกันวางแผนการดำเนินงานเพื่อรองรับสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเจ็บป่วยเรื้อรัง ติดบ้าน ติดเตียง และผู้ที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพิงเพื่อตอบสนองความต้องการผู้ต้องการความดูแลและช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีเข้าสู่สังคมสูงวัยได้อย่างมีความสุข ดังนั้นผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพิงและระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) จึงจำเป็นต้องมีรูปแบบเฉพาะในการให้บริการภายใต้การเชื่อมโยงด้านสุขภาพและด้านสังคมเข้าด้วยกัน[2]

ในปี 2560 กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายสู่การปฏิบัติงาน มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ มีโครงการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส การดูแลแบบประคับประคองซึ่งนโยบายสาธารณสุขมุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพกายจิตใจที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวัน[3]

ระบบการดูแลระยะยาว เป็นการจัดบริการสุขภาพและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก ภาวการณ์เจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุและความพิการตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการเป็นการบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด การส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ออกจากสถานพยาบาล ไปจนถึง การออกแบบระบบการดูแลระยะยาวในระดับพื้นที่ (ตำบล,หมู่บ้าน,ครอบครัว) โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (care manager, CM) ได้แก่ เจ้าพนักงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (caregiver, CG) ที่ได้ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่อย่างน้อย 1 คน ต่อผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในทุกกลุ่มวัย 5-10 คน โดยได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพส่วนท้องถิ่น[4] ในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของจังหวัดขอนแก่นได้ดำเนินงานตามขั้นตอนการปฏิบัติงาน (care management) 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาผู้สูงอายุที่ต้องการความดูแล 2) ประเมินปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และด้านสิ่งแวดล้อม 3) การจัดทำแผนการดูแลส่วนบุคคล 4) การสร้างความเข้าใจ 5) การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือ 6) กำกับติดตามการปฏิบัติงาน 7) ประเมินผลการดำเนินงาน [5]

จากผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องพบว่าการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาพรวมอยู่ในระดับมาก [6),(7),(8)] นอกจากนี้ปัจจัยทางการบริหารเป็นอีกปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยในการปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จและมีคุณภาพ ปัจจัยทางการบริหารประกอบด้วย 1) ด้านบุคคล 2) ด้านงบประมาณ 3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ 4) ด้านการบริหารจัดการ 5) ด้านเวลา และ 6) ด้านเทคโนโลยี[9] ซึ่งสามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล [7),(10),(11)] เพื่อให้งานมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะต้องมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่ดีซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติงานที่ดีและมีคุณภาพตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยจูงใจ (Motivation factors) และปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factors) ประกอบด้วย 1) ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน 2) การยอมรับนับถือ 3) ลักษณะงานที่ปฏิบัติ 4) ความรับผิดชอบ 5) ความก้าวหน้าในตำแหน่ง และปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factors) ประกอบด้วย ประกอบด้วย 1) นโยบายและการบริหาร 2) สภาพการปฏิบัติงาน 3) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 4) ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน 5) การปกครองบังคับบัญชา 6) ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว 7) เงินเดือนและค่าตอบแทน 8) สถานภาพของวิชาชีพ [12] ซึ่งซึ่งสามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล [13),(14),(15)]

จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 26 อำเภอ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 248 แห่ง มีจำนวนชมรมผู้สูงอายุทั้งหมด 1,656 ชมรม จำนวนผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) 342 คน และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) 2,502 คน มีการดำเนินงานดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ซึ่งการดำเนินเชิงรุกค้นหาผู้สูงอายุในชุมชนได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วย การตรวจคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) พบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน สุขภาพช่องปาก สมองเสื่อม ซึมเศร้า 2Q ข้อเข่าเสื่อม ภาวะหกล้ม ดัชนีมวลกาย และจากการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตามแนวทางหลักสูตร Care Manager ซึ่งนำกระบวนการดำเนินงาน 7 ขั้นตอนในการปฏิบัติงาน จากเอกสารสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ยังพบปัญหาในดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านการประเมินปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และด้านสิ่งแวดล้อมบางตำบลไม่ถูกต้องครบถ้วน ด้านการจัดทำแผนดูแล Care plan ล่าช้าไม่ทันเวลาที่กำหนดขาดความเข้าใจนโยบายการดำเนินงาน และให้ความสมัครเข้าร่วมการดำเนินการและกำกับติดตามของหน่วยงานบางหน่วยงานยังขาดทีมภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องยังไม่ครอบคลุมการประสานงานการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่ราบรื่น [16]

จากความเป็นมาและปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทางการบริหารและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่นรวมทั้งปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ เพื่อจะได้นำผลการศึกษามาเป็นแนวทางการดำเนินงานปรับปรุงและพัฒนาการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษางานวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อศึกษา

ปัจจัยทางการบริหารและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 248 แห่งๆละ 1 คน ใน 26 อำเภอ รวมทั้งหมด 248 คน [16]

กลุ่มตัวอย่างสำหรับตอบแบบสอบถามในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น มีขั้นตอนคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้น (Multiple linear regression analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของโคเฮน [17] ได้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีจำนวน 185 ตัวอย่าง

วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยสำรวจจำนวนและรายชื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น ทั้งหมดจำนวน 248 คน แล้วนำฉลากรายชื่อทั้งหมดใส่กล่องที่มีความทึบ ใช้วิธีจับฉลากในกล่องจนครบจำนวนที่ต้องการ คือ 185 คน แบบไม่ใส่คืนแล้วให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งนั้นเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในทำการวิจัยครั้งนี้ มีทั้งหมด 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบชุดสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ **ส่วนที่ 1** เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล **ส่วนที่ 2** เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหาร **ส่วนที่ 3** เป็นคำถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยจูงใจ (Motivation factors) และปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factors) **ส่วนที่ 4** เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น **ส่วนที่ 5** เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความแสดงความคิดเห็นโดยอิสระ

ชุดที่ 2 แนวทางในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยพิจารณาวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยคัดเลือกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ที่มีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้ดีที่สุด โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่นโดยแบ่งเป็น 4 โซนและคัดเลือกตัวแทนมาโซนละ 3 คนได้จำนวนทั้งสิ้น 12 คน และเป็นผู้มีความยินดีและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ด้วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อที่จะตรวจสอบความถูกต้องด้านความตรง (Validity)โดยให้ลงความเห็นชอบด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความถูกต้องเหมาะสมของการใช้ภาษา (Wording) จากนั้นจึงนำข้อคำถามมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) พบว่าทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง มากกว่า 0.50 วิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.98

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ประกอบด้วย การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis)

โดยในการแปรผลคะแนนระดับปัจจัยทางการบริหารระดับแรงจูงใจ และระดับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น นำมาจัดระดับ 5 ระดับ คือ ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงค่าเฉลี่ย [18] 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) 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

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากการวิจัยในครั้งนี้หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2562 ลำดับที่ 4.3.02: 10/2562 เลขที่โครงการ HE622048

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จากการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 164 คน ร้อยละ 88.6 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี จำนวน 68 คน ร้อยละ 36.8 โดยมีอายุเฉลี่ย 39.42 ปี (S.D. = 8.73 ปี) อายุต่ำสุด 24 ปี อายุสูงสุด 59 ปี ส่วนใหญ่มีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 115 คน ร้อยละ 62.2 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 145 คน ร้อยละ 78.4 ส่วนใหญ่เคยได้รับการฝึกอบรมเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 159 คน ร้อยละ 85.9 ส่วนใหญ่ได้รับการฝึกอบรมเรื่องการดูแลผู้สูงอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง จำนวน 141 คน ร้อยละ 88.7 มีค่ามัธยฐาน 2.16 ครั้ง (น้อยที่สุด = 1 ครั้ง, มากที่สุด = 10 ครั้ง) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี จำนวน 170 คน ร้อยละ 91.9 มีค่ามัธยฐาน 4.73 ปี (น้อยที่สุด = 1 ปี, มากที่สุด = 30 ปี ซึ่งเป็นเรื่องที่มีประสบการณ์การทำงานมาแล้วพอสมควร และมีวุฒิปริญญาตรีผ่านการอบรมมาแล้วดีพอสมควร

2. ระดับปัจจัยทางการบริหารในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น เมื่อพิจารณาระดับปัจจัยทางการบริหาร พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.87 (S.D. = 0.53) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.06 (S.D. = 0.63) รองลงมาคือ ด้านบุคคล อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.90 (S.D. = 0.57) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านวัสดุอุปกรณ์ อยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.70 (S.D. = 0.76) รองลงมาคือ ด้านเทคโนโลยี อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.78 (S.D. = 0.66) เนื่องจากทางหน่วยงานมีการจัดระบบสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างคล่องตัว

3. ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น เมื่อพิจารณาระดับแรงจูงใจ พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.87 (S.D. = 0.50) ประกอบด้วย ปัจจัยจูงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.91 (S.D. = 0.52) และปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.83 (S.D. = 0.52) เมื่อพิจารณารายด้านปัจจัยจูงใจ พบว่า ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.15 (S.D. = 0.66) รองลงมาคือ ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.06 (S.D. = 0.56) ส่วนปัจจัยจูงใจด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ปัจจัยจูงใจความก้าวหน้าในตำแหน่งอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.55 (S.D. = 0.71) รองลงมาคือ ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถืออยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.87 (S.D. = 0.62) และเมื่อพิจารณารายด้านปัจจัยค้ำจุนพบว่า ปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.12 (S.D. = 0.63) รองลงมาคือ ปัจจัยค้ำจุนด้านสถานภาพของวิชาชีพอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.07 (S.D. = 0.68) ส่วนปัจจัยค้ำจุนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ปัจจัยค้ำจุนด้านเงินเดือน

และค่าตอบแทนอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.35 (S.D. = 0.74) รองลงมาคือ ปัจจัยค้ำจุนด้านชีวิตความเป็นอยู่ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.70 (S.D. = 0.63) เนื่องจากเป็นการกระตุ้นและผลักดันให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ระดับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น เมื่อพิจารณาระดับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.07 (S.D. = 0.55) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการประเมินปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.22 (S.D. = 0.64) รองลงมาคือ ด้านการสร้างความเข้าใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.11 (S.D. = 0.65) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านประเมินผลการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.00 (S.D. = 0.61) รองลงมาคือ ด้านการจัดทำแผนการดูแลส่วนบุคคลอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.01 (S.D. = 0.70) นอกจากนี้ยังมีการค้นหาผู้ต้องการความดูแล และประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายตามแผนการดูแลรายบุคคล การจัดลำดับความสำคัญของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามสภาพของปัญหาประชุมชี้แจงเพื่อสร้างความเข้าใจ และการจัดตารางการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ตามรางการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ข่ายตลอดจนภาคีเครือข่ายในชุมชนที่ร่วมจัดบริการช่วยเหลือ

5. ปัจจัยทางการบริหารและแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ปัจจัยทางการบริหาร พบว่า ภาพรวมปัจจัยทางการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.684, p-value < 0.001) ส่วนปัจจัยทางการบริหารรายด้านพบว่าทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านเวลา (r = 0.682, p-value < 0.001) ด้านการบริหารจัดการ (r = 0.617, p-value < 0.001) ด้านเทคโนโลยี (r = 0.511, p-value < 0.001) ด้านบุคคล (r = 0.505, p-value < 0.001) ด้านวัสดุอุปกรณ์ (r = 0.504, p-value < 0.001) และด้านงบประมาณ (r = 0.493, p-value < 0.001)

แรงจูงใจ พบว่า ภาพรวมของแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.767, p-value < 0.001) ส่วนปัจจัยจูงใจในภาพรวม พบว่า มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.731, p-value < 0.001) ส่วนรายด้าน พบว่าปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์สูงสุดคือ ความรับผิดชอบมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.715, p-value < 0.001) ซึ่งปัจจัยจูงใจรายด้าน พบด้านที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์สูงที่สุดคือ ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน (r = 0.686, p-value < 0.001) รองลงมาคือ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ (r = 0.615, p-value < 0.001) ปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์น้อยสุดคือ ความก้าวหน้าในตำแหน่ง (r = 0.380, p-value < 0.001) รองลงมาคือ การยอมรับนับถือ (r = 0.589, p-value < 0.001) และปัจจัยค้ำจุนในภาพรวม พบว่ามีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.732, p-value < 0.001) ส่วนรายด้าน พบด้านที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด

ขอนแก่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยค้ำจุนมีความสัมพันธ์สูงที่สุดคือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (r = 0.651, p-value < 0.001) รองลงมาคือ นโยบายและการบริหาร (r = 0.648, p-value < 0.001) ปัจจัยค้ำจุนมีความสัมพันธ์น้อยที่สุดคือ เงินเดือนและค่าตอบแทนมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ (r = 0.270, p-value < 0.001) ดังรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1 ปัจจัยทางการบริหารและแรงจูงใจที่มีวามสัมพันธ์คกับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยทางการบริหารและแรงจูงใจ	การปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว		
	(r)	p - value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยทางการบริหาร	**0.684*** **	**< 0.001**	**ปานกลาง**
1. ด้านบุคคล	0.505***	< 0.001	ปานกลาง
2. ด้านงบประมาณ	0.493***	< 0.001	ปานกลาง
3. ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.504***	< 0.001	ปานกลาง
4. ด้านการบริหารจัดการ	0.617***	< 0.001	ปานกลาง
5. ด้านเวลา	0.682***	< 0.001	ปานกลาง
6. ด้านเทคโนโลยี	0.511***	< 0.001	ปานกลาง
แรงจูงใจ	**0.767*** **	**< 0.001**	**สูง**
ปัจจัยจูงใจ	**0.731*** **	**< 0.001**	**สูง**
1. ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน	0.686***	< 0.001	ปานกลาง
2. การยอมรับนับถือ	0.589***	< 0.001	ปานกลาง
3. ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	0.615***	< 0.001	ปานกลาง
4. ความรับผิดชอบ	0.715***	< 0.001	สูง
5. ความก้าวหน้าในตำแหน่ง	0.380***	< 0.001	ปานกลาง
ปัจจัยค้ำจุน	**0.732*** **	**< 0.001**	สูง
1. นโยบายและการบริหาร	0.648***	< 0.001	ปานกลาง
2. สภาพการปฏิบัติงาน	0.625***	< 0.001	ปานกลาง
3. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.651***	< 0.001	ปานกลาง
4. ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	0.590***	< 0.001	ปานกลาง

ตาราง 1 ปัจจัยทางการบริหารและแรงจูงใจที่มีวามสัมพันธ์คกับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยทางการบริหารและแรงจูงใจ	การปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว		
	(r)	p - value	ระดับความสัมพันธ์
5. การปกครองบังคับบัญชา	0.572***	< 0.001	ปานกลาง
6. ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	0.580***	< 0.001	ปานกลาง
7. เงินเดือนและค่าตอบแทน	0.270***	< 0.001	ต่ำ
8. สถานภาพของวิชาชีพ	0.617***	< 0.001	ปานกลาง

*** ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.001

6. ปัจจัยทางการบริหารและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่นผลการวิเคราะห์ พบว่าตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ที่ถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับดังนี้ ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ (p-value<0.001) ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา (p-value=0.002) ปัจจัยค้ำจุนด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว(p-value<0.001) ปัจจัยค้ำจุนด้านสภาพการปฏิบัติงาน (p-value=0.007) ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง(p-value=0.001)และปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน (p-value=0.006) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัวแปร สามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 67.8 ดังรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	B	Beta	T	p-value	R	R^2	R^2change
1.ด้านความรับผิดชอบ	0.312	0.321	5.098	< 0.001	0.715	0.511	-
2.ด้านเวลา	0.176	0.207	3.200	0.002	0.771	0.594	0.083
3.ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	0.210	0.240	4.263	< 0.001	0.797	0.636	0.042
4.ด้านสภาพการปฏิบัติงาน	0.128	0.168	2.732	0.007	0.806	0.649	0.013
5.ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง	-0.147	-0.189	-3.352	0.001	0.815	0.664	0.014
6.ด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน	0.181	0.196	2.802	0.006	0.823	0.678	0.014

ค่าคงที่ 0.684, F = 62.398, p-value < 0.001, R = 0.823, R^2 = 0.678, R^2adj = 0.667

สรุปและอภิปรายผล

1. ภาพรวมปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.684, p-value < 0.001) ปัจจัยการบริหารหรือทรัพยากรทางการบริหาร มีความสำคัญต่อการบริหารงานเป็นอย่างมาก ทั้งการบริหารด้านสุขภาพหรือบริการประเภทอื่นๆก็ตาม การที่จะงานได้นำมาซึ่งประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการบริหารขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ และคุณภาพของปัจจัยการบริหาร ประกอบด้วย ด้านบุคคล ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านการบริหารจัดการ ด้านเวลาและด้านเทคโนโลยี หรือจะเรียกย่อว่า 4M's+2T ปัจจัยเหล่านี้ได้ผสมผสานกันอย่างลงตัวและเหมาะสม(ประจักร บัวผัน, 2558) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องในระดับเดียวกันกับงานวิจัยที่มีผู้เคยศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล [10),(11),(20)] เมื่อเวลาเปลี่ยนแปลงไปหรือพื้นที่แตกต่างกันออกไป ปัจจัยเหล่านี้ก็อาจส่งผลต่อการปฏิบัติงานให้แตกต่างกันออกไปด้วยเช่นกัน ดังผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าสอดคล้องในระดับที่แตกต่างกันกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้ว่า ปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล [21),(22),(23)]

2. ภาพรวมของแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.767, p-value < 0.001) แรงจูงใจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจที่จะปฏิบัติงาน และตอบสนองความต้องการของบุคลากรในหน่วยงาน โดยการกระตุ้นพลังที่มีภายในตัวของแต่ละบุคคลทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา เพื่อให้บรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพ [12)] ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องในระดับเดียวกันกับงานวิจัยที่มีผู้เคยศึกษาไว้แล้ว พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับปฏิบัติงานของของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล [7),(24),(13)] ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่แตกต่างกันกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล [15),(8)]

3. จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยทางการบริหารและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการดังนี้ ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ (p-value<0.001) ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา (p-value=0.002) ปัจจัยค้ำจุนด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว(p-value<0.001) ปัจจัยค้ำจุนด้านสภาพการปฏิบัติงาน (p-value=0.007) ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง (p-

value=0.001) และปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน (p-value=0.006) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัวแปร สามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 67.8

ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรให้ความสำคัญด้านความรับผิดชอบโดยการจัดลำดับขั้นตอนการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อให้ปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวประสบผลสำเร็จและสอดคล้องตามบริบทของพื้นที่ ให้ความสำคัญด้านเวลา โดยการดำเนินกิจกรรมตามเวลาที่วางแผนไว้ เพื่อความสะดวกในการจัดการและการประสานงาน ให้ความสำคัญกับชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว โดยส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีให้กับสมาชิกในครอบครัวของบุคลากรในสังกัด เพื่อสร้างความเข้าใจและลดปัญหาในครอบครัว และส่งเสริมและสนับสนุนสภาพการปฏิบัติงาน โดยการสนับสนุนเครื่องมือ เครื่องใช้วัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานเพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างราบรื่น

2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. ควรศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ชนะพล ศรีฤาชา อาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ, อาจารย์ ดร. สุรชัย พิมหา และนายยุทธพงษ์ เรืองวิเศษ ที่กรุณาให้คำปรึกษา และส่วนร่วมในการทำให้การวิจัยในครั้งนี้ประสบผลสำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564.** กรุงเทพฯ. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. **รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2553.** กรุงเทพฯ. ทีคิวพี, 2555.
3. สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ: นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2560.** นนทบุรี. กระทรวงสาธารณสุข, 2560.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. **คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่.** กรุงเทพฯ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559.
5. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care manager กระทรวงสาธารณสุข.** กรุงเทพฯ. ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, 2558.
6. ประภัสสร ชาลีคาร และประจักร บัวผัน. แรงจูงใจที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 11**(1): 259-267, 2561.
7. กิตติมา สร่างโศก และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 11**(2): 123-133, 2561.
8. สร้อยทอง กันงา และชนะพล ศรีฤาชา. คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 11**(2): 58-68, 2561.
9. ประจักร บัวผัน. **หลักการบริหารสาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2558.

10. พีรภัทร ไตรคุ้มดัน และประจักร บัวผัน. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการใช้โปรแกรมระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (HOSxP_PCU) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 25**(2): 90-102, 2561.

11. ศิริกุล ธนูชาญ และประจักร บัวผัน. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัยมข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 18**(1): 37-48, 2561.

12. Herzberg, F, Mausner, B, Snyderman, B.B. **The motivation to work.** New York: Transaction Publishers, 2010.

13. พยุดา ชาเวียง และประจักร บัวผัน. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 17**(1): 56-68, 2560.

14. สุมาลี ลารังสิต และประจักร บัวผัน. การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 14**(3): 67–80, 2557.

15. นครินทร์ ประสิทธิ์ และประจักร บัวผัน. แรงจูงใจและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครราชสีมา. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 18**(2): 65-77, 2561.

16. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. **สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่สำคัญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปี 2561.** ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2561. เอกสารอัดสำเนา

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

18. สำเริง จันทรสุวรรณ และสุวรรณ บัวทวน. **ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์.** ขอนแก่น:ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2547.

19. กุลจิรา แซมสีม่วง และชนะพล ศรีฤาชา. บรรยากาศองค์การและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดเพชรบูรณ์. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 11**(2): 487-495, 2561.

20. ศศิธร เฟ้าทรัพย์ และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. **วารสารทันตาภิบาล. 28**(1): 23-34, 2560.

21. ทิพรฎาร์ คุยแก้วพะเนาว์ และชนะพล ศรีฤาชา. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 11(4), 2561.**

22. ปรารถนา เรืองรัตน์ และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 11**(2): 110-122, 2561.

23. สุวิชัย ถามูลเลศ และประจักร บัวผัน. ศึกษาปัจจัยบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 25** (1): 23-34, 2561.

24. สิริสา เทียมทัน และประจักร บัวผัน. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 18**(1): 49-61, 2561.

คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

PERSONAL CHARACTERISTICS AND ADMINISTRATIVE FACTORS FFECTING THE ELDERLY CARE OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN MUEANG DISTRICT SAKON NAKHON PROVINCE

ไอลดา ภารประดิษฐ์[1] , ประจักร บัวผัน[2]

Ilada Panpradit[1] , Prachak Bouphan[2]

(Received: April 15 ,2019 ; Accepted: May 17 ,2019)

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ประชากรที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร จำนวน 3,347 คน สุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 186คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณจำนวน 12 คน ซึ่งแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3ท่าน ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.95 ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 12 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ในการหาค่าสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด สถิติเชิงอนุมานใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่าภาพรวมระดับปัจจัยทางการบริหารและระดับการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.36 (S.D.= 0.37) และ 2.43 (S.D.= 0.35) ตามลำดับ โดยพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านการได้รับการอบรม (เคย) มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร (r = 0.272, p-value <0.001) และภาพรวมของปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร (r = 0.643, p-value <0.001) และตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัว ได้แก่ ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา ด้านบุคลากร ด้านเทคโนโลยี ด้านการบริหารจัดการ มีผลและสามารถร่วมกันพยากรณ์การดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ได้ร้อยละ 43.5 (R^2 = 0.435, p-value <0.001)

คำสำคัญ: การดูแลผู้สูงอายุ, อาสาสมัครสาธารณสุข

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aimed to study personal characteristics and administrative factors affecting the elderly care of village health volunteers in Mueang district Sakon Nakhon Province, Thailand. 186 personnel were randomly selected as samples by stratified random sampling techniques, out of a populations of 3,347 village health volunteers. This study collected both quantitative and qualitative data. The focus group guidelines was used to collect the quality data from 12 people's key informants, who provided intensive information on the topics. The content of the questionnaire was experts and verified by the three experts for content validity and Item Objective Congruence (IOC) all items more than 0.50 and tested for reliability in pilot study Cronbach's Alpha Coefficient was at 0.95. Data collected between 11th February to 31th March, 2019. The data distribution was performed by descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, median, minimum and maximum. The inferential statistics were Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and Stepwise multiple linear regression. The level of statistical significance was set at 0.05.

The results showed that level of administrative factors and elderly care are high level 2.36 (S.D.=0.37) and 2.43 (S.D.=0.35), respectively. The overall training of personal characteristics had low relationship with the elderly care of village health volunteers in Mueang district Sakon Nakhon province (r = 0.272, p-value <0.001). While the administrative factors had moderate relationship with the elderly care of village health volunteers in Mueang district Sakon Nakhon province

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] รองศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

(r = 0.643, p-value <0.001). There were four factors of administrative including time, man, technology and management. These four factors could predict the elderly care of village health volunteers in Mueang district Sakon Nakhon province at 43.5% (R^2 = 0.435, p-value <0.001)

Keywords: Elderly care, Village health volunteers

บทนำ

องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับประชากรทั่วโลกว่าปี พ.ศ. 2544-2643 จะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยจะมีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวม การกระจายตัวของประชากรโลก ซึ่งส่งผลต่อความต้องการ การบริการด้านสุขภาพ การพัฒนาบริการทางการแพทย์ การดูแลผู้สูงอายุ เพื่อรับรองความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญ (United Nations, 2017) จากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย จากการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์รวมและอายุของคนไทยที่ยืนยาวขึ้น ทำให้ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aging Societies) จากการศึกษาภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย พ.ศ. 2556 ดังนั้นจึงมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ มีการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพโดยการพัฒนาศักยภาพคนไทยในด้านสุขภาพทุกกลุ่มวัย (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนผู้ดูแลเบื้องต้นคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีมาประมาณ 30 ปี ปัจจุบันมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในประเทศไทยมีทั้งหมดจำนวน 1,033,522 คน ส่วนใหญ่ทำงานประมาณ 20-40 ปี มีร้อยละ 60.7 โดยเฉลี่ยมีอายุประมาณ 45-70 ปี (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) โดยบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ด้าน 1) การเสริมสร้างจิตสำนึกให้ครอบครัว ชุมชน 2) การสำรวจผู้สูงอายุในชุมชน 3) การเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุ 4)การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ5) การบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงานและวางแผนแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุในชุมชน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556)) เพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี และอยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างอบอุ่น จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับมาก (วราภรณ์ นันทวงศ์ และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์, 2561; ศุลีมาศ ราชประโคน และชัญญา อภิปาลกุล, 2557; พรเจริญ บัวพุ่ม, สมทรง มณีรอด และเพ็ญศรี รอดพรม, 2557)

ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คุณลักษณะส่วนบุคคลก็ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้การปฏิบัติงานหรือผลงานแตกต่างกัน ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ 6) รายได้ และ7) การได้รับการอบรม (Schermerhorn, Hunt & Osborn, 2003) จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อายุมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ภคอร โจทย์กิ่ง และประจักร บัวผัน, 2560; กฤช ตะภา และประจักร บัวผัน, 2553) และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (วรวรรณ บุญมี และชนะพล ศรีฤาชา, 2555) ดังนั้นคุณลักษณะส่วนบุคคลจึงถือว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

นอกจากคุณลักษณะส่วนบุคคลแล้วปัจจัยทางการบริหารก็ถือเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่อย่างไรก็ตาม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก็ยังมีขีดจำกัดในการทำงาน เช่น ภาระหน้าที่ในการดูแลครอบครัวตนเองหรือการประกอบอาชีพ เป็นต้น ต้องอาศัยการปัจจัยทางการบริหาร ประกอบด้วย 1) ด้านบุคลากร 2) ด้านงบประมาณ 3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ 4) ด้านการบริหารจัดการ 5) ด้านเวลา และ6) ด้านเทคโนโลยี (ประจักร บัวผัน, 2554) จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (วิลาสินี พิทักษ์และชัญญา อภิปาลกุล, 2556) ปัจจัยทางการ

บริหารมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับปานกลาง (บัญชา ณ พัทลุง และชัญญา อภิปาลกุล, 2561; ปุณณภา วงษาธรรม และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์, 2559) จะเห็นได้ว่าปัจจัยทางการบริหารมีความสำคัญต่อการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ประสบผลสำเร็จ

อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร 3,347 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 21,271 คน ซึ่งในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการคัดกรองภาวะสุขภาพและประเมินสุขภาพจำนวน 5,583 คน ร้อยละ 24.8 ในแต่ละตำบลมีระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนร้อยละ 56.2 ผู้ป่วยติดเตียงได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านร้อยละ 93.1 โดยทำเป็นประจำและต่อเนื่อง พบว่าในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังมีขีดจำกัดในการทำงาน ในการสำรวจผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าผู้สูงอายุบางรายยังไม่ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพและการประเมินสุขภาพตามเกณฑ์ การรายงานข้อมูลผู้สูงอายุยังไม่สมบูรณ์ การบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงานและการวางแผนแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุในชุมชน และการรายงานข้อมูลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่สมบูรณ์ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร, 2561)

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร เพื่อที่จะนำผลที่ศึกษาไปใช้ในการดำเนินงาน วางแผนงานในการดูแลผู้สูงอายุ และเป็นขวัญกำลังใจต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) โดยมีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร จำนวน 3,347 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร, 2561)

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมุติฐานของ Cohen (1988) ขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร จำนวน 186 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม (Questionnaire) เกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยทางการบริหาร และการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

2. แนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูล แนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลจากงานวิจัยเชิงปริมาณที่พบปัญหาอุปสรรค โดยนำประเด็นปัญหาต่างๆมาใช้ในการสนทนากลุ่มเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหานั้นๆ

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อ วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2562 เลขที่ HE612356

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนครพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 80.6 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง

51-60 ปี จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 45.7 โดยมีอายุเฉลี่ย 50.53 ปี (S.D.= 7.83 ปี) อายุต่ำสุด 30 ปี อายุสูงสุด 69 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (คู่) จำนวน 146 คน คิดเป็นร้อยละ 78.5 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 50.6 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 65.6 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 3001 บาท จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 31.7 โดยมีรายได้เฉลี่ย 5,265.38 บาท ปี (S.D.= 2,318.93 บาท) รายได้ต่ำสุด 2,000 บาท รายได้สูงสุด 9,800 บาทและได้รับการอบรมดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 65.1 โดยส่วนใหญ่ได้รับการอบรมดูแลผู้สูงอายุ 1-2 ครั้ง จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 54.3 ได้รับการอบรมต่ำสุด 1 ครั้ง ได้รับการอบรมสูงสุดุ 6 ครั้ง มีค่ามัธยฐาน = 1 ครั้ง

2. ระดับปัจจัยทางการบริหารของการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร จากการวิเคราะห์รายด้านพบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับปัจจัยทางการบริหารอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 2.36 (S.D.= 0.37) หากพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านบุคลากรอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.47 (S.D.= 0.43) รองลงมา คือ ด้านการบริหารจัดการอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกัน โดยมีค่าเฉลี่ย 2.45 (S.D.= 0.46) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านงบประมาณ รองลงมาคือ ด้านเทคโนโลยี ซึ่งทั้งสองข้ออยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกันโดยมีค่าเฉลี่ย 2.18 (S.D.= 0.53) และ 2.04 (S.D.= 0.57)

3. ระดับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร จากการวิเคราะห์รายด้านพบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.43 (S.D.= 0.35) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การเสริมสร้างจิตสำนึกให้ครอบครัว ชุมชนอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.52 (S.D.= 0.44) รองลงมาคือ การสำรวจผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.52 (S.D.= 0.40)รองลงมาคือ การบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงานและการวางแผนแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุในชุมชนซึ่งอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 2.41 (S.D.= 0.48) และค่าเฉลี่ยที่น้อยที่สุด คือ การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รองลงมาคือ การเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกัน มีค่าเฉลี่ย 2.38 (S.D.= 0.41)และ 2.34 (S.D.= 0.45)

4. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ส่วนการได้รับการฝึกอบรม (เคย) และจำนวนการได้รับการฝึกอบรม มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.272, p-value <0.001) และ (r = 0.295, p-value <0.001) ภาพรวมของปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.643, p-value <0.001) และเมื่อพิจารณารายด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านเวลา ด้านการบริหารจัดการ ด้านเทคโนโลยี ด้านบุคลากร ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านงบประมาณ (r = 0.587, p-value <0.001); (r = 0.551, p-value <0.001); (r = 0.539, p-value <0.001); (r = 0.533, p-value <0.001); (r = 0.484, p-value <0.001) และ(r = 0. 456, p-value <0.001) ตามลำดับ

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างค่าตัวแปรอิสระกับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

คุณลักษณะส่วนบุคคล และ ปัจจัยทางการบริหาร	การดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		
	(r)	p - value	ระดับความสัมพันธ์
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
1. เพศ (หญิง)	0.025	0.738	ไม่มีความสัมพันธ์
2. อายุ	0.086	0.241	ไม่มีความสัมพันธ์
3. สถานภาพสมรส (คู่)	0.087	0.240	ไม่มีความสัมพันธ์

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างค่าตัวแปรอิสระกับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหาร	การดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		
	(r)	p - value	ระดับความสัมพันธ์
4. การศึกษา (ประถมศึกษา)	0.074	0.318	ไม่มีความสัมพันธ์
5. อาชีพ (เกษตรกรรม)	0.052	0.480	ไม่มีความสัมพันธ์
6. รายได้	0.027	0.718	ไม่มีความสัมพันธ์
7. การได้รับการอบรม (เคย)	0.272***	<0.001	ต่ำ
8. จำนวนการได้รับการอบรม	0.295***	<0.001	ต่ำ
ปัจจัยทางการบริหาร	**0.643*** **	**<0.001**	**ปานกลาง**
1. ด้านบุคลากร	0.533***	<0.001	ปานกลาง
2. ด้านงบประมาณ	0.456***	<0.001	ปานกลาง
3. ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.484***	<0.001	ปานกลาง
4. ด้านการบริหารจัดการ	0.551***	<0.001	ปานกลาง
5.ด้านเวลา	0.587***	<0.001	ปานกลาง
6.ด้านเทคโนโลยี	0.539***	<0.001	ปานกลาง

*** ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.001

5. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนครและถูกคัดเลือกเข้ามาในสมการนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรที่ไม่ถูกคัดเลือกเข้าในสมการจะเป็นตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 ซึ่งตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้ามาในสมการโดยเรียงลำดับ คือ ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา (p-value < 0.001) ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร (p-value < 0.001) ปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยี (p-value = 0.011) ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ (p-value = 0.033) ดังนั้น จึงสามารถสรุปผลการวิจัยได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัว มีผลและสามารถร่วมกันพยากรณ์การดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนครได้ร้อยละ 43.5

โดยสามารถนำมากำหนดสมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการที่ใช้พยากรณ์การดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

Y = 1.108 + (0.160) (ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา) + (0.170) (ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร) + (0.105) (ปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยี) + (0.134) (ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ)

สรุปได้ว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ได้แก่ ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร ปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยี และปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ ตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปรสามารถพยากรณ์การดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนครได้ร้อยละ 43.5 ดังรายละเอียดตาราง 2

ตาราง 2 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

ตัวแปร	B	Beta	T	p-value	R	R^2	R^2 adj	R^2 change
1.ด้านเวลา	0.160	0.229	2.578	<0.001	0.587	0.344	0.340	-
2.ด้านบุคลากร	0.170	0.210	2.895	<0.001	0.632	0.400	0.393	0.056
3.ด้านเทคโนโลยี	0.105	0.172	2.818	0.011	0.649	0.421	0.411	0.021
4.ด้านการบริหารจัดการ	0.134	0.175	2.154	0.033	0.660	0.435	0.423	0.014
ค่าคงที่ 1.108 , F = 34.883 , p – value < 0.001 , R = 0.660, R^2 = 0.435, R^2 Adjusted = 0.423								

สรุปและอภิปรายผล

1.ระดับปัจจัยทางการบริหารในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนครจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับปัจจัยทางการบริหารอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.36 (S.D.= 0.37) ในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงสุดนั้นจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยทางการบริหารทั้งด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านการบริหารจัดการ ด้านเวลาและด้านเทคโนโลยี เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครประสบความสำเร็จ ดังที่มุ่งหมายไว้ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้พบว่า ปัจจัยทางการบริหารในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.49 (S.D. = 0.55), 2.36 (S.D. = 0.22), 2.40 (S.D. = 0.33), 2.42 (S.D. = 0.23), 2.36 (S.D. = 0.53), 2.42 (S.D. = 0.35), 2.43 (S.D. = 0.34), 2.64 (S.D. = 0.57) (มนฤดี อุดมดัน, ประจักร บัวผัน และมกราพันธุ์ จูฑะรสก, 2561; บัญชา ณ พัทลุง และชัญญา อภิปาลกุล, 2561; นิศมา ภูมิชิต และประจักร บัวผัน, 2561; อันธิกา วาปีทะ และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์, 2561; ปัญญา สุจริต และประจักร บัวผัน, 2560; วราภรณ์ นันทวงศ์ และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์, 2560; ประสงค์ ชัยชนะ และประจักร บัวผัน, 2556; วิลาสินี พิทักษ์ และชัญญา อภิปาลกุล, 2556) ถ้าหากว่าการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขได้รับปัจจัยทางการบริหารที่ไม่เพียงพอ อาจส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่องค์การตั้งไว้ เนื่องจากการได้รับปัจจัยทางด้านการบริหารในแต่ละบริบทของพื้นที่มีความแตกต่างกัน จึงทำให้ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยทางการบริหารในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 1.96 (S.D. = 0.66), 2.12 (S.D. = 0.56) (ปุณณภา วงษาธรรม และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์, 2559; อรุณรัตน์ โทวรรณา และชัญญา อภิปาลกุล, 2556) เมื่อพิจารณาผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าระดับปัจจัยทางการบริหารในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร อยู่ในระดับมาก จึงสะท้อนให้เห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุข นั้นมีปัจจัยทางการบริหารในการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมจึงส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุเกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพต่อผู้สูงอายุในพื้นที่มากยิ่งขึ้น

2.ระดับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนครอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.43 (S.D.= 0.35) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้พบว่า ระดับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนครอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.41 (S.D. = 0.23), 2.46 (S.D. = 0.33), 2.51 (S.D. = 0.35), 2.54 (S.D. = 1.07), 2.68 (S.D. = 0.72), 2.40 (S.D. = 0.37) (บัญชา ณ พัทลุง และชัญญา อภิปาลกุล, 2561; อันธิกา วาปีทะและสุวิทย์ อุดมพาณิชย์ 2561; วราภรณ์ นันทวงศ์ และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์, 2560; ศุลีมาศ ราชประโคน และชัญญา อภิปาลกุล , 2557; พรเจริญ บัวพุ่ม, สมทรง มณีรอด และเพ็ญศรี รอดพรม, 2557; เตือนใจ ปาประโคน และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี, 2556;) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ระดับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.15 (S.D. = 0.96), 2.21 (S.D. = 0.71), 2.30 (S.D. = 0.53) (กฤษณา หงส์ทอง และคณะ, 2561; ปุณณภา วงษาธรรม และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์, 2559; สุมาลี เอี่ยมสมัย และคณะ, 2555)

3. คุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร พบว่า เพศ อายุ สถาภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร และการได้รับการอบรมมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

4. ปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการทบทวนเอกสารทฤษฎีเกี่ยวกับแนวคิดปัจจัยทางการบริหารพบว่า ปัจจัยทางการบริหารถือเป็นปัจจัยที่สำคัญและจำเป็นต่อการบริหาร เนื่องจากในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะบรรลุความสำเร็จได้นั้นต้องอาศัยปัจจัยทางการบริหารสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้บรรลุความสำเร็จ (ประจักร บัวผัน, 2554) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องในระดับเดียวกันกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้พบว่า ปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($r = 0.696$, p-value <0.001); ($r=0.580$, p-value <0.001); ($r = 0.637$, p-value < 0.001); ($r = 0.565$, p-value <0.001); ($r = 0.397$, p-value <0.001); ($r = 0.650$, p-value <0.001) (นิศมา ภูมิชิตและประจักร บัวผัน, 2561; อันธิกา วาปีทะและสุวิทย์ อุดมพาณิชย์, 2561; ปัญญา สุจริต และประจักร บัวผัน, 2560; วราภรณ์ นันทวงศ์ และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์, 2560; ปุณณภา วงษาธรรม และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์, 2559; อรุณรัตน์ โทวรรณา และชัญญา อภิปาลกุล, 2556) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่แตกต่างกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($r = 0.855$,p-value <0.001); $r = 0.775$,p-value <0.001); ($r = 0.867$, p-value <0.001) (มนฤดี อุดมดัน, ประจักร บัวผัน และมกราพันธุ์ จูฑะรสก, 2561; ประสงค์ ชัยชนะ และประจักร บัวผัน, 2556; วิลาสินี พิทักษ์ และชัญญา อภิปาลกุล, 2556)

5. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการเรียงลำดับ ได้แก่ ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา (p-value < 0.001) ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร (p-value < 0.001) ปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยี (p-value < 0.001) ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ (p-value < 0.001) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ปุณณภา วงษาธรรม และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์, 2559; อ้อนจันทร์ คงศิลป์ และประจักร บัวผัน, 2558; กัลยาพร ภูจิตทอง และประจักร บัวผัน, 2556; วิลาสินี พิทักษ์ และชัญญา อภิปาลกุล, 2556) การวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากรมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (มนฤดี อุดมดัน, ประจักร บัวผัน และมกราพันธุ์ จูฑะรสก, 2561; อเนก นนทะมาตย์ และชนะพล ศรีฤาชา, 2558; วรวรรณ บุญมี และชนะพล ศรีฤาชา, 2555) การวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยีมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (มนฤดี อุดมดัน, ประจักร บัวผัน และมกราพันธุ์ จูฑะรสก, 2561; ปัญญา สุจริต และประจักร บัวผัน, 2560; กัลยาพร ภูจิตทอง และประจักร บัวผัน, 2556) การวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(มนฤดี อุดมดัน, ประจักร บัวผัน และมกราพันธุ์ จูฑะรสก, 2561; ปัญญา สุจริต และ ประจักร บัวผัน, 2560; ชวัลลักษณ์ คลังกลาง และประจักร บัวผัน, 2560; อเนก นนทะมาตย์ และชนะพล ศรีฤาชา, 2558; นพพล สีหะวงษ์ และชัญญา อภิปาลกุล, 2557; ประสงค์ ชัยชนะ และ ประจักร บัวผัน, 2556) จากการศึกษาพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัว สามารถพยากรณ์การดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนครได้ร้อยละ 43.5

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสกลนคร ควรเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีส่วนร่วมในการกำหนดตารางการปฏิบัติงานในชุมชน เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และสามารถปฏิบัติงานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และควรมีการมอบหมายงานการดูแลผู้สูงอายุให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบให้ชัดเจน เพื่อส่งเสริมให้การดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนในจังหวัดสกลนคร ควรมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด และ ควรมีส่วนร่วมในการควบคุมกำกับประเมินผลและกำหนดแนวทางการแก้ไขในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกัน

3. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารเวลาในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมอบหมายงานในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ด ร .ประจักร บัวผัน ซึ่งเป็น ดร.สุทิน ชนะบุญ คุณธาดา ศูนย์จันทร์และคุณสิริกัญญา วงศ์กาฬสินธุ์ที่ได้กรุณาให้คำชี้แนะ ทำให้การทำการศึกษาวิจัยฉบับนี้ให้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **บทบาท อสม.กับการดูแลผู้สูงอายุ.** พิมพ์ครั้งที่ 5. กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี, 2556

2.กฤช ตะภา และประจักร บัวผัน. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองน้ำใส อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา).** 10(4) : 55-64, 2553.

3.กฤษณา หงส์ทอง และคณะ. **การศึกษาความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตจังหวัดเพชรบุรี**. พยาบาลศาตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 2561.

4.กัลยาพร ภูจิตทอง และประจักร บัวผัน. การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.** 6(1) : 85-95, 2556.

5.ชวัลลักษณ์ คลังกลาง และประจักรบัวผัน. การปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.** 11(2) : 533-539, 2560.

6.เตือนใจ ปาประโคน และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์. **วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.** 6(3) : 31-38, 2556.

7.นพพล สีหะวงษ์ และชัญญา อภิปาลกุล. ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดเพชรบูรณ์. **การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติประจำปี 2557.** 13-21, 2557.

8.นิศมา ภูมิชิต. **คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2561.

9.บัญชา ณ พัทลุง และชัญญา อภิปาลกุล. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ,** 11(1) : 287-296, 2561.

10.ประจักร บัวผัน. **หลักการบริหารสาธารณสุข.** พิมพ์ครั้งที่ 3. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น, 2554.

11.ประสงค์ ชัยชนะ และประจักร บัวผัน. การสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น.** 20(1) : 42-51, 2556.

12.ปัญญา สุจริต และประจักร บัวผัน. การดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.** 10(1) : 117-126, 2560.

13.ปุณณภา วงษาธรรม และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์. ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.** 9(2) : 248-255, 2559.

14.พรเจริญ บัวพุ่ม และคณะ. การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. **วารสารวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.** 7(3) : 60-67, 2557.

15.ภคอร โจทย์กิ่ง และประจักร บัวผัน. การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยมเทศบาลนครขอนแก่น. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น.** 24(2) : 29-37, 2560.

16.วรวรรณ บุญมี และชนะพล ศรีฤาชา. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.** 6(2) : 11-20, 2555.

17.วราภรณ์ นันทวงศ์ และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์. การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.** 11(1) : 395-402, 2560.

18.วิลาสินี พิทักษ์ และชัญญา อภิปาลกุล. ปัจจัยทางการบริการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น. **วารสารสุขภาพภาคประชาชน ภาคอีสาน.** 27(4) : 58-65, 2556.

19.ศุลีมาศ ราชประโคน และชัญญา อภิปาลกุล. ปัจจัยจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์. **การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2557.** 35-39, 2557.

20.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12.** กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี, 2559.

21.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. **สรุปการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข.** สำนักงาน สกลนคร, 2561.

22.สุมาลี เอี่ยมสมัย, รัตนา เหมือนสิทธิ์ และจรูญศรี ทองมาก. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุกร่าง อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.** 22(3) : 77-87, 2555.

23.อเนก นนทะมาตย์ และชนะพล ศรีฤาชา. ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.** 7(3) : 146-155, 2558.

24.อรุณรัตน์ โทวรรณา และชัญญา อภิปาลกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการบริหารกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(ผงพิเศษตราร่มชูชีพ)บ้านร่องคำ ตำบลป่าสังข์ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.** 7(2) : 166-173, 2556.

25.อ้อนจันทร์ คงศิลป์ และประจักร บัวผัน. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภู. **วารสารบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์.** 10(1) : 125-141, 2558

26.อันธิกา วาปีทะ และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์. **การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบึงเกลือ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2561.

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

28.Schermerhorn, R., Hunt, G. & Osborn, N. **Organizational behavior.** Wiley New York, 2003.

29.United Nations. **World Population Ageing 2017.** New United Nations York, 2017.

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดการมูลฝอยชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพในพื้นที่ที่มีการขยายชุนชนอย่างรวดเร็ว: กรณีศึกษาชุมชนข้างเคียงมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Recommendations to Effective Municipal Solid Waste Management Policy for a Rapidly Urbanizing Area: A Case Study in Neighboring Area of Mahasarakham University

ณัชชลิดา ยุคะลัง[1], จารุวรรณ วิโรจน์, กู้เกียรติ ทุดปอ, นิรุวรรณ เทิร์นโบล์

Nachalida Yukalang[1], Jaruwan Viroj, Kukiat Tudpor, Niruwan Turbull

(Received: June 6 ,2019 ; Accepted: July 4 ,2019)

บทคัดย่อ

มูลฝอยชุมชนก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา โดยปกติการจัดการมูลฝอยเป็นหน้าที่ของการปกครองส่วนท้องถิ่นในทุกระดับที่ต้องดำเนินการ เช่นเดียวกับเทศบาลตำบลท่าขอนยางที่ต้องดูแลการจัดการมูลฝอยในพื้นที่ตำบลท่าขอนยาง ซึ่งเป็นพื้นที่กรณีศึกษา ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดมหาสารคาม เป็นพื้นที่ที่ประสบปัญหาการเพิ่มขึ้นของมูลฝอย สืบเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรและกิจการค้าต่างๆ เพื่อค้นหาทางเลือกและรูปแบบการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมโดยพิจารณาจากแนวคิดและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการจัดการมูลฝอย ด้วยข้อจำกัดของงบประมาณและสมรรถนะของเทศบาล แผนปฏิบัติการจึงควรมุ่งเน้นที่การจัดการมูลฝอยที่แหล่งกำเนิดมูลฝอย แทนการเก็บรวบรวมและขนไปกำจัดยังสถานที่กำจัดมูลฝอย ดังนั้น ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการปรับปรุงระบบ จึงต้องคำนึงถึงระบบการปฏิบัติการที่เหมาะสมสำหรับผู้ก่อมูลฝอยแต่ละกลุ่ม พัฒนาแผนปฏิบัติการทั้งระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาว จัดตั้งทีมการจัดการมูลฝอยพร้อมให้การศึกษา สร้างระบบการติดตามตรวจสอบ ระบบการจัดเก็บค่าธรรมเนียมการเก็บมูลฝอย และสร้างความตระหนักในการจัดการมูลฝอยจากแหล่งกำเนิดที่ถูกต้องให้กับประชาชน

คำสำคัญ: นโยบาย, การจัดการมูลฝอยชุมชน, ข้อเสนอแนะ, การขยายตัวของชุมชน

Abstract

Municipal solid waste management is a big environmental and health challenge for local governments around the world, especially in the developing countries. Normally, every local government takes responsibility to management waste as Tha Khon Yang (TKY) Sub-district Municipality (TKYSM) needs to respond to MSWM in Tha Khon Yang- the case study area in Maha Sarakham Province in Thailand. TKY is facing the huge waste generated problems due to rapid growth of a temporary population and increasing commercial activity. To determine appropriate changes, a variety of perspectives from stakeholders around waste management are needed. With limitations of budget and capacity of the TKYSM, the implementation plan should be focused on managing waste at sources, instead of prioritizing waste collection and transport waste to landfill. The recommendations for improving MSWM include developing an the operational MSWM system that appropriate for each group of waste producers, developing both short and long implementation plans, establishing and educating a waste management team and a system for monitoring and paying waste system fees, raising awareness of residents to encourage people to manage waste properly at the source.

Keywords: Policy, municipal solid waste management, recommendations, urbanizing area

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทนำ

มูลฝอย หมายถึง เศษกระดาษ เศษผ้า เศษอาหาร เศษสินค้า เศษวัสดุ ถุงพลาสติก ภาชนะที่ใส่อาหาร เถ้า มูลสัตว์ ซากสัตว์ หรือสิ่งอื่นใดที่เก็บกวาดจากถนน ตลาด ที่เลี้ยงสัตว์ หรือที่อื่น และหมายความรวมถึงมูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน [7],[8] ปริมาณของมูลฝอยมีอัตราการเพิ่มสูงอย่างรวดเร็วตามอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากร การขยายตัวทางเศรษฐกิจ และชุมชนเมือง[12],[10] ด้วยพฤติกรรมการบริโภคของประชากรที่เพิ่มขึ้น รวมถึงการเพิ่มขึ้นของการใช้และบริโภคบรรจุภัณฑ์ต่างๆ[2] การจัดการมูลฝอยชุมชนที่ไม่เหมาะสมและไม่ถูกสุขลักษณะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ทั้งปัญหาทัศนียภาพ มลพิษทางน้ำ มลพิษทางอากาศ ปัญหาภาวะโลกร้อน แหล่งเพาะพันธุ์สัตว์นำโรคต่างๆ และยังอาจก่อให้เกิดสุขภาพอนามัยของประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีการจัดการมูลฝอยที่ไม่ถูกต้อง[2],[14] และประชาชนที่อาศัยอยู่โดยรอบสถานที่กำจัดมูลฝอย รวมถึงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอย และอาจนำไปสู่การต่อต้านจากชุมชนและสร้างปัญหาให้กับท้องถิ่นและผู้บริหารท้องถิ่น ในทุกระดับ ทั้งระดับท้องถิ่น และเป็นปัญหาระดับโลกในที่สุด ในแต่ละปี มีขยะมูลฝอยชุมชนเกิดขึ้นปีละมากกว่า 2.1 พันล้านตัน และคาดว่าปริมาณมูลฝอยชุมชุมทั่วโลกจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่า เป็น 2.6 พันล้านตัน ในปี 2568 ในประเทศที่เจริญแล้วการจัดการมูลฝอยมีประสิทธิภาพและมีการใช้เทคโนโลยีและวิธีการที่ซับซ้อน แต่เมื่อเทคนิคเหล่านี้ถูกนำมาใช้ในการจัดการมูลฝอยในประเทศที่กำลังพัฒนากลับพบว่าไม่สามารถนำมาใช้ได้ในประเทศ

จากรายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2561 พบว่าปริมาณมูลฝอยรวมทั้งประเทศ เป็น 27.8 ล้านตัน ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.64 จากปี 2560 [1] จากมูลฝอยทั้งหมดนี้พบว่าเป็นมูลฝอยที่ถูกนำไปรีไซเคิลเพียงแค่ 1 ส่วน 4 ถูกนำไปกำจัด ปัญหามูลฝอยเป็นปัญหาสิ่งแวดล้อมหลักที่ควรให้ความสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล ที่ต้องลดปัญหามูลฝอย โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะลดมูลฝอย เนื่องด้วยปัญหามูลฝอยชุมชนถือเป็นปัญหาสำคัญที่จำเป็นต้องสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการแก้ไขปัญหา แต่ถึงกระนั้นปริมาณมูลฝอยตกค้างสะสมในสถานที่กำจัดขยะมูลฝอย ยังคงมีจำนวนมาก เนื่องจากสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่ดำเนินการกำจัดไม่ถูกต้อง อาทิ การเทกอง การเทกองควบคุมที่มีขยะมูลฝอยเข้าสู่ระบบ และเกินร้อยละ 50 เป็นการเผากลางแจ้ง การกองทิ้งในบ่อ ดินเก่าหรือพื้นที่รกร้างเป็นต้น[1] จึงทำให้ยังเกิดปัญหาขยะมูลฝอยตกค้างเพื่อรอการกำจัดอย่างถูกต้อง เป็นจำนวนมาก ซึ่งขยะมูลฝอยเป็นหนึ่งในมลพิษที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งได้ถูกกำหนดให้ ขยะมูลฝอยเป็นวาระแห่งชาติในปี 2557[6] ที่ทุกภาคส่วนของประเทศต้องให้ความสำคัญและร่วมมือกันแก้ไขปัญหาเป็นการเร่งด่วน และต้องดำเนินการแก้ไขปัญหาให้ครบถ้วนตั้งแต่ต้นทางจนกระทั่งถึงปลายทาง

โดยทั่วไปการจัดการปัญหามูลฝอยเป็นหน้าที่หลักขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น[4] แต่ถึงแม้แต่ละเทศบาลหรือองค์กรปกครองนั้นได้พยายามให้ความสำคัญในการจัดการมูลฝอย ปัญหาในการจัดการมูลฝอยก็ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างน่าเป็นห่วง ในประเทศไทย มูลฝอยชุมชนมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง คนไทยกว่า 68 ล้านคน สามารถสร้างขยะได้มากถึง 14 ล้านตันต่อปี แต่ความสามารถ ในการจัดเก็บขยะกลับมีไม่ถึง 70% ของขยะที่เกิดขึ้น จึงทำให้เกิดปริมาณมูลฝอยตกค้าง ตามสถานที่ต่าง ๆ หรือมีการนำไปกำจัดโดยวิธีกองบนพื้นซึ่งไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล[1] บทความวิจัยนี้เป็นการวิเคราะห์ปัญหาการจัดการมูลฝอยที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่มีปัญหาที่เกี่ยวเนื่องจากการขยายความ

เติบโตของเมือง เทศบาลตำบลท่าขอนยาง เป็นเทศบาลหนึ่งในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นพื้นที่ที่มีการเติบโตและการขยายตัวอย่างรวดเร็ว ดังจะเห็นได้จากการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร ซึ่งรวมทั้งประชากรเดิมและประชากรแฝง ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบไปด้วยนิสิตจากมหาวิทยาลัยมหาสารคามที่มีการขยายพื้นที่มายังพื้นที่ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โครงสร้างพื้นฐานต่างๆ และสิ่งปลูกสร้างในรูปของร้านค้า ที่ได้รับอิทธิพลจากการขยายการเติบโตของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ซึ่งส่งผลให้พื้นที่ชนบทกลายเป็นพื้นที่กึ่งชนบทกึ่งเมือง และด้วยจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น อาคารหอพักนักศึกษา ร้านอาหาร ร้านค้า สถานประกอบการที่เอื้ออำนวยความสะดวกต่างๆ รวมถึง สถานที่จำหน่ายอาหารและสินค้าต่างๆ การเพิ่มขึ้นของประชากรเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเป็นสาเหตุให้ปริมาณมูลฝอยเกิดขึ้นตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ด้วยเหตุนี้ ทางเทศบาลตำบลท่าขอนยางจึงต้องรับภาระการกำจัดมูลฝอยที่เพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อยๆ จากข้อมูลของเทศบาลตำบลท่าขอนยางพบว่า มีมูลฝอยที่ถูกนำไปกำจัด 1,240 ตัน และมีค่าใช้จ่ายในการกำจัดประมาณ 250,000 บาทต่อปี [13]

ในประเทศที่พัฒนาแล้วมีการใช้ระบบการจัดการปัญหามูลฝอยที่หลากหลาย ระบบการจัดการเหล่านี้เป็นเครื่องมือที่ได้ช่วยตัดสินใจ ทั้งในกระบวนการวางแผน รวมถึงใช้ในกระบวนการปฏิบัติการในระบบการจัดการมูลฝอย แต่ปัญหาการจัดการมูลฝอย เป็นการจัดการที่ซับซ้อน การนำหลักการต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในประเทศกำลังพัฒนาจึงต้องเลือกให้เหมาะสม ดังนั้นในการวิเคราะห์ปัญหาการจัดการในพื้นที่ท่าขอนยาง ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีการจัดการมูลฝอยแบบบูรณาการ [5] ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่มีการนำมาใช้ในหลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนา [9],[11] แนวคิดในการจัดการมูลฝอยนี้จะช่วยวิเคราะห์ปัญหาการจัดการมูลฝอย ที่ต้องพิจารณาให้รอบด้าน ทั้งในปัญหาที่เกิดขึ้นในภาวการณ์การจัดการระบบในปัจจุบันของเทศบาล การปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยของประชาชน รวมถึงแนวนโยบายและโอกาสความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอย เพื่อแก้ไขปัญหา เพื่อค้นหาวิธีการที่เหมาะสมในพื้นที่ขยายความเป็นเมืองอย่างรวดเร็วเช่นนี้ เพื่อนำเสนอนโยบายเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยในพื้นที่เทศบาลตำบลท่าขอนยาง โดยการวิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบันของปัญหามูลฝอย พฤติกรรมการการจัดการมูลฝอยของประชาชน และการจัดการของเทศบาล เน้นเพื่อวิเคราะห์อุปสรรคของการจัดการ เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะแนวทางที่เหมาะสมและรูปแบบการจัดการเพื่อลดปริมาณมูลฝอยจากการมีส่วนร่วมของประชาชนวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้คือ เพื่อหาแนวทางข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดการมูลฝอยให้มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่เทศบาลตำบลท่าขอนยาง ที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ใช้บริการการจัดการมูลฝอยชุมชน ระบบการและความสามารถในการจัดการมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญภายนอก

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation Method) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับ ผู้บริหาร ผู้ดำเนินการรับชอบงานการจัดการมูลฝอยของเทศบาล และผู้เชี่ยวชาญในด้านการจัดการมูลฝอย การประชุมกลุ่มกับผู้ใช้บริการระบบการจัดการมูลฝอย และการสำรวจพื้นที่

ผลการวิจัย

จากสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น สรุปได้ว่า

1) ปริมาณมูลฝอยมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น การจัดการปัญหาด้วยเทศบาลฝ่ายเดียวและด้วยระบบเดิมที่ใช้อยู่ยังไม่สามารถทำให้ระบบการจัดการมีประสิทธิภาพดีเพียงพอ ถึงแม้เทศบาลจะพยายามให้บริการแต่ยังไม่สามารถให้บริการจัดเก็บมูลฝอยได้ทัน การจัดเก็บไม่ทันกับผู้ทิ้งมูลฝอย จึงทำให้เกิดปัญหามูลฝอยตกค้าง นอกจากนี้ยังพบปัญหาถังรองรับมูลฝอยไม่เพียงพอ หรือล้นถังประชาชนต้องจัดหาภาชนะมาใส่เอง หรือวางกองกับพื้น ซึ่งส่งผลให้เกิดกลิ่นเหม็นรบกวน สุนัขรื้อถุงขยะตามข้างถนนทำให้สร้างความสกปรกมากยิ่งขึ้น ทั้งไม่ถูกสุขลักษณะและไม่สวยงาม และเกิดปัญหาน้ำชะขยะมูลฝอยตามมาอีก โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝน มูลฝอยเหล่านี้จะถูกพัดพาไปตามกระแสน้ำ ทำให้เกิดการอุดตันท่อระบายน้ำ ด้วยท่าขอนยางเป็นพื้นที่ลุ่มน้ำที่เกิดน้ำท่วมเป็นประจำ ถ้าการจัดการไม่มีประสิทธิภาพ อาจนำพามูลฝอยเหล่านี้ไหลลงแม่น้ำชี้ แม่น้ำสายหลัก ซึ่งไหลผ่านพื้นที่ตำบลท่าขอนยางด้วย ด้วยเหตุนี้จึงการจัดการมูลฝอยของเทศบาลจึงยังไม่เป็นที่พึงพอใจของประชาชน ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ไม่เข้าใจในระบบการจัดการและไม่ได้รับทราบข้อมูลว่าจะต้องจัดการทิ้งมูลฝอยอย่างไร

