



วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2561 VOL.11 NO.1 JANUARY – APRIL 2018

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ในผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลนาเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด.....	1
ฉัตรลดา คีพร้อม, พัชรารัตน จันทร์เพชร, เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ	
การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสะอาดในการจัดการของเสียของโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง	8
จักรพันธ์ ฉัตรรักษ์, ณรงค์ศักดิ์ ไชยสิทธิ์, เพ็ญศรี วังละอูน	
ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนันทนเองของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร	14
สุนันทา สมใจ, วิชุดา กิจธรรม, วิไลลักษณ์ ลังกา	
การส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืนในผู้สูงอายุ	22
พรพรรณ เยี่ยมศิริปริดา, อังศรา ประเสริฐสิน, นริศรา พึ่งโพธิ์สก	
การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพ บ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น	29
ชัยภรณ์ โพธิ์ผล, ประจักษ์ บัวผัน	
การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น	40
อังกณารักษ์ พลบำรุง, วิพร เสนารักษ์	
การพัฒนาคุณภาพอาหารสุขภาพฟรีด ตำบลเชียงแห อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี.....	49
ปิยะนุช ไชยสาส์น, ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล	
ผลการรักษาด้วยการกินยาและการกินยาร่วมกับการนวดประคบสมุนไพรต่ออาการปวด ในผู้ป่วยทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ.....	57
ชัยวุฒิ อาจการ	
การพัฒนาแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง	67
บุญชาพร อารชฎีกุล, ถาวร ล่อกา	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานสารสนเทศของบุคลากรสาธารณสุข เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง	74
บุญญพัฒน์ ไชยเมธ, สมเกียรติยศ วรเดช, สุทธิพงษ์ รักเล่ง, ภาณุมาศ พิภู, รัตนา รณแสง, จิตติมา ชูใหม่ และ อนุชิต ชุมคง	
การศึกษาประสิทธิภาพเพื่อเฝ้าระวังการบำบัดน้ำเสียจากภาชนะน้ำท่วมขัง บ้านโพธิ์ตากตำบลนางาม อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด	82
อรุณรัตน์ ปัญจะ กลิ่นเกษร, เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ	
การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2559	89
ไพรัตน์ สงคราม, สุรเชษฐ์ ภูสุวรรณ, วุฒิพงษ์ ฆารวิวัฒน์, พรทิพา ฉางค์กลาง	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จในการจัดการความรู้ : กรณีศึกษา เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง	94
สมเกียรติยศ วรเดช, บุญญพัฒน์ ไชยเมธ, สุกัญญา นัครามนตรี, จักรินทร์ ปริมาณนที, ช่อผกา หนูรอด, หนึ่งฤทัย เกื้อเอียด, ณัฐวดี สุขสง	
ผลของการให้ข้อมูลโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ต่อความเครียดของมารดาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย	100
สังวรณ์ พวงศรีเคน	
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์	110
ฉวีวรรณ ชมพูเขา	
แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ จังหวัดอัตตะปือ สปป.ลาว	118
Inpanh Inthirath , ชัญญา อภิปาตกุล	
การพัฒนารูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพประชาชนของสถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่จังหวัดลำปาง	126
วรรณดา ดำเนินสวัสดิ์, ถาวร ล่อกา	
โปรแกรมการพัฒนาความรู้ ทักษะ การรับรู้ และพฤติกรรมกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ในสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป ตำบลหนองพอก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด	134
เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ, พัชรารัตน จันทร์เพชร, ฉัตรลดา คีพร้อม	

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

สารบัญ (ต่อ)

รายงานการวิจัย	หน้า
ประสิทธิผลของโปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์	141
สุรศักดิ์ คีตการยทรัพย์	
ภาวะสุขภาพ และการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	152
สุพัตรา บัวทิ , ขนิษฐา รักษาเคน	
แนวปฏิบัติที่ดีสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย	162
ยุวดี รอดจากภัย	
การพัฒนาแบบแผนการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล	168
ภูษณิศ มีนาเขตร , สุพรรณิ อะโอกิ , ชีรวิดิ เอกะกุล	
พฤติกรรมการใช้ยาที่แพทย์ไม่ได้สั่งจ่ายและอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลชุมชนน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ...	177
ทิพวรรณ สกุลจันทร์	
การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A(H3) ในวัดแห่งหนึ่งจังหวัดอำนาจเจริญ เดือนตุลาคม 2560	184
ปฐมพงศ์ ปุโรโปรง , สำราญ เหล็กงาม , วารุณี นาสินพูน	
การพัฒนาแบบแผนการจัดการปัญหาอุบัติเหตุภายใต้การจัดการระบบสุขภาพอำเภออำเภอม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์	192
ฉวีวรรณ ชมภูเข , กฤตเมธ อัครภูมิ	
การพัฒนาความผูกพันองค์กรของบุคลากร ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	200
พิบูลย์ พิมพ์จำปา , วิรติ ปานศิลา , สุพร ลอยหา	
ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมกรนวดเท้าเพื่อลดอาการเท้าชาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	210
ศิริพร แสงกุลัง , นิรมล เมืองโสม	
การพัฒนาแนวทางประสานบริการของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี และโรงพยาบาลบริการด้านโรคมะเร็งในนครหลวงเวียงจันทร์	219
ชลธิรัตน์ สารรัตน์ , สุวิญญา ธนสีลังกูร , ชลการ ทรงศรี	
การพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม(AIC)	229
ศาสโรจ สมชอบ	
การพัฒนาทักษะการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน	239
วันนากรณ์ ศรีไพรวรรณ , อรสา กงตาล	
การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	249
รัชนิกร ราชพลแสน , เกษราวัลณ์ นิลรางกูร	
แรงจูงใจที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น	259
ประภัศร ชาลีการ , ประจักษ์ บัวผัน	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทชายที่อาศัยอยู่ในชุมชนอีสาน	268
ครุณี รุจกรกานต์ , สุรดา จันดีกระยอม , ชนกวร ศรีประสาร	
การปรับตัวของผู้ประกอบการในการผลิตอาหารพื้นเมืองจากอุตสาหกรรมในครัวเรือนสู่การผลิต เพื่อการค้า : กรณีศึกษา หมู่โคราขตรา	277
ดอกจิก อำเภอสามแสนแสง จังหวัดนครราชสีมา	
ประภาพร ชูลีลัง , สุณิพร สุวรรณมณีพงศ์ , ปัญญา หมั่นเก็บ	
ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียง	287
น้อย จังหวัดขอนแก่น	
บัญชา ณ พัทลุง , ชัญญา อภิบาลกุล	
พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 8	297
ณภัทร สิทธิศักดิ์	
การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลสาขารักษ์ สำหรับนักศึกษาพยาบาล	308
นลินี เกิดประสงค์ , ภัทธรา ชีรสวัสดิ์ , ศิริญา พูลสุวรรณ , สุวิณี วิวัฒน์วานิช	
ประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขภาพที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และวัฒนธรรมพื้นบ้าน	318
หมอลำต่อพฤติกรรมกรนวดเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ตำบลหนองโสน อำเภอหนองเรือ จังหวัดบุรีรัมย์	
วันเฉลิม รัตพร , วิศรุต ทองวรรณ , สุพัตรา วัฒนเสน , นันทิยา รัมณีย์รัตนกุล	
ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น	328
ลักษณะพรรณณ แก้วมูลมุข , สุวิทย์ อุดมพานิชย์	

สารบัญ (ต่อ)

รายงานการวิจัย	หน้า
ผลของการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปุริสธรรมต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุราษฎร์ธานี	339
อรนรินทร์ แท่นอ่อน , เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย , ญะญุชร์ เจือดี	
ผลของการออกกำลังกายแอโรบิกควบคู่กับการควบคุมอาหารและการใช้ยาโดยการสนับสนุนของครอบครัวต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	349
พงษ์พัฒน์ ธรรมธะสาร , เบญจามุกตพันธุ์	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดสกลนคร	358
ศิริบุญย์ ศรีไชยจูญพวง	
การวิจัยและพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน จังหวัดลำปาง	365
กุลรัตน์ ไชยพรม , ณัฐฐิฏฐกรณ์ ปัญจันท์ , ถาวร ล่อคา	
ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุเขตกิ่งเมือง อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร	380
ธัญญ์ กนกเทศ , สุคนธ์รัตน์ ศิริวรรณไชย	
แนวทางการจัดการน้ำเสียแบบมีส่วนร่วมสำหรับชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์	386
ผดุงศักดิ์ คำยศ , ธันวาท ใจเที่ยง , ชีรนาถ สุวรรณเรือง	
การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด	395
วราภรณ์ นันทวงศ์ , สุวิทย์ อุดมพาณิชย์	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อซ้ำของโรคพยาธิใบไม้ตับในอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์	403
อนุวัฒน์ เฟื่องฟูผล , จุฑามาศ สุจริต , คุณศักดิ์ เทพจันทร์ , พุทธิไกร ประมวล	
ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการจัดการขยะมูลฝอยในเขตรับผิดชอบองค์การบริหารส่วนตำบลคูด้รังอำเภอคูด้รัง จังหวัดมหาสารคาม	411
วิรัตน์ พิศรี , ชัยรัช จันทน์สมุด	
การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู	418
รวมพล เหล่าหวาน	
การพัฒนาระบบการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วม อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู	427
ดวงสุดา ดาวเศรษฐี	
ความรู้และพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยของประชาชนในตำบลนาโพธิ์ อำเภอคูด้รัง จังหวัดมหาสารคาม	435
ปรีชา ศรีน้อยขาว , ชัยรัช จันทน์สมุด	
ภูมิปัญญาการใช้พืชสมุนไพรในท้องถิ่นของชุมชนสองเหนือตำบลตลาด อำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม	443
ชนนิตา แปลงมัลย์	
การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น	452
วนิดา คงแสง , ชนระพล ศรีฤาชา	
พฤติกรรมและการดูแลทำในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา	465
เนตรนภา พลพิชิต , วิพร เสนารักษ์	
การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน บ้านคำไฮ หมู่ที่ 8 ตำบลหนองสูง อำเภอหนองสูง จังหวัดกาฬสินธุ์	472
มันทนา ศรีสุทัศน์ , เพชรไสว ลีมตระกูล	
การพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในชุมชน	481
กนกพร โพชะโน , วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์ , เกศินี สราญฤทธิชัย	

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

สารบัญ (ต่อ)

รายงานการวิจัย	หน้า
ผลของอุณหภูมิและเวลาต่อการลดลงของชนิดและปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ในการอบฆ่าด้วยเตาไมโครเวฟในจังหวัดกาฬสินธุ์	491
อรรถพล ภูผาจิตต์ , คาริวรรณ เสริมฐิธรรม	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบกส่วนภูมิภาค	501
นิภาวรรณ ขววงิกดิ์ , มาริสา ไกรฤกษ์	
การดูแลตนเองของเกษตรกรปลูกมะเขือเทศ	513
ประมวลศิลป์ ปิ่นทะวงษ์ , เกษราวัลณ์ นิลวางกูร	
การพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินคำม่วน-สามชัย ปี พ.ศ.2560	521
นิติกานจน์ ภูวินทร์	
คุณภาพการสื่อสารส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกทางวิสัญญีสู่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	530
ทองเย็น นฤสวัสดิ์	
ผลการยับยั้งเชื้อก่อโรคน้ำเสียของสารสกัดหยาบใบผักคราดหัวแหวนและใบยางนา	535
ปิยะวรรณ เอมอ้อมนันต์	
ปัจจัยกำหนดทางสังคมของความไม่เสมอภาคทางสุขภาพในพื้นที่เขตเมือง	541
ชัยณรงค์ สังข์จำ	
ชนิดของน้ำตาลและระยะเวลาต่อการเจริญเติบโตของเชื้อสเตรปโตคอคคัส มีวแทนส์	549
ปิยะวรรณ เอมอ้อมนันต์	
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพิการ	554
อภิญา วงศ์พิริโยธา, สุรชาติ สิทธิปกรณ์ , อุดมลักษณ์ สุทธิเจริญ	

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ เป็นวารสารที่ใช้ในการเผยแพร่ผลงานวิชาการเกี่ยวกับงานสาธารณสุข และสาขาที่เกี่ยวข้องจัดทำขึ้นโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 3 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – เมษายน, พฤษภาคม – สิงหาคม, กันยายน – ธันวาคม ของทุกปี เพื่อตอบสนององวิสัยทัศน์ การพัฒนาสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นการสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ และขับเคลื่อนตามยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยเฉพาะการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และภูมิปัญญาที่เป็นเลิศ หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับมีการสร้างองค์ความรู้ เป็นแหล่งเรียนรู้ของการบริหารจัดการ และการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อตอบสนองนโยบายสาธารณสุขทุกระดับ และนำไปใช้ประโยชน์การตัดสินใจทางการบริหาร, วิชาการ และการปฏิบัติการทุกระดับ และเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่อาเซียน เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนด จึงจำเป็นต้องเผยแพร่องค์ความรู้ทั้งที่เป็นรายงานการวิจัย บทความและนวัตกรรมที่เกิดจากการศึกษาหรือการปฏิบัติงานทางด้านสุขภาพทั้งจากจังหวัดกาฬสินธุ์เอง และจากพื้นที่อื่นในประเทศ เพื่อเกิดองค์ความรู้ นำไปสู่การถอดบทเรียนจนไปสู่การประยุกต์ใช้ที่เหมาะสมกับงานสาธารณสุข และในโอกาสนี้ทางคณะผู้จัดทำจึงขอเชิญท่านที่มีผลงานทางวิชาการได้ร่วมส่งผลงานเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้และนวัตกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้เป็นฐานความรู้ต่อผู้อ่านในฉบับต่อไป

สำหรับวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 31 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพ ตั้งแต่เดือน มกราคม – เมษายน 2561 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายกันไป ซึ่งได้แก่ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การดำเนินงานสารสนเทศของบุคลากรสาธารณสุข การป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A(H3) ระบบเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การจัดการของเสีย การบำบัดน้ำเสีย มารดาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก พฤติกรรมการเรียนรู้ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การพัฒนากลุ่มอาหารสุขภาพพรีโซได การดูแลผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ การสร้างเสริมความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุเขตกึ่งเมือง การบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม แนวทางประสานบริการของโรงพยาบาลมะเร็ง บัณฑิตที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ผลของการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปุริสธรรมต่อความสุข ผู้ป่วยทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ การจัดการปัญหาอุบัติเหตุ สมรรถนะการพยาบาลสาธาณภย การประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล การพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัด สำนักงานสาธารณสุข การพัฒนาความผูกพันองค์กรของบุคลากร การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 นี้จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานสาธารณสุขต่อไป

บรรณาธิการ

การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ในผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลนา
เมือง อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

The Development of Health Behavior for Prevention of Duplicate Liver fluke Infections in Liver
Fluke Disease Patients in Namuang sub district, Selaphum district,
Roi Et province

ฉัตรลดา ดีพร้อม¹, พัชรารวรรณ จันทร์เพชร¹, เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ¹
Chatlada deeprom , Patcharawan janpech, Petcherut Sirisuwan

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ในผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลนาเมืองอำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 33 คน ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ Paired Sample T-test พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 และผลการติดตามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ในผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ 4 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยทั้ง 33 คน ตรวจไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ หายขาดร้อยละ 100

ข้อเสนอแนะ โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ในผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวดีขึ้นแต่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตัวที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง และมีการตรวจคัดกรองหาไข่พยาธิใบไม้ตับอยู่เสมอพร้อมให้สุขภาพอยู่สม่ำเสมอโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องออกติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นประจำ

คำสำคัญ: การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, ป้องกัน, โรคพยาธิใบไม้ตับ

Abstract

This study was action research. The objectives were study about effective of development of health behavior for prevention of duplicate liver fluke infections in liver fluke disease patients in Namuang sub district, Selephum district, Roi et province. 33 cases of liver fluke disease patients were included as a sample. The tool to collected data were questionnaires, the reliability; Overall of Cronbach's alpha coefficient was 0.76 The statistics used in the studying consist of quantitative analysis with descriptive statistics and Paired Sample T-test for test the difference in mean of knowledge, attitudes, perceive and of prevention behavior about of duplicate liver fluke infections before and after joining the program.

Study results found after joined health behavior development program, the average score of knowledge about prevention of duplicate liver fluke infections increased statistically significant 0.01 (p - value = 0.000) The average score of attitude about prevention of duplicate liver fluke infections increased statistically significant 0.01, had average score of risk recognition about prevention of duplicate liver fluke infections increased statistically significant 0.01(p - value = 0.000), had the average score of prevention behavior about of duplicate liver fluke infections increased statistically significant 0.01 and result of 4 weeks health behavior tracking for prevention of duplicate liver fluke infections in 33 of liver fluke disease patients was detected no liver fluke eggs and cured 100%

The suggestion was health behavior development program can cause liver fluke disease patients behave improved and cured of liver fluke disease. However, the patients must continue to behave properly, always screening for liver fluke egg and keep health education. Assign to health officials to concern the behavior of the patient regularly.

Keywords: health behavior development, prevention, Opisthorchiasis

¹ อาจารย์ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ภาควิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคระบาดที่พบในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ องค์การอนามัยโลกได้จัดให้พยาธิใบไม้ตับเป็นพยาธิที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งตับมากที่สุดในโลก โดยพยาธิใบไม้ตับที่ก่อโรคในประเทศไทยคือ *Opisthorchis viverrini* พยาธิชนิดนี้มีความสำคัญทางสาธารณสุขมากกว่าพยาธิอื่นๆ ที่พบระบาดในประเทศไทยเนื่องจากเป็นพยาธิชนิดเดียวในประเทศไทยที่องค์การอนามัยโลกยอมรับและจัดให้เป็นเชื้อมะเร็ง มะเร็งตับที่สำคัญมี 2 ชนิด ได้แก่ มะเร็งเซลล์ตับและมะเร็งท่อน้ำดีซึ่งทั้งสองชนิดนี้มีปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคแตกต่างกันมะเร็งในท่อน้ำดีพบได้บ่อยทั้งเพศชาย และเพศหญิงโดยมีแนวโน้มอัตราการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี ปัจจุบันอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีของประเทศไทยยังสูงมาก โดยเป็นประเทศที่มีมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลกและยังไม่มีแนวโน้มว่าโรคนี้อาจลดลง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอุบัติการณ์สูงสุดโดยพบผู้ป่วยชายเท่ากับ 100 คนจากประชากรแสนคน พบผู้ป่วยหญิง 50 คน ต่อประชากรแสนคน พยาธิตัวเต็มวัยพบอยู่ในท่อน้ำดีของคน จึงเป็นสาเหตุที่สำคัญในการทำให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดี สาเหตุการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับเกิดจากการรับประทานอาหารประเภทที่ปรุงจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวตระกูลปลาตะเพียน ที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ เช่น ก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ ส้มปลาดิบ ปลาร้าดิบ หรือส้มตำใส่ปลาร้าดิบ เป็นต้น ซึ่งมีตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับปนเปื้อน⁽¹⁾

อัตราการชุกการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ 3 อันดับในประเทศไทย โดยการสุ่มตรวจจากกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ จังหวัดสกลนคร ร้อยละ 61.40 จังหวัดแพร่ ร้อยละ 55.80 และจังหวัดร้อยเอ็ด ร้อยละ 54.80 จากการวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงพบว่าประชาชนในพื้นที่ที่พบโรคพยาธิใบไม้ตับยังคงกินอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดเป็นประจำ ร้อยละ 7.00 กินเป็นครั้งคราว ร้อยละ 84.00 และไม่รับประทานเลย ร้อยละ 9.00 ประชาชน ร้อยละ 6.90 ยังมีพฤติกรรมถ่ายอุจจาระนอกส้วม คาดว่าประเทศไทยมีประชาชนที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ประมาณ 6 ล้านคน จากการที่ประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูง ส่งผลต่ออุบัติการณ์มะเร็งท่อน้ำดีของภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูง โดยในแต่ละปีประเทศไทยมี

ผู้เสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีปีละประมาณ 14,000 คน โดยเกินกว่าครึ่ง เป็นประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประเทศไทยถูกจัดอยู่ในอันดับที่ 5 ของโลกที่เสียชีวิตมากที่สุด โดยมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่าปีละ 28,000 คน หรือ 80 คนต่อวัน และมากกว่า ร้อยละ 70 เป็นมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีเกือบ ร้อยละ 5.00 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับทั่วโลก หรือมีปีละ 600,000 คน ซึ่งนับว่าสูงมาก⁽²⁾

จากการสำรวจความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปีพ.ศ. 2557 ของจังหวัดร้อยเอ็ด พบผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี 1,087 ราย อัตราความชุกในภาพรวมของจังหวัดร้อยเอ็ด เท่ากับ 14.60 ในบางพื้นที่มีอัตราการติดเชื้อสูงถึง ร้อยละ 65 กลุ่มอายุที่พบการติดเชื้อสูงที่สุดอยู่ที่อายุ 40 - 60 ปี และในปีพ.ศ. 2558 พบผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับ จำนวน 773 ราย จังหวัดร้อยเอ็ดเป็นจังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในปีพ.ศ. 2558⁽³⁾ อำเภอสว่างภูมิเป็นพื้นที่ที่มีแม่น้ำสำคัญไหลผ่านหลายสาย ได้แก่ ลำน้ำชี ลำน้ำยัง ห้วยแกว ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงทางด้านภูมิศาสตร์ของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี รวมทั้งประชาชนมีพฤติกรรมกินปลาดิบ ปลาร้า ปลาเกล็ดขาว ทำให้มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ทุกปี จะเห็นได้ว่าโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาที่สำคัญควรเร่งดำเนินการแก้ไข และเป็นปัญหาสำคัญของจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเมืองจึงได้สุ่มตรวจกลุ่มตัวอย่าง ในปี พ.ศ. 2557 – 2559 ปีพ.ศ. 2557 ได้สุ่มตรวจกลุ่มตัวอย่างจำนวน 312 คน พบผู้ป่วย จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 9.94 รักษาหายขาด 17 คน คิดเป็นร้อยละ 54.84 ในปีพ.ศ. 2558 ได้สุ่มตรวจกลุ่มตัวอย่างจำนวน 500 คน พบผู้ป่วยจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 7.00 รักษาหายขาด 15 คน คิดเป็นร้อยละ 42.86 และในปีพ.ศ. 2559 ได้สุ่มตรวจกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,028 คน พบผู้ป่วยจำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 5.30 รักษาหายขาด 25 คน คิดเป็นร้อยละ 45.45 และในปีพ.ศ. 2560 ได้สุ่มตรวจกลุ่มตัวอย่างจำนวน 222 คน พบผู้ป่วยจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 23.42 จะเห็นได้ว่าในปีพ.ศ. 2560 ที่ผ่านมามีส่วนร่วมการตรวจพบการติดโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่า 3 ปีที่ผ่านมา เนื่องจากมีการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ที่เข้ารับการตรวจก่อน⁽⁴⁾ ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา

เมือง และผู้จัดทำเห็นถึงความสำคัญเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ เพราะเป็นโรคที่อันตรายพอสมควรหากเป็นแล้วไม่รักษาหรือรักษาหายแล้วกลับมาเป็นซ้ำอีกจะก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ได้ จึงได้จัดทำการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ในผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลนาเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย โรคพยาธิใบไม้ตับ ในการนำไปเป็นข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ไม่ให้ติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำอีก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ในผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลนาเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ในด้านความรู้ ทักษะ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ พฤติกรรมการป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ในผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อน – หลังการเข้าร่วมการโปรแกรม

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ในผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลนาเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ มีการวัดผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้คือผู้ที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ และได้รับยาเพื่อรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเมือง ตำบลนาเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด รวมทั้งสิ้นจำนวน 33 คน เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยเครื่องมือชุดเดียวกัน และมีการติดตามพฤติกรรมโปรแกรม 4 สัปดาห์⁽⁴⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการทววิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำในผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ

แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

สัปดาห์ที่ 1 ลงสำรวจหมู่บ้านที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเมือง ตำบลนาเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด สร้างความสัมพันธ์ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ อาสาสมัครสาธารณสุข และตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินโปรแกรมการวิจัย

สัปดาห์ที่ 2 ลงพื้นที่ดำเนินกิจกรรมให้สุศึกษาเรื่องการป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม ให้แต่ละกลุ่มเข้าประจำฐาน โดยมีทั้งหมด 4 ฐาน คือ ฐานที่ 1 พืชดวงจรพยาธิ ฐานที่ 2 สุขา ก็ร้อยได้ ฐานที่ 3 ปลดทุกข์ถูกที่ สุขภาพดีทุกคน ฐานที่ 4 Cleaning โดยมี การประเมินผลความรู้ ทักษะ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ในผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังการอบรมได้ทำการวัดความรู้หลังการอบรม

สัปดาห์ที่ 3 - 5 กิจกรรมการกระตุ้นความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ โดยการลงเยี่ยมบ้าน ผู้เข้าร่วมโปรแกรมพร้อมซักถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคประจำวัน การถ่ายอุจจาระ ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมเพื่อ ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ เก็บอุจจาระผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อส่งตรวจการติดซ้ำ จำนวน 33 คน

สัปดาห์ที่ 6 ทำการประเมินผลหลังเข้าร่วมโปรแกรม (post-test) และสรุปประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล การลงพื้นที่จัดโปรแกรมการพัฒนาความรู้ ทักษะ การรับรู้ และ พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ในผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลนาเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับการเกิด

โรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ และพฤติกรรมการป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ Paired Sample T-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการจัดบันทึก รายงานการจัดโปรแกรม รายงานการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ เรื่อง วิธีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ในผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การจัดหมวดหมู่

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.58 มีอายุระหว่าง 46-55 ปี ร้อยละ 42.42 ส่วนใหญ่แต่งงานและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 72.72 ส่วนใหญ่จบ

การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.64 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 84.85 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน ร้อยละ 51.52 ส่วนใหญ่เคยกินปลาจากแหล่งน้ำสาธารณะในชุมชน ร้อยละ 93.94 ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารด้านโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 100.00 และส่วนใหญ่ไม่มีญาติพี่น้องหรือบุคคลในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 81.80

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ในผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตาราง 1 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ความรู้เรื่องการป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ	$\bar{X}$	S.D.	Min.	Max.	t	p – value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	8.58	0.94	6	10	4.32	.000*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	9.48	0.71	8	10		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.88 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value = 0.000)

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบทัศนคติเกี่ยวกับการติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ในผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตาราง 2 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ทัศนคติเรื่องการป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ	$\bar{X}$	S.D.	Min.	Max.	t	p – value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	30.24	3.05	25	35	3.84	.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	33.24	3.23	26	36		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ มีทัศนคติเกี่ยวกับการติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.70 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเท่ากับ 33.24 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3 และผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (p – value = 0.001)

ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตาราง 3 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ก่อนและหลังเข้าร่วมเข้าร่วมโปรแกรม

การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ	$\bar{X}$	S.D.	Min.	Max.	t	p – value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	17.93	2.09	11	21	4.74	.000*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	20.03	1.01	17	21		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.80 มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p – value = 0.000)

ส่วนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตาราง 4 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดโรคพยาธิ ใบไม้ตับซ้ำ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการ

พฤติกรรมการป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ	$\bar{X}$	S.D.	Min.	Max.	t	p – value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	17.00	2.09	13	21	4.74	.000*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	20.75	0.79	18	21		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value = 0.000)

ส่วนที่ 6 ผลการติดตามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลนาเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 33 คน

ผลการติดตามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลนาเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 33 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับประทานปลาดิบ 33 คน กลุ่มตัวอย่างแยกเขียงสำหรับอาหารสุกและอาหารดิบทุกครั้ง 24 คน มีเพียงกลุ่มตัวอย่าง เพศชาย 7 คน เพศหญิง 2 คน ที่ยังไม่แยกเขียงหั่นอาหารสุกและอาหารดิบเป็นบางครั้ง และ

กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลิกกินปลาดิบอย่างถาวร และจะทำให้ได้นานกว่า 1 ปี จำนวน 31 คน มีเพียงกลุ่มตัวอย่าง เพศชาย 2 คน ที่ตัดสินใจจะเลิกกินปลาดิบ แต่ยังทำไม่ได้บางครั้ง

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ในผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลนาเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p – value = 0.000) สอดคล้องกับผลงานวิจัยของวิระพล วิเศษสังข์ (2560)⁽⁵⁾ เรื่อง โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวต่อการลดการเกิดโรคพยาธิ

ไ้ไม่ดับในกลุ่มวัยแรงงาน ตำบลชะลุ อำเภอรุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มแกนนำสุขภาพ ประจำครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ การป้องกันโรค พยาธิไ้ไม่ดับเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.001$)

ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการติดโรคพยาธิ ไ้ไม่ดับซ้ำ หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มผู้ป้วยมีคะแนนเฉลี่ย ของทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการติดโรคพยาธิไ้ไม่ดับซ้ำ เพิ่มขึ้นเกินกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p\text{-value} = 0.001$) สอดคล้องกับ ผลงานวิจัยของนิสร ผานคำ (2557)⁽⁶⁾ เรื่องการพัฒนารูปแบบ การป้องกันโรคพยาธิไ้ไม่ดับในระดับชุมชน ตำบลคู่น้อย อำเภอดุสิต กรุงเทพมหานคร จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคพยาธิไ้ไม่ดับของชุมชนหลังการดำเนินการ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p\text{-value} = 0.001$)

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับการเกิดโรคพยาธิ ไ้ไม่ดับซ้ำ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดโรคพยาธิไ้ไม่ดับซ้ำ ใน ผู้ป้วยโรคพยาธิไ้ไม่ดับ ตำบลนาเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัด ร้อยเอ็ดหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มผู้ป้วยมีคะแนนเฉลี่ยของ การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับการเกิดโรคพยาธิไ้ไม่ดับซ้ำเพิ่ม มากขึ้นเกินกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.01 ($p\text{-value} = 0.000$) ซึ่งสอดคล้องกับ ผลงานวิจัยของกริณทรรณ์ บุญช่วยธนสิทธิ์ และคณะ (2557)⁽⁷⁾ เรื่อง การ พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิไ้ไม่ดับในชุมชน ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิด โรคพยาธิไ้ไม่ดับเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01 ($p\text{-value} = 0.001$)

ด้านพฤติกรรมป้องกันการติดโรคพยาธิไ้ไม่ดับ ซ้ำ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรม สุขภาพเพื่อป้องกันการติดโรคพยาธิไ้ไม่ดับซ้ำ ในผู้ป้วยโรค พยาธิไ้ไม่ดับ ตำบลนาเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มผู้ป้วยมีคะแนนเฉลี่ยของ พฤติกรรมป้องกันการติดโรคพยาธิไ้ไม่ดับ เพิ่มขึ้นเกินกว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

0.01 ($p\text{-value} = 0.000$) ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของนิสร ผานคำ (2557)⁽⁶⁾ เรื่องการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิ ไ้ไม่ดับในระดับชุมชน ตำบลคู่น้อย อำเภอดุสิต กรุงเทพมหานคร จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า หลังการดำเนินการอบรมการปฏิบัติตัว ในการป้องกันโรคพยาธิไ้ไม่ดับของชุมชนเพิ่มมากขึ้นอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p\text{-value} = 0.001$)

ผลการติดตามกลุ่มผู้ป้วยโรคพยาธิไ้ไม่ดับที่เข้าร่วม โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดโรค พยาธิไ้ไม่ดับซ้ำ ในผู้ป้วยโรคพยาธิไ้ไม่ดับ จำนวน 33 คน หลังจบโปรแกรมได้ทำการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิ ไ้ไม่ดับ พบว่า ผู้ป้วยโรคพยาธิไ้ไม่ดับ จำนวน 33 คน ตรวจไม่พบไข่พยาธิไ้ไม่ดับ หายขาด ร้อยละ 100.00 และไม่ มีผู้ป้วยติดโรคพยาธิไ้ไม่ดับซ้ำ ผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็น ประโยชน์ต่อผู้ป้วยโรคพยาธิไ้ไม่ดับ ในการนำไปเป็น ข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ไม่ให้กลับมาติดโรคพยาธิไ้ไม่ดับซ้ำอีก

ข้อเสนอแนะ

1. จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่อยู่ใน ระดับสูงแล้วแต่ในส่วนของการติดตามพฤติกรรมยังพบ ในกลุ่มตัวอย่างบางรายที่ยังมีการรับประทานปลาดิบใน บางครั้ง จึงควรมีการจัดกิจกรรมติดตามพฤติกรรมอย่าง ต่อเนื่องโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องจะส่งผลให้กลุ่ม ตัวอย่างเกิดความเกรงใจ และส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองอย่างต่อเนื่องและต่อไป

2. เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการจัดกิจกรรมที่ เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ

ควรเน้นให้เกิดการฝึกปฏิบัติ มากกว่าการนั่งฟังบรรยายทั่วไป

3. ควรจัดกิจกรรมรณรงค์ที่สร้าง ทัศนคติและการ รับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันพยาธิไ้ไม่ดับ ในกลุ่ม ประชาชนและควรเริ่มในกลุ่มเด็กนักเรียนที่เป็นเยาวชนและ เริ่มมีการเรียนรู้พฤติกรรมความเชื่อจากการบริโภคอาหาร

4. ควรมีการรณรงค์การตรวจหาไข่พยาธิไ้ไม่ดับให้ ต่อเนื่องในประชาชนกลุ่มเสี่ยง และสร้างความตระหนักให้ ประชาชนเล็งเห็นถึงความจำเป็นและความสำคัญในการ แก้ปัญหาโรคพยาธิไ้ไม่ดับ

5. การจัดกิจกรรมอย่างมีระบบตามขั้นตอนการบันทึกผล และการติดตามพฤติกรรมเป็นระยะๆ

6. เพื่อเป็นการต่อยอดงานวิจัยควรมีการศึกษาถึงปัญหาและอุปสรรคที่มีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขและวางแผนดำเนินงานครั้งต่อไปเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

7. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการโรคในกลุ่มประชาชนอื่น

8. ควรทำวิจัยโดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วม โดยแบ่งกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อจะให้เห็นความแตกต่างระหว่างพื้นที่ด้วย

9. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาถึงปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น ความเชื่ออำนาจแห่งตนขนบธรรมเนียมประเพณี สภาพครอบครัว ชุมชนและที่อยู่อาศัยว่ามีผลต่อ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเมืองและอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอกราบขอบพระคุณ กลุ่มผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลนาเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่เข้าร่วมโครงการ ที่กรุณาให้ข้อมูลและเข้าร่วมโปรแกรมตลอดการดำเนินงานโครงการ

สำหรับคุณงามความดีอันใดที่เกิดจากสารนิพนธ์เล่มนี้ คณะผู้วิจัยขอมอบให้กับบิดา มารดา ซึ่งเป็นที่รักและเคารพยิ่ง ตลอดจนครูอาจารย์ที่เคารพทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และถ่ายทอดประสบการณ์ที่ดีให้แก่คณะผู้วิจัยตลอดมา จนทำให้ประสบความสำเร็จในชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. มุลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี. (2560). “สถิติและอุบัติการณ์การเกิดโรค”. , จาก <http://cca.in.th/th/index.php/about-cca/key-statistics> สืบค้น 12 สิงหาคม 2560.
2. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. (2559). “ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ลดความเสี่ยงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี”. จาก <http://thaigcd.ddc.moph.go.th/2016/home> สืบค้น 21 กรกฎาคม 2560.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. (2558). “การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาหลักสูตรท้องถิ่นเพื่อสร้างเสริมและป้องกันโรคท้องถิ่น (โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี) จังหวัดร้อยเอ็ด ประจำปี 2558”. จาก <http://sasuk101.net> สืบค้น 21 กรกฎาคม 2560.
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเมือง. “ความทุกข์ของผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด”. ฐานข้อมูล HOSxP. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเมือง ตำบลนาเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. 2560.
5. วีระพล วิเศษสังข์. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวต่อการลดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มวัยแรงงาน ตำบลชะยุ้ง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2560.
6. นิสร พานคำ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน ตำบลคู่น้อย อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2557.
7. กรณ์ชาตรี นุญช่วยชนาสีทิพย์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2557.

การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสะอาดในการจัดการของเสียของโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง

Application of Clean Technology for Waste Management in a 30 Bed Community Hospital

จักรพันธ์ ฉัตรารักษ์¹, ณรงค์ศักดิ์ ไชยสิทธิ์², เพ็ญศรี วัฒนละยาน³

Jakkapan Chattaruk¹, Narongsak Chaiyasit², Pensri Watchalayann³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสะอาดในการจัดการของเสียของโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง โดยเริ่มจากการจัดทำบัญชีรายชื่อของเสีย พบว่ามีกิจกรรมหรืองานบริการ จำนวน 383 กิจกรรม โดยมีทรัพยากรป้อนเข้า จำนวน 1,630 รายการ และมีรายการของเสีย จำนวน 1,540 รายการ ผลการคัดเลือกประเด็นปัญหาของเสียที่สำคัญเพื่อสร้างข้อเสนอโดยใช้หลักเทคโนโลยีสะอาดมี 4 รายการคือ (1) กระป๋องสเปรย์ชนิดดับกลิ่น (2) หลอดไฟ (3) เศษอะมัลกัมในน้ำเสีย (4) ถ่านไฟฉาย และเมื่อประเมินสาเหตุการเกิดของเสียพบว่ามาจาก 2 ปัจจัยคือ ด้านผลิตภัณฑ์และการจัดการของเสีย ทำให้สามารถสร้างข้อเสนอได้ดังนี้ (1) เปลี่ยน/ปรับปรุงผลิตภัณฑ์เพื่อลดของเสียที่แหล่งกำเนิด (2) ใช้วิธีปฏิบัติงานที่ดีขึ้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการของเสีย และ (3) เปลี่ยน/ปรับปรุงเทคโนโลยีเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการของเสีย ได้แก่ การติดตั้ง amalgam separator ซึ่งข้อเสนอนี้ได้นำมาศึกษาความเป็นไปได้ พบว่า มีความเป็นไปได้ทางด้านเทคนิคระดับปานกลางเนื่องจากเทคโนโลยียังไม่แพร่หลาย และมีความเป็นไปได้ทางการนำไปใช้ระดับต่ำ เนื่องจากขาดการยอมรับ แต่มีความเป็นไปได้ทางด้านสิ่งแวดล้อม และความเป็นไปได้ทางเศรษฐศาสตร์สูง โดยมีระยะเวลาคืนทุน 0.09 ปี มูลค่าเงินในปัจจุบัน (NPV) 2,691,701.54 บาท และอัตราผลตอบแทนการลงทุน (IRR) 413.08% ทั้งนี้เทคโนโลยีสะอาดนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการของเสียของโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี สามารถลดของเสีย ณ แหล่งกำเนิด ส่งผลดีต่อสิ่งแวดล้อม เห็นควรผลักดันเป็นนโยบายเพื่อให้มีการดำเนินงานในระดับโรงพยาบาลจังหวัด และประเทศต่อไป

คำสำคัญ : เทคโนโลยีสะอาด, การจัดการของเสีย, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This research aims to study the Application of Clean Technology for Waste Management in a 30 Bed Community Hospital, starting by prepare lists of wastes that there are 383 activities or service, 1,630 input resources and 1,540 lists of waste. The important result by using 4 lists of clean technology are (1) spray cans of deodorant (2) Lamp (3) fragments like amalgam in wastewater (4) batteries. When assessing cause of waste has two factors included the product and waste management. So, It can also make proposals as follows; (1) change or improve products to reduce source of waste (2) perform better to increase efficiency of waste management and (3) change or improve technology to increase efficiency of waste management as installation amalgam separator which has been studied the possibility; found that it can be technical possibility at medium due to it is not widespread and it's low possibility to use because of lack of recognition. But it's possibility in environmental and high economic which the payback period is 0.09 years, the current value (NPV) 2,691,701.54 baht and rate of return (IRR) 413.08%. So, the clean technology can be applied the waste management in hospital as well. It's able to reduce source of waste and be positive impact on environment. It should be agreed to be a policy in the provincial and countries hospital.

Keyword : Clean Technology, Waste Management, Community Hospital

¹ Author, Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Thammasat University.

² Co-Author, Special instructor, Faculty of Public Health, Thammasat University.

³ Corresponding Author, Faculty of Public Health, Thammasat University, Email: pensri.watchalayann@gmail.com, Tel: 0850759997.