2) ผู้บริหารเทศบาลตำบลท่าขอนยางได้ตระหนักถึงความสำคัญในประเด็นปัญหาการจัดการมูลฝอยและพยายามหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยทั่วไปการจัดการมูลฝอยเป็นหน้าที่หลักของฝ่ายสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาล แต่เนื่องด้วยจำนวนเจ้าหน้าที่มีน้อยและต้องมีหน้าที่หลายอย่างที่ต้องรับผิดชอบ และมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในการจัดเก็บมูลฝอยประมาณ 10 คน และรถเก็บมูลฝอย 3 คัน แต่การจัดเก็บก็ไม่สามารถทำได้ครบทุกเส้นทางในแต่ละวัน เพราะในพื้นที่มีปริมาณมูลฝอยมาก โดยเฉพาะหอพักนักศึกษา

จากการวิเคราะห์ปัญหาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการมูลฝอยแบบบูรณาการ(ISWM) สามารถสรุปอุปสรรคและข้อเสนอแนะได้ 6 ประเด็น ดังนี้

1) เทคนิคการจัดการ ปัญหาเรื่องการจัดระบบการจัดการเป็นปัญหาที่ถูกกล่าวถึงมากที่สุด เนื่องด้วยการจัดการที่ยังไม่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของประชาชน ยังไม่มีวันเวลาในการจัดเก็บชัดเจน การขาดอุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวกในการจัดการมูลฝอย เช่น ถังรองรับมูลฝอยที่เพียงพอ ถังแบบแยกประเภท จุดตั้งวางถังรองรับมูลฝอย จุดรวบรวมมูลฝอยที่ไม่เหมาะสมประกอบกับการให้ข้อมูลการจัดการไม่ทั่วถึงต่อประชากรที่อาศัยในพื้นที่ ซึ่งส่งผลต่อการจัดการมูลฝอยในครัวเรือน หมายถึงต้นน้ำของปัญหาการจัดการ

2) การจัดการในองค์กร ถึงแม้ผู้บริหารจะให้ความสำคัญกับปัญหามูลฝอย แต่หากมีนโยบายที่ชัดเจนและเป็นลายลักษณ์อักษรจะเอื้อให้การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงแผนงานและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน แผนการจัดการเดิม เป็นโครงการระยะสั้น ซึ่งในการจัดการปัญหามูลฝอย ต้องมีแผนระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว เพราะเป็นการจัดการที่ต้องสอดคล้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคน ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลง โครงการเกี่ยวกับมูลฝอยที่ผ่านมา จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีระบบการติดตามประเมินผล เพื่อการปรับปรุงระบบในแต่ละรอบปีให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น เช่น โครงการคัดแยกขยะในชุมชนต้นแบบ โครงการธนาคารขยะในโรงเรียน ควรมีการประเมินติดตามต่อเนื่องตลอดทั้งปี จึงจะสามารถสรุปว่าโครงการประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายหรือมีปัญหาที่ควรแก้ไขหรือไม่ เทศบาลควรมีระบบการติดตามเพื่อเป็นพี่เลี้ยงให้ข้อชี้แนะเมื่อพบว่าโครงการมีปัญหาและอุปสรรคทั้งในชุมชนและโรงเรียน นอกจากนี้ควรมีการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการมูลฝอย หรือ

การนำเทคโนโลยีมาช่วยในการจัดการข้อมูลเป็นระยะ เนื่องจากการจัดการข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณมูลฝอยยังไม่ชัดเจน เป็นการบันทึกในสมุดบันทึก และข้อมูลขาดหายบางส่วนซึ่งการมีข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ข้อมูลต้องมีการบันทึก ตรวจสอบได้โดยใช้เทคโนโลยี เช่น คอมพิวเตอร์ เพื่อให้สามารถนำมาเปรียบเทียบเป็นสถิติและดูแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่จะนำไปสู่การวางแผนจัดการในอนาคต

3) ปัญหาด้านสังคมและวัฒนธรรม ด้วยพื้นที่ท่าขอนยางเป็นพื้นที่ที่ขยายความเจริญเปลี่ยนจากพื้นที่ชนบทเป็นเมือง จึงเป็นสังคมรวมระหว่างหมู่บ้านดั้งเดิมที่ประชากรมีวิถีการจัดการมูลฝอยแบบเกษตรกร ชาวบ้านจะนำเศษอาหารไปเลี้ยงสัตว์ มูลฝอยอินทรีย์จะถูกนำไปทำปุ๋ย กลุ่มเหล่านี้จะได้รับข้อมูลข่าวสารจากเทศบาลโดยการประกาศเสียงตามสาย การเรียกประชุมและสามารถบอกต่อกันได้ แต่สำหรับประชากรใหม่ที่เป็นนิสิต ส่วนมากอาศัยในหอพักหลายชั้น การจัดการมูลฝอยจึงแตกต่างจากคนกลุ่มเดิม การจัดการจึงควรเน้นที่การจัดระเบียบหอพักโดยการกำกับดูแลจากเจ้าของหอพัก รวมทั้ง เทศบาลควรมีการปรับให้การสื่อสารให้มีความเหมาะสม เช่น ใช้แอปพลิเคชั่น ในโทรศัพท์มือถือ แทนการสื่อสารโดยใช้รถประกาศ หรือเสียงตามสาย ในการประชาสัมพันธ์ ซึ่งยากที่จะสื่อสารถึงคนที่อาศัยบนตึกสูง หรือผู้ประกอบการร้านค้าร้านอาหาร ทั้งนี้การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ หรือจัดอบรมจึงควรทำต่อเนื่องเป็นประจำ โดยเน้นการจัดการมูลฝอยแบบครบวงจร รวมทั้งการส่งเสริมกิจกรรมสร้างจิตสำนึก

4) งบประมาณในการจัดการ ถึงแม้เทศบาลจะมีงบประมาณสนับสนุนในการจัดการจากภาครัฐและการจัดเก็บภาษีจากสถานประกอบการและครัวเรือน แต่การจะปรับปรุงระบบการจัดการ ต้องอาศัยงบประมาณที่มากขึ้น เช่นการจัดซื้อถังรองรับมูลฝอย หรือรถเก็บขนมูลฝอยขนาดเล็กเพื่อให้สามารถจัดเก็บในซอยเล็กๆ หรือการรับมูลฝอยจากร้านอาหารต่างๆ ได้ ปัญหาที่เห็นได้ชัดเจน คือ ระบบการจัดเก็บค่าการรวบรวมค่าบริการการจัดการมูลฝอยยังไม่มีประสิทธิภาพ การให้พนักงานเดินไปเก็บตามครัวเรือน ซึ่งต้องใช้เวลามากและไม่ทั่วถึง เทศบาลจึงควรพิจารณาใช้วิธีอื่น เช่นเดียวกับจ่ายค่าไฟฟ้า หรือภาษีอื่นๆ เพื่อความสะดวกต่อผู้จ่ายและทำให้เก็บค่าธรรมเนียมได้ครอบคลุมมากขึ้น

5) กฎระเบียบ ในพื้นที่เทศบาลท่าขอนยาง ถึงแม้จะมีป้ายเตือนห้ามทิ้งมูลฝอยและโทษปรับหลายจุด ซึ่งเจ้าของพื้นที่เป็นผู้ทำป้ายมาติดเอง แต่ยังพบผู้นำมูลฝอยมาทิ้งโดยไม่สนใจป้ายเตือน ดังนั้นเทศบาลควรออกกฎระเบียบหรือมาตรการที่เคร่งครัดมากขึ้น เช่น กำหนดพื้นที่จุดทิ้งมูลฝอยที่ชัดเจนเหมาะสม เวลาในการทิ้งมูลฝอย เวลาที่จะไปจัดเก็บในแต่ละพื้นที่ การคัดแยกมูลฝอยของประชาชน ทั้งนี้ประชาชนต้องได้รับทราบข้อมูลชัดเจน เพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบการจัดการ

6) ปัญหาด้านกายภาพ นอกจากปัญหาประชากรที่เพิ่มมากขึ้น มีจำนวนประชากรแฝงมากกว่า 25,000 คน เป็นเหตุให้ปริมาณมูลฝอยเพิ่มขึ้น พื้นที่ท่าขอนยางเป็นพื้นที่ลุ่มน้ำท่วมบ่อย และราคาที่ดินสูง จึงยากที่เทศบาลจะหาพื้นที่ที่เหมาะสมสำหรับคัดแยกมูลฝอย ก่อนนำไปกำจัด นอกจากนี้ประชาชนยังกลัวผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหากเกิดการจัดการที่ไม่ดีพอ

สรุป

ข้อเสนอแนะทางนโยบายในการบริหารจัดการมูลฝอยของเทศบาลตำบลท่าขอนยางเทศบาลควรจัดระบบและการอำนวยความสะดวกในการจัดการมูลฝอย โดยมีแนวคิดในการจัดศูนย์จัดการมูลฝอยของชุมชนขึ้น ซึ่งช่วยลดภาระในการนำมูลฝอยไปไปกำจัดโดยหน่วยงานภายนอกคือเทศบาลเมืองมหาสารคาม ซึ่งหากทำได้จะทำ

ให้ลดภาระค่าใช้จ่ายในการกำจัดมูลฝอย และยังมีรายรับเพิ่มขึ้นจากการขายขยะรีไซเคิลด้วย อย่างไรก็ตามการจัดการมูลฝอยในพื้นที่ยังมีปัญหาที่สำคัญ คือ การลดปริมาณและการคัดแยกมูลฝอยก่อนทิ้งยังไม่เป็นระบบ ดังนั้นจึงจำเป็นที่เทศบาลจะต้องมีการวางแผนการจัดการมูลฝอยในพื้นที่ให้ดำเนินไปได้ด้วยความความเรียบร้อย โดยแบ่งการจัดการที่แตกต่างกันให้เหมาะสมกับพฤติกรรมการของประชาชนในพื้นที่ การจัดการต้องรองรับกับสภาพของชุมชนเดิมที่เป็นชนบท ชุมชุมกึ่งเมืองที่มีร้านค้าร้านอาหาร หอพัก การจัดการปัญหามูลฝอยต้องอาศัยแนวนโยบายที่ชัดเจน ต้องอาศัยความร่วมมือและความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน ทุกหน่วยงาน รวมถึงมหาวิทยาลัยมหาสารคามที่สามารถเข้ามาช่วยให้คำแนะนำทางวิชาการ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยให้มีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นการจัดการตั้งแต่ต้นเหตุของปัญหา เพื่อเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนการลดปริมาณมูลฝอยให้ได้มากที่สุด รวมไปถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้บริโภคและผู้ประกอบการ ทั้งนี้เพื่อเป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานจัดการมูลฝอยอย่างยั่งยืน และสร้างแรงบันดาลใจและเป็นตัวอย่างรูปแบบการจัดการที่ดีที่สามารถขยายผลไปสู่เทศบาลอื่นๆ ให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.สรุปสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2561. กรมควบคุมมลพิษ, พญาไท, กรุงเทพมหานคร,กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

2.Aleluia, J. and P. Ferrão (2016). "Characterization of urban waste management practices in developing Asian countries: a new analytical framework based on waste characteristics and urban dimension." Waste Management 58: 415-429.

3.Cocarta, D. M., et al. (2009). "A contribution for a correct vision of health impact from municipal solid waste treatments." Environmental Technology 30(9): 963-968.

4.Hoornweg, D. and P. Bhada-Tata (2012). What a waste, a global review of solid waste management. Urban Development Series Knowledge Papers. Washington DC, USA, Urban Development & Local Government Unit, World Bank: 98.

5.Klundert, A. v. d. and J. Anschütz (2001). Integrated sustainable waste management - the concept: tools for decision-makers, experiences from the urban waste expertise programme (1995-2001). A. Scheinberg. Gouda, The Netherlands, WASTE: 44.

6.Royal Thai Government (2015). Executive summary one-year performance report of the government General Prayut Chan-o-cha, solid waste and hazardous waste management. Bangkok, Thailand, Royal Thai Government: 62.

7.Schübeler, P., et al. (1996). Urban management and infrastructure, conceptual framework for municipal solid waste management in low-income countries. St. Gallen, Switzerland, UNDP/UNCHS (Habitat)/ World Bank/SDC Collaborative Programme. 9: 59.

8.Solberg, E. (2012). Waste is a resource! a study on the opportunities in a new solid waste management in Iringa Municipality. Faculty of Product Design. Oslo, Norway, University College of Oslo and Akershus, Norway.: 103.

9.Topic, M. and H. Biedermann (2015). "Planning of integrated/sustainable solid waste management (ISWM) - model of integrated solid waste management in Republika Srpska/B&H." Serbian Journal of Management 10(2): 255-267.

10.United Nations Environment Programme (2009). Developing integrated solid waste management plan, training manual, Volume 3: Targets and issues of concern for ISWM. Osaka/Shiga, Japan, United Nations Environment Programme. 3: 48.

11.United Nations Environment Programme (2016). "Integrated solid waste management." Global Partnership on Waste Management. Retrieved 11 November, 2016, from http://www.unep.org/gpwm/what-we-do/integrated-solid-waste-management.

12.United States Environmental Protection Agency (2002). Solid waste management: a local challenge with global impacts. Washington, DC, USA, United States Environmental Protection Agency.

13.Yukalang, N., et al. (2017). "Solid waste management in Thailand: an overview and case study (Tha Khon Yang sub-district)." Reviews on Environmental Health 32(3): 223-334.

14.Ziraba, A. K., et al. (2016). "A review and framework for understanding the potential impact of poor solid waste management on health in developing countries." Archives of Public Health 74(1): 55.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

The development of nursing practice guidelines to promote safety In cancer patients receiving radiotherapy

รุ่งรัตน์ เนตรโสภา[1], มะลิวรรณ อังคณิตย์[2],อาริยา สอนบุญ[3]

Roongrut Netsopha, Maliwan Ankhanit, Ariya Sornboon

(Received: February 4 ,2020; Accepted: March 16 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์ ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพเป็นกรอบแนวคิดการพัฒนา 4 ระยะ คือ 1) การค้นหาปัญหา 2) การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การพัฒนาแนวปฏิบัติและนำไปทดลองใช้ และ 4) การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ได้ทบทวนงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ในช่วงปี ค.ศ. 2002-2018 ที่ผ่านการประเมินคุณภาพ 16 เรื่อง นำมาสังเคราะห์และสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลรังสีรักษา 9 มาตรฐาน ประกอบด้วย การพยาบาลก่อนฉายรังสี ขณะฉายรังสี หลังฉายรังสี การดูแลต่อเนื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ การคุ้มครองภาวะสุขภาพ การให้ข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และ บันทึกทางการพยาบาล

ศึกษาความเป็นไปได้การนำแนวปฏิบัติไปใช้ กับพยาบาลวิชาชีพรังสีรักษา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 5 คน พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน มีความชัดเจน ปฏิบัติได้ง่าย สะดวกและนำไปใช้จริงกับผู้รับบริการ 20 คน พบว่า ความพึงพอใจผู้รับบริการรังสีรักษา ร้อยละ 94.30

ผลการศึกษานี้ เสนอแนะว่า ควรนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้กับผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยรังสีรักษาและพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลรังสีรักษาอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยรังสีรักษา

Abstract

This development research Have a purpose In developing nursing practice guidelines to promote safety in cancer patients Receiving radiation treatment Sucup's empirical evidence-based model is a 4-stage development framework, consisting of 1) finding problems, 2) finding empirical evidence, 3) developing practices and trials, and 4) implementing guidelines that Updated To be used in organizations This practice guideline Have reviewed the research and empirical evidence during the year 2002-2018 which passed 16 quality assessments to synthesize and create nursing practice guidelines Radiotherapy has been verified by 5 experts. 9 standard radiotherapy nursing practices, consisting of pre-radiation nursing, while post-radiation irradiation, continuous care Health promotion Health coverage, providing information on patient rights protection and nursing records

Study the feasibility of applying the guideline And professional radiotherapy nurse Roi Et Hospital, amount 5 people found that this practice guideline There is a possibility in practice. Appropriate to the context of the department, clear, easily implemented Convenient to use And actually applied to 20 clients, found that 94.30% of radiotherapy clients' satisfaction

The results of this study suggest that this practice should be applied to patients receiving radiotherapy and to continuously improve the quality of radiotherapy services.

Keywords : development, guidelines Radiotherapy for nursing patients

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานตรวจรักษาพิเศษรังสีวิทยา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆของคนทั่วโลก และมีแนวโน้มว่าจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโลก พบว่า ในปีพ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 18.1 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 9.6 ล้านคน ผู้ป่วยใหม่จำนวน 18.1 ล้านราย เสียชีวิต 9.6 ล้านคน [1]

ในประเทศไทยพบว่า มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่มีสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับหนึ่ง ปีพ.ศ.2557 - 2561 พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จำนวน 70,075 , 73,938 , 77,566 , 78,540 และ 80,665ตามลำดับ[2] จากสถานการณ์ด้าน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในปี พ.ศ. 2558 – 2560 มีผู้ป่วยรายใหม่ 1,973, 2,036 และ 1,988 ราย ตามลำดับ [3] โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับ A มีจำนวน 820 เตียง มุ่งพัฒนาเพื่อเพิ่มศักยภาพบริการสู่ศูนย์เชี่ยวชาญ Excellence Center ด้านโรคมะเร็ง รับผิดชอบประชากรจังหวัดร้อยเอ็ด 20 อำเภอและจังหวัดใกล้เคียง ศูนย์มะเร็งเฉลิมพระเกียรติจุฬาภรณ์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เริ่มให้บริการในปี 2560 ภายใต้ความร่วมมือเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งกับโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ ตามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือโครงการความร่วมมือในการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมมะเร็งระหว่างโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข (โดย) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตั้งแต่ปีพ.ศ. ๒๕๕๒ ถึงปัจจุบัน หน่วยงานรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาเป็นหน่วยบริการด้านรังสีรักษาที่เปิดใหม่ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประกอบด้วยบุคลากรแพทย์รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา 2 คน , พยาบาลวิชาชีพ 6 คน , นักรังสีการแพทย์ 5 คน, นักฟิสิกส์การแพทย์ 3 คน และทีม เริ่มฉายรังสี วันที่ 18 ตุลาคม 2560 ให้บริการด้วยเครื่องมือฉายรังสีเร่งอนุภาค (LINAC) เครื่องใส่แร่กัมมันตภาพรังสี (Brachytherapy) เครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์จำลองการรักษาแบบ 3 มิติ เครื่อง CT Simulator ผู้ป่วยเข้ารับบริการเฉลี่ย 80 ราย/วัน พบว่าผู้ป่วยมีผลข้างเคียงจากการฉายรังสี และส่งผลกระทบให้มีการชะลอการฉายรังสีหรือหยุดการฉายรังสี เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อน ในระหว่างการฉายรังสี ร้อยละ 6.9 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้นเพื่อให้มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการด้านรังสีรักษา จึงต้องพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยในผู้ป่วยรังสีรักษาให้ได้มาตรฐานและมีความปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.ผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้รับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยเมื่อได้รับบริการรังสีรักษา

2.หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของชูศัพ[4] 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะค้นปัญหาทางคลินิก (Evidence trigger phase) โดยศึกษาจาก 2 แหล่ง คือ

1. การค้นหาปัญหาจากประสบการณ์ (Practice trigger) หน่วยรังสีรักษา เป็นหน่วยที่ให้บริการ การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสี ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ให้บริการรังสีรักษาตั้งแต่ ตุลาคม 2560 จากสถิติในปี 2561 (ตุลาคม 2560-กันยายน 2561) มีผู้รับบริการรังสีรักษาจำนวน 1,334 ราย พบว่ามีผลข้างเคียง ที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษาและหลังเสร็จสิ้นการรักษา หรือมีผลข้างเคียงเฉพาะที่ เช่น ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีรอยแดงบริเวณที่ฉายรังสี สีผิวคล้ำขึ้นแห้งและเป็นแผล กรณีผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ มีแผลในช่องปาก มีอาการเจ็บปาก เจ็บคอ รับประทานอาหารได้น้อยลง หรือรับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลดลง อ่อนเพลีย ส่งผลกระทบให้มีการชะลอการฉายรังสีหรือหยุดการฉายรังสี เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการฉายรังสี ร้อยละ 6.9 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2562

2.การค้นหาปัญหาจากแหล่งความรู้ (Knowledge trigger) เป้าหมายการรักษาทางรังสีรักษา[5] คือ Curative Treatment ฉายประมาณ 25-40 ครั้ง และ Palliative

Treatment เพื่อระงับอาการปวด บรรเทาภาวะเลือดออกจากก้อนมะเร็ง ลดการกดเบียดอวัยวะสำคัญ การพยาบาลระหว่างการรับรังสีรักษา ต้องประเมินผลการเปลี่ยนแปลงผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี อาการอ่อนล้า เบื่ออาหาร ความต้านทานโรคต่ำ ซีด และเลือดออกง่าย การพยาบาลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนเฉพาะทาง พยาบาลที่ให้การดูแลควรมีความรู้หรือสมรรถนะที่เพียงพอในการให้คำแนะนำถูกต้องเหมาะสม[6] สามารถในการประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อน และความจำเป็นเร่งด่วนได้ทันที เพื่อให้ผู้รับบริการฉายรังสีปลอดภัย จึงได้ทบทวนผลงานวิจัยและเรียนรู้จากประสบการณ์ในการดูแลผู้รับบริการรังสีรักษาในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ใช้มาตรฐานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษเป็นแนวทางในการพัฒนา เพื่อนำมาทดลองใช้จริงและติดตามประเมินผลต่อไป

ระยะที่ 2 สืบค้นงานวิจัยและการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้ 1) สืบค้นจากฐานข้อมูลระบบฐานข้อมูลทางอิเล็คโทรนิกส์หรือ CD-ROM ได้แก่ฐานข้อมูลงานวิจัย 24 สถาบัน และสืบค้นด้วยมือจากวารสารการแพทย์และการพยาบาลทั้งภาษาไทยและต่างประเทศ ในห้องสมุดของสถาบันการศึกษา 2) กำหนดเกณฑ์ในการสืบคืนโดยใช้กรอบ PICO ของเคริกและสมิทธ์[7] โดยคัดเลือกวิจัย full text มาจัดระดับของหลักฐานตาม The National Health and Medical Research Council[8] (NHMRC) และประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามThe Joanna Briggs Institute (JBI)[9] กำหนดเกณฑ์ประเมินระดับของงานวิจัยใช้เกณฑ์ของ Polit & Beck (2014) [10]

จากการค้นคว้าวิเคราะห์และประเมินคุณภาพหลักฐาน นำมาประกอบกับมาตรฐานการบริการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ สำนักการพยาบาล[11] โดยสรุปวิธีปฏิบัติที่แนะนำจากหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 30 เรื่อง นำมาใช้ได้จริง 16 เรื่อง ประกอบด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ Level1 3 เรื่อง Level2 6 เรื่อง Level3 1 เรื่อง Level4 2 เรื่อง Level6 3 เรื่อง level7 1 เรื่อง นำมาวิเคราะห์ ประเมินคุณภาพหลักฐาน สรุปวิธีปฏิบัติที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ มาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาได้ 9 มาตรฐาน โดยใช้การประเมินผลลัพธ์ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ

ระยะที่3 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษานำไปทดลองใช้ (Evidence observed phase) เป็นระยะการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล แล้วนำไปตรวจสอบและประเมินผลความเป็นไปได้ ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน คือ แพทย์รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา 2 คน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 คน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวัดและประเมิน 1 คน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาความเหมาะสมของภาษาและมีคุณค่า แก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ โดยพยาบาลวิชาชีพในหน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด นำแนวปฏิบัติฉบับยกร่างไปทดลองใช้ศึกษานำร่องกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในเดือน กุมภาพันธ์ 2563 จำนวน 5 คน จากนั้นใช้แบบสอบถามความคิดเห็นต่อความสามารถในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ไปใช้[12] ซึ่งแบบสอบถามได้ผ่านการนำไปใช้จริงในการปฏิบัติและมีการปรับปรุงมาแล้ว แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่2 ความคิดเห็นต่อความสามารถในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ คำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแนวปฏิบัติที่สมบูรณ์ และนำไปใช้จริงในหน่วยงานรังสีรักษา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยผ่านการขอรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานวิจัย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 015/2563

ระยะที่4 การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงาน (evidence based phase) เป็นขั้นตอนการประเมินผลและวิเคราะห์เพื่อหาข้อสรุปความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้จริงในหน่วยงานรังสีรักษา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการตลอดจนการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยได้นำแนวปฏิบัติไปใช้จริงกับผู้ป่วยรังสีรักษา 20 คน ในเดือนมีนาคม 2563 พบว่า การระบุตัวบุคคลถูกต้องทุกราย (100%) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนฉายรังสีทุกราย(100%), มีการเลื่อนการฉาย 1 ราย (5%) การอักเสบของช่องปากระดับ1 จำนวน 5 ราย skin reaction ระดับ1

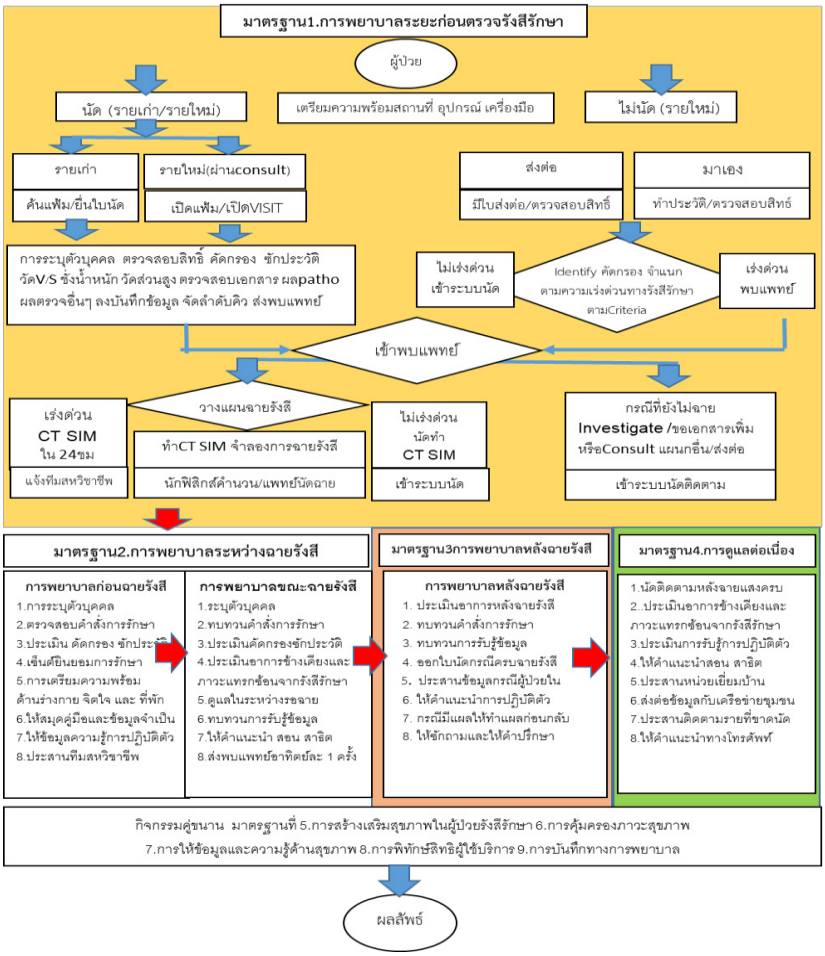
จำนวน 3 ราย และระดับและความพึงพอใจผู้รับบริการร้อยละ 94.30

ผลการศึกษา

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ประกอบด้วย 9

มาตรฐาน ดังนี้ มาตรฐานที่1 การพยาบาลก่อนฉายรังสีรักษา ประกอบด้วย ขั้นตอนการเข้ารับบริการทางรังสีรักษา การเตรียมความพร้อมของสถานที่อุปกรณ์เครื่องมือ การคัดกรอง ประเมิน ซักประวัติ พบแพทย์ และการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนฉายรังสี มาตรฐานที่2 การพยาบาลขณะฉายรังสี ประกอบด้วย การคัดกรอง ประเมินสภาพทั่วไป การพยาบาลระหว่างรอฉาย ,ในห้องฉายรังสี ประเมินเฝ้าระวังอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา การให้คำแนะนำ,สอน, สาธิต,ให้คำปรึกษาและการช่วยเหลืออื่นๆ มาตรฐานที่3 การพยาบาลหลังฉายรังสี ประกอบด้วย การพยาบาลหลังฉายรังสี และวันสิ้นสุดการฉายรังสี มาตรฐานที่4 การดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วย การวางแผนจำหน่าย การส่งกลับการบริการสุขภาพที่บ้าน กรณีที่มีการติดตามการรักษา มาตรฐานที่5 การสร้างเสริมสุขภาพ มาตรฐานที่6 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ มาตรฐานที่7 การให้ข้อมูลและความรู้ มาตรฐานที่8 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และมาตรฐานที่9 การบันทึกทางการพยาบาล ดังแสดงแนวปฏิบัติการพยาบาลฯในแผนภาพหน้าต่อไป

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา



2. ผลการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาไปทดลองใช้ในหน่วยงาน

ศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ โดยใช้แบบสอบถามความสามารถต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ กับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา 5 คน ความคิดเห็นต่อความสามารถในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้ปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาพบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ100 อายุเฉลี่ย 29-44 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ100 ร้อยละ80 เคยอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางรังสีวิทยา ร้อยละ100 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งรังสีรักษา และความคิดเห็น ต่อความสามารถในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ด้านความง่ายและความสะดวก ในการใช้แนวปฏิบัติ ส่วนใหญ่อยู่ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 100 ด้านความชัดเจนของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ อยู่ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ100 ด้านความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน อยู่ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 100 ด้านความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำใช้ในหน่วยงาน ร้อยละ100 ส่วนด้านความประหยัด (ประหยัดและลดต้นทุนทั้งด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ) และด้านประสิทธิผลของใช้แนวปฏิบัติคิดเป็นร้อยละ 80

3.ผลลัพธ์ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ วัดผลมิติที่ 2 ด้านคุณภาพการให้บริการตรวจรักษาพิเศษด้านรังสีรักษา พบว่า การระบุตัวบุคคลถูกต้องทุกราย (100%) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนฉายรังสีทุกราย (100%), มีการเลื่อนการฉายรังสี 1 ราย (5%) การอักเสบของช่องปากระดับ1 จำนวน 5 ราย skin reaction ระดับ1จำนวน 3 ราย และระดับและความพึงพอใจผู้รับบริการร้อยละ 94.30

การอภิปรายผลการศึกษา

1. ลักษณะของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่มารับบริการรังสีรักษา พัฒนาจากการประยุกต์ใช้กระบวนการใช้ผลวิจัย ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด สามารถยืนยันกับผู้รับบริการได้ว่า เป็นบริการที่มีคุณภาพ สามารถตรวจสอบความถูกต้องได้ โดยใช้รูปแบบของชูคัพ[2] เนื่องจากเน้นการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการพยาบาลมีขั้นตอนชัดเจนเข้าใจง่ายและเป็นที่ยอมรับ แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้พัฒนาขึ้นสำหรับการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ การประเมิน วิธีการ ช่วงเวลาและการประเมินผล ซึ่งทุกระยะล้วนมีความสำคัญต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากสามารถชี้แนวทางการตัดสินใจให้ผู้ปฏิบัติได้ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีความครอบคลุมการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งการจำหน่าย แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านความครอบคลุมเชิงเนื้อหา ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย และมีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานรังสีรักษา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัย มีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ ต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ เห็นด้วยกับการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยที่มารับบริการรังสีรักษา โดยพบว่าส่วนใหญ่เห็นด้วยมากที่สุดคือ ในหัวข้อความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ ความชัดเจนของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงานและรองลงมา คือ ความประหยัด ซึ่งอาจเป็นผลมาจากแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น เป็นประเด็นสำคัญที่หน่วยงานต้องการปรับปรุงคุณภาพ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย นำผลการทบทวนที่ได้มากำหนดประเด็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ภายใต้บริบทของหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะ

1.แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ ได้ใช้ในหน่วยงานของผู้วิจัย และปฏิบัติงานเชื่อมโยงกับจังหวัดต่างๆในเครือข่ายเขตสุขภาพที่7 ในมาตรฐานที่1 ด้านการเข้าถึงบริการและการเข้ารับการรักษา โดยผ่านแพทย์ผู้รับคำปรึกษาและพยาบาลผู้ประสานงานด้านโรคมะเร็งระดับเขตและระดับจังหวัด หน่วยงานอื่นสามารถนำแนวปฏิบัตินี้ไปเป็นต้นแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ที่มีกรอบมาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน เช่น งานตรวจรักษาพิเศษแผนกอื่นๆ หรือสถานพยาบาลอื่นที่มีบริการด้านรังสีรักษา โดยสามารถปรับปรุงประเด็นรายละเอียดให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

2.การขยายผลการใช้แนวปฏิบัตินี้นำสู่บุคลากรที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมในระดับรพ.สต.เครือข่าย เพื่อเชื่อมโยงการติดตามดูแลในชุมชนและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้ผู้รับบริการรังสีรักษาได้รับการดูแลที่มีคุณภาพในชุมชน

3.พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของรังสีรักษาให้ครอบคลุมทุกกระบวนการที่ใช้เครื่องมือพิเศษในการตรวจรักษาด้วยวิธีพิเศษ ได้แก่ การตรวจพิเศษด้วยการจำลองการฉายรังสี (CT Simmulation) การฉายรังสีระยะใกล้ด้วยแร่อิริเดียม 192 หรือ Brachytherapy เป็นต้น

4.พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ประเมินติดตามความความรุนแรง อาการข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา รวมถึงพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลความรู้ การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ทันสมัยโดยใช้สื่อและเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมต่างๆ

5.การประเมินสมรรถนะและองค์ความรู้ของบุคลากรทางการพยาบาลรังสีรักษา เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้เชี่ยวชาญ เพื่อพัฒนาเป็นศูนย์ฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางรังสีวิทยาต่อไป

6.ศึกษาและติดตามสถาณการณ์คุณภาพบริการพยาบาลรังสีรักษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นหน่วยรังสีรักษาที่เปิดใหม่ ผู้วิจัยจึงมีแผนงานวิจัยพัฒนาในเรื่องการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลรังสีรักษา กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดในแผนงานต่อไป (เลขที่ใบรับรอง RE014/2563)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.ดร. อาริยา สอนบุญ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ดร.มะลิวรรณ อังคณิตย์ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำแนวทางการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอบคุณผู้บริหารและองค์กร ที่มอบโอกาสในการเรียนรู้เพื่อพัฒนางานให้มีคุณค่า นำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย กราบขอบพระคุณบิดา มารดา และครอบครัว ที่ให้กำลังใจตลอดมา ประโยชน์ที่ได้จากวิจัยฉบับนี้ ขอมอบแด่ผู้ป่วยมะเร็งทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1.แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ National Cancer Control Programme พ.ศ. 2561 – 2565 (2561) คณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

2.สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข สืบค้น 3 ก.พ.2562;http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic%2061.pdf

3. สถิติโรคมะเร็ง 2560 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด , ชิตเขต โตเหมือน. ทันใจการพิมพ์ 2561

4. Soukup M. The center of advanced nursing practice evidence-based practice model. Nursing Clinic of North Amesica 2000;35:301-09.

5 การฉายรังสีสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง สืบค้นวันที่ 2ก.พ.62 , https://www.chulacancer.net/patient-knowledge-inner.php?gid=128

6.จริยา สงวนไทร, พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษดิ์,& ปานตา อภิรักษ์นภานนท์. (2016). การศึกษาสมรรถนะตามบันไดวิชาชีพของพยาบาลรังสีรักษา. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ; 9(34), 39-45.

7. Craig JV, Smyth RL. The evidence-based practice manual for nurses. Edinburgh, UK : Churchill Livingstone ; 2002.

8. The National Health and Medical Research Council.(2012). NHMRC additional levels of evidence and grades for recommendations for developers of guidelines STAGE2 CONSULTATION 2008 2009: NHMRC.Retrieve.fromhttp://www.nhmrc.gov.au/Guidelines/public-consultations/archived-public-consultations/extension-consultation-period pilot-pr

9. Pearson,A., Wiechula, R., Court, A., & Lockwood, C. (2005). The JBI model of evidence-based healthcare. International Journal of Evidence-Based Healthcare, 3(8), 207-215.

10.Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). Essentials of nursing research: Appraising evidence fornursing practice.

11.สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2559)มาตรฐานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ พิมพ์ครั้งที่1. นนทบุรี:โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

12. พิกุล นันทชัยพันธ์. (2550). การประเมินคุณภาพด้านการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติทางคลินิก. ในเอกสารประกอบการบรรยายการอบรม เรื่อง การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ จัดโดยศูนย์บริการพยาบาล ระหว่างวันที่ 3-4 มิถุนายน 2549. เชียงใหม่:คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

แนวทางการพัฒนามาตรฐานกระบวนการผลิตน้ำประปา ของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

Guidelines for Water Supply Process Standard Development at UbonRatchathani University

สิทธิชัย ใจขาน[1] , สุภาณี จันทร์ศิริ[2]

Sitthichai Chaikhan[1] , Supanee Junsiri[2]

(Received: February 2 ,2020; Accepted: March 11 ,2020)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางพัฒนาระบบการผลิตน้ำประปาของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี โดยเครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสำรวจ แบบสัมภาษณ์และเก็บตัวอย่างน้ำเพื่อตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทางด้านกายภาพ เคมี และชีวภาพ ทำการเก็บตัวอย่างน้ำทั้งหมด 10 จุด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาที่อาจส่งผลต่อการผลิตของระบบผลิตน้ำประปาคือ แหล่งน้ำดิบ พบว่ามีวัชพืชขึ้นอย่างหนาแน่นและมีท่อปล่อยน้ำเสียลงสู่แหล่งน้ำ สภาพแวดล้อมโดยรอบระบบผลิตอยู่ในเกณฑ์พอใช้ การปฏิบัติงานดูแลระบบผลิตน้ำประปาตามรอบการบำรุงรักษาในภาพรวมผู้ดูแลระบบประปาปฏิบัติงานได้ในระดับปานกลาง(ร้อยละ 66.7) และผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำดิบ ค่าพารามิเตอร์ที่อยู่ในเกณฑ์กำหนดที่เหมาะสมของเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำในแหล่งน้ำผิวดินประเภทที่ 2 และในส่วนของคุณภาพน้ำประปาเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำประปากรมอนามัย พ.ศ.2553 พบว่าค่าพารามิเตอร์ไม่อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดได้แก่ ค่าความเป็นกรด – ด่าง ปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือ และปริมาณโคลิฟอร์มแบคทีเรียทั้งหมด

ดังนั้น แนวทางในการพัฒนาระบบผลิตน้ำประปา ของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีนั้น ผู้ดูแลระบบประปาควรมีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำประปาอย่างสม่ำเสมอ ดำเนินการซ่อมแซม เครื่องมือให้สามารถใช้งานได้ และควรมีการอบรมเกี่ยวกับการดูแลรักษาระบบการผลิตน้ำประปา จัดทำคู่มือในการปฏิบัติงานสำหรับผู้ดูแลระบบการผลิตน้ำประปา และเพิ่มทักษะการทำ Jar -test ก่อนเติมสารเคมีทุกครั้ง

คำสำคัญ : ระบบผลิตน้ำประปา, แนวทางในการพัฒนาระบบผลิตน้ำประปา

Abstract

This research is a cross-sectional descriptive research aimed at studying the development of the water supply system of Ubon Ratchathani University. The tools used are the survey, interview and water sampling for water quality analysis in physical, chemical and biological. All 10 water samples were collected. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean and standard deviation.

The research found that problems that may affect the production of water supply system are raw water sources, which are found to have weeds intensively and have sewage discharge pipes into the water source. The environment surrounding the water supply system is in the fair level. The worker can operate at a

moderate level (66.7%). And the results of raw water quality is in quality standard criteria in surface water type 2. Water quality compared to standard water quality parameters, Department of Health, 2553 were not included in the criteria as such, PH , free chlorine residual and coliform bacteria.

[1] วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

[2] วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

Therefore, guidelines for the development of water supply systems of Ubon Ratchathani University worker should regularly monitor water quality, perform repairs tools to be able to use and should have training on the maintenance of the water production system .Create a work manual for the water production system administrator and increase the skills of Jar -test before adding chemicals .

Keywords: water supply system, guidelines for the development of water supply system

บทนำ

การผลิตน้ำประปานั้นจะต้องมีแหล่งน้ำดิบ และกระบวนการผลิตน้ำประปาที่เหมาะสมโดยเฉพาะแหล่งน้ำดิบผิวดิน การทิ้งสิ่งสกปรก น้ำเสียของชุมชน วัตถุมีพิษทางการเกษตรของแหล่งเกษตรกรรม น้ำเสีย สารพิษ โลหะหนักจากโรงงานอุตสาหกรรมลงน้ำทำให้คุณภาพน้ำผิวดินของแหล่งน้ำ ลำธาร คลอง แม่น้ำ เสื่อมโทรมลง เมื่อนำมาผลิตน้ำประปาจะทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการผลิตสูง แต่ถ้าน้ำผิวดินที่มีคุณภาพดี มีสารปนเปื้อนน้อย ค่ำใช้จ่ายในการผลิตเป็นน้ำประปาก็น้อย มีสารปนเปื้อนสูง ค่ำใช้จ่ายก็สูงตามไปด้วยนอกจากต้องคำนึงถึงคุณภาพน้ำดิบและน้ำประปาที่จะผลิตได้แล้ว ยังต้องให้ความสำคัญกับการจัดการกากตะกอนสารส้มที่เกิดขึ้นจากระบบประปาด้วย เพื่อป้องกันปัญหาการระบายตะกอนสารส้มกลับลงสู่แหล่งน้ำดิบส่งผลต่อคุณภาพน้ำดิบและระบบนิเวศน้ำอีกทั้งผู้ดูแลระบบประปาขาดความรู้ในการอนุรักษ์แหล่งน้ำพบว่ามีปัญหามากในเรื่องการดูแลบำรุงรักษาแหล่งน้ำดิบ [3] เจ้าหน้าที่มีไม่เพียงพอและขาดความชำนาญในด้านการผลิต เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์เก่า ชำรุด ไม่เพียงพอ ไม่มีการซ่อมบำรุงตามระยะเวลาหรือตามแผนงาน ท่อเมนเก่า การจ่ายน้ำไม่เป็นระบบ [2] ขาดความเอาใจใส่ในการปฏิบัติงานและขาดการบำรุงรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังขาดอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพน้ำ [1]น้ำประปาที่ผ่านกระบวนการผลิตมีความขุ่น มีสีน้ำตาลแดง มีตะกอน เศษผง และกลิ่นเหม็นโคลน ในระดับปานกลาง เกิดฟองสบู่ได้ยาก เกิดตะกรันในกาน้ำ เกิดคราบสนิมเหล็กหรือคราบดำๆ ติดบนเครื่องสุขภัณฑ์ คราบสีเหลืองติดบนเสื้อผ้าในระดับน้อยถึงปานกลาง [5] และยังพบว่า ดัชนีคุณภาพน้ำทางด้านกายภาพที่ไม่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน คือ ความขุ่น ดัชนีคุณภาพน้ำทางด้านเคมีที่ไม่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่ พีเอช เหล็ก แมงกานีส ตะกั่ว และฟลูออไรด์ ส่วนดัชนีคุณภาพน้ำทางด้านแบคทีเรียดัชนีคุณภาพน้ำที่ไม่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่โคลิฟอร์มแบคทีเรียและฟีคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย [6]

ระบบประปาของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีได้ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2532 ใช้แหล่งน้ำผิวดินจากหนองอีเจมในการผลิตน้ำประปาซึ่งมีปริมาตรจุของน้ำประมาณ 720,000 ลบ.ม. และจากการสำรวจเบื้องต้นจากการสอบถามนักศึกษา และบุคลากรผู้ใช้น้ำประปาของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานียังประสบปัญหาน้ำประปามีตะกอนสีแดงปะปนมากับน้ำ น้ำประปาขุ่นและมีกลิ่นเหม็น โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝนจะพบปัญหาน้ำประปามีความขุ่นมากกว่าปกติ น้ำประปามีความกระด้างเกิดการชักล้างที่ไม่มีประสิทธิภาพ สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบผลิตน้ำประปาคือแหล่งน้ำดิบ ซึ่งพบว่า มีวัชพืชขึ้นอย่างหนาแน่นและมีท่อน้ำเสียปล่อยลงสู่แหล่งน้ำ สภาพแวดล้อมโดยรอบระบบผลิตอยู่ในเกณฑ์พอใช้ การปฏิบัติงานดูแลระบบผลิตน้ำประปาตามรอบการบำรุงรักษาในภาพรวมผู้ดูแลระบบประปาปฏิบัติงานได้ระดับปานกลาง และผลการวิเคราะห์น้ำดิบ ค่าพารามิเตอร์ที่อยู่ที่อยู่ในเกณฑ์กำหนดที่เหมาะสมของเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำในแหล่งน้ำผิวดินประเภทที่ 2 ได้แก่ ค่าความขุ่น ค่าความเป็นกรด-ด่าง ปริมาณสี ปริมาณโคลิฟอร์มแบคทีเรีย และในส่วนของคุณภาพน้ำประปาเมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำประปากรมอนามัย พ.ศ.2553 พบว่าค่าพารามิเตอร์ไม่อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดได้แก่ ค่าความเป็นกรด-ด่าง ปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือ และปริมาณโคลิฟอร์มแบคทีเรียทั้งหมด[4] ซึ่งกองกายภาพและสิ่งแวดล้อมมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (2560) ได้กล่าวถึงปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากระบบท่อจ่ายน้ำเก่า หมดสภาพการใช้งาน อาจ

เกิดการรั่วซึมของท่อทำให้มีสิ่งปนเปื้อนไปกับน้ำประปา เช่นเชื้อโรคในดิน ตะกอนหรือฝุ่น โลหะหนักต่างๆ เป็นต้น และอาจส่งผลกระทบต่อผู้ใช้น้ำได้ถึงแม้จะมีการดำเนินการเปลี่ยนท่อจ่ายน้ำเป็นบางส่วนแล้ว แต่ก็ยังมีแนวท่อจ่ายน้ำที่ต้องการติดตั้งใหม่และต้องการปรับปรุง ซึ่งยังไม่ได้ดำเนินการ อีกทั้งบริเวณหอพักนักศึกษา ตึกของหน่วยงานต่างๆ ที่มีขนาดสูงจะมีถังพักน้ำใต้ตึกก่อนที่จะสูบขึ้นไปยังถังดาดฟ้าทั้ง 2 ถังมีความสกปรก ไม่ได้รับการทำความสะอาดเป็นเวลานานเพราะยังขาดบุคลากรที่จะดูแล ทำให้เกิดน้ำขุ่น มีตะกอน และมีกลิ่นได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนากระบวนการผลิตน้ำประปา ของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาศึกษาปัญหาในการผลิตน้ำประปาของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
3. เพื่อประเมินความรู้ในการเกี่ยวกับการผลิตน้ำประปา และการดูแลระบบผลิตน้ำประปาของบุคลากรผู้ดูแลระบบผลิตน้ำประปา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) โดยได้ศึกษาถึงระบบการผลิตน้ำประปา ประเมินความรู้ในการเกี่ยวกับการผลิตน้ำประปา และการดูแลระบบผลิตน้ำประปาของบุคลากรผู้ดูแลระบบผลิตน้ำประปา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เพื่อที่จะนำไปสู่การหาแนวทางในการพัฒนาระบบประปาของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) น้ำ ได้แก่ น้ำผิวดินที่สูบจากหนองอีเจมขึ้นมาผลิตในระบบผลิตน้ำประปา และน้ำที่ออกจากระบบผลิตน้ำประปาของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
2) บุคลากร ได้แก่ ผู้ดูแลระบบการผลิตน้ำประปาจำนวน 9 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) น้ำดิบ

เก็บบริเวณท่อสูบน้ำดิบเนื่องจากเป็นจุดที่สูบน้ำดิบเข้าระบบผลิตน้ำประปาของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี โดยทำการเก็บตัวอย่างน้ำด้วยวิธีการเก็บตัวอย่างแบบผสมรวม ระยะเวลาในการเก็บ 8 ชั่วโมง และทำการวิเคราะห์ตัวอย่าง 3 ครั้ง

2) น้ำประปา

เก็บทั้งหมด 10 จุด โดยทำการสุ่มเก็บตามท่อเมน ได้แก่ เก็บที่ถังพักน้ำของระบบประปามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 1 จุด และเก็บที่บริเวณอาคารต่างๆภายในมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีจำนวน 9 จุด คือ บริเวณอาคารเรียนรวม 5 บริเวณตึกคณะวิศวกรรมศาสตร์ บริเวณตึกอธิการบดี บริเวณตึกวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข บริเวณตึก OPD บริเวณตึกคณะรัฐศาสตร์ บริเวณตึกคณะวิทยาศาสตร์ บริเวณหอพักนักศึกษา บริเวณหอพักบุคลากร โดยทำการเก็บตัวอย่างน้ำจุดละ 1 ตัวอย่าง และทำการวิเคราะห์คุณภาพน้ำตัวอย่างละ 3 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือข้อมูลที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 4 ประเภท ประกอบด้วยเครื่องมือดังนี้

3.1 แบบสำรวจสภาพแวดล้อมรอบแหล่งน้ำดิบ เพื่อสำรวจสภาพแวดล้อมรอบแหล่งน้ำดิบก่อนเข้าสู่ระบบประปา

3.2 แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลระบบผลิตน้ำประปา ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ตำแหน่งที่ได้รับผิดชอบ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การอบรมด้านการดูแลระบบประปา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการผลิตน้ำประปา เป็นคำถามปลายเปิด

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปฏิบัติงานดูแลระบบผลิตน้ำประปาตามรอบการบำรุงรักษา จำนวน 34 ข้อ โดยในส่วนที่ 3 ได้กำหนดคะแนนการปฏิบัติไว้ตามรอบการดูแลบำรุงรักษาซึ่งดัดแปลงมาจากการประเมินงานตามรอบการบำรุงรักษาระบบประปาผิวดินกรมทรัพยากรน้ำ 2549 (อ้างอิงถึงสุขใจ สิงห์ขวา, 2551) ซึ่งกำหนดคะแนน 0 – 3

โดยแบ่งความถี่ของการปฏิบัติงานออกเป็นกลุ่มแยกตามระดับคะแนนดังนี้

- ปฏิบัติเป็นประจำ (ปฏิบัติตามรอบที่กำหนดหรือบ่อยกว่า) คะแนน 3 คะแนน
- ปฏิบัติบางครั้ง (ปฏิบัติน้อยกว่ารอบที่กำหนดบ้าง) คะแนน 2 คะแนน
- ปฏิบัตินานๆครั้งบางครั้ง (ปฏิบัติน้อยกว่ารอบที่กำหนดมาก) คะแนน 1 คะแนน
- ไม่เคยปฏิบัติ (ปฏิบัติน้อยกว่ารอบที่กำหนดมากที่สุด) คะแนน 0 คะแนน

3.3 แบบประเมินโครงสร้างระบบการผลิตและการปฏิบัติงานของผู้ดูแลระบบ

ใช้สำหรับสังเกตความสมบูรณ์ของโครงสร้างระบบผลิตและการปฏิบัติจริงของผู้ดูแลระบบ ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมภายในที่ตั้งระบบประปา การทำป้ายเป็นเขตพื้นที่ประปา ห้ามเลี้ยงสัตว์

3.4 เครื่องมือตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทางห้องปฏิบัติการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสำรวจสภาพแวดล้อมรอบแหล่งน้ำดิบ ใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลระบบผลิตน้ำประปา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการผลิตน้ำประปา ใช้สถิติเชิงพรรณนา

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปฏิบัติงานดูแลระบบผลิตน้ำประปาตามรอบการบำรุงรักษา ใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ใช้การแบ่งระดับอิงเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977 อ้างใน ภรภัทร อิ่มโอฐ, 2550) โดยคำนวณช่วงพิสัยจากสูตร ดังต่อไปนี้

$$\textbf{ขนาดอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{136 - 0}{3}$$

$$= 46$$

เกณฑ์การแปรผล

การแปรผลคะแนนการปฏิบัติงานการดูแลระบบผลิตน้ำประปาตารมรอบการบำรุงรักษาในภาพรวม

คะแนนช่วง 93 – 136 คะแนน ถือว่าระดับสูง (ปฏิบัติถูกต้องตามกรอบเวลา)

คะแนนช่วง 47 – 92 คะแนน ถือว่าระดับปานกลาง (ปฏิบัติไม่ถูกต้องตามกรอบเวลา)

คะแนนช่วง 0 – 45 คะแนน ถือว่าระดับต่ำ (ไม่เคยปฏิบัติ)

3. การวิเคราะห์ข้อมูลแบบประเมินโครงสร้างระบบการผลิตและปฏิบัติงานของผู้ดูแลระบบ ใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

4. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติคุณภาพน้ำประปา

ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำ นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำประปาของกรมอนามัย ปี พ.ศ.2553 นำเสนอข้อมูลเป็นสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าสูงสุด – ต่ำสุด และค่าเฉลี่ย

สรุปและอภิปรายผล

1.สภาพแวดล้อมรอบแหล่งน้ำดิบ

(1) บริเวณโดยรอบแหล่งน้ำ จากการสำรวจพบว่า บริเวณโดยรอบหนองอีเจมที่ใช้เป็นแหล่งน้ำดิบนั้นมีหญ้าและต้นไม้ขึ้นหนาแน่น พบขยะมูลฝอยในหนองน้ำ เช่น เศษถุงพลาสติก แก้วน้ำพลาสติก ขวดน้ำซึ่งอาจจะปลิว ออกจากถังขยะที่ตั้งอยู่บริเวณใกล้แหล่งน้ำ

(2) บริเวณโรงสูบน้ำ จากการสำรวจพบว่าบริเวณโรงสูบน้ำเป็นบริเวณโล่ง ตั้งอยู่หากจากระบบการผลิตน้ำประปาประมาณ 100 เมตร ใกล้แหล่งน้ำนองอีเจมที่ใช้ในกระบวนการผลิต ไม่มีขยะมูลฝอย หรือน้ำขัง แต่พบหญ้าขึ้นสูงบริเวณโดยรอบโรงสูบน้ำและมีวัชพืชลอยอยู่บนผิวน้ำบริเวณด้านหน้าของ เครื่องสูบน้ำ พบท่อ HDPE ที่ไม่ได้ใช้งานลอยตัวอยู่ใกล้กับบริเวณหัวสูบน้ำ

(3) บริเวณที่มีการตั้งถังขยะ จากการสำรวจพบว่า มีการตั้งถังขยะไว้ที่บริเวณโดยรอบพระบรมฉายาลักษณ์ มีถังขยะขนาดเล็กจำนวน 4 ใบ ตั้งไว้รองรับขยะและมีขยะบางส่วนที่หกล้นออกมาจากถังขยะ

(4) วัชพืชในแหล่งน้ำ จากการสำรวจพบว่า มีผักกระเฉด และพืชน้ำชนิดอื่นๆ ลอยอยู่เหนือผิวน้ำ อย่างหนาแน่น ตรงบริเวณท่งเข้า บริเวณโรงสูบน้ำ บริเวณศูนย์กีฬา และบริเวณประมง

(5) ท่อน้ำที่ปล่อยลงสู่แหล่งน้ำ จากการสำรวจพบว่า มีท่อน้ำที่ปล่อยลงสู่หนองอีเจม 2 จุด คือ ท่อที่อยู่บริเวณทางเข้า พบท่อขนาดใหญ่จำนวน 3 ท่อ และบริเวณประมงที่มีท่อปล่อยน้ำลงสู่หนองอีเจม

ตารางที่1 ผลการวิเคราะห์น้ำดิบที่ใช้ในระบบประปามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

พารามิเตอร์	หน่วย	น้ำดิบ	มาตรฐานคุณภาพน้ำใน แหล่งน้ำผิวดิน (ประเภทที่ 2)[1/]
ความขุ่น	(NTU)	15.89	ธ
ค่าความเป็นกรด – ด่าง		6.45	5 – 9
สี	(Pt-Co)	10.21	ธ
คลอไรด์	(mg/L)	9.14	-
ความกระด้าง	(mg/L)	0	-
ปริมาณของแข็งละลายทั้งหมด	(mg/L)	5.9520	-
ปริมาณของแข็งแขวนลอย	(mg/L)	0.4960	-
ปริมาณของแข็งในน้ำทั้งหมด	(mg/L)	6.4480	-
ปริมาณโคลิฟอร์มแบคทีเรียทั้งหมด	MPN/100 ml	1,100	5,000

หมายเหตุ : [1/] เกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำผิวดิน กรมควบคุมมลพิษ ของแหล่งน้ำผิวดินประเภทที่ 2

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าความขุ่น ค่าความเป็นกรด – ด่าง ปริมาณสี ปริมาณโคลิฟอร์มแบคทีเรียทั้งหมด อยู่ในเกณฑ์กำหนดที่เหมาะสมของเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำในแหล่งน้ำผิวดินของแหล่งน้ำผิวดินประเภทที่ 2 ส่วนคลอไรด์ ความกระด้าง ปริมาณของแข็งละลายทั้งหมด ปริมาณของแข็งแขวนลอย ปริมาณของแข็งในน้ำทั้งหมด มีค่า 9.14, 0, 5.9520, 0.4960 และ 6.4480 ตามลำดับ

2.ด้านการผลิตน้ำประปา

2.1 ด้านบุคลากร

ผลการสัมภาษณ์ผู้ดูแลระบบผลิตน้ำประปา ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป (n = 9)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	9	100.0
อายุ		
Mean = 46.78 SD = 9.82 Maximum = 55 Minimum = 30		
ระดับการศึกษา		
ชั้นประถมศึกษา	2	22.2
ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น	2	22.2
ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย	2	22.2
ปวช./ปวส.	2	22.2
ปริญญาตรี	1	11.1
สถานภาพสมรส		
โสด	2	22.2
สมรส	6	66.7
หม้าย/หย่าร้าง	1	11.1
ปัจจุบันทำหน้าที่		
คนสวน	2	22.2
ช่างซ่อม	1	11.1
ดูแลระบบประปา	4	44.4
พนักงานสุขาภิบาล พนักงานขุดลอกคลอง	2	22.2
ระยะเวลาในการดูแลระบบประปา		
5 วัน/สัปดาห์	4	44.4
7 วัน/สัปดาห์	5	55.6
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นผู้ดูแลระบบประปา (ปี)		
Mean = 17.11 SD = 12.37 Maximum = 39 Minimum = 1		
ท่านเคยได้รับการอบรมด้านการดูแลระบบประปา		
เคย	6	66.7
ไม่เคย	3	33.3

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ดูแลระบบผลิตน้ำประปามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เป็นเพศชาย ร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 46.78 ปี (SD = 9.82) จบระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและระดับปวช./ปวส. ร้อยละ 22.2 ปริญญาตรี ร้อยละ 11.1 สถานภาพสมรส ร้อยละ 66.7 ปัจจุบันทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลระบบประปา ร้อยละ 44.4 ระยะเวลาในการดูแลระบบประปา 7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 55.6 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นผู้ดูแลระบบประปาเฉลี่ย ร้อยละ 17.1 เคยผ่านการอบรมด้านการดูแลประปา ร้อยละ 66.7

ส่วนที่ 2 ข้อมูลขั้นตอนการผลิตน้ำประปา

ขั้นตอนการผลิตน้ำประปาของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแล ระบบผลิตน้ำประปา จำนวน 9 คน พบว่าขั้นตอนในการผลิตน้ำประปามีทั้งหมด 6 ขั้นตอน ได้แก่ การสูบ น้ำดิบเข้าสู่ระบบและการเติมสารเคมี การกวนช้าและการกวนเร็ว การตกตะกอน การกรองด้วยทรายและวิธีการล้างทรายกรอง การฆ่าเชื้อวิธีการเติมคลอรีนและการตรวจคลอรีนอิสระและการจัดการตะกอน

2.2การประเมินโครงสร้างระบบการผลิตและการปฏิบัติงานของผู้ดูแลระบบ

1) การดูและสภาพแวดล้อมของที่ตั้งประปา

พบว่า การดูแลทำความสะอาด กวาดขยะ การถางหญ้า กำจัดวัชพืชและการดูแลทำความสะอาดอาคารผลิตน้ำประปา ส่วนใหญ่ปฏิบัติถูกต้องตามรอบที่กำหนด ร้อยละ 81.6

2) แหล่งน้ำดิบ

พบว่า การกำจัดขยะและเศษวัชพืชในน้ำ การขุดลอกแหล่งน้ำที่ตื้นเขิน การตรวจสอบคุณภาพน้ำดิบก่อนเข้าระบบประปาและตรวจสอบ สังเกตรอยรั่วในแนวท่อส่งน้ำดิบ ส่วนใหญ่ไม่เคยปฏิบัติ ร้อยละ 72.2

3) การดูแลเครื่องสูบน้ำดิบและการควบคุม

พบว่า การตรวจดูโวลท์มิเตอร์และแอมมิเตอร์สังเกตเครื่องสูบน้ำขณะทำงาน ทำความสะอาดตู้ควบคุม เปิดตู้ตรวจความเรียบร้อยไม่ให้สัตว์เข้าไปทำรังและการตรวจสอบสภาพการทำงานของอุปกรณ์ ส่วนใหญ่ไม่เคยปฏิบัติ ร้อยละ 52.8