บทนำ

โรงพยาบาลเป็นแหล่งกำเนิดของเสียที่สำคัญ ซึ่งเกิดจากกิจกรรมบริการสุขภาพและกิจกรรมอื่นที่เกี่ยวข้อง หากมีการจัดการที่ไม่เหมาะสมอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสภาพแวดล้อมและสุขอนามัยของประชาชนรวมถึงอันตรายต่อผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ซึ่งในปัจจุบันการจัดการของเสียที่เกิดจากสถานบริการทางการแพทย์ยังคงมุ่งเน้นการจัดการที่ปลายทางคือการกำจัด เทคโนโลยีสะอาด (Cleaner Technology /CT) จึงเป็นแนวทางหนึ่งของการจัดการของเสียที่มีประสิทธิภาพโดยมุ่งเน้นการป้องกันมลพิษ หรือการลดของเสียที่แหล่งกำเนิด โดยใช้กลยุทธ์ ได้แก่ การปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงกระบวนการต่างๆ การใช้ซ้ำและการนำกลับมาใช้ใหม่ เพื่อให้เกิดการใช้วัตถุดิบ พลังงาน และทรัพยากรธรรมชาติให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยทำให้เกิดของเสียน้อยที่สุดหรือไม่มีเลย⁽¹⁾ จากการทบทวนข้อมูลที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มีการศึกษาการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสะอาดในโรงพยาบาลชุมชนอย่างจริงจังและเป็นระบบ การศึกษารุ่นนี้ได้เลือกทำการศึกษาที่โรงพยาบาลแก้งะเล อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง การจัดการของเสียในปัจจุบันเป็นระบบการจัดการมุ่งเน้นการกำจัดของเสียที่ปลายทาง ยังขาดวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมในการจัดการของเสียอันตราย⁽²⁾ การนำเทคโนโลยีสะอาดเข้ามาประยุกต์ใช้กับการจัดการของเสียต่างๆ จะช่วยอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร รวมถึงช่วยลดมลพิษที่เป็นความเสี่ยงและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับมนุษย์และสภาพแวดล้อม ตลอดจนลดค่าใช้จ่ายในการบำบัดหรือกำจัดของเสีย ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาจะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสะอาดในโรงพยาบาลอื่นๆ อีกต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับของเสียและการจัดการของเสียรวมถึงรายการของเสียจากกิจกรรมและ การให้บริการของโรงพยาบาลฯ
2. เพื่อประเมินระดับความสำคัญของของเสีย และศึกษาทางเลือกในการลดของเสียโดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสะอาด รวมถึงการประเมินความเป็นไปได้ของ

ทางเลือก (ด้านเทคนิค) (ด้านเศรษฐศาสตร์) (ด้านสิ่งแวดล้อม) และ (ด้านการนำไปปฏิบัติ)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาของเสียและแนวทางการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสะอาดที่เหมาะสมในการจัดการของเสียของโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หน่วยงานภายในโรงพยาบาลแก้งะเลทั้งหมด 21 หน่วยงาน⁽³⁾ ได้แก่ ผู้ป่วยในอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก ห้องคลอด ห้องผ่าตัด หน่วยจ่ายกลางและซักฟอก แพทย์แผนไทย กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและการบริการปฐมภูมิ เกษตรกรรม ทันตกรรม ชันสูตร X-ray ถ่ายภาพ งานประกัน ห้องบัตร งานพัสดุ งานธุรการ งานการเงิน งานยานพาหนะ งานซ่อมบำรุง งานเทคโนโลยีสารสนเทศ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกและแบบประเมิน 3 ชุด ตามวิธีการเก็บข้อมูลเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาดังนี้

ชุดที่ 1 การประเมินเบื้องต้น

ชุดที่ 2 การตรวจประเมินโดยละเอียดและการสร้างข้อเสนอเทคโนโลยีสะอาด

ชุดที่ 3 การศึกษาความเป็นไปได้ข้อเสนอเทคโนโลยีสะอาด

เครื่องมือที่ใช้ได้ตรวจสอบความเที่ยงทางด้านเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ไปตรวจสอบความเที่ยงทางด้านเนื้อหากับผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปทดลองใช้และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับหน่วยของโรงพยาบาลแก้งะเล จำนวน 7 หน่วยงาน และปรับปรุงให้มีความเหมาะสมก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มประชากร

วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการศึกษาเริ่มต้นการจัดทำบัญชีรายชื่อของเสียรวมถึงการจัดลำดับปัญหาของเสีย การคัดเลือกปัญหาของเสียที่สำคัญ การวิเคราะห์สาเหตุของประเด็นปัญหา และการประเมินความเป็นไปได้ของข้อเสนอเทคโนโลยีสะอาดทั้ง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

ทางด้านเทคนิค สิ่งแวดล้อม เศรษฐศาสตร์ และการนำไปปฏิบัติ ประกอบด้วย

1. การประเมินเบื้องต้น ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1.1 การรวบรวมข้อมูล ประเภทของเสีย ปริมาณของเสียและการจัดการของเสีย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งจากข้อมูลทุติยภูมิ เช่น รายงานผลการดำเนินงานของทางโรงพยาบาลฯ ในแต่ละปี เอกสารต่างๆ ข้อมูลปฐมภูมิจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและการสำรวจจากพื้นที่จริง

1.2 การจัดทำบัญชีรายชื่อของเสียและการกำหนดประเด็นปัญหาของเสียที่สำคัญ โดยใช้ตารางเมทริกซ์พิจารณาปัจจัยด้านโอกาสการเกิดของเสียและระดับความรุนแรงของผลกระทบ

2. การตรวจประเมินโดยละเอียดและการสร้างข้อเสนอเทคโนโลยีสะอาด ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

2.1 การตรวจประเมินโดยละเอียด เป็นการหาสาเหตุของการเกิดของเสีย โดยพิจารณาจาก 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการกิจกรรมหรือการให้บริการ ประกอบด้วย ทรัพยากร ผลิตภัณฑ์ การจัดการของเสีย วิธีปฏิบัติ และเทคโนโลยี

2.2 การสร้างข้อเสนอเทคโนโลยีสะอาด พิจารณาจากปัจจัย 5 ประการคือ การเปลี่ยน/ปรับปรุงทรัพยากร การเปลี่ยน/ปรับปรุงของเสีย การใช้วิธีปฏิบัติงานที่ดีขึ้น การเปลี่ยน/ปรับปรุงเทคโนโลยี และการใช้ซ้ำ/หมุนเวียนกลับมาใช้ใหม่ จากนั้นนำเสนอเพื่อทำการระดมความคิดเห็นสร้างข้อเสนอเทคโนโลยีสะอาด จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder Analysis) พร้อมทั้งคัดเลือกข้อเสนอ 1 ข้อ เพื่อการศึกษาความเป็นไปได้ขึ้นขั้นตอนต่อไป

3. การศึกษาความเป็นไปได้ข้อเสนอเทคโนโลยีสะอาด

การนำข้อเสนอเทคโนโลยีสะอาดมาประเมินความเป็นไปได้ทั้ง 4 ด้านคือ การประเมินทางเทคนิคการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ การประเมินทางสิ่งแวดล้อม และการประเมินทางการนำไปปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือจำนวนและร้อยละ (Percentage)

ผลการวิจัย

1. การตรวจประเมินเบื้องต้น การรวบรวมข้อมูลประเภท ปริมาณของเสีย การจัดการของเสีย และจัดทำบัญชีรายชื่อของเสีย พร้อมทั้งกำหนดประเด็นปัญหาของเสียที่สำคัญ โดยมีผลดังนี้

1.1 การรวบรวมข้อมูลประเภท ปริมาณของเสียและการจัดการของเสีย จากการศึกษาประเภทและปริมาณของเสียของโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลจัดแบ่งของเสียออกเป็น 4 ประเภทคือ ของเสียทั่วไป ของเสียติดเชื้อ ของเสียอันตรายและของเสียรีไซเคิล แต่มีเพียงเฉพาะของเสียติดเชื้อเท่านั้นที่มีการบันทึกข้อมูลโดยมีปริมาณ 15.7 กิโลกรัม/วัน ค่าใช้จ่ายในการกำจัด 3,768 บาท/เดือน ของเสียทั่วไป (ค่ากำจัด 250 บาทต่อเดือน)

1.2 การจัดทำบัญชีรายชื่อของเสียและการกำหนดประเด็นปัญหาของเสียที่สำคัญ

1.2.1 การจัดทำบัญชีรายชื่อของเสีย จัดทำแผนภาพกระบวนการที่แสดงทรัพยากรป้อนเข้า กิจกรรมหรือการให้บริการ และของเสีย ผลการศึกษาพบว่า มีกิจกรรมหรือการให้บริการจำนวน 383 กิจกรรม มีทรัพยากรป้อนเข้าจำนวน 1,630 รายการ และมีรายการของเสียจำนวน 1,540 รายการ

1.2.2 การกำหนดประเด็นปัญหาของเสียที่สำคัญ จากบัญชีรายชื่อของเสีย จำนวน 1,540 รายการ สามารถจัดระดับความสำคัญ พบว่ารายการของเสียที่มีระดับความสำคัญปานกลางมีจำนวนมากที่สุด คือ 1,036 รายการ (ร้อยละ 67.27) รองลงมา มีระดับความสำคัญต่ำ จำนวน 432 รายการ (ร้อยละ 28.05) และระดับความสำคัญมาก จำนวน 72 รายการ (ร้อยละ 4.68) ตามลำดับ จากนั้นให้คณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยและเครื่องมือของโรงพยาบาล ทำการคัดเลือกประเด็นปัญหาของเสียที่มีระดับความสำคัญมาก เพื่อดำเนินการตรวจประเมินโดยละเอียดในขั้นต่อไป ผลการพิจารณาคัดเลือก 4 รายการคือ (1) กระจกสเปรย์ดับกลิ่น (2) หลอดไฟ (3) เศษอะมัลกัมในน้ำเสีย (4) ถ่านไฟฉาย

2. การตรวจประเมินโดยละเอียดและการสร้างข้อเสนอเทคโนโลยีสะอาด การพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

กับกระบวนการกิจกรรมหรือการให้บริการ พบว่าของเสีย
ทั้ง 4 รายการมีสาเหตุการเกิดของเสียจาก 2 ปัจจัยคือ (1)

ด้านผลิตภัณฑ์ (2) ด้านการจัดการของเสีย และสามารถ
สร้างข้อเสนอเทคโนโลยีสะอาด รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 การตรวจประเมินโดยละเอียดและการสร้างข้อเสนอเทคโนโลยีสะอาดของโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง

ประเด็นของเสีย	สาเหตุการเกิดของเสีย	ข้อเสนอเทคโนโลยีสะอาด
1. กระจบอง สเปรย์ชนิดคืบ กลืน	1. ด้านผลิตภัณฑ์	1. การเปลี่ยน/การปรับปรุงผลิตภัณฑ์ โดยการนำผลิตภัณฑ์ชนิดอื่นมาทดแทนสเปรย์ชนิดคืบ ได้แก่ ใช้น้ำยาชนิดคืบแบบก้อน
	2. ด้านการจัดการของเสีย	2. วิธีปฏิบัติงานที่ดี โดยการสร้างระบบการจัดการ (คัดแยก รวบรวม เคลื่อนย้ายและกำจัด) กระจบองสเปรย์ทุกชนิด ส่วนกระจบองสเปรย์ชนิดคืบนำมาเจาะลดแรงดันและขายเป็นเศษโลหะเพื่อนำไปรีไซเคิลต่อไป
2. หลอดไฟ	1. ด้านผลิตภัณฑ์	1. การเปลี่ยน/การปรับปรุงผลิตภัณฑ์ โดยการการใช้หลอดไฟ LED ทดแทนหลอดไฟแบบเดิม
	2. ด้านการจัดการของเสีย	2. วิธีปฏิบัติงานที่ดี โดยการการคัดแยกหลอดไฟเพื่อรวบรวมส่งคืนให้ผู้ผลิตหรือนำไปกำจัดอย่างถูกต้องต่อไป
3. อะมัลกัมใน น้ำเสียทางทันต กรรม	1. ด้านการจัดการของเสีย	1. การเปลี่ยน/การปรับปรุงเทคโนโลยี โดยการการติดตั้ง amalgam separator ที่ต่อระบายน้ำจากห้องทันตกรรมเพื่อดักจับเศษอะมัลกัมไม่ให้หลุดไปในท่อระบายน้ำ
4. ถ่านไฟฉาย	1. ด้านผลิตภัณฑ์	1. การเปลี่ยน/การปรับปรุงผลิตภัณฑ์ โดยการการใช้ถ่านไฟฉายที่ชาร์จได้มาแทนถ่านที่ใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง
	2. ด้านการจัดการของเสีย	2. วิธีปฏิบัติงานที่ดี โดยการสร้างระบบการจัดการ (คัดแยก รวบรวม เคลื่อนย้ายและกำจัด) ถ่านไฟฉาย โดยแบ่งเป็นชนิดที่สามารถนำไปรีไซเคิลได้ และชนิดที่ต้องส่งไปกำจัดอย่างถูกต้อง

3. การศึกษาความเป็นไปได้ข้อเสนอเทคโนโลยีสะอาด ข้อเสนอการติดตั้ง amalgam separator เพื่อดักจับเศษอะมัลกัมไม่ให้หลุดไปในท่อระบายน้ำมา ได้ถูกนำมาศึกษาความเป็นไปได้ใน 4 ด้านคือ ด้านเทคนิค ด้านการนำไปปฏิบัติ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านเศรษฐศาสตร์ พบว่า การประเมินทางด้านเทคนิคอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากเทคโนโลยีได้ถูกพัฒนาและนำมาใช้แต่ยังไม่เป็นที่แพร่หลาย นอกจากนี้ยังต้องการระดับความรู้และความสามารถในการใช้งาน การประเมินทางด้านการนำไปใช้อยู่ในระดับต่ำเนื่องจากต้องซื้ออุปกรณ์หรือเครื่องมือใหม่ ต้องมีการปรับปรุงระบบท่อบางส่วน และไม่ผ่านการยอมรับจากผู้เกี่ยวข้อง การประเมินทางด้าน

สิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูงเนื่องจากสามารถลดปริมาณของเสียและการลดความเป็นอันตรายได้ และผลการศึกษาความเป็นไปได้ทางด้านเศรษฐศาสตร์อยู่ในระดับสูง โดยประเมินเปรียบเทียบการติดตั้งและค่าใช้จ่ายในการใช้งาน amalgam separator กับการประเมินมูลค่าของการฟื้นฟูทรัพยากรที่ถูกทำลายอันเนื่องมาจากของเสียอันตรายที่ปลดปล่อยออกมา ดังตาราง 3 ทั้งนี้การวิเคราะห์ผล พบว่าระยะเวลาคืนทุน (Payback Periods) คือ 0.0920 ปี ผลการคำนวณมูลค่าเงินปัจจุบัน (NPV) คือ 2,691,701.54 ซึ่ง NPV เป็นบวก (+) ทำให้คุ้มค่าแก่การลงทุน และผลการคำนวณอัตราผลตอบแทนการลงทุน (IRR) คือ 413.08% ซึ่งคุ้มค่าแก่การลงทุน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

ตาราง 3 ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการประเมินทางด้านการเศรษฐศาสตร์การติดตั้ง amalgam separator ของโรงพยาบาลชุมชน
ขนาด 30 เตียง

รายการ	จำนวน	จำนวนเงิน ต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงินรวม (บาท)
เงินลงทุน			
- ค่าถังดักไขมันขนาด (กว้างxยาวxสูง) 375x455x285 มม.	1 ถัง	2,900.00	2,900.00
- ตัวดักเศษอะมัลกัมในน้ำทิ้งทันตกรรม	2 ตัว	7,500.00	15,000.00
- ค่าใช้จ่ายในการติดตั้งระบบดักจับเศษอะมัลกัมในน้ำทิ้ง	1 ครั้ง	8,500.00	8,500.00
รวมทั้งสิ้น			26,400.00
ค่าใช้จ่ายในการใช้งานต่อปี			
- ค่าบำรุงรักษาและเปลี่ยนรวมถึงทำความสะอาดตัวกรองเศษอะมัลกัม	2 ครั้ง	1,000.00	2,000.00
- ค่าขนส่งของเสียเศษอะมัลกัม (จากการล้างทำความสะอาด)	2 ครั้ง	315.00	630.00
- ค่ากำจัดของเสียเศษอะมัลกัม (กิโลกรัม)	100 กก.	160.00	16,000.00
รวมทั้งสิ้น			18,630.00
ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสภาพโดยการขุดลอกตะกอนก้นบ่อไปกำจัด 20 ปี			
- ค่าขุดลอกตะกอนก้นบ่อ	150 ลบ.ม.	65.00	9,750.00
- ค่าขนส่งตะกอนที่ขุดลอกเพื่อไปกำจัด	150 ลบ.ม.	6,500.00	975,000.00
- ค่าใช้จ่ายในการกำจัดตะกอนดินที่ขุดลอก	150 ลบ.ม.	25,000.00	3,750,000.00
รวมทั้งสิ้น			4,734,750.00

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาแนวทางการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสะอาดในการจัดการของเสียของโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง โดยเริ่มจากการจัดทำบัญชีรายชื่อของเสียที่เกิดขึ้นจากหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล ซึ่งพบว่ามิจิจกรรมหรืองานบริการ จำนวน 383 กิจกรรม มีทรัพยากรป้อนเข้า จำนวน 1,630 รายการ และมีรายการของเสีย จำนวน 1,540 รายการ หลังจากนั้นดำเนินการคัดเลือกประเด็นปัญหาของเสียที่สำคัญเพื่อสร้างข้อเสนอโดยใช้หลักเทคโนโลยีสะอาด พบว่ามีประเด็นปัญหา 4 รายการคือ (1) กระป๋องสเปรย์ชนิดดับกลิ่น (2) หลอดไฟ (3) เศษอะมัลกัมในน้ำเสีย (4) ถ่านไฟฉาย และเมื่อประเมินสาเหตุการเกิดของเสียพบว่ามาจาก 2 ปัจจัยคือ ด้านผลิตภัณฑ์และการจัดการของเสีย ทำให้สามารถสร้างข้อเสนอได้ดังนี้ (1) เปลี่ยน/ปรับปรุงผลิตภัณฑ์เพื่อลดของเสียที่แหล่งกำเนิด (2) ใช้วิธีปฏิบัติงานที่ดีขึ้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการของเสีย และ (3) เปลี่ยน/ปรับปรุงเทคโนโลยีเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการของเสีย ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่าเห็นควรติดตั้งเครื่องมือ

amalgam separator ซึ่งจากการศึกษาความเป็นไปได้ พบว่า ความเป็นไปได้ทางด้านเทคนิคระดับปานกลางเนื่องจากเทคโนโลยียังไม่แพร่หลาย และมีความเป็นไปได้ทางการนำไปใช้ระดับต่ำ เนื่องจากขาดการยอมรับ แต่มีความเป็นไปได้ทางด้านสิ่งแวดล้อม และความเป็นไปได้ทางเศรษฐศาสตร์สูง โดยมีระยะเวลาคืนทุน 0.09 ปี มูลค่าเงินในปัจจุบัน (NPV) 2,691,701.54 บาท และอัตราผลตอบแทนการลงทุน (IRR) 413.08% โดยเครื่อง amalgam separator มีลักษณะเป็นตัวกรองสี่เหลี่ยมมีขนาด กว้าง x ยาว x สูง = 270 x 160 x 170 มม. ภายในประกอบด้วยแผ่นตะแกรงกั้นและชั้นกรองเศษตะกอน⁽⁴⁾ จากการทดลองติดตั้งในหน่วยทันตกรรมของโรงพยาบาลชุมชนของรัฐ 6 แห่ง พบว่า มีประสิทธิภาพการลดการปล่อยสารปรอทสู่สิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยประมาณ ร้อยละ 77.20⁽⁴⁾ ซึ่งมีการนำไปใช้แต่ยังไม่แพร่หลายสอดคล้องกับบทความของ Tricia Osuna⁽⁵⁾ ซึ่งระบุว่าทันตแพทย์หลายคนในสหรัฐอเมริกายังกังวลเรื่องต้นทุนในการติดตั้ง กลไกการทำงาน ขั้นตอนการติดตั้งและการบำรุงรักษา เครื่อง amalgam separator สามารถลดปริมาณการปล่อยอะมัลกัมซึ่งมีปรอท

เป็นองค์ประกอบสู่สิ่งแวดล้อมดังผลการศึกษาของ ปริยณิษฐ์
ใหม่เจริญศรี⁽⁶⁾ พบว่าค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการกรองอะมัลกัม
ได้ร้อยละ 75.40 และการศึกษาของ P.L. FAN et al.⁽⁷⁾ ทดลอง
amalgam separator ทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 12 เครื่อง
พบว่า สามารถกรองอะมัลกัมได้ร้อยละ 96.09 ซึ่งเกินกว่าค่า
มาตรฐาน ISO 11143 (มาตรฐานข้อกำหนดเกี่ยวกับ amalgam
separator

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการประเมินทางด้านการนำเครื่องมือ amalgam
separator ในการนำไปใช้ในระดับต่ำเนื่องจากอุปกรณ์หรือ
เครื่องมือใหม่และผู้ที่เกี่ยวข้องยังขาดความเข้าใจ จึงควรจัด
ให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล สร้างความเข้าใจและประโยชน์
ของการติดอุปกรณ์ดังกล่าว

2. การนำเทคโนโลยีสะอาดนำมาประยุกต์ใช้ในการ
จัดการของเสียของโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี สามารถลดของ
เสีย ณ แหล่งกำเนิด ส่งผลต่อสิ่งแวดล้อม เห็นควรผลักดัน
เป็นนโยบายเพื่อให้มีการดำเนินงานในระดับโรงพยาบาล
จังหวัด และประเทศต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญ
จันทร์ เสวตศรีสกุล และ ดร. กนกวรรณ โกมลวีระเกตุ ที่ให้
คำปรึกษาแนะนำในด้านวิชาการต่างๆ จนงานวิจัยฉบับนี้
สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์เอกรินทร์ อุ่นอบ
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลแก้งลำเลียว หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่ม
งาน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแก้งลำเลียวทุกท่าน ที่สนับสนุน
ในการทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมโรงงานอุตสาหกรรม. เทคโนโลยีการผลิตที่สะอาด Cleaner Technology-CT สำหรับโรงงานอุตสาหกรรม, 2551.
2. โรงพยาบาลแก้งลำเลียว. ระบบการจัดการมูลฝอยของโรงพยาบาลแก้งลำเลียว, 2556.
3. โรงพยาบาลแก้งลำเลียว.สรุปผลการดำเนินการของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแก้งลำเลียว 2555, 2556
4. กนกวรรณ สุขธิกุล. การวิเคราะห์การไหลของสารปรอทจากอะมัลกัมในงานทันตกรรม. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, คณะวิศวกรรมศาสตร์, สาขาวิศวกรรมสิ่งแวดล้อม
5. Tricia Osuna. Amalgam separators. 2017. Retrieved March 31, 2017, from <http://www.rdhmag.com/articles/print/volume-31/issue6/columns/amalgam-separators.html>
6. ปริยณิษฐ์ ใหม่เจริญศรี. การศึกษาสถานการณ์การลดหรือยกเลิกใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีปรอท และประสิทธิภาพการกรอง
กลับอะมัลกัมในน้ำทิ้งทางทันตกรรม โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สำนักรอานามัยสิ่งแวดล้อม, กรมอนามัย,
2559.
7. P.L. Fan, Huna Batchu, Hwai-nan Chou, William Gasparac, Jim Sandrik, & Daiel M. Meyer. Laboratory evaluation of amalgam
separators. 2002. Retrieved March 31, 2017, from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002817714629718>

ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร

The Causal Factor of the Behavior of the Teacher self - learning in Elementary Teachers Bangkok

Metropolitan Administration

สุนันทา สมใจ¹ วิชาดา กิจธรรม² วิไลลักษณ์ ลังกา³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง ครูผู้สอนในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 630 คน เครื่องมือวัดเป็นแบบสอบถาม จำนวน 9 ตอน มีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดตั้งแต่ 0.732 – 0.943 สถิติวิเคราะห์ข้อมูลสถิติโปรแกรมสำเร็จรูป Mplusversion 7.4 สถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง (Structural Equation Modeling)

ผลการวิจัยพบว่า แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานครมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2=975.217$, $df = 232$, $\chi^2/df = 4.25$, $RMSEA = 0.077$, $CFI = 0.977$, $TLI = 0.913$, $SRMR = 0.049$) โดยพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของครูได้รับอิทธิพลทางตรงจากการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงที่สุด รองลงมาคือ เจตคติต่อการใช้เทคโนโลยี และความผูกพันต่อวิชาชีพตัวแปรร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของครูได้ร้อยละ 72.50 นอกจากนี้ ความรอบรู้ทางเทคโนโลยีได้รับอิทธิพลทางตรงจากเจตคติต่อการใช้เทคโนโลยี อธิบายความแปรปรวนของความรอบรู้ทางเทคโนโลยีได้ร้อยละ 89.30

คำสำคัญ : พฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเอง

Abstract

The purpose of this research was to study the causal model of self-directed learning behavior of elementary school teachers in Bangkok of 630 teachers with the five edition of the survey with the reliability of the test 0.732 to 0.943 through software packages Mplus version 7.4. Statistics used are mean, standard deviation and Structural Equation Modeling.

The research found that Model of structural relationship of self-directed learning behavior of elementary school teachers in Bangkok metrics are consistent with empirical data ($\chi^2=593.78$, $df = 125$, $\chi^2/df = 4.75$, $RMSEA = 0.077$, $CFI = 0.938$, $TLI = 0.924$, $SRMR = 0.040$). Self-directed learning behaviors of teachers were directly influenced by their self-efficacy, followed by Professional commitment and attitude. The variance of the self-directed learning behavior variance was 77.20%. In addition, knowledge is directly influenced by attitudes towards the use of technology. Variables explain the variance of technological knowledge at 75 percent.

Keywords: Self – directed learning behavior

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของปริญาานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิตสาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

¹นิสิตปริญญาเอกสาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒอีเมล:

sununtas@g.swu.ac.th

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.ประจำสำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อีเมล: kijtorntam@hotmail.com

³อาจารย์ ดร. ประจำ ภาควิชาการวัดผลและวิจัยการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อีเมล : w_langla@hotmail.com

บทนำ

พฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองเป็นการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นภายใต้แรงจูงใจของบุคคลเป็นกระบวนการการเรียนรู้ด้วยการมีความคิดริเริ่มด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้การวิเคราะห์ความต้องการที่จะเรียนรู้ กำหนดเป้าหมายในการเรียนรู้ แยกแยะแจกแจงแหล่งข้อมูลในการเรียนรู้ ทั้งที่เป็นคนและอุปกรณ์ เลือกวิธีเรียนรู้ที่เหมาะสมและประเมินผลการเรียนรู้ต่างๆ ซึ่งลักษณะนี้ เรียกว่า “การเรียนรู้แบบนำตนเอง” (Self – directed Learning)⁽¹⁾ โดยการเรียนรู้แบบการนำตนเอง เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลประสบผลสำเร็จในอาชีพ และการยอมรับจากสังคม โดยการพัฒนาคน พัฒนาระบบการศึกษาที่ต้องการมีการพัฒนาครู คุณภาพของครูมีผลต่อการพัฒนาประเทศ การจัดการเรียนรู้เป็นภารกิจหลักและหัวใจของการ เป็นครู⁽²⁾ ฉะนั้นครูจะต้องตระหนักตนเองอยู่เสมอว่าเป็นผู้ที่ได้รับมอบภารกิจอันใหญ่หลวง และเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อการจัดการเรียนการสอนเพราะบุคคลที่สำคัญของระบบการจัดการศึกษา การเรียนการสอนให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่หลักสูตรกำหนด คือ ครู การพัฒนาตนเองของครูจึงมีความ สำคัญเพราะถ้าครูไม่พัฒนาตนเองในด้านความรู้ เทคนิควิธีการสอนให้มีประสิทธิภาพ การศึกษาคงไม่พัฒนาไปด้วย และจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมในยุคปัจจุบัน อีกทั้งความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีที่เข้ามามีบทบาททางการศึกษา ครูจึงจำเป็นต้องเป็นผู้ใฝ่รู้ ใฝ่เรียน แสวงหาความรู้และพัฒนาตนเองให้ทันต่อความเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

จาก แนวคิด ทฤษฎี ปัญญา สังคม (Social Cognitive Theory) ของแบนดูรา⁽³⁻⁵⁾ ที่มีแนวคิดว่าการเรียนรู้ของบุคคลมีผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล(personal) ปัจจัยสภาพแวดล้อม(Environment) และปัจจัยทางพฤติกรรม(Behavioral) ซึ่งแบนดูรา ได้ให้ความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม ปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยสภาพแวดล้อม และถือว่าการเรียนรู้ก็เป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหาร ครูและสภาพแวดล้อม โดยผู้บริหาร ครูและสภาพแวดล้อมมีอิทธิพลต่อกัน ทั้งตัวบุคคลที่ต้องการจะ

เรียนรู้ และสภาพแวดล้อมเป็นสาเหตุของพฤติกรรม ซึ่งแบนดูราอธิบายว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดขึ้น โดยการมีปฏิสัมพันธ์ที่มีอิทธิพลต่อกัน ส่วนปัจจัยสภาพแวดล้อม⁽⁶⁾ กล่าวถึง แหล่งวิทยาการในการเรียนรู้ เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้การเรียนรู้แบบนำตนเองสัมฤทธิ์ผลได้ แหล่งวิทยาการที่สำคัญที่ใช้ในการเรียนการสอนและการเรียนรู้ ได้แก่ ห้องสมุด คอมพิวเตอร์ ศูนย์เรียนรู้ เป็นองค์ประกอบสำคัญส่วนหนึ่งของการเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเอง ช่วยให้การเรียนรู้แบบนำตนเองมีประสิทธิภาพ และช่วยให้ผู้เรียนรู้สามารถพัฒนาศักยภาพได้อย่างเต็มที่⁽⁷⁾

นอกจากนั้น ปัจจัยภายในตัวบุคคลมีความสำคัญต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งปัจจัยภายในตัวบุคคลคือ การรับรู้ความสามารถของตน (Self-Efficacy) ความผูกพันต่อวิชาชีพ (Professional commitment) แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์(Achievement Motive) ทั้งนี้ในการอธิบายเกี่ยวกับกระบวนการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ ทำให้ได้แนวคิดและหลักการในการพัฒนาพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของครู ว่ามีกระบวนการนำตนเองอย่างไร จะพัฒนาให้เกิดในตัวครูได้อย่างไร แนวคิดที่นำมาใช้คือ ครูเป็นผู้ใหญ่ต้องให้อิสระให้มีส่วนร่วม และสมัครใจเต็มใจ โดยเน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงในการทำงานการสอนในโรงเรียนตามสภาพบริบทจริง เรียนรู้จากปัญหาในการทำงาน ให้วิเคราะห์ คิดแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล ไตร่ตรอง ทบทวน เชื่อมโยงข้อมูลประสบการณ์ใหม่กับข้อมูลสมมติฐานเดิม จนเกิดความรู้ใหม่แล้วนำไปปฏิบัติจริง จนเกิดการเรียนรู้อย่างลึกซึ้ง และนำมาปรับปรุงการเรียนการสอนของตนให้ดีขึ้น ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างพัฒนาตนเองในการเรียนรู้แบบนำตนเองพัฒนาคุณภาพการศึกษาของผู้เรียน ตลอดจนจะมีประโยชน์และคุณค่าต่อการปฏิรูปการศึกษาโดยรวม ทำให้เยาวชนคนไทย มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ เป็นคนเก่ง คนดีดำรงตนอยู่ในสังคมปัจจุบัน และเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายของการจัดการศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal Relationship Research) ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 1) ตัวแปรภายในบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง เจตคติต่อการใช้เทคโนโลยี ความผูกพันต่อวิชาชีพ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ มีองค์ประกอบเดียว และความรอบรู้ทางเทคโนโลยี 2) ตัวแปรสภาพแวดล้อม ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรการเรียนรู้ สัมพันธภาพในโรงเรียน และ 3) ตัวแปรผล คือ พฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้บริหารโรงเรียน และครูในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร มีจำนวนผู้บริหารจำนวน 437 คน และครูทั้งหมด 16,374 คน รวม 438 โรงเรียน (สำนักงานการศึกษา กรุงเทพมหานคร. 2559)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้บริหารโรงเรียน และครูผู้สอนในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายหลายขั้นตอน ((Multi - Stage Sampling) ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 210 โรงเรียน ได้กลุ่มตัวอย่างผู้บริหาร 210 คน และครูในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 630 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือวัดเป็นแบบสอบถามระดับครูผู้สอน ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของครู มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .907 - .943 ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อการใช้เทคโนโลยีของครู มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .792 - .945 ตอนที่ 4 แบบสอบถามความรอบรู้ทางเทคโนโลยี มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .873 - .911 ตอนที่ 5 แบบสอบถามความ

ผูกพันต่อวิชาชีพ มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .732 - .846 ตอนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .917 - .957 ตอนที่ 8 แบบสอบถามการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรการเรียนรู้ มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .931 - .964 ตอนที่ 9 แบบสอบถามสัมพันธภาพในโรงเรียน ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .720 - .891

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยใช้สถิติบรรยายเพื่ออธิบายลักษณะของตัวแปร ได้แก่ การหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานครด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Modeling) เพื่อตรวจสอบความตรงของแบบจำลองสมมติฐานเชิงทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ใช้การประมาณค่าพารามิเตอร์ของแบบจำลองด้วยวิธี Maximum Likelihood โดยใช้สถิติการตรวจสอบความกลมกลืนของแบบจำลอง (Goodness-of-fit-index) ตามเกณฑ์ในทางปฏิบัติ (The Rule of Thumb) ดังนี้ χ^2/df น้อยกว่า 5, RMSEA อยู่ระหว่าง .05 - .08, CFI และ TLI มากกว่า .90 และ SRMR น้อยกว่า .50^(8,9)

ผลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่างระดับครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 79 ประสบการณ์การทำงานส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2 - 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.5 ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 96.8 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 61 พฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของครูมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 92.71 เจตคติต่อการใช้เทคโนโลยี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 79.33 ความรอบรู้ทางเทคโนโลยีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 33.22 ความผูกพันต่อวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 51.25 การรับรู้ความสามารถของตนเองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 106 แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 95.65 การเข้าถึงแหล่งทรัพยากร

การเรียนรู้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.20 และสัมพันธภาพในโรงเรียนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 95.71

ค่าสถิติทดสอบความสอดคล้องของข้อมูลเชิงประจักษ์กับรูปแบบของแบบจำลองความสัมพันธ์เชิง

สาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานครดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าดัชนีความกลมกลืนของแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร

รูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ	χ^2/df	p-value	RMSEA	SRMR	CFI	TLI
เกณฑ์พิจารณา	< 5	> .05	< .08	< .05	> .90	> .90
ตามสมมติฐาน	4.2	.000	.077	.049	.977	.913

จากตาราง 1 ผลการวิเคราะห์แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานครพบว่า ผลการตรวจสอบความกลมกลืนของแบบจำลองภายหลังการปรับแบบจำลองกับข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่าค่าสถิติไค-สแควร์ มีค่าเท่ากับ 593.78, $df = 125$, $\chi^2/df =$

4.75, RMSEA = 0.077, CFI = 0.938, TLI = 0.924, SRMR = 0.040 แสดงว่า แบบจำลอง

ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของพฤติกรรมเรียนรู้แบบนำตนเองของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานครมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

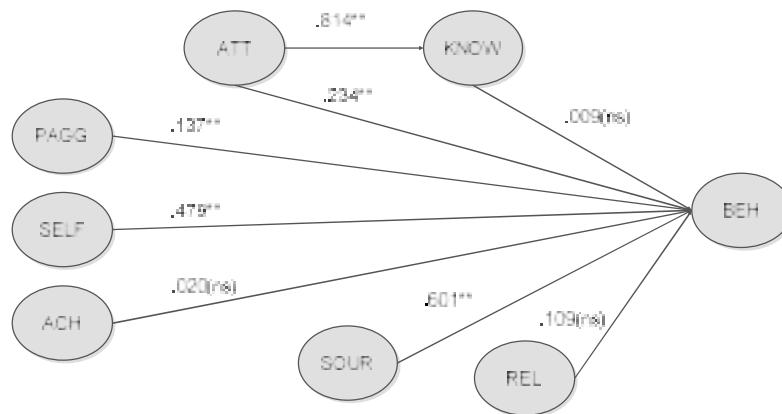
ตาราง 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐานของแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุทุกระดับของพฤติกรรมเรียนรู้แบบนำตนเองของครู (หลังปรับแบบจำลอง)

ตัวแปรผล	ตัวแปรสาเหตุ	Estimate	SE	Z	p - value	R ²
พฤติกรรมเรียนรู้แบบนำตนเองของครู	เจตคติต่อการใช้เทคโนโลยี	0.467**	0.132	3.544	0.000	0.772
	ความรู้ทางเทคโนโลยี	0.027	0.082	0.325	0.745	
	ความผูกพันต่อวิชาชีพ	0.097	0.221	0.438	0.662	
	การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.515**	0.197	2.613	0.009	
	แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์	0.476**	0.135	3.521	0.000	
	สัมพันธภาพในโรงเรียน	0.109	0.098	1.116	0.264	
	การเข้าถึงแหล่งทรัพยากร	0.601**	0.139	4.332	0.000	
ความรู้ทางเทคโนโลยี	สัมพันธภาพในโรงเรียน	0.109	0.098	1.116	0.264	0.750
	เจตคติต่อการใช้เทคโนโลยี	0.866**	0.021	41.733	0.000	

หมายเหตุ * หมายถึง $p < .01$, * หมายถึง $p < .05$

จากตาราง 2 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐานแบบจำลองทุกระดับในส่วนตัวแปรระดับบุคคลพบว่า ตัวแปรการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรการเรียนรู้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเรียนรู้แบบนำตนเองของครูสูงที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐานเท่ากับ 0.601 รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐานเท่ากับ 0.515 โดยตัว

แปรระดับพนักงานร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมเรียนรู้แบบนำตนเองของครูได้ร้อยละ 77.2 ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อการรอบรู้ทางเทคโนโลยีมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐานเท่ากับ 0.866 สามารถอธิบายความแปรปรวนของการรอบรู้ทางเทคโนโลยีได้ร้อยละ 75 ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของครูประถมศึกษา สังกัด กรุงเทพมหานคร

หมายเหตุ ** หมายถึง $p < .01$, (ns) หมายถึง $p > 0.05$

สรุปและอภิปรายผล

ความผูกพันต่อวิชาชีพมีผลต่อพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของครูซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1.1 แสดงให้เห็นว่าหากครูผู้สอนมีการรับรู้ถึงการสนับสนุนการพัฒนาความก้าวหน้า บทบาทในงาน ให้เกียรติต่อการปฏิบัติงานนั้น ส่งผลต่อพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของครู แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความผูกพันต่อวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับตัวแปรผลที่เกี่ยวข้อง ดังเช่นผลการศึกษาของ Aryee and Tan (1992)⁽¹⁰⁾ พบว่า ความผูกพันในวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพัฒนาทักษะในการทำงานความผูกพันในวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพัฒนาทักษะในการทำงาน และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความตั้งใจออกจากงานและความตั้งใจออกจากวิชาชีพ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของครูซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1.2 แสดงให้เห็นว่าหากครูผู้สอนมีการรับรู้ความสามารถของตนเองทางบวกกับพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเอง โดยครูที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะเชื่อว่าตนสามารถเรียนรู้และนำไปสู่พฤติกรรมการแสดงออกของครูในทางบวก เช่น ความพยายามในการพัฒนาตนเอง⁽¹¹⁾ และครูที่มีการรับรู้

ความสามารถของตนเองสูงคาดว่าจะถ้ากระทำพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองแล้วจะประสบความสำเร็จสูง ดังงานวิจัยของ พชชนัน นิรมิตรไชยพันธ์ (2549: 2)⁽¹²⁾ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยลักษณะทางจิต ได้แก่แรงจูงใจภายใน การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของนิสิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของครูซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1.3 โดยแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์เป็นลักษณะทางจิตที่ช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จ ตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งจะผลักดันให้ครูมีความเพียร พยายามที่จะทำงานให้สำเร็จลุล่วง ครูที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูงจะมีพฤติกรรมการทำงานเพื่อมุ่งให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เมื่อประสบความสำเร็จก็เกิดความสุขความภาคภูมิใจ แต่เมื่อเกิดความล้มเหลวก็ไม่ท้อแท้ และพร้อมที่จะมีความเพียรพยายามในการลองทำใหม่ ผู้ที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูงมักเป็นผู้ที่ชอบอาสาทำงานต่าง ๆ ชอบการแข่งขันเพื่อชัยชนะ มีนิสัยรักงาน และทำงานที่ยากโดยไม่ย่อท้อ ทำให้เป็นคนที่ยิ่งตนเองและอาจเป็นที่พึ่งของผู้อื่นด้วย สอดคล้องกับการวิจัยของ ปริญญา หุตุเมขลิน (2553)⁽¹³⁾ พบว่า แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิจัยนี้พบว่าแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ไม่

มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของครู อาจเนื่องจากครูที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์จะทำให้มีผลต่อพฤติกรรมการทำงานมากกว่าที่จะเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเอง

เจตคติต่อการใช้เทคโนโลยีของครูมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของครูซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1.4 แสดงให้เห็นว่า การที่ครูมีเจตคติที่ดีต่อการใช้เทคโนโลยีจะทำให้ครูเกิดการเรียนรู้แบบนำตนเองขึ้น โดยเจตคติต่อการใช้เทคโนโลยีเป็นความเชื่อ ความรู้สึก ซึ่งจะมีแนวโน้มของการกระทำที่มีต่องาน ดังนั้นถ้าบุคคลมีความรู้ ความเชื่อหรือค่านิยมและความรู้สึกต่องานนั้นจะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่พึงปรารถนาออกมา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพัชรินทร์ สนธิวนิช (2549)⁽¹⁴⁾ พบว่า เจตคติต่อการใช้เทคโนโลยีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสำเร็จในการใช้เทคโนโลยี ความรอบรู้ทางเทคโนโลยีไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของครู ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1.5 การใช้เทคโนโลยีในโรงเรียนสามารถนำไปใช้ทำนายผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนได้ โดยครูที่มีความรอบรู้ทางเทคโนโลยีในการเรียนการสอนและหลักสูตรมีผลต่อประสิทธิภาพของครู เจตคติต่อการใช้เทคโนโลยีมีผลต่อความรอบรู้ทางเทคโนโลยีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1.6 แต่เจตคติต่อการใช้เทคโนโลยีส่งผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองโดยผ่านความรอบรู้ทางเทคโนโลยี อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1.7 แสดงให้เห็นว่า หากครูมีเจตคติต่อการใช้เทคโนโลยีจะทำให้ครูเห็นความสำคัญของเทคโนโลยี ยอมรับการใช้เทคโนโลยี จะก่อให้เกิดความพยายามในการหาความรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยี ซึ่งจะทำให้ครูมีความรอบรู้ทางเทคโนโลยีขึ้น แต่อาจจะไม่ได้ทำให้ครูนั้นมีพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากการที่บริบทการทำงานงานครูความรอบรู้ทางเทคโนโลยีเพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ครูแสดงพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองออกมาได้ แต่ทางกลับกันความความผูกพัน

ต่อวิชาชีพของครูที่จะทำให้ครูตัดสินใจเลือกที่จะแสดงพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองหรือไม่แสดงพฤติกรรมดังกล่าวออกมา ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของพัชรินทร์ สนธิวนิช (2549 : 90)⁽¹⁴⁾ พบว่า เจตคติต่อการทำงานเป็นความเชื่อ ความรู้สึก และแนวโน้มของการกระทำที่มีต่องาน ซึ่งจะมีผลต่อระดับการทำงานของบุคคล อาจกล่าวได้ว่า บุคคลใดที่มีความรู้ ความเชื่อหรือค่านิยมและความรู้สึกต่องานด้านบริการไปทางบวกก็จะทำให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมด้านการใช้ที่พึงปรารถนา

การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรการเรียนรู้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของครู ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2.1แสดงให้เห็นว่าครูเข้าถึงแหล่งทรัพยากรการเรียนรู้ในการค้นหาความรู้ ข้อมูล ข่าวสารต่าง ๆ ได้แก่ ศูนย์คอมพิวเตอร์ สำนักหอสมุดกลาง หรือสื่อการเรียนการสอนอื่น ๆ เมื่อครูค้นหาแหล่งการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับการเรียนรู้จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้รวดเร็ว ซึ่งถ้าครูมีลักษณะการชอบแสวงหาความรู้ก็จะเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาลักษณะการเรียนรู้แบบนำตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยของสมคิด อิศระวัฒน์ (2538)⁽¹⁵⁾ เรื่องลักษณะการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของคนไทยพบว่า คุณลักษณะของบุคคลซึ่งเรียนรู้แบบนำตนเอง (Self – directed Learning) อาจเกิดขึ้นจากการจัดสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลเกิดคุณลักษณะเป็นผู้เรียนรู้ด้วยตนเอง

สัมพันธภาพในโรงเรียนไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของครู ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2.2 สัมพันธภาพในโรงเรียนของครูเป็นสภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพในการทำงานในการทำงานของครูนั้นจะมีสัมพันธภาพระหว่างฝ่ายเกิดขึ้นได้แก่สัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชาสัมพันธภาพกับเพื่อนครูและสัมพันธภาพกับนักเรียนซึ่งรูปแบบของการมีสัมพันธภาพนั้นจะแตกต่างกันออกไป สัมพันธภาพระหว่างครูกับผู้บริหารโรงเรียน ผู้บริหารจะต้องนำหลักการบริหารทั้งแบบระบบคุณธรรม (Merit system) และระบบอุปถัมภ์ (Patronage system) มาบริหารบุคลากรทางการศึกษาเพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีต่อกันและกันสัมพันธภาพระหว่างครู

กับเพื่อนร่วมงาน การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครูด้วยกันสิ่งที่สำคัญที่สุดคือการแสดงความรับผิดชอบที่มีต่อหน้าที่ของตนเองเป็นอย่างดี ครูทุกคนจะต้องรู้หน้าที่ของตนเองโดยทั่วไปแล้วเพื่อนครูจะไม่ยอมรับครูที่ทำงานไม่จริงจังหน้าที่ความรับผิดชอบของครูที่แต่ละคนจะต้องแสดงให้เพื่อนร่วมงานเห็นเพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน หากมีเพื่อนร่วมงานที่มีความรู้ความสามารถ และมีความเข้าใจในปัญหาของเรา ก็จะทำให้เรามีแรงจูงใจเกิดกำลังใจอยากจะทำงานให้กับหน่วยงานต่อไป แต่ในทางตรงกันข้ามหากเพื่อนร่วมงานมีความสามารถ แต่ไม่มีความเข้าใจในปัญหาของเราก็จะเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายในการทำงานไม่อยากจะทำงานผลที่ออกมาก็คือความล้มเหลวของระบบการศึกษาสัมพันธภาพระหว่างครูกับนักเรียน⁽¹⁶⁾ ซึ่งสัมพันธภาพในโรงเรียนจึงอาจจะไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของครูได้

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยพบว่าอิทธิพลเชิงบวกที่การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรมีผลต่อพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของครูสูงที่สุด แสดงให้เห็นว่าการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรเป็นสิ่งสำคัญต่อการที่ครูจะเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเอง ดังนั้น โรงเรียนจึงควรจัดหาทรัพยากรทางเทคโนโลยีให้กับครูทั้งที่มีประสิทธิภาพและเพียงพอกับความต้องการของครู

2. ผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลเชิงบวกที่เจตคติต่อการใช้เทคโนโลยีของครูมีต่อพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองของครูอย่างมีนัยสำคัญนั้น แสดงให้เห็นว่าเจตคติที่เป็นจิตลักษณะเดิมของครูเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการที่ครูจะแสดงพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองได้ ดังนั้น โรงเรียนที่ต้องการส่งเสริมให้ครูมีพฤติกรรมการเรียนรู้แบบนำตนเองนั้นควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาเจตคติต่อการใช้เทคโนโลยีของครูด้วย รวมถึงควรให้ความสำคัญกับการสรรหาและคัดเลือกบุคลากรโดยพิจารณาจากเจตคติต่อการใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ร่วมด้วยนอกเหนือจากการพิจารณาจากความรู้หรือความสามารถของครูเท่านั้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชุดา กิจธรรม และ อาจารย์ ดร.วิไลลักษณ์ ลังกา ที่คอยกำกับติดตามให้ความหวังใจตลอดจนให้ความช่วยเหลือ แนะนำ แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ โดยเฉพาะการสนับสนุนกำลังใจ และขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ตั้งจิตรเจริญกุล รองศาสตราจารย์ ดร.ศุภฤกษ์ โยเหลา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริศรา พิงโพธิ์สวก ที่ให้ความเห็น และแนะนำต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยนี้ให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Knowles, M.S. *Self-Directed Learning: a guide for learners and teachers*. New York: Associated Press, 1975.
2. ทองคุณ หงส์พันธ์. สอนดีต้องมีหลัก: 20 ประการของงานสอน. กรุงเทพมหานคร: แสงสว่างการพิมพ์, 2542.
3. Bandura, A. The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of social and clinical psychology*, 4(3), 1989. 359-373.
4. Bandura, A. *Self-efficacy: The exercise of control*. Macmillan. Worth Publishers, 1997.
5. Bandura, A. Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual review of psychology*, 52(1), 2001. 1-26.
6. สิริรัตน์ สัมพันธ์ยุทธ. การเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาในระบบการศึกษาทางไกลมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. ปรินญาณพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต(การศึกษาผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2540.
7. เสาวคนธ์ วงศ์กุลชัยนิมิต. การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับลักษณะการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของผู้ใหญ่. ปรินญาณพนธ์ ศศ.ม.(การศึกษานอกระบบ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, 2546.
8. Kline, R. B. *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. 2nd ed. New York: Guilford, 2005.
9. Bollen, K. A. A New Incremental Fit Index for General Structural Equation Models." *Sociological Methods & Research*. 17(3): 303-316.

10. Aryee, S. and Tan, K. Antecedents and outcomes of career commitment. **Journal of Vocational Behavior**,40(4), 1992: 288-305.
11. Tschannen-Moran, M., Hoy, A. W., & Hoy, W. K. Teacher efficacy: Its meaning and measure. **Review of educational research**, 68(2),1998: 202-248.
12. พสนันท์ นีรมิตไชยนนท์. ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ปรินญา นิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2549.
13. ปรินญา หุตะเมขลิน. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์กับการเรียนรู้ด้วยตนเองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล เอกชนแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2553.
14. พัชรินทร์ สนธิวนิช. การศึกษาปัจจัยบางประการที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการใช้เทคโนโลยี. สารสนเทศเพื่อการบริหารงานตามทัศนะของ บุคลากรมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ปรินญานิพนธ์ บธ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2549.
15. สมคิด อีสระวัฒน์. ลักษณะการเรียนรู้ของคนไทย. รายงานวิจัยคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล,2538.
16. วรณา อาภาอคุล. ตัวแปรที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการปฏิบัติงานของครูวิทยาลัยสารพัดช่างสังกัดกรมอาชีวศึกษา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิตสาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2545.

การส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืนในผู้สูงอายุ

Promoting Sustained Volunteerism in the Elderly

พรรณธิกา เอี่ยมสิริปริดา¹, อัจฉรา ประเสริฐสิน², นริสรา พึ่งโพธิ์สภ³

Panthipa Iamsiripreeda¹, Ujsara Prasertsin², Narisara Peungposop³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยด้วยวิธีเชิงคุณภาพแบบศึกษาเฉพาะกรณี โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างแนวทางการส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืนในผู้สูงอายุ กรณีศึกษาในการศึกษาวิจัย คือ วุฒิสภาธนาคารออมสิน ซึ่งดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล จำนวน 18 คน จากเจ้าหน้าที่ในกลุ่มประสานและอำนวยความสะดวก การประชุม ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และประธานวุฒิสภาธนาคารออมสิน พบว่า การส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครในผู้สูงอายุแบ่งออกได้เป็น 2 แนวทาง คือ การส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืนด้านบุคคล ด้วยการสร้างเสริมแรงจูงใจอาสาและความพึงพอใจในการทำงานอาสาสมัครให้กับผู้สูงอายุ และการส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืนด้านกระบวนการทำงานอาสาสมัครด้วยการสนับสนุนขั้นตอนที่สำคัญในการดำเนินงาน ได้แก่ การสร้างหลักการ การสร้างสัมพันธ์ การสร้างกิจกรรม การสร้างคน และการสร้างการประชาสัมพันธ์ในการทำงานอาสาสมัครของกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำงานอาสาสมัครอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะประโยชน์ต่อชุมชนและสังคม และส่งเสริมให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิต และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, แนวทางการส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืน, การส่งเสริมด้านบุคคล, การส่งเสริมด้านกระบวนการ

Abstract

This study consisted of qualitative research to create guideline for promote sustained volunteerism and volunteer process in the elderly. The case study in this research is senior volunteers at the brain bank, and the data was collected by using a in-depth interviews with the staffs from Brain Bank, senior specialist and chairman from the pilot provinces were interviewed. The result of this study revealed that promoting sustained volunteerism in the elderly could divided into 2 ways. 1) To promote personal factors with enhancing volunteer motivation and volunteer satisfaction. 2) To promote volunteer process with support for important process such as create principle, create relationship, create activities, create volunteer and create public relation that encourage the elderly volunteer work continuously. That benefit both the community and mental health, physical health and quality of life of the elderly.