4) ระบบผลิต

พบว่า การระบายตะกอนในถังตกตะกอน ตักตะกอน ตะไคร่น้ำในถังสร้างตะกอนและถังตกตะกอน การล้างขัดผนังตกตะกอนและระบบสร้างตะกอน การล้างทรายกรอง การตรวจสอบ หน้าทรายกรอง เช่น การแตกแขนง ระดับความหนาของทรายกรอง ตรวจสอบรอยแตกราวของโครงสร้างระบบ การล้างทำความสะอาดถังน้ำใส ตรวจสภาพฝาปิดถังน้ำใส ตรวจสภาพอัตราการจ่ายสารเคมีว่าถูกต้องหรือไม่ การตรวจสภาพเครื่องจ่ายสารเคมี ตรวจวิเคราะห์ปริมาณคลอรีนหลงเหลือในน้ำประปา ตรวจสอบรอยรั่วซึมข้อต่อ ท่อ และอุปกรณ์ต่างๆ ตรวจซ่อมแซมประตูน้ำต่างๆ ของระบบประปา ตรวจสอบซ่อมแซมรอยรั่วของประตูน้ำถังกรอง ส่วนใหญ่ปฏิบัติถูกต้องตามรอบที่กำหนด ร้อยละ 54.8

5) ระบบจ่ายน้ำ

พบว่า การตรวจดูโวลท์มิเตอร์และแอมมิเตอร์สังเกตเครื่องสูบน้ำขณะทำงาน เช่น การสั่นสะเทือน อื่นๆ ตรวจสอบการทำงานของตู้ควบคุมเครื่องสูบน้ำ ตรวจสอบมาตรวัดน้ำประธาน ตรวจสอบสภาพสายล่อฟ้า ล้างทำความสะอาดหอถังสูง ตรวจสอบรอยรั่วซึมของท่อเมนจ่ายน้ำ ระบายตะกอนในท่อเส้นเมนจ่ายน้ำ ตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำประปาก่อนจ่ายออก ส่วนใหญ่ไม่เคยปฏิบัติ ร้อยละ 54.3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับการปฏิบัติงานดูแลระบบผลิตน้ำประปาตามรอบการบำรุงรักษา (n = 9)

ระดับการปฏิบัติงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับปานกลาง	6	66.7
ระดับต่ำ	3	33.3

จากตารางที่ 3 ระดับการปฏิบัติงานดูแลระบบผลิตน้ำประปาตามรอบการบำรุงรักษาในภาพรวม พบว่า การปฏิบัติงานของผู้ดูแลระบบอยู่ในระดับปลานกลาง ร้อยละ 66.7 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 33.3

3. คุณภาพน้ำประปา

ตางรางที่ 4 ผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำทางด้านกายภาพ เคมี ชีวภาพ ของน้ำประปามหาวิทยาลัยอุบลราชธานีเปรียบเทียบตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำประปากรมอนามัย พ.ศ. 2553

จุดเก็บตัวอย่าง	พารามิเตอร์ (มาตรฐาน)						
	Turbidity (ไม่เกิน 5 NTU)	pH (6.8-8.5)	Chlorides (ไม่เกิน 250 mg/l)	Free residual Chlorine (0.2-1.2 มก./ล.)	Total Hardness (500 mg/l)	TDS (1000 mg/l)	Total coliform MPN index/100 ml (ต้องไม่พบ)
1.ถังพักน้ำของระบบประปา	0.52	5.91	4.96	<0.2	0	4.4600	<3
2.อาคารเรียนรวม 5	0.80	6.06	4.93	<0.2	0	4.6260	93
3.คณะวิศวกรรมศาสตร์	1.21	6.25	4.80	<0.2	0	4.2620	7
4.ตึกอธิการบดี	1.44	6.28	5.00	<0.2	0	4.2260	4
5.ตึก CMP	0.55	6.09	4.63	<0.2	0	4.2200	<3
6.ตึก OPD	1.45	6.08	5.03	<0.2	0	4.3240	115
7.คณะรัฐศาสตร์	0.45	6.16	5.10	<0.2	0	4.5160	<3
8.คณะวิทยาศาสตร์	3.43	6.24	5.10	<0.2	0	4.2920	21
9.หอพักนักศึกษา	0.74	6.02	4.90	<0.2	0	4.6240	93
10.หอพักบุคลากร	0.54	6.13	5.23	<0.2	0	4.6260	4

หมายเหตุ เกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำประปากรมอนามัย พ.ศ. 2553

ผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำประปา 10 พารามิเตอร์ ของจุดตรวจวัด 10 จุด พบว่า ค่าความขุ่น ปริมาณค่าคลอไรด์ ปริมาณค่าความกระด้าง ปริมาณของแข็งละลายทั้งหมด ปริมาณของแข็งแขวนลอย ปริมาณของแข็งในน้ำทั้งหมด ปริมาณสี และปริมาณโคลิฟอร์มแบคทีเรียทั้งหมดของถังพักน้ำของระบบประปามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี บริเวณ

ตึกวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข และบริเวณตึกคณะรัฐศาสตร์ อยู่ในเกณฑ์กำหนดที่เหมาะสมของเกณฑ์มาตรฐาน คุณภาพน้ำประปากรมอนามัย พ.ศ. 2553 ในส่วนที่ยังไม่อยู่ในเกณฑ์กำหนดที่เหมาะสม คือ

ค่าความเป็นกรด – ด่าง พบว่ามีค่าอยู่ในช่วง 5.91 – 6.28 ซึ่งน้อยกว่าค่า มาตรฐาน คือ 6.5 – 7.5 โดยน้ำที่มีค่าความเป็นกรด – ด่างน้อยกว่า 7 คือ น้ำที่มีความเป็นกรด ดังนั้นน้ำประปาของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จึงเป็นน้ำที่มีคุณสมบัติเป็นกรดอ่อน อาจส่งผลให้เกิดการกัดกร่อน และการเสื่อมสภาพเร็วขึ้นของท่อจ่ายน้ำประปาหรือวัสดุอุปกรณ์ประเภทโลหะและซีเมนต์ได้หากทิ้งไว้นานๆ นอกจากนี้ยังสามารถทำให้เกิดการระคายเคืองต่อดวงตาของผู้ใช้น้ำได้ ซึ่งการที่ค่าความเป็นกรด – ด่างน้อยกว่ามาตรฐานอาจเป็นผลจากความสกปรกของท่อจ่ายน้ำ หรือท่อจ่ายน้ำมี การชำรุดอาจจะทำให้มีการปนเปื้อนของน้ำฝน ที่มีผลการศึกษาเกี่ยวกับน้ำฝนพบว่าน้ำฝนมีคุณสมบัติเป็นกรดอ่อน ค่าความเป็นกรด-ด่างประมาณ 5.6 หรือเรียกว่าฝนกรด ปะปนไปกับน้ำประปาและส่งผลให้น้ำประปามีค่าความเป็นกรด – ด่างลดลงได้ ดังนั้นจึงควรมีการตรวจสอบระบบจ่ายน้ำ และดำเนินการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง แก้ไข หากเกิดการชำรุดของอุปกรณ์ในระบบจ่ายน้ำ และเส้น ท่อจ่ายน้ำ และควรมีการปรับค่าความเป็นกรด – ด่างให้เหมาะสมและตรวจสอบให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานก่อนจ่ายน้ำให้กับผู้ใช้น้ำ คือ อยู่ในช่วง 6.5 – 8.5 และอีกสาเหตุหนึ่งอาจเกิดจากการที่ระบบประปามหาวิทยาลัยอุบลราชธานีไม่ได้ทำวิเคราะห์การตกตะกอนทางเคมี (Jar Test) ทำให้การเติมสารเคมีที่ช่วยในการตกตะกอนไม่พอเหมาะ เช่น เติมสารส้มมากเกินไป หรือเติมปูนขาวน้อยเกินไป ทำให้คุณภาพน้ำประปามีค่าต่ำกว่ามาตรฐาน จึงต้องมีการปรับปรุงแก้ไขในส่วนนี้โดยควรจะวิเคราะห์การตกตะกอนทางเคมี (Jar Test) ในน้ำดิบก่อนเข้าระบบประปา เพื่อให้การทำงานของระบบประปามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้น้ำประปามีคุณภาพที่ดีตามไปด้วย

ปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือเมื่อทำการทดสอบพบว่ามีค่าน้อยกว่า 0.2 mg/L ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำประปากรมอนามัย พ.ศ. 2553 ซึ่งอาจเกิดจากการเติมปริมาณ คลอรีนของระบบประปามหาวิทยาลัยอุบลราชธานีมีความไม่เพียงพอ หรือมีวิธีการเติมที่ไม่เหมาะสม คือ พบว่าเครื่องเติมคลอรีนชำรุด ไม่สามารถใช้งานได้ จึงใช้วิธีการผสมแล้วปล่อยลงไปตามท่อลงถังน้ำใส อาจทำให้ปริมาณคลอรีนไม่เพียงพอ และการผสมผสานกันระหว่างน้ำและคลอรีนไม่ได้ประสิทธิภาพ จึงส่งผลให้ปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานและไม่เพียงพอต่อ

การฆ่าเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย แสดงให้เห็นว่าการเติมคลอรีนในน้ำประปานั้นไม่เพียงพอตั้งแต่เริ่มต้น แต่ปริมาณที่เหมาะสมของคลอรีนในน้ำก่อนที่จะจ่ายให้กับผู้อุปโภคและบริโภค ควรมีค่าสูงกว่าบริเวณอื่นๆ เพราะคลอรีนในน้ำประปาอาจมีการระเหยออกไปตามท่อจ่ายน้ำประปา ดังนั้นจึงควรมีการคำนวณหาค่าที่เหมาะสม และมีการทดสอบหาค่าคลอรีนอิสระคงเหลือเป็นประจำทุกวัน โดยใช้ชุดทดสอบคลอรีนอิสระคงเหลือ Test Kits (อ.31) เป็นชุดทดสอบภาคสนามที่ง่าย และรวดเร็วในการวิเคราะห์ หากค่าคลอรีนอิสระคงเหลือไม่เพียงพอจะส่งผลให้การฆ่าเชื้อโรคในน้ำประปาไม่ได้ประสิทธิภาพ ซึ่งเมื่อมีเชื้อโรคปนเปื้อนในน้ำประปาเกินมาตรฐานกำหนด อาจส่งผลต่อสุขภาพของผู้อุปโภคและบริโภคได้

ปริมาณโคลิฟอร์มแบคทีเรียทั้งหมด จากผลการทดลองยังพบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียทั้งหมดในน้ำประปา 7 จุด คือ บริเวณอาคารเรียนรวม 5 บริเวณตึกคณะวิศวกรรมศาสตร์ บริเวณตึกอธิการบดี บริเวณตึก OPD บริเวณตึกคณะวิทยาศาสตร์ บริเวณหอพักนักศึกษา และบริเวณหอพักบุคลากร ซึ่งอาจเกิดจากการเติมคลอรีนในระบบฆ่าเชื้อโรคไม่เพียงพอ ซึ่งอาจจะมีความเกี่ยวข้องกับการตรวจวิเคราะห์หาปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือ ที่มีปริมาณไม่เพียงพอต่อการฆ่าเชื้อโรคในน้ำประปาตั้งแต่ก่อนจ่ายน้ำผ่านท่อจ่ายน้ำประปา ซึ่งหากมีการปนเปื้อนของโคลิ

ฟอร์มแบคทีเรีย จะมีความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนหรือแพร่กระจายของเชื้อโรคในระบบทางเดินอาหาร ในแหล่งน้ำ เช่น โรคอหิวาต์ บิด ไทฟอยด์ หรืออุจจาระร่วง เป็นต้น (สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 6, 2556) ดังนั้นจึงควรมีการจัดการระบบฆ่าเชื้อโรคให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสม ดังกล่าวข้างต้น ในกรณีที่ผู้ใช้น้ำนำน้ำมาใช้เพื่อการบริโภค ควรมีการฆ่าเชื้อโรคโดยวิธีการต้ม เพื่อเป็นการลดผลกระทบที่เกิดจากเชื้อโรคต่อร่างกายได้

แนวทางการพัฒนามาตรฐานกระบวนการผลิตน้ำประปามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

จากผลการศึกษาพบว่าคุณภาพน้ำประปายังไม่ผ่านเกณฑ์บางพารามิเตอร์ และพบปัญหาด้านการปฏิบัติงานของบุคลากร จึงควรดำเนินการดังนี้

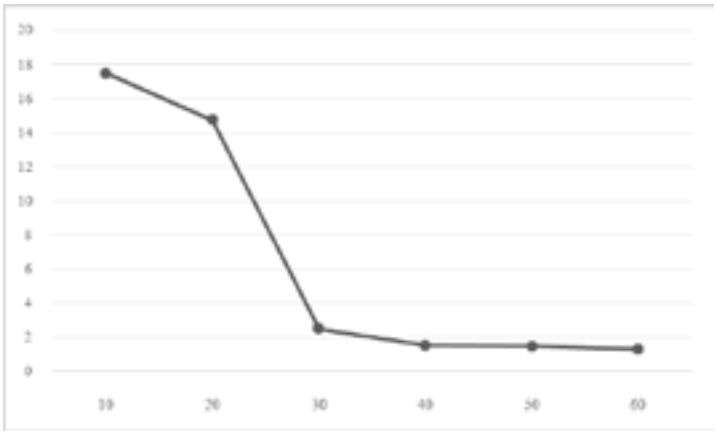
1. กองบริหารกายภาพและสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีควรมีการจัดอบรบพนักงานในระบบประปา โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านประปามาจัดอบรมในเรื่องการดูแลรักษาระบบการผลิตน้ำประปา และควรมีการจัดทำคู่มือในการปฏิบัติงานสำหรับผู้ดูแลระบบการผลิตน้ำประปา เพื่อให้สามารถตรวจสอบสภาพของอุปกรณ์ต่างๆ รักษาสภาพแวดล้อมภายในระบบประปา สามารถติดตามตรวจสอบคุณภาพน้ำประจำวัน หรือประจำสัปดาห์ได้ เพื่อลดปัญหาที่เกิดขึ้น

2. จากผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำประปายังพบปัญหามีค่าพารามิเตอร์ที่ไม่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำประปา กรมอนามัย พ.ศ. 2553 ดังนั้นควรมีการจัดการที่เหมาะสม โดยมีการปรับค่าความเป็นกรด – ด่างให้ให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน มีการคำนวณหาค่าคลอรีนที่เติมในน้ำประปาและ ทดสอบหาปริมาณคลอรีนอิสระทุกวันโดยใช้โดยใช้ชุดทดสอบคลอรีนอิสระคงเหลือ Test Kits (อ.31) เพื่อทราบความเข้มข้นให้สามารถฆ่าเชื้อโรคในน้ำประปาก่อนจ่ายน้ำให้กับผู้อุปโภคและบริโภค และควรวิเคราะห์คุณภาพน้ำดิบในด้านการตกตะกอนทางเคมี (Jar Test) ด้วย เพราะจะทำให้รู้ปริมาณสารส้ม และค่าความเป็นกรด – ด่างที่เหมาะสมในการตกตะกอนของน้ำดิบ ทำให้ระบบประปาทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และลดการสิ้นเปลืองในการใช้สารเคมีอีกด้วย อีกทั้งควรมีการติดตั้งตู้รับความคิดเห็นบริเวณตึก อาคารเรียนต่างๆ เพื่อจะได้ทราบปัญหาและข้อเสนอแนะต่างๆ จากผู้ใช้น้ำโดยตรง

ตารางที่ 5 ปริมาณสารส้มที่เหมาะสมในการตกตะกอนทางเคมี (Jar Test) ของน้ำดิบที่ใช้ในระบบประปามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

พารามิเตอร์	ก่อนทำ Jar Test	การทดลอง Jar Test ครั้งที่ 1					
		ปริมาณสารส้มที่ใช้ในการทำ Jar Test					
		10 ml	20 ml	30 ml	40 ml	50 ml	60 ml
pH	6.45	6.34	6.28	5.92	5.28	4.60	4.24
ความขุ่น	18.89	17.50	14.75	2.50	1.54	1.46	1.30
อุณหภูมิ	25 °C	25 °C	25 °C	25 °C	25 °C	25 °C	25 °C

จากตารางที่ 4 – 3 พบว่าค่า pH ของการทดลอง Jar Test ครั้งที่ 1 ทั้ง 6 ตัวอย่าง อยู่ระหว่าง 4.24 – 6.34 และความขุ่นสูงสุด คือ 17.50 NTU โดยใช้สารส้มไป 10 ml ต่ำสุด คือ 1.30 NTU โดยใช้ สารส้มไป 60 ml ซึ่งมีแนวโน้มของค่าความขุ่นลดลงตามปริมาณสารส้มที่ใช้

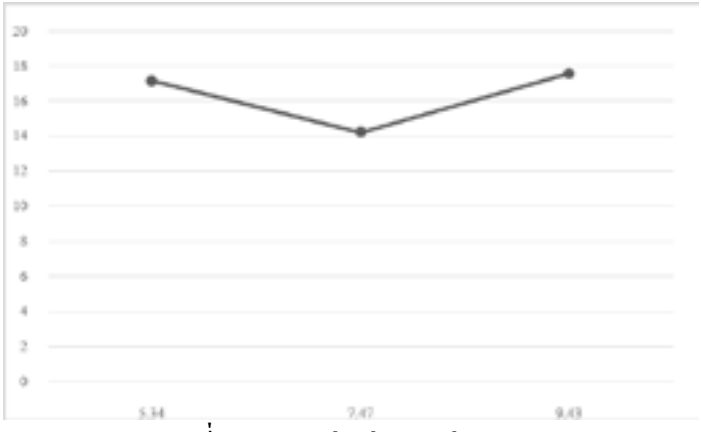


ภาพที่1กราฟระหว่างค่าความขุ่นกับปริมาณสารส้มที่เหมาะสม

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ค่า pH ที่เหมาะสมในการตกตะกอนทางเคมี (Jar Test) ของน้ำดิบที่ใช้ในระบบประปามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

พารามิเตอร์	ก่อนทำ Jar Test	การทดลอง Jar Test ครั้งที่ 2		
		pH 5.34	pH 7.47	pH 9.43
ความขุ่น	18.89	17.14	14.23	17.57
อุณหภูมิ	25 °C	25 °C	25 °C	25 °C

จากตารางที่ 6 พบว่าการทดลอง Jar Test ครั้งที่ 2 ค่า pH 5.34 มีความขุ่น 17.14 NTU ค่า pH 7.47 มีความขุ่น 14.23 NTU และค่า pH 9.43 มีความขุ่น 17.57 NTU ดังนั้นควรปรับ pH ของน้ำให้อยู่ช่วง 7.47



ภาพที่2กราฟระหว่างค่าความขุ่น กับ pH

การไปใช้ประโยชน์

1. เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่กองบริการกายภาพและสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีได้นำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนในการพัฒนาและปรับปรุงระบบการผลิตน้ำประปา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. กองบริหารกายภาพและสิ่งแวดล้อมมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีควรดำเนินการ ปรับปรุง แก้ไข ซ่อมแซม เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ ที่ไม่พร้อมใช้งาน เช่น เครื่องจ่ายคลอรีนที่ชำรุด บ่อกรองที่ชำรุด ให้สามารถใช้งานได้ และควรมีการจัดทำตารางการตรวจสอบการชำรุดของท่อและอุปกรณ์ประปา ติดตั้งไว้ตามสถานที่ตั้งอุปกรณ์ประปา เพื่อให้ง่ายต่อการตรวจสอบ และทำให้เกิดการตรวจสอบที่เป็นระบบมากยิ่งขึ้น

ข้อสเนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาคุณภาพน้ำในแหล่งน้ำผิวดินที่ใช้ในระบบประปามหาวิทยาลัยอุบลราชธานีให้ครบ 3 ฤดู ตลอดทั้งปี เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพน้ำ และจะทำให้ทราบปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำงานของระบบการผลิตน้ำประปาที่มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การดำเนินโครงการวิจัย ได้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานในมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ขอขอบพระคุณวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุขที่ให้ทุนสนันสนุนในการทำวิจัย ตลอดจนอำนวยความสะดวกในด้านเอกสารและห้องปฏิบัติการในการดำเนินงานวิจัย ขอขอบคุณสำนักบริหารกายภาพและสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีที่ให้ความกรุณาในการสำรวจและเก็บตัวอย่าง

เอกสารอ้างอิง

1.ธนาวัฒน์ รักกมลและ**คณะ. การประเมินประสิทธิภาพและคุณภาพน้ำของระบบผลิตน้ำประปาหมู่บ้านกรณีศึกษาบ้านอ้ำลาตำบลลานข่อย อำเภอป่าพะยอมจังหวัดพัทลุง.** พัทลุง: มหาวิทยาลัยทักษิณวิทยาเขตพัทลุง; **2552.**

2.นันทชัย ทองคุณ. **การจัดการระบบประปาของเทศบาลตำบลตาลสุมอำเภอตาลสุมจังหวัดอุบลราชธานี**. [รายงานการศึกษาอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการปกครองท้องถิ่นวิทยาลัยปกครองท้องถิ่น]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; **2553.**

3.นฤมล ประภาสมุทร. **การดูแลระบบผลิตและคุณภาพน้ำประปาของระบบประปาหมู่บ้านแบบผิวดินในเขตจังหวัดขอนแก่น**[วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549

4.บุษยา พลชาลี. **ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบการผลิตน้ำประปา ของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี**. [ปัญหาพิเศษหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต].อุบลราชธานี:มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; **2558**

5.พชรภร แก้วสาราญ. **การประเมินผลคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านตำบลไทยสามัคคีอำเภอวังน้ำเขียวจังหวัดนครราชสีมา**[วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาลัยเกษตรศาสตร์; **2552**

6.วรินทร มะโนวร. **การประเมินการปฏิบัติงานของผู้ดูแลระบบประปาหมู่บ้านและคุณภาพน้ำประปา ตำบลสาวะถี จังหวัดขอนแก่น** [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; **2554.**

ประสิทธิภาพของกลวิธีในการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

The Effectiveness of Strategy for Driving the Policy of Improvement of Health Service System for Rational Drug Use

ชุติเดช ตาบ-องครักษ์[1]

Chutidej Tab-ongkharak[1]

(Received: February 6 ,2020 ; Accepted: March 11 ,2020)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิผลวิธีการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ศึกษาผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดและชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มบทบาทของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาในการเป็นองค์กรที่สามารถดำเนินการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลขั้นที่ 3 เป็นการวิจัยเอกสาร ค้นคว้าจากบันทึกและรายงานการประชุมของคณะกรรมการดำเนินงานเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของหน่วยงานภายในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา รายงานสถิติข้อมูล เอกสารสรุปผลการสัมมนาหรือการประชุมทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง เอกสารการประเมินตนเอง (ปีงบประมาณ 2560-2563) ระเบียบปฏิบัติ นโยบาย รวมทั้งบทความ รายงานวิจัย และสิ่งตีพิมพ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาร่องรอยหลักฐานต่างๆ ของการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมดใช้วิธีวิเคราะห์เชิงพรรณนา นำข้อมูลมาจัดเรียงตามลำดับเวลามุ่งศึกษาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์การดำเนินงานที่เกิดขึ้น ผลการวิจัยพบว่าการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดที่เข้มแข็ง ส่งผลให้ในเดือนมีนาคม ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาสามารถขับเคลื่อนให้มีการดำเนินโครงการ RDU ผ่านเป็น RDU ขั้นที่ 2 และโครงการ AMR มีผลการประเมินตนเองผ่านแบบประเมินการจัดการ เชื้อดื้อยาผ่านระดับขั้นสูง มีอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลงร้อยละ 9.71 บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และพบว่าโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไม่ใช่สิ่งใหม่สำหรับบุคลากรโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขถือเป็นโอกาสที่จะช่วยเสริมงานประจำที่ทำอยู่ ทั้งในเชิงนโยบายรูปแบบและแนวทางในการทำงานอย่างเป็นรูปธรรม ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการวิจัยครั้งนี้เกิดจากการความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดที่มีการกำหนดบทบาท หน้าที่และเป้าประสงค์ในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน มีตัวแทนจากหลากหลายสาขาวิชาชีพ มีสมรรถนะที่เหมาะสมกับหน้าที่ มีการกำหนดมาตรการที่ใช้ในการขับเคลื่อนเป็นรูปธรรม มีการศึกษาสนับสนุนให้เห็นว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ และมีการนำข้อมูลสารสนเทศมาวิเคราะห์เชิงลึก สะท้อนให้เห็นผลการดำเนินงานแยกรายหน่วยงาน เพื่อชี้เป้าพื้นที่ที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้บรรลุเป้าหมาย สะท้อนข้อมูลย้อนกลับไปยังผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งการสร้างความตระหนักรู้ต่อการใช้ยาอย่าง สมเหตุผลในบุคลากรทางการแพทย์ให้เห็นถึงความสำคัญของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาในการก้าวสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลขั้นที่ 3 คือต้องส่งเสริมธรรมชาติความเข้มแข็งของทีมงานที่เป็นอยู่ รวมทั้งต้องเข้าใจถึงจุดอ่อน สิ่งคุกคามต่อการพัฒนา แสวงหาโอกาสและแรงผลักจากภายนอกมาเป็นประโยชน์ต่อความยั่งยืนของการพัฒนาต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ : การใช้ยาอย่างสมเหตุผลของหน่วยงานภายในโรงพยาบาล

---

[1] โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

Abstract

The aims of this research were to analyze the effectiveness of the strategy for driving the policy of improving the health service system for rational drug use (RDU), to study the outcomes of the implementation according to the indicators and to elucidate the role tendency of Maharat Nakhon Ratchasima Hospital (MNRH) for being the organization that was able to promote the RDU stage 3. It was a documentary research based on the records and reports from the meetings of the board of operation for RDU in any section of MNRH, the statistics, the conclusions from the seminars or the related academic meetings, the self-assessments (in fiscal year 2560-2563), the regulations, policies, articles, researches and related literatures, searching for the evidences of all related operations. It was the descriptive analysis. All data were allocated according to the timeline for studying the facts relating to the situations and phenomena happening during the operations. The results of research showed that to drive the policy of improvement of the health service system for RDU via the firm "Pharmacy and Therapeutics Committee (PTC)" could mainly achieve success, viz., in March of fiscal year 2563, MNRH could implement and drive the RDU to RDU project stage 2, and the Antimicrobial Resistance (AMR) project could achieve the advanced level of self-assessment for combating the drug resistant organisms. The rate of antimicrobial resistance bacteremia was found decreased 9.71% that accessed the goal. And the promotion of RDU project was not the new thing for the personnel of MNRH. On the contrary, in combination with the policy from the ministry of public health it was considered an opportunity for enhancing the current routine jobs in the aspects of the policy, form and guideline concretely. Factors contributing the success in this research was the strengthening of the PTC that clearly assigned the role, duty and purpose of performance. The PTC consisted of multidisciplinary delegates of which capacity was appropriate of each related subcommittee for duty and had concrete assignments of driving measures. The measures selected needed to have studies support. And the information was deeply analyzed to reflex the outcomes of the operations of each unit and to find some areas where the goals were not achieved. All these data would be used to reflex the persons concerned and continuously raised awareness of medical personnel how important the RDU was. Hence the important roles of MNRH for becoming the hospital of promoting the RDU stage 3 were to reinforce the firm nature of the current team, to understand the disadvantages and the factors threatening the development and to seek opportunities and external cooperation for the use of sustainability of the development in the future.

Keyword: The strategy for driving the policy of improving the health service system for rational drug use (RDU),

บทนำ

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของ "การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use; RDU)" คือ ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด[1] รายงานระบบยาของประเทศไทย พ.ศ. 2545 สะท้อนว่ามีการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม ทั้งในระดับสถานพยาบาล และระดับชุมชน ปัญหาที่พบมากในระดับสถานพยาบาล ได้แก่ การใช้ยาไม่สอดคล้องตามข้อบ่งใช้ ไม่ปรับขนาดยาในผู้ป่วยโรคไต และการใช้ยาต้านจุลชีพไม่สมเหตุผล[2] ภายใต้นโยบายแห่งชาติทางด้านยา พ.ศ. 2524 ซึ่งเป็นนโยบายฉบับแรก เริ่มมีการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ และการมุ่งเน้นเรื่องการเข้าถึงยา มีการกำหนดให้ลดจำนวนยาที่สูญเสียโดยเปล่าประโยชน์แต่ไม่มีมาตรการอื่นที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการ

ใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่ชัดเจน[3] ต่อมานโยบายแห่งชาติด้านยา ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2536 กำหนดให้เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นหนึ่งในสาระสำคัญ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการของนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลแต่ขาดการนำแผนปฏิบัติการดังกล่าวไปปฏิบัติ หลังจากนั้น ได้ว่างเว้นการจัดทำนโยบายแห่งชาติด้านยาไปเป็นเวลานานกว่า 10 ปี จึงมีการประกาศใช้นโยบายแห่งชาติด้านยา ฉบับที่ 3 ในปี พ.ศ. 2554 ได้บรรจุให้ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นยุทธศาสตร์ด้านที่ 2 ของยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559[4] ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการใช้ยาของแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชน ให้เป็นไปอย่างสมเหตุผล ถูกต้อง และคุ้มค่า โดยได้กำหนดยุทธศาสตร์ย่อย 7 ประการ ได้แก่ 1) การพัฒนาระบบกลไกการกำกับดูแล เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 2) การพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนสุขภาพ 3) การพัฒนากลไกและเครื่องมือ เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 4) การสร้างความเข้มแข็งภาคประชาชนด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 5) การส่งเสริมการผลิตและประกันคุณภาพยาชื่อสามัญ 6) การพัฒนาระบบและกลไกป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาต้านจุลชีพและการดื้อยาของเชื้อก่อโรค 7) การส่งเสริมจริยธรรมผู้สั่งใช้ยา และยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHOSNET) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงมีการดำเนินโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital;RDU) ขึ้น เพื่อให้เกิดการดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมและสร้างระบบในการบริหารจัดการด้านยาให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ภายใต้กุญแจสำคัญ 6 ประการ (PLEASE) คือ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (P) ฉลากยาและข้อมูลยาสู่ประชาชน (L) เครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล (E) ซึ่งเป็นแนวทางการสั่งใช้ยาในโรคเรื้อรังและโรคติดเชื้อรวมถึงคำแนะนำในการคัดเลือกยาเข้าโรงพยาบาล ความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย (A) การดูแลความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ (S) และจริยธรรมในการสั่งใช้ยา (E)[5]

ในปีงบประมาณ 2559 กระทรวงสาธารณสุขเล็งเห็นความสำคัญของการคุ้มครองให้ประชาชนได้รับการรักษาด้วยยาอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และลดความสิ้นเปลืองทางเศรษฐกิจ จึงกำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่ 15[6,7] ให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามกิจกรรมบริการ ดังนี้ 1) การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) 2) การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) ดำเนินการเฉพาะโรงพยาบาลระดับ A, S และ M1 3) การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบใน 2 โรค (รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ) ภายใต้การกำกับ ติดตามตัวชี้วัด ระดับโรงพยาบาลจำนวน 18 ตัวชี้วัดและระดับ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 2 ตัวชี้วัด และการจัดการการดื้อยา 1 ตัวชี้วัด

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีการดำเนินการโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและโครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างเป็นรูปธรรมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 โดยในปีงบประมาณ 2561 มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 และมีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ จนกระทั่งในปีงบประมาณ 2563 สามารถผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 2 และมีผลการดำเนินการการจัดการเชื้อดื้อยาระดับ 4 (ขั้นสูง) บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด จึงเป็นความท้าทายว่าจะทำอย่างไรให้การดำเนินการสามารถบรรลุผลสำเร็จอย่างยั่งยืนและสามารถขับเคลื่อนสู่การพัฒนาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลขั้นที่ 3 ต่อไปการวิเคราะห์บทเรียนของการดำเนินการที่ผ่านมาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการขับเคลื่อนองค์กรต่อไปในอนาคต การศึกษาครั้งนี้มี

วัตถุประสงค์ 1) เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิผลวิธีการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 2) เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด 3) เพื่อชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มบทบาทของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาในการเป็นองค์กรที่สามารถดำเนินการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลขั้นที่ 3

ขั้นตอนและวิธีดำเนินการ

การศึกษาประสิทธิผลวิธีการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่าง สมเหตุผลและการแสดงถึงแนวโน้มบทบาทของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาในการเป็นองค์กรที่สามารถดำเนินการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลขั้นที่ 3 เป็นการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) โดยเอกสารที่ใช้ในการค้นคว้าได้แก่ บันทึกและรายงานการประชุมของคณะกรรมการดำเนินงานเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของหน่วยงานภายในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา รายงานสถิติข้อมูล เอกสารสรุปผลการสัมมนาหรือการประชุมทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง เอกสารการประเมินตนเอง (ปีงบประมาณ 2560-2563) ระเบียบปฏิบัติ นโยบาย รวมทั้งบทความ รายงานวิจัย และสิ่งตีพิมพ์ที่เกี่ยวข้องเพื่อหาร่องรอยหลักฐานต่าง ๆ ของการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งหมดใช้วิธีวิเคราะห์เชิงพรรณนา (descriptive analysis) โดยการนำข้อมูลมาจัดเรียงตามลำดับเวลามุ่งศึกษาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์การดำเนินงานที่เกิดขึ้นเพื่อจะได้ทราบว่าเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์การดำเนินงานที่ผ่านมามีลักษณะและสภาพทางปรากฏการณ์รวมทั้งการเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนแปลงของปรากฏการณ์ภายในหน่วยงานเป็นอย่างไร กำหนดกรอบการวิเคราะห์ตามเกณฑ์ของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

การประเมินความสำเร็จของโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ทำโดยตรวจสอบตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน 20 ตัว ตามคู่มือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผลการดำเนินงานกำหนดให้ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดตามเงื่อนไข แบ่งระดับการประเมินเป็น 3 ระดับ คือ RDU ขั้นที่ 1, 2 และ 3 และติดตามข้อมูลปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานในผู้ป่วยนอก (Defined Daily Dose;DDD) ต่อ 1,000 ครั้งผู้ป่วยมารับบริการต่อวันและมูลค่ายาในหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา รวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูล HOM C ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 มีนาคม 2563 โดยการพัฒนาโปรแกรมหรือชุดคำสั่งในการประมวลผลขึ้นมาเองของทีมดำเนินการจากสูตรการคำนวณตัวชี้วัด ตามคู่มือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล สำหรับประเด็นการประเมินความสำเร็จของโครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพ ทำโดยการประเมินตนเองผ่านแบบประเมินการจัดการเชื้อดื้อยา แบ่งระดับการประเมินเป็น 4 ระดับ คือ ระดับ 1 (ขั้นไม่เพียงพอ) ระดับ 2 (ขั้นพื้นฐาน) ระดับ 3 (ขั้นปานกลาง) และระดับ 4 (ขั้นสูง) อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด และติดตามปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดในโรงพยาบาล (DDD) ต่อ 100 วันนอน และมูลค่ายาขณะผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ทั้งนี้ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด 20 ตัวชี้วัด จะถูกเปรียบเทียบกับเป้าหมายของแต่ละตัวชี้วัดตามคู่มือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลกำหนดไว้

ผลการวิจัย

กลวิธีการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

การดำเนินงาน RDU และ AMR ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutic

Committee, PTC)[8] คณะกรรมการชุดนี้มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์เป็นรองประธาน หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมเป็นเลขานุการ และมีประธานองค์กรแพทย์ หัวหน้ากลุ่มงาน ประธานคณะอนุกรรมการย่อย และเภสัชกรร่วมเป็นคณะกรรมการ มีบทบาทหน้าที่กำหนดและทบทวนนโยบายด้านยาและการสั่งใช้ยา กำหนดมาตรการบริหารเวชภัณฑ์ ตั้งแต่การจัดซื้อจัดหายา การบริหารคลังยา การสร้างความเชื่อมั่นในคุณภาพยา จัดทำและปรับปรุงบัญชียาที่เป็นปัจจุบันและพิจารณาคัดเลือกยาโดยพิจารณาถึงความจำเป็นในการใช้ยา ประสิทธิผล ความปลอดภัย มาตรฐานผลิตภัณฑ์ ราคาและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข กำหนดและรับรองแนวเวชปฏิบัติที่เป็นแนวทางในการสั่งจ่ายยาสำหรับผู้สั่งใช้ยา กำหนดนโยบายและกำกับดูแลให้มีการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยเฉพาะยาต้านจุลชีพและยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง จัดให้มีระบบการจัดการด้านยาเพื่อความปลอดภัยและกำกับติดตาม กำหนดมาตรการ พัฒนาระบบและกำกับติดตามเพื่อลดอิทธิพลของการส่งเสริมการขาย กำกับติดตามการสั่งใช้ยาและให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้สั่งใช้ยาเมื่อพบปัญหาในการใช้ยา รวมทั้งการฝึกอบรบบุคลากรให้เกิดความตระหนักรู้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากการใช้ยา กำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด แผนการขับเคลื่อนมาตรการต่างๆสู่การปฏิบัติ กำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ประเมินผลความก้าวหน้าในการดำเนินการเปรียบเทียบกับเป้าหมายและผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลระดับ A ขนาด 1000 เตียงขึ้นไป และให้ข้อมูลย้อนกลับแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยมีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการย่อยจำนวน 6 คณะ[9,10] ในปี 2562 ดังนี้ 1) คณะอนุกรรมการพิจารณายา 2) คณะอนุกรรมการกลั่นกรองและตรวจสอบเวชภัณฑ์ด้านยา 3) คณะอนุกรรมการส่งเสริมและกำกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 4) คณะอนุกรรมการการจัดการเชื้อดื้อยา 5) คณะอนุกรรมการความปลอดภัยด้านยา 6) คณะอนุกรรมการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา เพื่อช่วยขับเคลื่อน กำกับติดตามงานในแต่ละด้านโดยตรงและให้รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการ PTC โดยในปีงบประมาณ 2562-2563 กำหนดเป้าหมายการขับเคลื่อนการดำเนินงาน RDU และ AMR ให้ผ่าน RDU ขั้นที่ 2 อย่างต่อเนื่องในทุกไตรมาส การดำเนินงานการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการผ่านระดับขั้นสูงและมีอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลงร้อยละ 7.5 เมื่อเปรียบเทียบกับปีปฏิทิน 2561 เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย จึงกำหนดมาตรการดำเนินงานRDU[5,6] ดังนี้ 1) การกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณายาเข้าใหม่ 2) การคัดเลือกจัดหายาสามัญที่มีคุณภาพมาใช้ทดแทนยาต้นแบบ 3) การทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติในกลุ่มโรคที่พบบ่อย 4) การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อสนับสนุนให้เกิดการการสั่งใช้ยาอย่างเหมาะสม 5) การนำข้อมูลสารสนเทศมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและสะท้อนกลับข้อมูลไปยังผู้เกี่ยวข้อง 6) การปรับรูปแบบการอบรมปฐมนิเทศเป็นแบบมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ฟัง (Interactive education meeting) และมีการประเมินผลภายหลังการอบรม และกำหนดมาตรการดำเนินงาน AMR[7,11] ดังนี้ 1) การเฝ้าระวังและวินิจฉัยเชื้อและเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพทางห้องปฏิบัติการ ให้ทำการทบทวนระบบการรายงานแบบแผนความไวต่อยาต้านจุลชีพแบบเป็นลำดับขั้นพัฒนาระบบ Lab alert ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบทันที เมื่อพบเชื้อดื้อยาสำคัญที่เป็นปัญหาของโรงพยาบาล และสนับสนุนให้มีการทดสอบความไวต่อยาด้วยเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติ 2) การส่งเสริมและกำกับการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในโรงพยาบาล ให้ลดการใช้ยาต้านจุลชีพโดยไม่จำเป็นใน 4 กลุ่มโรค คือ โรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ และการป้องกันการติดเชื้อในสตรีคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด ให้ขออนุมัติการใช้ยาต้านจุลชีพในยาที่จำกัดการใช้ (Pre Authorization) จำนวน 4 รายการปรับรูปแบบการติดตามกำกับและประเมินการใช้ยาต้านจุลชีพที่ออกฤทธิ์กว้างจำนวน 9 รายการในหอผู้ป่วยอายุรกรรมเป็น prospective audit and feedback ให้มีการติดตามปริมาณ (DDD) และมูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพ ทุก 6 เดือน 3) การเฝ้าระวัง

ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล รณรงค์เรื่องการล้างมือ กำหนดเป็นตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานและให้ทำเป็น Continuous Quality Improvement (CQI) ในทุกหอผู้ป่วย การกำกับติดตามการปฏิบัติตาม Infection Prevention Control (IPC) guideline ให้การสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้ออุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ (PPE) และอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่ต้องใช้ประจำเตียง เช่น หูฟัง เครื่องวัดความดันโลหิตอย่างเพียงพอและสนับสนุนเภสัชกรเข้ารับการฝึกอบรมเฉพาะทางระยะสั้น 4 เดือน สาขาโรคติดเชื้อและยาต้านจุลชีพ และนักเทคนิคการแพทย์ สาขาจุลชีววิทยาคลินิก แขนงวิชาแบคทีเรียดื้อยา เพื่อร่วมงานกับแพทย์เฉพาะทางด้านโรคติดเชื้อในการดำเนินงาน AMR ซึ่งในปีงบประมาณ 2562 และ 2563 ที่ผ่านมาคณะกรรมการ PTC มีการประชุมจำนวน 3 และ 2 ครั้งตามลำดับ[12-16]

ผลลัพธ์ของการกำกับติดตามการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ในปีงบประมาณ 2562 มีผลการดำเนินงานผ่าน RDU ขั้นที่ 1 เนื่องจากตัวชี้วัดที่ 6 และ 8 มีผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และผ่านเป็น RDU ขั้นที่ 2 ในเดือนมีนาคม ปีงบประมาณ 2563 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแสดงดังตารางที่ 1 มีปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานในผู้ป่วยนอก (DDD) ต่อ 1,000 ครั้งผู้ป่วยมารับบริการต่อวัน และมูลค่ายาในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีแนวโน้มลดลงแสดงดังแผนภูมิที่ 1 และปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานในผู้ป่วยนอก (DDD) ต่อ 1,000 ครั้งผู้ป่วยมารับบริการต่อวัน และมูลค่ายาในหน่วยบริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล ที่ยังคงมีปริมาณไม่แตกต่างจากเดิมและมูลค่าการใช้ยามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แสดงดังแผนภูมิที่ 2

ในปีงบประมาณ 2562 และในเดือนมีนาคม 2563 มีผลการประเมินตนเองผ่านแบบประเมินการจัดการเชื้อดื้อยาผ่านระดับ 4 (ขั้นสูง) แสดงดังตารางที่ 2 และในปีปฏิทิน 2562 มีอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด29.67 เมื่อเทียบกับปีปฏิทิน 2561 ที่มีอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด 32.86 พบว่าอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลงร้อยละ 9.71 แสดงดังแผนภูมิที่ 3 ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดในผู้ป่วยใน (DDD) ต่อ 100 วันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลงแสดงดังแผนภูมิที่ 4

แนวโน้มบทบาทของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาในการเป็นองค์กรที่สามารถดำเนินการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลขั้นที่ 3

ด้วยวิสัยทัศน์และพันธกิจของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้ผลักดันให้โรงพยาบาลต้องดำเนินการรองรับนโยบายของกระทรวงในระดับของความเป็นผู้นำ การวิเคราะห์บริบทการดำเนินงานและผลการดำเนินงาน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน แสดงให้เห็นว่ามาตรการและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสั่งใช้และจ่ายยาซึ่งโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาได้ดำเนินการอยู่ก่อนหน้าที่จะเข้าร่วมโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมีความเข้มแข็งอยู่เป็นพื้นฐาน โดยพบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีความตระหนัก เห็นความสำคัญของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล[17-20] นอกจากนี้โรงพยาบาลยังมีการกำกับดูแลระบบการจัดการด้านยาให้มีความปลอดภัย มีการกำหนดนโยบายและและระเบียบปฏิบัติต่างๆเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ นำลงสู่การปฏิบัติ อาทิเช่น ระเบียบเพื่อป้องกันการสั่งใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหา การสั่งยาเสี่ยงสูงที่ต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง[21-25] ดังนั้นโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไม่ใช่สิ่งใหม่สำหรับบุคลากรโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา แต่ถือเป็นโอกาสและแรงผลักจากภายนอกที่จะช่วยเสริมงานประจำที่ทำอยู่ทั้งในเชิงนโยบาย รูปแบบและแนวทางในการทำงานอย่างเป็นรูปธรรม สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมานับว่ามีความครบถ้วน ดังจะเห็นได้จาก หลักฐานเชิงประจักษ์ในความครบถ้วนของวิชาชีพในคณะกรรมการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ความเป็นนักวิชาชีพ ความชัดเจนของบทบาทหน้าที่ของงานที่ได้รับมอบหมาย จากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ซึ่งมีอย่างต่อเนื่องของ

บุคลากรภายในโรงพยาบาลแสดงถึงความสนใจส่วนบุคคลในการสั่งสมความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในวิชาชีพ[26-39] แผนการศึกษาต่อเนื่องทั้งระยะสั้นและระยะยาว[40-41] แสดงให้เห็นถึงการสนับสนุนให้โอกาสในการพัฒนาต่อยอดความเชี่ยวชาญ อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลจำเป็นต้องมีผู้นำที่มีคุณสมบัติเป็น “มืออาชีพ” ซึ่งต้องมีรูปแบบการทำงานโดยอาศัยข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์ รวดเร็วและทันเวลา การเปิดช่องทางรับข้อมูลจากทีมงานเพื่อสามารถดำเนินงานได้อย่างรวดเร็วซึ่งนับเป็นความท้าทายขององค์กร ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาในการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลขั้นที่ 3 อาจกล่าวได้ว่าต้องส่งเสริมธรรมชาติความเข้มแข็งของทีมงานที่เป็นอยู่ รวมทั้งต้องเข้าใจถึงจุดอ่อน สิ่งคุกคามต่อการพัฒนาโอกาสและแรงผลักจากภายนอก มาเป็นประโยชน์ต่อความยั่งยืนของการพัฒนาต่อไปในอนาคต

สรุปและอภิปรายผล

ในเดือนมีนาคม ปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา สามารถขับเคลื่อนให้มีการดำเนินโครงการ RDU ผ่านเป็น RDU ขั้นที่ 2 (เป้าหมายRDU ขั้นที่ 2) ขณะที่โรงพยาบาลระดับ A ขนาด 1000 เตียงขึ้นไป ได้แก่ ร.พ. สรรพสิทธิประสงค์ ร.พ. ขอนแก่น ร.พ. พุทธชินราช และ ร.พ. อุดรธานี ยังคงผ่านเป็น RDU ขั้นที่ 1 และโครงการ AMR มีผลประเมินตนเองผ่านแบบประเมินการจัดการเชื้อดื้อยา ผ่านระดับขั้นสูง (เป้าหมาย ระดับขั้นสูง) และในปีปฏิทิน 2562 มีอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด 29.67 ซึ่งน้อยที่สุดเมื่อเทียบเคียงกับโรงพยาบาลระดับ A ขนาด 1000 เตียงขึ้นไป ได้แก่ ร.พ. สรรพสิทธิประสงค์ ร.พ. ขอนแก่น ร.พ. พุทธชินราช และ ร.พ. อุดรธานี ซึ่งพบ 49.64, 47.54, 43.80 และ 40.41 ตามลำดับ[42] และเมื่อเทียบกับปีปฏิทิน 2561 มีอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด 32.86 พบว่าอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดลดลงร้อยละ 9.71 (เป้าหมาย ลดลงร้อยละ 7.5 เมื่อเปรียบเทียบกับปีปฏิทิน 2561) แสดงให้เห็นว่า การดำเนินงานโครงการ RDU และโครงการ AMR ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่โรงพยาบาลและกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้อีกทั้งส่งผลให้มีปริมาณและมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะทั้งรูปแบบเม็ดและฉีดที่มีแนวโน้มลดลง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จเกิดจากการความเข้มแข็งของคณะกรรมการ PTC ที่มีการกำหนดบทบาท หน้าที่และเป้าประสงค์ในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน มีตัวแทนจากหลากหลายสาขาวิชาชีพ มีสมรรถนะที่เหมาะสมกับหน้าที่ การกำหนดมาตรการที่ใช้ในการขับเคลื่อนเป็นรูปธรรมมีการศึกษาสนับสนุนให้เห็นว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ และได้มาจากการนำข้อมูลสารสนเทศมาวิเคราะห์เชิงลึก สะท้อนให้เห็นผลการดำเนินงานแยกรายหน่วยงาน เพื่อชี้เป้าพื้นที่ที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้บรรลุเป้าหมาย และสะท้อนข้อมูลย้อนกลับไปยังผู้เกี่ยวข้อง เพื่อมีส่วนร่วมในการวางรูปแบบการแก้ไขปัญหาให้เหมาะสมกับบริบทซึ่งการสร้างความตระหนักรู้ต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในบุคลากรทางการแพทย์ให้เห็นถึงความสำคัญของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้โครงการ RDU และ AMR เป็นที่ยอมรับและนำไปปฏิบัติได้อย่างยั่งยืน นอกจากนั้นโรงพยาบาลจะต้องสนับสนุนทางด้านงบประมาณ การจัดสรรกำลังคน การพัฒนาความรู้และทักษะเฉพาะทางให้กับบุคลากร การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยในการแจ้งเตือนการสั่งใช้ยา การสืบค้น การวิเคราะห์ประมวลผลข้อมูลต่างๆ เพื่อช่วยลดภาระงาน และสนับสนุนให้เกิดงานวิจัยและพัฒนาต่อไป การกำกับติดตาม และประเมินผลความก้าวหน้าร่วมกับการนำข้อมูลมาปรับปรุงหาแนวทางแก้ไขอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นอีกปัจจัยที่จะช่วยให้การดำเนินนโยบายสำเร็จตามเป้าหมายได้อย่างยั่งยืน

จุดแข็งและข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้แม้ว่าผู้วิจัยจะสามารถรวบรวมเอกสารได้อย่างหลากหลายค่อนข้างครบถ้วน การเลือกใช้วิธีวิเคราะห์เชิงพรรณนาและกำหนดกรอบแนวคิดที่ชัดเจนทำให้สามารถพรรณนาข้อเท็จจริงของปรากฏการณ์บริบทการ

ขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาได้อย่างครอบคลุม แต่อย่างไรก็ตามยังขาดการใช้ข้อมูลจากทรรศนะของคนใน หรือคนที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น ๆ โดยตรง จึงอาจไม่สามารถวิเคราะห์สิ่งที่อยู่เบื้องหลังเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์นั้น ๆ ได้อย่างลึกซึ้งมากนัก

ตารางที่ 1 แสดงผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

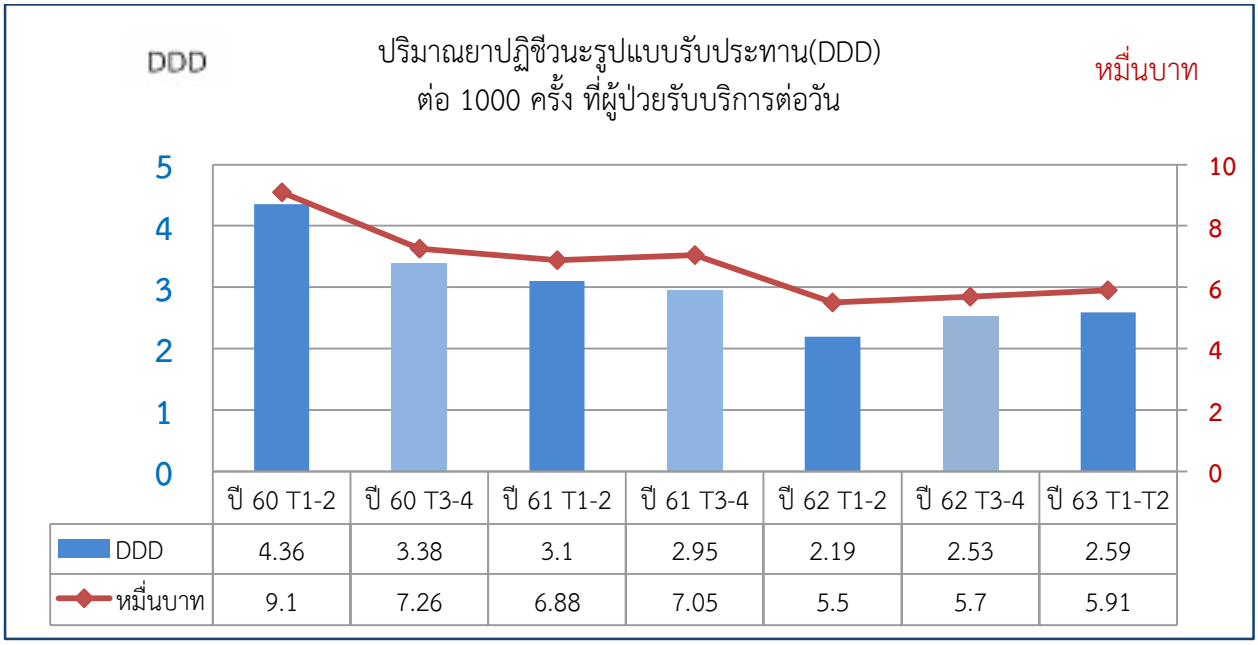
ลำดับ	ตัวชี้วัด RDU	เกณฑ์	ปีงบประมาณ			
			2560	2561	2562	2563 (6 mo)
1	ร้อยละการสั่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	≥ร้อยละ 75	84.64	84.78	84.85	84.49
2	ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการชี้นำสื่อสารและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ระดับ 3	2	3	3	3
3	การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน 13 กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน	ระดับ 3	4	4	4	4
4	รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล	≤ 1 รายการ	1	1	1	1
5	การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา	ระดับ 3	4	4	4	4
6	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	≤ร้อยละ 30	41.80	36.39	33.21	29.51
7	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤ร้อยละ 20	26.81	18.05	19.21	19.61
8	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤ร้อยละ 50	39.33	42.96	50.28	47.57
9	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	≤ร้อยละ 15	31.47	8.86	10.76	14.33
10	ร้อยละของผู้ป่วยความดันสูงทั่วไป ที่ใช้ RAS blockade (ACEI/ ARB/ Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกันในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง	ร้อยละ 0	0	0	0	0
11	ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีหรือมี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร	≤ร้อยละ 5	3.29	0	0	0
12	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ (eGFR<30 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร)	≥ ร้อยละ 80	57.88	56.97	57.28	60.93
13	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	≤ ร้อยละ 5	0	0	0	0
14	ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับ NSAIDs	≤ร้อยละ 10	0.81	0.61	1.09	0.68
15	ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	≥ร้อยละ 80	65.03	68.66	58.74	62.42
16	ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) ที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate	≤ ร้อยละ 5	1.33	0.76	0.86	0.95
17	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ยา warfarin*, statins, ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart value)	0	0	0	0	0

ตารางที่ 1 แสดงผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด (ต่อ)

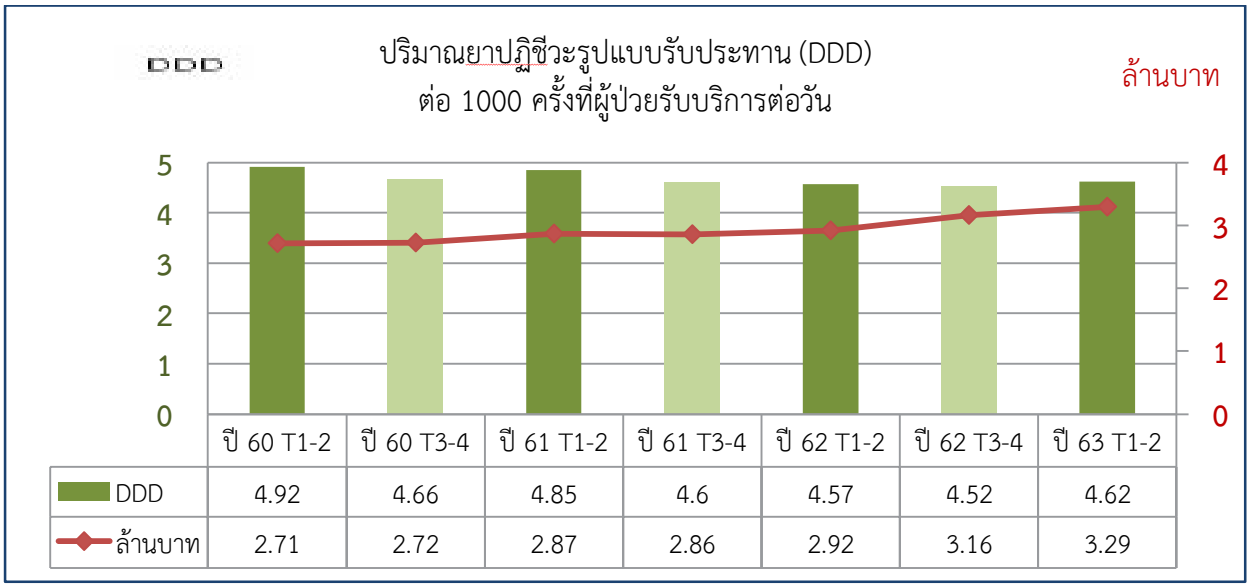
ลำดับ	ตัวชี้วัด RDU	เกณฑ์	ปีงบประมาณ			
			2560	2561	2562	2563 (6 mo)
18	ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-10ตาม RUA-URI) และได้รับยาต้าน ฮิสตามีนชนิด non-sedating	≤ร้อยละ 20	14.98	14.48	16.06	17.08
19	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ≤ ร้อยละ 20	100 %	20	80	100	100
20	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 20	100 %	0	40	100	100

หมายเหตุ RDU ขั้นที่ 1 โรงพยาบาลต้องมีเงื่อนไขผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดกระบวนการ 5 ข้อร่วมกับตัวชี้วัดที่ 1-5 RDU ขั้นที่ 2 ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 และผ่านตัวชี้วัดที่ 6-9 และ 11,14,17 และ RDU ขั้นที่ 3 ต้องผ่านทุกตัวชี้วัด

แผนภูมิที่ 1 ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานในผู้ป่วยนอก (DDD) ต่อ 1,000 ครั้งผู้ป่วยมารับบริการต่อวันและมูลค่ายาในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา



แผนภูมิที่ 2 ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานในผู้ป่วยนอก (DDD) ต่อ 1,000 ครั้งผู้ป่วยมารับบริการต่อวันและมูลค่ายาในหน่วยบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

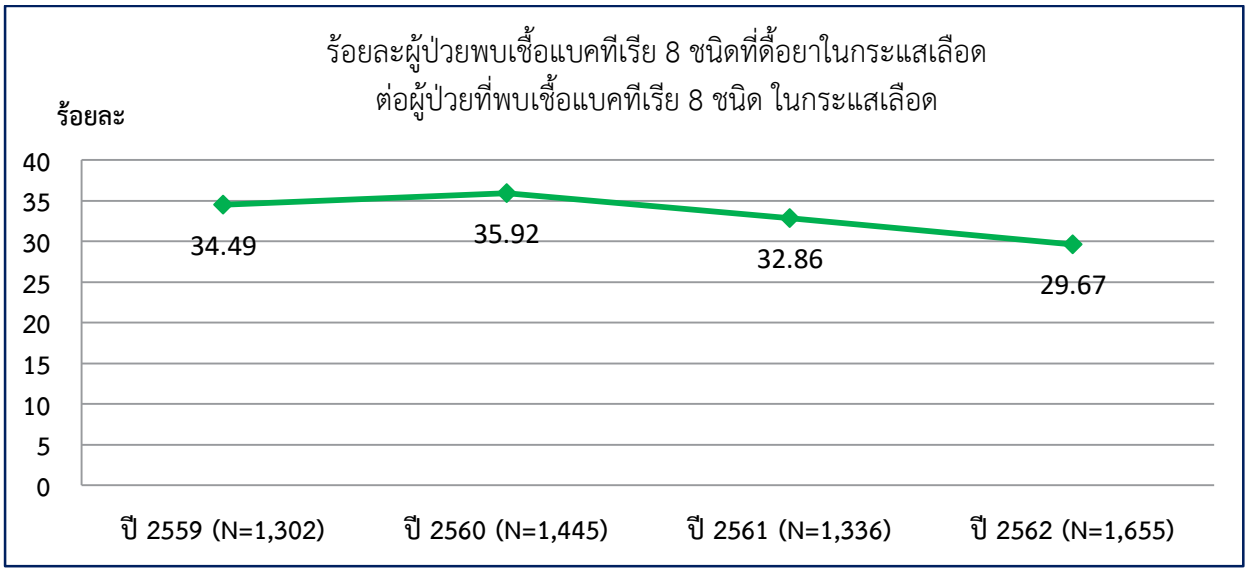


ตารางที่ 2 ผลการประเมินตนเองการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ

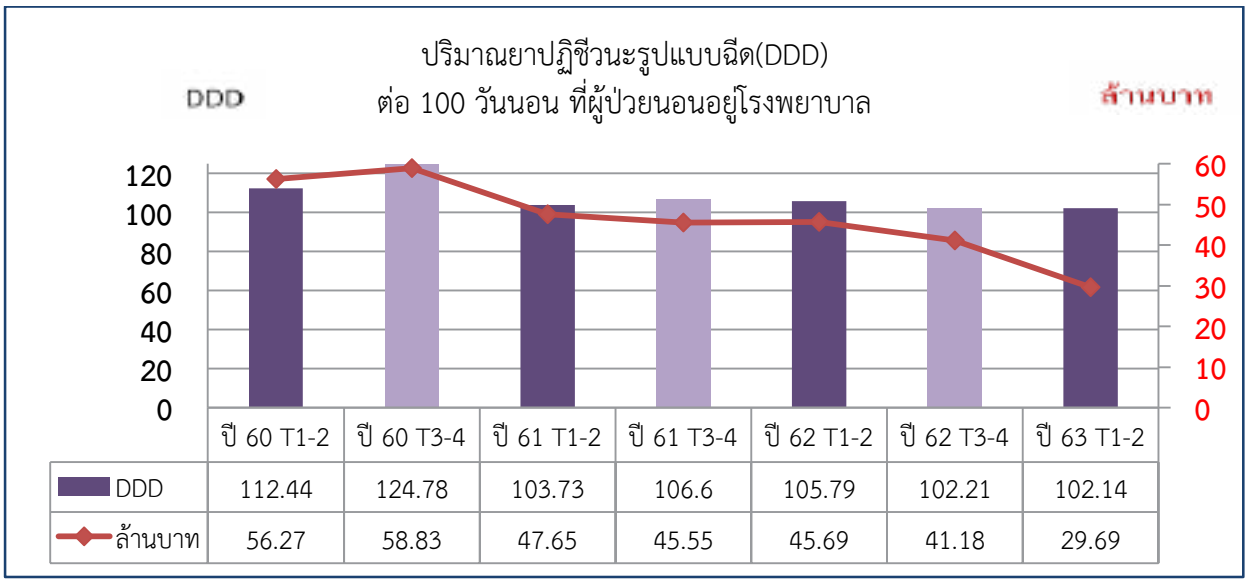
กิจกรรมดำเนินการ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (คะแนน)			
		รอบ 1/2562	รอบ 2/2562	รอบ 1/2563	รอบ 2/2563
1.กลไกการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ		60	80	77	87
2.การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ		60	77	72	80
3.การควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ		81	95	98	98
4.การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล		76	72	90	75
5.การวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูลอย่างบูรณาการ		50	50	70	60
รวม		327	375	407	400
ผลการประเมิน(ระดับ)	ขั้นสูง	พื้นฐาน	ขั้นสูง	ขั้นสูง	ขั้นสูง

หมายเหตุ การแปลผลการประเมิน ระดับ ไม่เพียงพอ คะแนน 0-149 ระดับพื้นฐาน คะแนน 150-249 และข้อบังคับพื้นฐาน > 0 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนน 250-349 และข้อบังคับพื้นฐานและปานกลาง > 0 ระดับขั้นสูง 350-500 คะแนนและข้อพื้นฐานและปานกลาง > 0 คะแนน

แผนภูมิที่ 3 อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด



แผนภูมิที่ 4 ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดในผู้ป่วยใน (DDD) ต่อ 100 วันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล



	ปี 60 T1-2	ปี 60 T3-4	ปี 61 T1-2	ปี 61 T3-4	ปี 62 T1-2	ปี 62 T3-4	ปี 63 T1-2
DDD	112.44	124.78	103.73	106.6	105.79	102.21	102.14
ล้านบาท	56.27	58.83	47.65	45.55	45.69	41.18	29.69

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Promoting rational use of medicine:core component [online]. 2002 [cited Aug 30, 2020]. Available from:http://archives.who.int/tbs/rational/h3011e.pdf
2. คณะกรรมการโครงการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย. ระบบยาของประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2545.
3. นิยดา เกียรติยิ่งอังศุสี, ยุพดี ศิริสินสุข. 30ปี พัฒนาการนโยบายแห่งชาติด้านยาของไทย (2524-2554).กรุงเทพฯ:แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา;2554.
4. นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2554-2559. [cited Aug 30, 2020]. Available from:http://ndi.fda.moph.go.th/uploads/policy_file//20180124060211.pdf
5. คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. กรุงเทพมหานคร:2558.

6. กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารสุข. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service Plan: Rational Drug Use). นนทบุรี:2559.
7. กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.แนวทางการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล. นนทบุรี:2559.
8. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. คำสั่งโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ที่ 703 /2562 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด;21 พฤศจิกายน 2562.
9. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. คำสั่งโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ที่ 755 /2562 เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการในคณะเภสัชกรรมและการบำบัด;24 ธันวาคม 2562.
10. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. คำสั่งโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ที่ 71 /2562 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการการจัดการ การดื้อยาต้านจุลชีพ;4 กุมภาพันธ์ 2562.
11. ภิญโญ รัตนาอัมพวัลย์. การส่งเสริมและกำกับการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:เรือนแก้วการพิมพ์;2561.
12. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดครั้งที่ 1/2562;27 ธันวาคม 2561;ห้องประชุมช้างเผือก อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.
13. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดครั้งที่ 2/2562;8มีนาคม2562;ห้องประชุมสายไหม อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.
14. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดครั้งที่ 3/2562;18 กันยายน 2562;ห้องประชุมช้างเผือก อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.
15. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดครั้งที่ 1/2563;16มกราคม 2563;ห้องประชุม 1 อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.
16. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดครั้งที่ 2/2563;29กรกฎาคม 2563;ห้องประชุมสายไหม อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.
17. ชานนท์ งามถิ่น, กนกวรรณ พรหมพันใจ, วพัญญู พาราพิบูลย์. ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดพิษต่อไตในผู้ป่วยที่ได้รับยา Colistin ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. การนำเสนอผลงานด้วยวาจา การประชุมวิชาการสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 9 ครั้งที่ 15;13-14 กรกฎาคม 2558; โรงพยาบาลเทพนคร จ. บุรีรัมย์.
18. กนกวรรณ พรหมพันใจ, รังสิกานต์ นาคบุรินทร์, ชานนท์ งามถิ่น. การพัฒนาระบบการคัดกรองวิเคราะห์ใบสั่งยาผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2559, 25(3):434-43.
19. ภญ.ปวีณา คุปพิทยานันท์. วิเคราะห์ปริมาณการใช้ยากลุ่ม Carbapenem โดยใช้ Defined daily dose และแนวโน้มการดื้อยาของเชื้อ *Pseudomonas aeruginosa* และ *Acinetobacterbaumanii* ต่อยากลุ่ม Carbapenem ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. การนำเสนอผลงานรูปแบบโปสเตอร์ ประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2559; 6-8 กันยายน 2559; มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จ.สงขลา.
20. ปิยวรรณ ผาสุกมูล. การศึกษาผลการประเมินขนาดการสั่งใช้ยาและปรับขนาดยาต้านจุลชีพในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. การนำเสนอผลงานรูปแบบโปสเตอร์ ประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2559;6-8 กันยายน 2559; มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จ. สงขลา.
21. จารุณี วงศ์วัฒนาเสถียร, ภาสกร รัตนเดชสกุล สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย). สรุปประเด็นสำคัญ (Executive Summary) การเยี่ยมสำรวจขององค์กรวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล ระบบยาและงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา;21 กุมภาพันธ์ 2561.
22. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. ระเบียบโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาว่าด้วยการสั่งยาในโรงพยาบาล พ.ศ. 2563;24 มกราคม 2563.
23. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. ระเบียบโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาว่าด้วยการปฏิบัติเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2563;24 มกราคม 2563.
24. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. นโยบายด้านยาปลอดภัย โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เรื่องยาเสี่ยงสูง;17 กุมภาพันธ์ 2563.
25. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. นโยบายด้านยาปลอดภัย โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เรื่องการทบทวนรายการเดิมของผู้ป่วย;17 กุมภาพันธ์ 2563.
26. กนกวรรณ พรหมพันใจ, ธงชัย ทองคลองไทร, รังสิกานต์ นาคบุรินทร์, ชานนท์ งามถิ่น. การพัฒนาระบบค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโดยใช้ตัวส่งสัญญาณระหว่างผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล. วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 2560;23(2):10-19.

27. วทัญญู พาราพิบูลย์, เศรษฐนันท์เศรษฐการุณย์, ชานนท์ งามถิ่น, กนกวรรณ พรหมพันใจ. การลดอุบัติการณ์การเกิดพิษต่อไตจากยา colistin ด้วยแนวทางปฏิบัติการติดตามการใช้ยาอย่างเข้มงวด.วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2561;4(1):27-33.
28. รังสิกานต์ นาคบุรินทร์, ชานนท์ งามถิ่น, วทัญญู พาราพิบูลย์ และคณะ. การพัฒนาโปรแกรม Maharat Med Safety Alert. การนำเสนอผลงานด้วยวาจา การประชุมวิชาการสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 9 ครั้งที่ 18;19-20 กันยายน 2561;โรงพยาบาลสุรินทร์ จ.สุรินทร์.
29. กนกวรรณ พรหมพันใจ,รังสิกานต์ นาคบุรินทร์, ศิลป์สุภา ลิ้มพงศานุรักษ์. การพัฒนาแนวทางการสั่งใช้ยาสลายลิ่มเลือดและยาต้านการแข็งตัวของเลือดรูปแบบฉีดการนำเสนอผลงานด้วยวาจา การประชุมวิชาการสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 9 ครั้งที่ 18;19-20 กันยายน 2561;โรงพยาบาลสุรินทร์ จ.สุรินทร์.
30. ศิริลักษณ์ คำภิโร, รังสิกานต์ นาคบุรินทร์, กนกวรรณ พรหมพันใจ. ผลการศึกษาการตรวจติดตามวัดระดับยาในเลือดของยา vancomycin. การนำเสนอผลงานด้วยวาจา การประชุมวิชาการสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 9 ครั้งที่ 18;19-20 กันยายน 2561;โรงพยาบาลสุรินทร์ จ.สุรินทร์.
31. สุมินตรา พรหมเทศ, จิตติศักดิ์ คำตัน. MULTIMEDIA แก้ไข ใช้ยาง่ายดาย. การนำเสนอผลงานรูปแบบโปสเตอร์ ประชุมวิชาการประจำปีสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) ปี 2562;22-24 พฤษภาคม 2562; โรงแรมโกลเด้นทิวลิปซอฟเฟอริน กรุงเทพมหานคร.
32. อุบลวรรณ สะพู, ศิลป์สุภา ลิ้มพงศานุรักษ์, ทัยวลี เลาวัณย์ศิริ และคณะ. การศึกษาปัญหาจากการใช้ยาที่ห้องกู้ชีพ แผนกฉุกเฉินด้วยกิจกรรมประสานรายการยาเดิม (medication reconciliation) รพ.มหาราชนครราชสีมา การนำเสนอผลงานรูปแบบโปสเตอร์ ประชุมวิชาการประจำปีสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)ปี 2562;22-24 พฤษภาคม 2562 โรงแรมโกลเด้นทิวลิปซอฟเฟอริน กรุงเทพมหานคร.
33. กนกวรรณ พรหมพันใจ, วิลาวัณย์ ทิพย์มนตรี, ศิริลักษณ์ คำภิโร, รังสิกานต์ นาคบุรินทร์. ผลการประเมินการใช้ยาต้านจุลชีพโดยเภสัชกรร่วมกับแพทย์เฉพาะทางโรคติดเชื้อ. การนำเสนอผลงานรูปแบบโปสเตอร์ ประชุมวิชาการประจำปีสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) ปี 2562;22-24 พฤษภาคม 2562;โรงแรมโกลเด้นทิวลิปซอฟเฟอริน กรุงเทพมหานคร.
34. รังสิกานต์ นาคบุรินทร์, กนกวรรณ พรหมพันใจ, ศิริลักษณ์ คำภิโร. การศึกษารูปแบบและความคลาดเคลื่อนการสั่งใช้ยาความเสี่ยงสูงและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยวิกฤติ. การนำเสนอผลงานรูปแบบโปสเตอร์ ประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2562;9-11 กันยายน 2562 โรงแรมแอมบาสเดอร์ จ. ชลบุรี.
35. ศิริลักษณ์ คำภิโร, รังสิกานต์ นาคบุรินทร์, กนกวรรณ พรหมพันใจ. ผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับยา Alteplase (rt-PA) การนำเสนอผลงานรูปแบบโปสเตอร์ ประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2562;9-11 กันยายน 2562 โรงแรมแอมบาสเดอร์ จ. ชลบุรี.
36. ณัฏฐิยา พงศ์ผาสุก. การพัฒนาตำรับน้ำยาบ้วนปากเดกซาเมทาโซน (Dexamethasone Mouth Wash) สำหรับคนไข้ทันตกรรม. การนำเสนอผลงานรูปแบบโปสเตอร์ ประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานเภสัชกรรมในอนาคต ครั้งที่ 1;31 ตุลาคม 2562 ถึง1 พฤศจิกายน 2562;ณ โรงแรมเซ็นทาราศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ กรุงเทพมหานคร.
37. ภญ.อมรรัตน์ แพงไชสง และคณะ. การพัฒนาระบบความปลอดภัยด้านยาของงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกในการป้องกันปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยา. การนำเสนอผลงานรูปแบบโปสเตอร์ การประชุมมหกรรมคุณภาพโรงพยาบาล HACC FORUM ครั้งที่ 13;14-15 พฤศจิกายน 2562;ณ สุรสัมมนาคาร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยี จ. นครราชสีมา.
38. วิลาวัณย์ ทิพย์มนตรี และคณะ. การพัฒนาระบบการประเมินการใช้ยาต้านจุลชีพแบบไปข้างหน้าและให้คำแนะนำหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. การนำเสนอผลงาน Best practice Service Plan สาขา ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลด้วยวาจาการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan Sharing) ครั้งที่ 6/2562;11-12 กรกฎาคม 2562;โรงแรมเซ็นทรา บายเซ็นทราศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ กรุงเทพมหานคร.
39. ศิริชัย วิวัฒน์โรจนกุล และคณะ. การพัฒนาระบบการส่งเสริมและกำกับการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. การนำเสนอผลงานด้วยวาจา การประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 1 เขตสุขภาพที่ 9;6-7 สิงหาคม 2562;ณ สนามช้าง อินเตอร์เนชั่นแนลเซอร์กิต จ.บุรีรัมย์.
40. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. สรุปรายงานการประชุมพิจารณาแผนการศึกษาต่อภายในประเทศ และแผนการอบรมเฉพาะทางประจำปีการศึกษา 2562;17 สิงหาคม 2561;ห้องประชุม 3 อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.
41. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.สรุปรายงานการประชุมพิจารณาแผนการศึกษาต่อภายในประเทศ และแผนการอบรมเฉพาะทางประจำปีการศึกษา 2563;11กรกฎาคม 2562;ห้องประชุม 3 อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.
42. โปรแกรมระบบรายงานสนับสนุนข้อมูลสุขภาพ กองบริหารการสาธารณสุข. [cited Sep 4, 2020]. Available from:http://203.157.3.54/hssd1/?

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2563

การพัฒนาระบบการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากโรงพยาบาลกมลาไสย โดยประยุกต์ใช้การบริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ขาย

Development of Medical Supplies System in Health Promotion Hospitals from kamalasai Hospitol by Applying Vendor Managed Inventory

วรวุฒิ สีหา[1] , สมศักดิ์ อาภาศรีทองสกุล[2]

Worawoot Siha, Somsak Aphasrithongsakun

(Received: March 12 ,2019 ; Accepted: April 15 ,2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยนำระบบบริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ขาย (VMI) มาประยุกต์ใช้ เพื่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ ในแง่มูลค่าคงคลัง มูลค่าการการเบิก อัตราคงคลัง และลดภาระงานด้านการทำงานบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่และเจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจในระบบ วิธีดำเนินการวิจัย: โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้รับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลกมลาไสยทั้งหมดจำนวน 10 แห่ง โดยทำการเก็บข้อมูลการลดภาระงานด้านบริหารเวชภัณฑ์และความพึงพอใจต่อระบบของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และตัวชี้วัดงานบริหารเวชภัณฑ์ เช่น มูลค่าคงคลัง มูลค่าการการเบิก อัตราคงคลัง จากโปรแกรมคลังเวชภัณฑ์โรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมกับโปรแกรมการ

วิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูปผลการศึกษา: จากการประชุมกลุ่มเพื่อหาแนวทางการพัฒนาระบบร่วมกันโดยได้มีการนำระบบการบริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ขาย (VMI) มาประยุกต์ใช้ในการสร้างระบบการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กับ โรงพยาบาลแม่ข่าย โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นผู้ไปตรวจสอบปริมาณคงเหลือเวชภัณฑ์ และจัดนำส่งเติมให้ในรายการที่มีต่ำกว่าปริมาณเวชภัณฑ์พึงมี (Fix stock) ทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถจัดเก็บข้อมูลด้านงานบริหารเวชภัณฑ์ในแง่ของ มูลค่าการเบิก มูลค่าคงคลัง และอัตราคงคลังเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการติดตามประสิทธิผลของการทำงานด้านบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งพัฒนาจากเดิมที่ยังเก็บข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน และจากผลการติดตามระบบ 3 เดือนในภาพรวม สามารถลดมูลค่าการเบิกยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยเปรียบเทียบในช่วงเวลาเดียวกัน เฉลี่ยจาก 225,904 บาทต่อเดือนในปีงบ 2561 เหลือ 151,671.5 บาทต่อเดือนเมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2562 ซึ่งลดลงเป็นมูลค่า 74,232.5 บาท คิดเป็นลดลงร้อยละ 32.9 ภาพรวมอัตราคงคลังเฉลี่ย 3.4 เดือน และภาพรวมมูลค่าคงคลังเฉลี่ยหลังสิ้นสุดการศึกษามีมูลค่า 620,243.3 บาท

คำสำคัญ:ระบบการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, การบริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ขาย

Abstract

Introduction: The objective of this research was to develop medical supplies system in Health Promotion Hospitals in Kamalasai District, Kalasin Province by applying Vendor Managed Inventory (VMI). VMI was expected to provide medical supply management information in term of inventory value, withdrawal value, and inventory rate, and to reduce the workload of Health Promotion Hospital staffs with satisfaction.

Methodology: Action research was conducted to develop medical supplies system in 10 Health Promotion Hospitals in Kamalasai District, Kalasin Province. Medical supplies management indicators, such as inventory value, withdrawal value, and inventory rate obtained from medical supplies computer program of the host hospital and Microsoft excel program.

Result of study: After applying VMI for uses in medical supplies system between Health Promotion Hospitals and host hospital, where the host hospital was in charge of checking medical supplies inventory and filling up the stock, Health Promotion Hospitals were able to collect medical supplies information including inventory value, withdrawal value, and inventory rate in order to evaluate the effectiveness of their medical supplies management. The results revealed that after 3 months of applying VMI, Health Promotion Hospitals were able to reduce withdrawal value from 225,904.0 Baht in Fiscal year 2018 to 151,671.5 Baht in Fiscal Year 2019, suggesting the reduction of 74,232.5 Baht and 32.9%. The inventory rate was found to be 3.4 months, and the inventory value at the end of the study was 620,243.3 Baht.

Keyword: Medical supply, Health Promoting Hospital , Action Research, Vendor Managed Inventory

---

[1] นิสิตหลักสูตร เภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมปฐมภูมิ คณะ เภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาสารคาม

[2] อาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาสารคาม

บทนำ

ปัจจุบันงานด้านปฐมภูมิได้ถูกกำหนดในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นการดูแลประชาชนทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค โดยเน้นบริการสุขภาพเชิงรุกเพิ่มมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยยุทธศาสตร์การพัฒนางานคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่ความเป็นเลิศในสี่ด้าน อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (P&P Excellence) ระบบบริการ (Service Excellence) การพัฒนาคน (People Excellence) และ ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) งานด้านบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นอีกหนึ่งงานที่ได้ถูกกำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว บรรจุอยู่ในยุทธศาสตร์ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence) [1] ดังนั้นการพัฒนางานด้านบริหารเวชภัณฑ์ที่ดีจะช่วยส่งผลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีเวชภัณฑ์ที่เพียงพอ มีคุณภาพ ลดมูลค่าการสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านเวชภัณฑ์จากการที่มีมูลค่าคงคลังสูงเกินไปและนำไปสู่การหมดอายุของเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างไรก็ตาม จากสถานการณ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในระยะที่ผ่านมา (ช่วงระยะ 2547 – 2558) พบว่า อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกใน รพ.สต. เพิ่มมากขึ้น สถานการณ์ที่บุคลากรยังขาดแคลนทำให้ปัจจุบันงานด้านการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังประสบปัญหาในหลายด้าน อาทิเช่น การขาดแคลนบุคลากรที่เชี่ยวชาญในงานบริหารเวชภัณฑ์ ถึงแม้จะได้รับการอบรมให้ความรู้ด้านงานบริหารเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลแม่ข่ายและมีความรู้ด้านงานบริหารเวชภัณฑ์ที่ดีขึ้น แต่ก็ยังพบว่าการทำงานขาดความต่อเนื่อง อันเนื่องมาจากภาระงานในการดูแลประชาชนเชิงรุกที่เพิ่มมากขึ้น ตามแนวนโยบายงานด้านปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบกับการสับเปลี่ยนและหมุนเวียนงานของบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนื่องจากภาระงานที่ขาดแรงจูงใจในการดำเนินงานของบุคลากร [3] โรงพยาบาลกมลาไสยเป็นอีกหนึ่งใน รพ. แม่ข่าย ที่ให้การสนับสนุนงานด้านบริหารเวชภัณฑ์ใน รพ.สต. ลูกข่ายโดยมี รพ.สต.ที่อยู่ในความรับผิดชอบทั้งหมด 10 รพ.สต. ให้การสนับสนุนเวชภัณฑ์ภายใต้กรอบบัญชียารายการเวชภัณฑ์ของ รพ.สต. มีรอบการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ รพ.สต. ละ 1 ครั้งต่อเดือน และนำส่งยาด้วยรถส่งยาของโรงพยาบาลแม่ข่ายสู่ รพ.สต. เป็นประจำทุกสัปดาห์ตามตารางการนำส่งยาที่กำหนดขึ้นของแต่ละ รพ.สต. แต่อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาในการดำเนินงานด้านบริหารเวชภัณฑ์ใน รพ.สต. อาทิเช่น ปริมาณการเบิกไม่เหมาะสม ส่งผลให้มูลค่าคงคลังมากเกินไป ปัญหาเวชภัณฑ์ค้างคลัง ขาดการรายงานตัวชี้วัดงานคลังเวชภัณฑ์ใน รพ.สต. ซึ่งเป็นผลมาจากการขาดแคลนบุคลากรที่เชี่ยวชาญในงานบริหารเวชภัณฑ์ มีการสับเปลี่ยนหมุนเวียนงานของบุคลากรและภาระงานของบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการดูแลประชาชนเชิงรุกที่เพิ่มมากขึ้น จากปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงานด้านบริหารเวชภัณฑ์ใน รพ.สต.เขตรับผิดชอบของ รพ.กมลาไสย อ.กมลาไสย จ.กาฬสินธุ์ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาระบบการทำงานด้านบริหารเวชภัณฑ์ใน รพ.สต. โดยนำระบบการบริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ขาย (Vendor Managed Inventory หรือ VMI) มาประยุกต์ใช้ในงานบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายเขตอำเภอกมลาไสย โดยมีกรอบแนวคิดภายใต้สมมติฐานว่า การพัฒนาระบบการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ใน รพ.สต. โดยนำระบบการบริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ขายมาประยุกต์ใช้ จะช่วยลดขั้นตอนการทำงานด้านการบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีระบบรายงานข้อมูลงานบริหารเวชภัณฑ์ที่ถูกต้อง สะดวก รวดเร็ว ผ่านโปรแกรมบริหารคลังเวชภัณฑ์ย่อยและมีค่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด และบุคลากรที่ทำหน้าที่ในงานบริหารเวชภัณฑ์มีความพึงพอใจต่อระบบ

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลแม่ข่าย กับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ให้มีข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ ในแง่มูลค่าคงคลัง มูลค่าการการเบิก อัตราคงคลัง และลดภาระงานด้านการทำงานบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่และเจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจในระบบ

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาระบบการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กับโรงพยาบาลแม่ข่ายโดยประยุกต์ใช้ระบบการบริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ขาย (Vendor Managed Inventory หรือ VMI) ทำการศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลกมลาไสย ทั้งหมดจำนวน 10 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าเพลิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนโคก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแปน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉลิมพระเกียรติโพนงาม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลข้าวหลาม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสีถาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนามล มีระยะเวลาในการศึกษา 4 เดือน คือ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2562 แบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมข้อมูลและหาแนวทางการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วม (Identify and Plan) เป็นระยะศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันในการทำงานบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำการสืบค้นข้อมูลก่อนการปฏิบัติการวิจัย ได้แก่ ข้อมูลตัวชี้วัดด้านการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปัญหาอุปสรรคของระบบการเบิกจ่ายในปัจจุบัน เพื่อเป็นข้อมูลที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนระบบการเบิกจ่ายที่ช่วยลดปัญหาและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานต่อไป และประชุมกลุ่มครั้งที่ 1 มีระยะเวลาการดำเนินการในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 เพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่นำระบบบริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ขาย (VMI) มาประยุกต์ใช้ โดยมีแผนลงมือปฏิบัติการตามแนวทางเป็นเวลา 3 เดือน เริ่ม พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ถึง มกราคม พ.ศ. 2562

ระยะที่ 2 การดำเนินการตามแนวทางการทำงานที่ได้ตกลงร่วมกันเป็นระยะเวลา 3 เดือน (Action) เป็นการดำเนินการตามแนวทางการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์สำหรับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลกมลาไสย เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2561- มกราคม พ.ศ. 2562

ระยะที่ 3 ติดตามและเก็บข้อมูล การทำงานในช่วงระหว่างการนำแนวทางการทำงานด้านบริหารเวชภัณฑ์แบบใหม่ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Observe) เป็นการประชุมกลุ่มระหว่างเภสัชกรและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่ข่ายกับเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 และ ธันวาคม พ.ศ. 2561 ซึ่งเป็นการประชุมหลังจากการดำเนินการตามแนวทางการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์สำหรับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลกมลาไสย

ระยะที่ 4 การวิเคราะห์และประเมินผลของการนำแนวทางการทำงานด้านบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสะท้อนกลับ (Reflect) ข้อมูลหลังครบระยะของการศึกษา เป็นการประชุมกลุ่มระหว่างเภสัชกรและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่ข่ายกับเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครั้งที่ 4 ในเดือนกุมภาพันธ์ 2562 โดยผู้วิจัยกำหนดประเด็นการประชุมกลุ่มร่วมออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. การนำเสนอข้อมูลผลการดำเนินงานตามแนวทางการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์สำหรับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลกมลาไสย ในแง่ มูลค่าการเบิก มูลค่าคงคลัง มูลค่าการใช้ และอัตราคงคลังของแต่ละ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. สรุปขั้นตอนการทำงานด้านบริหารเวชภัณฑ์ที่ได้จากการทำการศึกษาระบบในครั้งนี้ในรูปแบบแผนผังงาน แล้วเปิดประเด็นให้ผู้ร่วมการศึกษาแสดงความคิดเห็นในแง่ของ ภาระงานและความพึงพอใจต่อระบบ ของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังสิ้นสุดการศึกษา

3.เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สะท้อนกลับ (Reflect) ผลการศึกษาและร่วมอภิปรายถึงปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะต่อระบบที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม (เลขที่การรับรอง 015/2561 วันที่ได้รับการอนุมัติ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลกมลาไสยทุกแห่ง จำนวน 10 แห่ง ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลกมลาไสย ที่มีหน้าทำงานด้านบริหารเวชภัณฑ์ จำนวน 10 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยแบ่งตามระยะของการศึกษาได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งตามระยะการวิจัย

ระยะที่	หัวข้อ	วิธีการ	ช่วงเวลา	เครื่องมือ
1.	การเตรียมข้อมูลและหาแนวทางการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วม (Identify and Plan)	สืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลคลังเวชภัณฑ์ รพ.แม่ข่าย	ต.ค. 2561	1. คำถามที่ใช้ในการประชุมกลุ่ม 2. เครื่องบันทึกเสียง 3. แผนปฏิบัติการ 4. ใบเบิกมาตรฐาน 5. แนวทางการเบิกจ่าย
2.	การดำเนินการตามแนวทางการทำงานที่ได้ตกลงร่วมกัน เป็นระยะเวลา 3 เดือน (Action)	ปฏิบัติตามแนวทางจากการประชุมกลุ่มร่วม ครั้ง 1	พ.ย. 2561 ถึง ม.ค. 2562	1. ตารางการปฏิบัติการ 2. ใบเบิกมาตรฐาน 3. แนวทางการเบิกจ่าย
3.	ติดตามและเก็บข้อมูล การทำงานในช่วงระหว่างการนำแนวทางการทำงานด้านบริหารเวชภัณฑ์แบบใหม่ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Observe)	ประชุมกลุ่มร่วมครั้งที่ 2 และ 3	พ.ย. 2561 และ ธ.ค. 2561	1. คำถามที่ใช้ในการประชุมกลุ่ม 2. เครื่องบันทึกเสียง
4.	การวิเคราะห์และประเมินผลของการนำแนวทางการทำงานด้านบริหารเวชภัณฑ์ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และนำเสนอข้อมูลหลังครบระยะของการศึกษา (Reflect)	ประชุมกลุ่มร่วมครั้งที่ 4	ก.พ. 2562	1. คำถามที่ใช้ในการประชุมกลุ่ม 2. เครื่องบันทึกเสียง 3. สรุปแนวทางการเบิกจ่าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพได้แก่ ความคิดเห็นต่อภาระงานและความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) จากการประชุมกลุ่มร่วมกับผู้รับผิดชอบงานงานบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำมาประมวลสรุปโดยผู้วิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นข้อมูลผลการดำเนินงานตามแนวทางการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์สำหรับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลกมลาไสย ในแง่มูลค่าการเบิก มูลค่าคงคลัง และอัตราคงคลัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

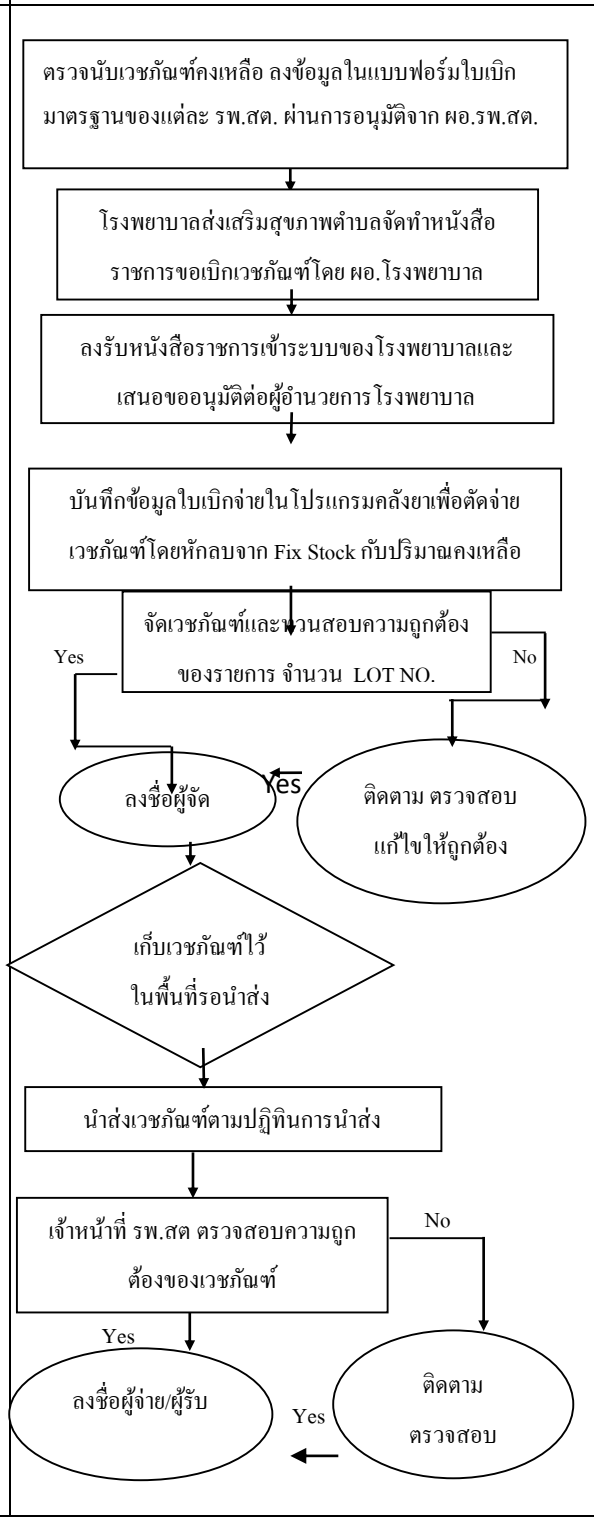
กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ ผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด 18 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล ทั้ง 10 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 10 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุข 2 คน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 1 คน เจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ประสานงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) 1 คน เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลแม่ข่าย 4 คน ประกอบด้วย เภสัชกร ผู้รับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์ 1 คน (ผู้วิจัย) เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 2 คน และเจ้าหน้าที่ทั่วไป 1 คนดังตาราง 2 และเมื่อแยกตาม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังตาราง 2

ตารางที่ 2 ลักษณะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมพัฒนาระบบ

ผู้เข้าร่วมการศึกษา	จำนวนคน							
	พยาบาล	นักวิชาการสาธารณสุข	เจ้าพนักงานสาธารณสุข	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	เภสัชกร	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	เจ้าหน้าที่ทั่วไป	รวม
เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เจ้าหน้าที่ สสอ. เจ้าหน้าที่ รพ.แม่ข่าย	8 1		4	1	 1	 2	 1	13 1 4
รวม	9		4	1	1	2	1	18

ในที่ประชุมครั้งที่ 1 ในเดือนตุลาคม 2561 ได้ข้อสรุปแนวทางการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์โดยการประยุกต์ใช้การบริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ค้า (VMI) โดยได้อธิบายถึงแนวทางดังนี้ เจ้าหน้าที่จากงานคลังเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลกมลาไสยจะเข้ามามีส่วนร่วมในการตรวจเช็คปริมาณเวชภัณฑ์คงคลัง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ละที่แล้วลงข้อมูลคงเหลือลงในใบเบิกยาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ได้ผ่านการกำหนด Fix Stock ร่วมกัน ก่อนการนำส่งเวชภัณฑ์ 1 สัปดาห์ รวมไปถึงข้อตกลงร่วมกันในระบบการจัดทำเอกสารให้เป็นไปตามระเบียบพัสดุรวมถึงการนำส่งพัสดุและเอกสารประกอบการเบิกและจัดส่งเวชภัณฑ์ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามตารางการนำส่งยาในแต่ละสัปดาห์ และทำการทดลองดำเนินการตามระบบใหม่นี้เป็นระยะเวลา 3 เดือน คือเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ถึง มกราคม พ.ศ. 2562 ดังภาพประกอบ 1

ผู้เกี่ยวข้อง	กิจกรรม	เกณฑ์ควบคุม	ค่าควบคุม
- เจ้าพนักงานเภสัชกรรม งานคลังเวชภัณฑ์ - ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ บุคลากรผู้มีสิทธิ์เบิก - เจ้าพนักงานเภสัชกรรม งานคลังเวชภัณฑ์/ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล - เจ้าพนักงานเภสัชกรรม งานคลังเวชภัณฑ์ - เจ้าพนักงานเภสัชกรรม งานคลังเวชภัณฑ์/เภสัชกร งานคลังเวชภัณฑ์ - เจ้าหน้าที่งานคลังเวชภัณฑ์ -พนักงานขับรถของโรงพยาบาล - เจ้าพนักงานเภสัชกรรม งานคลังเวชภัณฑ์/ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีสิทธิ์รับของ		- ความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลในใบเบิก -ส่งใบเบิกตรงเวลาตามปฏิทินเบิก-จ่าย -ระยะเวลารอคอย -ความถูกต้องของใบตัด-จ่ายเวชภัณฑ์ - ความคลาดเคลื่อนในการจัดยา - จัดเก็บตรงตามพื้นที่ -ตรงตามเวลานัดหมาย - ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา	100 % 100 % ไม่เกิน 2 วันทำการ 100 % 0 % 100 % 100 % 0 %

ภาพประกอบ 1 แนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ รพ.กมลาไสย หลังการประชุมกลุ่มร่วม

หลังการทดลองปฏิบัติตามแนวทางการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ที่ประยุกต์ใช้ระบบบริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ค้า (VMI) วงรอบที่ 1 คือรอบเบิกเดือนพฤศจิกายน มีการนัดประชุมกลุ่มครั้งที่ 2 และวงรอบที่ 2 คือรอบเบิกเดือนธันวาคม มีการนัดประชุมกลุ่มครั้งที่ 3 เพื่อติดตาม ปัญหาหรืออุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการทำงาน และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน จากปัญหาระหว่างการปฏิบัติงานตามแนวทางการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ที่ประยุกต์ใช้ระบบบริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ค้า (VMI) วงรอบที่ 1 และ 2 ดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงได้หารือในที่ประชุมและได้แนวทางแก้ปัญหาดังนี้ (สรุปในตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ขั้นตอน ปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาในการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ขั้นตอน	ปัญหา	แนวทางแก้ไข
การทบทวนและนำเสนอสถานการณ์ข้อมูลการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ในปัจจุบัน	ไม่มีการเก็บข้อมูลการบริหารเวชภัณฑ์	นำเสนอแนวทางการทำงานแบบใหม่
การทบทวนแนวทางการเบิกจ่ายในปัจจุบัน	ปริมาณการเบิกไม่เหมาะสม กรอบบัญชียาในการเบิกยังไม่ครอบคลุม ขาดการตรวจเช็คยาก่อนเบิก	แนวทางการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์โดยการประยุกต์ใช้การบริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ค้า (VMI) กำหนดกรอบบัญชียาใหม่และปริมาณคงคลังที่พึงมี (Fix stock)
การปฏิบัติตามแนวทางการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ที่ประยุกต์ใช้ระบบบริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ค้า (VMI)	การส่งเอกสารราชการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	ทบทวนแนวทางการส่งเอกสารราชการ
	ปัญหาการติดต่อสื่อสาร	จัดตั้งไลน์กลุ่มโดยมีสมาชิกที่รับผิดชอบในงาน
	ความสับสนในระบบการนำส่งเอกสาร	เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่ข่ายรับส่งให้จากที่ รพ.สต.
	ระยะเวลารอคอยในการรอหนังสือรับเข้า	ให้จัดส่งเอกสารในวันที่ เจ้าหน้าที่ รพ.แม่ข่าย
	ปริมาณ Fix stork ของยาบางรายการยังไม่เหมาะสม	สามารถแจ้งปรับปริมาณ Fix stock กับ รพ.แม่ข่าย

สรุปภาพรวมมูลค่าการเบิกจ่ายยาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลกมลาไสย ช่วงเดือนพฤศจิกายน ถึง มกราคม ปีงบ 2559 ถึง 2562 พบว่า ภาพรวมมูลค่าการเบิกยาเฉลี่ยต่อเดือนลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา จาก 225,904.0 บาทต่อเดือน เหลือ 151,671.5 บาทต่อเดือน ลดลงเป็นมูลค่า 74,232.5 บาทต่อเดือน คิดเป็นลดลงร้อยละ 32.9 ดังตารางที่ 4

ตาราง 4 มูลค่ารวมการเบิกยาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกมลาไสย เดือนพฤศจิกายน ถึง มกราคม ปีงบ 2559 ถึง 2562

ปีงบประมาณ	มูลค่าการเบิก(บาท)			มูลค่าเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	ร้อยละการลดลง เมื่อเทียบปีที่ผ่านมา
	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.		
2559	205,181.2	270,003.4	219,936.1	231,706.9	
2560	287,907.2	193,050.9	298,095.4	259,684.5	-12.1
2561	229,257.2	214,647.7	233,806.9	225,904.0	13.0
2562	151,492.1	120,287.7	183,234.5	151,671.5	32.9

ข้อมูลมูลค่าคงคลัง และอัตราคงคลัง จากผลของการดำเนินงานตามแนวทางการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลกมลาไสย เดือน พฤศจิกายน ถึง มกราคม ปีงบ 2562 พบว่า ส่วนใหญ่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีอัตราคงคลังเกินเกณฑ์ที่โรงพยาบาลแม่ข่ายกำหนด คือ 2 เดือน ซึ่งอาจสืบเนื่องมาจากการคำนวณปริมาณยาที่พึงมี (Fix stock) จากข้อมูลการปริมาณการเบิกของปีที่ผ่านมาที่ยังขาดการเก็บข้อมูลอัตราคงคลัง ประกอบกับการจ่ายยาจากโรงพยาบาลแม่ข่ายบางรายการที่มีความจำเป็นต้องจ่ายเป็นแพ็คซึ่งเกินปริมาณที่ต้องใช้ในระยะเวลา 2 เดือน ซึ่งในการพัฒนาต่อหลังจบการศึกษานี้อาจจะต้องพิจารณาปรับลดปริมาณยาที่พึงมี (Fix stock) ของยาเป็นแต่ละรายการต่อไป ในส่วนภาพรวมมูลค่าคงคลังเฉลี่ยหลังสิ้นสุดการศึกษามีมูลค่า 620,243.3 บาท และอัตราคงคลังเฉลี่ย 3.4 เดือน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 มูลค่าคงคลังและอัตราคงคลังแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกมลาไสย เดือน พฤศจิกายน ถึง มกราคม ปีงบ 2562

รพ.สต.	ข้อมูล	เดือน			ค่าเฉลี่ย
		พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	
ข้าวหลาม	มูลค่าคงคลัง (บาท)	56001.5	52319.3	54191.0	54170.6
	อัตราคงคลัง (เดือน)	5.6	6.8	4.6	5.5
เฉลิมพระเกียรติโพนงาม	มูลค่าคงคลัง (บาท)	80852.4	76052.7	82105.5	79670.2
	อัตราคงคลัง (เดือน)	4.6	3.8	2.9	3.6
ท่าเพลิง	มูลค่าคงคลัง (บาท)	59712.1	44315.5	59298.5	54442.1
	อัตราคงคลัง (เดือน)	3.8	5.4	2.4	3.3
นามล	มูลค่าคงคลัง (บาท)	74360.1	58893.1	62521.7	65258.3
	อัตราคงคลัง (เดือน)	2.9	3.3	3.2	3.1

บ้านบ่อ	มูลค่าคงคลัง (บาท)	78098.3	29115.3	58055.3	55089.6
	อัตราคงคลัง (เดือน)	1.6	1.5	1.2	1.4
บ้านบึง	มูลค่าคงคลัง (บาท)	57216.7	59603.3	48975.4	55265.1
	อัตราคงคลัง (เดือน)	4.0	2.7	3.8	3.4
สวนโคก	มูลค่าคงคลัง (บาท)	47440.6	49384.9	58856.2	51893.9
	อัตราคงคลัง (เดือน)	7.3	8.0	3.3	5.1
สีถาน	มูลค่าคงคลัง (บาท)	96796.3	95923.9	102175.6	98298.6
	อัตราคงคลัง (เดือน)	3.9	4.4	4.2	4.1
หนองบัว เจ้าท่า	มูลค่าคงคลัง (บาท)	56678.8	46519.4	64204.6	55801.0
	อัตราคงคลัง (เดือน)	5.6	3.7	5.2	4.8
หนองแปน	มูลค่าคงคลัง (บาท)	60990.5	43465.9	46605.4	50353.9
	อัตราคงคลัง (เดือน)	2.8	4.6	3.3	3.3
รวม	มูลค่าคงคลัง (บาท)	668147.3	555593.3	636989.3	620243.3
	อัตราคงคลัง (เดือน)	3.4	3.8	3.0	3.4

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาระบบการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ร่วมกับโรงพยาบาลกมลาไสยซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ที่ได้มีการประยุกต์ใช้ระบบการบริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ค้า (VMI) มาร่วมกันพัฒนาหาแนวทางเพื่อลดจุดบกพร่องในการทำงานระหว่างหน่วยเบิกคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลแม่ข่าย ทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถจัดเก็บข้อมูลด้านงานบริหารเวชภัณฑ์ในแง่ของ มูลค่าการเบิก มูลค่าคงคลัง และอัตราคงคลัง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการติดตามประสิทธิผลของการทำงานด้านบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งพัฒนาจากเดิมที่ยังเก็บข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน และจากผลการติดตามระบบ 3 เดือน ในภาพรวม สามารถลดมูลค่าการเบิกยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉลี่ยจาก 225,904 บาทต่อเดือนในปีงบ 2561 เหลือ 151,671.5 บาทต่อเดือนเมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2562 ลดลงเป็นมูลค่า 74,232.5 บาทต่อเดือน คิดเป็นลดลงร้อยละ 32.9 ภาพรวมอัตราคงคลังเฉลี่ย 3.4 เดือน และภาพรวมมูลค่าคงคลังเฉลี่ยหลังสิ้นสุดการศึกษามีมูลค่า 620,243.3 บาท จากการพัฒนาระบบเบิกจ่ายเวชภัณฑ์โดยประยุกต์ใช้ระบบบริหารสินคงคลังโดยผู้ค้า (VMI) ในครั้งนี้สามารถลดภาระงานด้านการบริหารเวชภัณฑ์ ให้แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลง เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่ข่ายช่วยเช็คปริมาณคงเหลือเพื่อทำใบเบิกและนำส่งเติมยาให้ตามปริมาณเวชภัณฑ์ที่พึง (Fix stock) จากการสร้างระบบโดยให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้มีส่วนร่วมในการออกแบบ ติดตามวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ทำให้ได้ระบบการทำงานที่ผ่านการยอมรับ

โดยผู้ปฏิบัติส่งผลให้เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจในระบบใหม่ที่ได้พัฒนาร่วมกัน

อภิปรายผล

งานวิจัยนี้มีเป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มี 4 ระยะ (ชาตะกาญจน์, 2558) คือ ระยะที่ 1 การเตรียมข้อมูลและหาแนวทางการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหา (Identify and Plan) ระยะที่ 2 การดำเนินการตามแนวทางการทำงานที่ได้ตกลงร่วมกัน (Action) ระยะที่ 3 ประเมิน ติดตามและเก็บข้อมูล (Observe) ระยะที่ 4 การวิเคราะห์และประเมินผล สะท้อนกลับข้อมูล (Reflect) ซึ่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการพัฒนาปรับปรุงงานประจำให้ดียิ่งขึ้น โดยวิเคราะห์ขั้นตอนในการทำงาน หาสาเหตุว่ามีจุดใดที่ควรปรับปรุงบ้าง (15) การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยประยุกต์ใช้ระบบบริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ขาย (VMI) ดำเนินการวิจัยโดยการปฏิบัติตามแนวทางที่มีการพัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ ร่วมกับการประชุมกลุ่มร่วมระหว่างการวิจัยและพัฒนาระบบในช่วงระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง มกราคม พ.ศ. 2562

จากกระบวนการพัฒนาและแนวทางการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์สำหรับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลกมลาไสย ได้มีการทบทวนและนำเสนอสถานการณ์ข้อมูลการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ในปัจจุบันและการทบทวนแนวทางการเบิกจ่ายในปัจจุบันและนำเสนอแนวทางการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ที่ประยุกต์ใช้ระบบบริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ค้า (VMI) ซึ่งระบบนี้มีข้อดีคือ ทำให้มีเวชภัณฑ์มาเติม stock ได้อย่างสม่ำเสมอ ลดปัญหาการขาดเวชภัณฑ์และลดปัญหาเวชภัณฑ์หมดอายุเพราะลดการสะสมของเวชภัณฑ์จากการที่เบิกปริมาณไม่เหมาะสมเกินความจำเป็น นอกจากนี้แล้วทำให้ทราบความต้องการใช้เวชภัณฑ์ล่วงหน้าส่งผลดีต่อการวางแผนจัดซื้อเวชภัณฑ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการประชุมกลุ่มร่วมครั้งที่ 1 พบว่า การเก็บข้อมูล มูลค่าคงคลัง อัตราคงคลัง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านมายังไม่ได้มีการเก็บข้อมูลซึ่งตรงกับการศึกษาของมัลลิกา สุพล และคณะ(สุพล และคณะ, 2557) ที่พบว่าการจัดทำระบบเอกสารและรายงานตัวชี้วัดบริหารเวชภัณฑ์ยังขาดการรายงาน มีปัญหาการขาดบุคลากรผู้รับชอบงาน ซึ่งตรงกับการศึกษาของ วนิดา ประเสริฐ และฟ้าใส จันท์จารุภรณ์ (ประเสริฐและจันท์จารุภรณ์, 2558) รวมถึงการศึกษาของ นันทวรรณ กิติกรรณากรณ์ และ สุปรียา ดวงจันทร์ (กิติกรรณากรณ์และดวงจันทร์, 2555) ที่ว่าปัญหาในเรื่องของการบริหารเวชภัณฑ์และการจัดการคลังยาปัญหาที่สำคัญ คือ การขาดแคลนเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ก่อนการลงข้อมูลเบิกไม่ได้ตรวจเช็คปริมาณคงคลังทุกรายการก่อนการเบิก ทำให้ปริมาณยาที่เบิกอาจไม่เหมาะสมเนื่องจากการเบิกที่ไม่ได้ลงข้อมูลคงเหลือตามข้อมูลจริงสอดคล้องกับการศึกษาของนฤมิตร อินทุยศและ นุศราพร เกษสมบูรณ์(อินทุยศและเกษสมบูรณ์, 2556) ที่พบว่าการเบิกต้องอาศัยบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ลงข้อมูลคงเหลือเองซึ่งอาจได้ข้อมูลที่ไม่เป็นความจริงตามความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ในระบบ จากปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการทำงานบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้มีการจัดทำระบบร่วมกันโดยประยุกต์ใช้การบริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ค้า(VMI) ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยให้ระบบบริหารเวชภัณฑ์มีประสิทธิภาพดังการศึกษาของนฤมิตร อินทุยศและนุศราพร เกษสมบูรณ์ (อินทุยศและเกษสมบูรณ์, 2556) การศึกษาของ Guimaraes และคณะ[9] และการศึกษาของ Claassen และคณะ [10] โดยสร้างใบเบิกยาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้นมาใหม่อ้างอิงจากบัญชียา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านมติการประชุม PTC ของโรงพยาบาลแม่ข่ายและกำหนดปริมาณเวชภัณฑ์ที่พึงมี (Fix stock) โดยการคำนวณจะพิจารณาจากปริมาณการเบิกสูงสุดต่อเดือนของยาแต่ละรายการจากข้อมูลการเบิกในปีที่ผ่านมาร่วมกับการสอบถามเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงานในแต่ละแห่ง ปัญหาการลงข้อมูลคงเหลือที่ไม่ครบถ้วนถูกต้องตามความเป็นจริงก่อนส่ง

เบิกนั้นเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพของการส่งต่อข้อมูลในการเบิกนั้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Guimaraes และคณะ [9] พบว่าความเสี่ยงเมื่อใช้ระบบบริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ค้า (VMI) คือ การที่ได้รับข้อมูลโดยที่ไม่สามารถเห็นสินค้าจริงจะทำให้มีความผิดพลาดในการคำนวณปริมาณการเติมคลังสินค้าของผู้ขายได้ ดังนั้นให้มีการตรวจนับปริมาณเวชภัณฑ์คงเหลือโดยเจ้าหน้าที่เจ้าหน้าที่คลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลแม่ข่ายก่อนออกส่งเวชภัณฑ์ 1 สัปดาห์โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายอำนวยความสะดวกในการลงข้อมูลคงเหลือให้และหักลบ Fix stock เพื่อจัดยามาเติมสต๊อกในสัปดาห์ถัดไปที่มีการนำส่งโดยโรงพยาบาลแม่ข่ายตามตารางการจัดส่ง ซึ่งวิธีนี้จะช่วยลดปัญหาด้านคุณภาพของข้อมูลการเบิกได้และจากการตรวจนับปริมาณคงเหลือนี้ทำให้ได้ข้อมูลมูลค่าคงคลังของแต่ละ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอีกด้วย

การปฏิบัติตามแนวทางการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ที่ประยุกต์ใช้ระบบบริหารสินค้าคงคลังโดยผู้ค้า (VMI) เป็นการดำเนินการตามระบบที่ได้จากประชุมกลุ่มร่วมแล้วทำการทดลองระบบเป็นเวลา 3 เดือนโดยในทุกเดือน มีการประชุมกลุ่มร่วมประเมินผลการทำงาน ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขโดยระหว่างดำเนินงานจำแนกปัญหาได้เป็น 3 ประเด็นได้แก่ ปัญหาในด้านงานบริหารภายในโรงพยาบาลแม่ข่าย ปัญหาด้านการสื่อสารข้อมูล ปัญหาด้านระเบียบพัสดุ

ประเด็นปัญหาในด้านงานบริหารภายในโรงพยาบาลแม่ข่าย ได้แก่ การสนับสนับสนุนด้านทรัพยากรด้านสารสนเทศส่งผลต่อความยุ่งยากในการเก็บข้อมูลและรายงานข้อมูลตัวชี้วัดด้านงานบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การติดปัญหาด้านการเงินกับบริษัทผู้จำหน่ายยาและเวชภัณฑ์ส่งผลต่อการเกิดเหตุการณ์ยาขาด STOCK ซึ่งล้วนแล้วแต่กระทบต่อการดำเนินงานด้านบริหารเวชภัณฑ์ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่อย่างไรก็ตามการสื่อสารประสานงาน และทำความเข้าใจในสถานการณ์กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจึงมีความสำคัญมากในการนำไปสู่แนวทางกาแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ซึ่งในการศึกษานี้ร่วมกันแก้ปัญหาโดยใช้ EXCEL เป็นโปรแกรมเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยหรืออำนวยความสะดวกเมื่อมีการเบิกยาฉุกเฉินในกรณีที่ยาขาดคลังที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ประเด็นปัญหาด้านการสื่อสารข้อมูล ได้แก่ การเกิดความไม่สะดวกในการติดต่อประสานงานระหว่างดำเนินการตามระบบจากที่ประชุมกลุ่มร่วมจึงมีการแก้ปัญหาโดยการตั้งไลน์กลุ่มขึ้นมาเพื่อเป็นช่องทางในการติดต่อกันเพิ่มขึ้น

ปัญหาด้านระเบียบพัสดุ ได้แก่ การจัดทำเอกสารการขอเบิกและขั้นตอนการนำส่งเอกสารทางราชการที่ต้องให้เป็นไปตามระเบียบพัสดุ เมื่อได้อธิบายถึงระเบียบที่ต้องปฏิบัติเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานก็ยอมรับและเข้าใจ และจากการประชุมกลุ่มร่วมจึงเสนอแนวทางและขั้นตอนที่สะดวกต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยให้แต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดเตรียมเอกสารหนังสือราชการในการขอเบิกให้พร้อมในวันที่มีเจ้าหน้าที่จากคลังเวชภัณฑ์โรงพยาบาลแม่ข่ายไปตรวจนับเวชภัณฑ์ แล้วให้ฝากเอกสารมาพร้อมกับเจ้าหน้าทีโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อดำเนินการรับเอกสารเข้าโรงพยาบาลให้

ผลการดำเนินงานตามแนวทางการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์สำหรับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลกมลาไสย เมื่อดำเนินการทำงานตามระบบครบ 3 เดือนได้มีการประชุมกลุ่มร่วม สรุปผลการดำเนินงานตามระบบใน 3 ประเด็น ได้แก่ การเก็บรายงานข้อมูลมูลค่าการเบิก มูลค่าคงคลัง และอัตราคงคลัง ความคิดเห็นด้านการลดภาระงานด้านการบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต่อระบบการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์

ประเด็นการเก็บรายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ การสรุปภาพรวมมูลค่าการเบิกจ่ายยาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลกมลาไสย สามารถลดมูลค่าการเบิกยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉลี่ยได้จาก 225,904.0 บาทต่อเดือนในปีงบ 2561 เหลือ 151,671.5 บาทต่อเดือนเมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2562 ลดลงมูลค่า 74,232.5 บาทต่อเดือน คิดเป็นลดลงร้อยละ 32.9 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนฤมิตร อินทุยศและนุศราพร เกษสมบูรณ์ (อินทุยศและเกษสมบูรณ์, 2556)

ภาพรวมอัตราคงคลังเฉลี่ย 3.4 เดือน และภาพรวมมูลค่าคงคลังเฉลี่ยหลังสิ้นสุดการศึกษามีมูลค่า 620,243.3 บาท ซึ่งข้อมูลก่อนการดำเนินพัฒนาระบบ มูลค่าคงคลัง และอัตราคงคลัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่มีการเก็บข้อมูลรายงาน อย่างไรก็ตามจากการพิจารณาอัตราคงคลังราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะพบว่ามีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีข้อมูลอัตราคงคลังผ่านเกณฑ์ 1 แห่ง และยังเกินเกณฑ์ที่โรงพยาบาลแม่ข่ายกำหนด 9 แห่ง โดยอัตราคงคลังเกินมาตรฐานกำหนดของโรงพยาบาลแม่ข่ายคือ 2 เดือน สาเหตุอาจมาจากการพิจารณาปริมาณเวชภัณฑ์ที่พึงมี (Fix stock) ใช้ข้อมูลประวัติการเบิกจากคลังเวชภัณฑ์มาพิจารณากำหนดซึ่งประวัติการเบิกที่ผ่านมาอาจจะเป็นข้อมูลการเบิกที่ยังไม่เหมาะสมส่งผลให้ ปริมาณเวชภัณฑ์ที่พึงมี (Fix stock) ของยาบางรายการมากเกินไปและในการพัฒนางานต่อไปเพื่อปรับลด อัตราคงคลังลงให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดอาจจะต้องมีการปรับปริมาณเวชภัณฑ์ที่พึงมี (Fix stock) ยาบางรายการให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และปัจจัยกวนในประเด็นยาขาดบางรายการจากคลังเวชภัณฑ์โรงพยาบาลแม่ข่ายอาจส่งผลต่อมูลค่าการเบิกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ ซึ่งข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ยังมีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการปรับปรุงและพัฒนาระบบต่อไปเพื่อให้ได้ข้อมูลประสิทธิภาพด้านการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดช่วยให้มีปริมาณเวชภัณฑ์ที่เพียงพอและเหมาะสมต่อไป

ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อภาระงานบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่าจากประชุมกลุ่มร่วมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ความเห็นตรงกันว่าช่วยลดงานด้านบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ และหากมีทรัพยากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศจากโรงพยาบาลแม่ข่ายสนับสนุนเพิ่มขึ้นก็น่าจะสามารถลดภาระงานเพิ่มได้อีกแต่ในส่วนภาระงานของโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ต้องเพิ่มขึ้นคือ การตรวจนับปริมาณเวชภัณฑ์และการจัดทำใบเบิกอย่างไรก็ตามในส่วนงานที่เพิ่มขึ้นของโรงพยาบาลแม่ข่ายก็ได้ชดเชยกับปริมาณเวชภัณฑ์ที่ต้องจัดลดลง การเบิกฉุกเฉินที่ลดลง และได้ข้อมูลมาพัฒนางานด้านบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อไปได้ในอนาคต

ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต่อแนวทางการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลกมลาไสยพบว่าจากประชุมกลุ่มร่วมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการยอมรับและพึงพอใจในระบบที่ได้ร่วมกันพัฒนาขึ้นในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างระบบการเบิกจ่ายร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กับโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งยังไม่ครอบคลุมงานบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด ดังนั้นเมื่อได้ระบบเบิกจ่ายที่สามารถเก็บข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแล้ว การพัฒนาต่อยอดเป็นสิ่งจำเป็นที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพของงานบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อไป

รูปแบบในการพัฒนาระบบการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากการวิจัยนี้ ได้ถูกออกแบบให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา ในบริบทของอำเภอกมลาไสย จึงเป็นรูปแบบที่มีความจำเพาะเฉพาะพื้นที่ ดังนั้น

หากเครือข่ายบริการสาธารณสุขอื่น ๆ จะนำผลการวิจัยไปใช้อาจต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกท่านและขอบคุณทุนอุดหนุนงานวิจัยสำหรับนิสิตระดับบัณฑิตศึกษาจากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2561

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. P&P EXCELLENCE FORUM 2017 http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/PPExcellenceForum2017.pdf. สืบค้นเมื่อ (5/1/2562)

2.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว. http://www.ato.moph.go.th/sites/default/files/download/%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%20%E0%B8%A3%E0%B8%9E%E0%B8%AA%E0%B8%95.%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%94%E0%B8%94%E0%B8%B2%E0%B8%A7%20%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%AA%E0%B8%99%E0%B8%A2.%28%E0%B8%9E%E0%B8%A2.59%29.pdf. สืบค้นเมื่อ(5/1/2562)

3.ธนะวิชช์ ปานน้อย. แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๖๔) http://ihppthaigov.net/DB/publication/attachresearch/134/chapter1.pdf สืบค้นเมื่อ (5/1/2562)

4.รศ.ดร.ดวงพรรณ กริชชาญชัย. ทำความรู้จักกับ VMI (Vendor Managed Inventory). http://www.loghealth.mahidol.ac.th/file/file-7-10-2015-10-51-53-AM.pdf. สืบค้นเมื่อ(6/1/2562)

5.วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์. “ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research”. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี. 2(1) : 30-49, 2558

6.มัลลิกา สุพลและคณะ. การศึกษาความสามารถในการบริหารคลังเวชภัณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ. Research and Development Health System Journal. 7(2) : 207–17, 2557

7.วนิดา ประเสริฐ และ ฟ้าใส จันท์จารุภรณ์. การบริหารจัดการด้านยาในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 13(1) : 55-67, 2558

8.นันทวรรณ กิติกรรณากรณ์ และ สุปรียา ดวงจันทร์. ความสามารถในการบริหารเวชภัณฑ์ของศูนย์สุขภาพชุมชน. พุทธชินราชเวชสาร. 29 (1) : 27-35, 2555

9.Guimarães CM, et al. Vendor managed inventory (VMI): evidences from lean deployment in healthcare. http://www.emeraldinsight.com/10.1108/17538291311316045. [Cite 7 Jan.2019].

10.Claassen MJT, et al.Performance Outcomes and Success Factors of Vendor Managed Inventory (VMI). https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/13598540810905660. [Cite 7 Jan.2019].

11.นฤมิตร อินทุยศและนุศราพร เกษสมบูรณ์. “ การพัฒนาประสิทธิภาพในการบริหารคลังเวชภัณฑ์ด้วยวิธีการจัดการคลังสินค้าโดยคู่ค้าแบบประยุกต์ กรณีศึกษาสถานีอนามัยลูกข่ายโรงพยาบาลคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร”. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 7(2) : 241–51, 2556.