Keywords: Elderly, Promoting sustained volunteerism, To promote personal factors, To promote volunteer process

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของปริญาานิพนธ์ระดับคุณวุฒิตำงการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

¹ นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาการศึกษาพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประจำสำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

บทนำ

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) ของประเทศไทยส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในหลายด้าน และเป็นประเด็นที่ภาครัฐตระหนักและให้ความสำคัญ โดยการกำหนดนโยบายเพื่อรองรับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม โดยมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญคือ ให้ผู้สูงอายุไทยได้รับสิทธิและการช่วยเหลือที่จำเป็นจากรัฐ ดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ในแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์เพื่อพัฒนาศักยภาพของคนตลอดช่วงชีวิต ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาคนเชิงคุณภาพในทุกช่วงวัย ให้เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีศักยภาพ มีทักษะความรู้ และความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า สำหรับในกลุ่มผู้สูงอายุมีเป้าหมายที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุร่วมเป็นพลังในการขับเคลื่อนประเทศ

สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ในรัชกาลที่ 9 ได้มีพระราชดำรัสเนื่องในมงคลสมัยเฉลิมพระชนมพรรษา ทรงมีประเด็นรับสั่งเกี่ยวกับเรื่องธนาคารสมอง ซึ่งนับเป็นพระมหากรุณาธิคุณต่อประเทศชาติและพสกนิกรชาวไทยเป็นอย่างยิ่งที่ให้นำผู้ที่เกษียณอายุแล้วแต่ยังมีความรู้ความสามารถมาร่วมเป็นพลังในการพัฒนาประเทศ คณะรัฐมนตรีจึงได้ดำเนินการเพื่อสนองพระราชดำรัสในการจัดตั้งธนาคารสมอง โดยมอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติทำหน้าที่เป็นหน่วยทะเบียนกลางธนาคารสมอง ตลอดจนเป็นตัวกลางประสานเชื่อมโยงเครือข่ายต่างๆ เพื่อนำผู้สูงอายุมาร่วมเป็นอาสาสมัครช่วยพัฒนาชุมชนและสังคมอย่างกว้างขวาง ธนาคารสมองจึงเป็นต้นแบบที่ดีในการศึกษาเรื่องการส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครในผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่มีวัตถุประสงค์อย่างชัดเจนในการส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครในผู้สูงอายุ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและมีผลงานเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป

การทำงานอาสาสมัครจึงเป็นกิจกรรมที่ได้รับการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วม⁽¹⁻³⁾ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงวัย

ตอนต้นที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ที่ส่วนใหญ่ยังคงมีสุขภาพแข็งแรงและสามารถดูแลตัวเองได้ดี หรือที่เรียกว่ากลุ่มพดพลั่ง (Active Ageing) ในประเทศที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว เช่น สิงคโปร์ ออสเตรเลีย และสหรัฐอเมริกา รัฐบาลได้จัดตั้งหน่วยงานกลางของประเทศเพื่อทำหน้าที่ส่งเสริมให้ประชาชนของประเทศทำงานอาสาสมัคร โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรสูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และให้สนับสนุนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการทำงานอาสาสมัครในผู้สูงอายุ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการบริหารจัดการงานอาสาสมัครในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาวิจัยพบว่าการทำงานอาสาสมัครในผู้สูงอายุนอกจากจะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับความช่วยเหลือแล้วยังเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ โดยพบว่าการทำงานอาสาสมัครช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ลดอัตราการเจ็บป่วย เพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวหรือการใช้ชีวิตประจำวัน และสามารถจัดการกับอาการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือโรคประจำตัวได้ดีขึ้น⁽¹⁻³⁾ และยังส่งผลดีต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีคุณค่าในบั้นปลายมีเป้าหมาย ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและการแยกตัวจากสังคม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามันแตกต่างจากผู้สูงอายุคนอื่น คงไว้ซึ่งความนับถือตนเอง และการทำงานอาสาสมัครยังช่วยสร้างเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็งให้กับผู้สูงอายุ⁽⁴⁻¹⁰⁾ ดังนั้นรัฐบาลและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจึงมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมทำงานอาสาสมัครอย่างต่อเนื่องตราบเท่าที่ ยังคงมีความพร้อม

ดังนั้นการค้นหาแนวทางในการส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืนในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพเข้าร่วมทำงานอาสาสมัครและตั้งใจทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อประโยชน์ต่อสังคม และทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีในฐานะผู้ให้แก่สังคม การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแนวทางในการส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืนในผู้สูงอายุ โดยใช้ข้อมูลจากธนาคารสมองมาเป็นกรณีศึกษา โดยผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลให้กับธนาคารสมอง และหน่วยงานหรือองค์กรอาสาสมัคร

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

ที่ทำงานกับอาสาสมัครผู้สูงอายุได้นำไปใช้ในการส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครในผู้สูงอายุตลอดกระบวนการได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อสร้างแนวทางการส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืนในผู้สูงอายุ

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) แบบการศึกษาเฉพาะกรณี (Exploratory Case Study) เพื่อสร้างแนวทางการส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืนในผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่วิจัยครั้งนี้คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ กลุ่มงานประสานและอำนวยความสะดวก สมอง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ และประธานมูลนิธิอาสาสมัครสมอง จำนวน 77 จังหวัด

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลนี้คัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงจากผู้ประสานและอำนวยความสะดวก 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 2 ท่าน และประธานมูลนิธิอาสาสมัครสมอง 14 ท่าน รวมผู้ให้ข้อมูล 18 ท่าน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง (Structure Interview) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืนด้านบุคคล และการส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืนด้านกระบวนการ

จริยธรรมวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้ขอรับพิจารณาและการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ SWUEC-099/59E

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ด้วยการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และนำข้อมูลที่จัดหมวดหมู่แล้วมาทำการตีความวิเคราะห์

เนื้อหาเชิงอุปนัย (Inductive Content Analysis) เพื่อสร้างข้อสรุปของแนวทางการส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุ โดยงานการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการศึกษา

แนวทางการส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้ประสานและอำนวยความสะดวก สมอง ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และประธานมูลนิธิอาสาสมัคร สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 มิติ คือ มิติด้านบุคคล และมิติด้านกระบวนการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. แนวทางส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืนด้านบุคคล การส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืนด้านบุคคลแบ่งออกได้เป็น 2 ประเด็น คือ การส่งเสริมแรงจูงใจอาสาและการส่งเสริมความพึงพอใจในการทำงานอาสาสมัคร โดยสรุปผลได้ดังนี้

1.1 การส่งเสริมแรงจูงใจอาสา การส่งเสริมแรงจูงใจอาสาให้กับผู้สูงอายุสามารถทำได้ใน 3 แนวทาง คือ การสร้างคุณค่าในตนเอง การเสริมกำลังใจให้กับสังคม และการสนองพระราชดำริในสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1.1 สร้างคุณค่าในตนเอง การส่งเสริมแรงจูงใจอาสาด้วยการสื่อสารให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงการสร้างคุณค่าในตนเองด้วยการทำประโยชน์เพื่อผู้อื่น จากการใช้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่ และถึงแม้ผู้สูงอายุจะยุติบทบาทจากการทำงานประจำหรือการทำงานเพื่อการเลี้ยงชีพแต่ยังคงเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าต่อสังคม และเป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศได้ นอกจากนี้การทำงานอาสาสมัครทำให้ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับในสังคมในฐานะของการผู้ให้แก่สังคมมิใช่ภาระที่ต้องดูแล ดังนั้นการทำงานอาสาสมัครจึงเป็นการสร้างคุณค่าในตนเองให้กับผู้สูงอายุผ่านการสร้างคุณค่าให้กับผู้อื่น

1.2 เสริมกำลังใจให้สังคม การส่งเสริมแรงจูงใจอาสาด้วยการสื่อสารให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการทำงานอาสาสมัครทำให้ผู้สูงอายุได้กลับเข้าสู่การเป็นกำลังแรงงานในระบบเศรษฐกิจอีกครั้ง ด้วยการเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อน

การพัฒนาชุมชนและสร้างสังคมให้น่าอยู่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐและภาคีเครือข่าย โดยการใช้เวลาว่างจากการภารกิจส่วนตัวมาทำประโยชน์เพื่อส่วนรวม และการเสียสละกำลังกายกำลังใจมาช่วยเหลือสังคมนี้ทำให้ผู้สูงอายุได้เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับลูกหลานและคนในชุมชนในการทำหน้าที่ของพลเมืองที่ดีของประเทศ

1.3 สนองพระราชดำริในสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ฯ การส่งเสริมแรงจูงใจอาสาด้วยการสื่อสารให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่ามีส่วนร่วมในการทำงานสนองพระราชดำริ โดยการเชิญชวนให้ผู้เกษียณอายุตัดสินใจเข้าร่วมทำงานอาสาสมัครเพื่อสนองพระราชดำริในสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถ ในรัชกาลที่ 9 ที่ทรงมีพระมหากรุณาธิคุณต่อประชาชนชาวไทยอย่างหาที่สุดมิได้ โดยทรงมีประเด็นรับสั่งในเรื่องการนำผู้ที่เกษียณอายุแล้วแต่ยังมีความรู้ความสามารถมาช่วยงานเพื่อประโยชน์ส่วนรวมของประเทศ ซึ่งปวงชนชาวไทยจะรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ทำงานถวายในฐานะพลเมืองที่ดี การทำหน้าที่ตอบแทนคุณแผ่นดิน

1.2 การส่งเสริมความพึงพอใจในการทำงานอาสาสมัคร การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกพึงพอใจในการทำงานอาสาสมัครสามารถทำได้ด้วยการส่งเสริมองค์ประกอบต่างๆ ในการทำงานอาสาสมัครที่สำคัญ ดังนี้

1.2.1 การทำงานตามศักยภาพ การส่งเสริมความพึงพอใจในการทำงานอาสาสมัครด้วยการมอบหมายงานหรือออกแบบกิจกรรมที่ตรงกับความสามารถ ความสนใจ และเหมาะสมกับศักยภาพของผู้สูงอายุ ทั้งในด้านความรู้ ความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ที่ตรงกับอาสาสมัครผู้สูงอายุ และความพร้อมด้านกายภาพ รวมถึงระยะเวลาในการทำกิจกรรมที่ไม่ควรต่อเนื่องยาวนานหรือผูกพันในระยะยาวเกินไป ซึ่งการที่ได้ทำงานที่ถนัดจะทำให้ผู้สูงอายุทำงานอาสาสมัครด้วยความมั่นใจ รู้สึกสบายใจ ไม่กดดัน

1.2.2 การสร้างสังคมของผู้ให้ การส่งเสริมความพึงพอใจในการทำงานอาสาสมัครด้วยการสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ โดยการสร้างความเข้าใจกับผู้สูงอายุอยู่เสมอว่าการทำงานอาสาสมัครอยู่บนพื้นฐานของการเป็นผู้ให้ การเสียสละ

และอุทิศตนเพื่อส่วนรวม มิใช่การทำงานเพื่อค่าตอบแทนใด เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้และเข้าใจในบทบาทของการเป็นอาสาสมัคร ตลอดจนการให้ระหว่างเพื่อนอาสาสมัครด้วยการมีน้ำใจและเข้าใจในความแตกต่างของเพื่อนสมาชิก ทำให้ทำงานอาสาสมัครด้วยความรู้สึกสบายใจ อ่อนใจ มีชีวิตชีวาที่ได้มาพบปะกับเพื่อนๆ ในสังคมของการให้อยู่เสมอ และไม่คาดหวังสิ่งตอบแทนใดนอกจากความสุขจากการเป็นผู้ให้ ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุเต็มใจที่จะมาเข้าร่วมทำงานอาสาสมัครอย่างต่อเนื่อง

1.2.3 การใส่ใจในผลลัพธ์ การส่งเสริมความพึงพอใจในการทำงานอาสาสมัครด้วยการสะท้อนให้รู้ดีอาสาเห็นคุณค่าหรือผลลัพธ์จากการทำงานอาสาสมัครของตน โดยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนั้นนอกจากจะเป็นประโยชน์ต่อชุมชนและผู้รับความช่วยเหลือแล้วยังสะท้อนกลับมาซึ่งความภาคภูมิใจ ความสุขใจ การได้เรียนรู้และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความตั้งใจที่จะทำงานอาสาสมัครอย่างต่อเนื่องและขยายผลการดำเนินงานอาสาสมัครออกไปในวงกว้าง

2. แนวทางส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืนด้านกระบวนการทำงานอาสาสมัคร

การส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครด้านกระบวนการทำงานอาสาสมัครสามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย การสร้างหลักการ การสร้างสัมพันธ์ การสร้างกิจกรรม การสร้างคน และการสร้างการประชาสัมพันธ์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การสร้างหลักการ ในการทำงานอาสาสมัครร่วมกันของผู้สูงอายุ นอกเหนือจากหลักเกณฑ์การทำงานที่กำหนดโดยหน่วยงานหรือองค์กรอาสาสมัครแล้ว ในกลุ่มอาสาสมัครควรมีกำหนดหลักการในการทำงานร่วมกันเพื่อให้สมาชิกทุกคนยึดถือและปฏิบัติตาม ซึ่งหลักการนี้ต้องสอดคล้องและเหมาะสมกับสมาชิกอาสาสมัครผู้สูงอายุ ชุมชน และบริบททางสังคม โดยในหลักการจะครอบคลุมทั้งในเรื่องลักษณะงานอาสาสมัคร บทบาทของสมาชิก และเป้าหมายในการทำงานอาสาสมัครของกลุ่ม

2.2 การสร้างสัมพันธ์ การสร้างสัมพันธ์อันดีระหว่างเพื่อนอาสาสมัครสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดกระบวนการทำงานอาสาสมัคร ตั้งแต่การประชุมวางแผนการทำงาน การเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของสมาชิก การทำกิจกรรม และการติดตามผลการทำงาน โดยผู้สูงอายุที่ทำงานอาสาสมัครต้องละวางตำแหน่งหน้าที่ในช่วงก่อนเกษียณ หรือลดหัวโขนออกเพื่อมาทำงานร่วมกันกับเพื่อนๆ ผู้สูงอายุอย่างให้เกียรติซึ่งกันและกัน โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือชุมชนของตนเป็นสำคัญ และการได้ทำงานร่วมกันนี้ทำให้อาสาสมัครผู้สูงอายุมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันและกัน และยอมรับและเข้าใจในความแตกต่างของเพื่อนสมาชิก ซึ่งความสัมพันธ์อันดีระหว่างสมาชิกนี้เป็นกลไกสำคัญในการดึงดูดผู้สูงอายุให้มาร่วมทำกิจกรรมอาสาสมัครอย่างต่อเนื่อง เพราะทำให้ได้มีสังคมใหม่หลังการเกษียณอายุ

2.3 การสร้างกิจกรรม ประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ ได้แก่ การจัดประชุมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ การวางแผนจัดกิจกรรม การดำเนินการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง การติดตามผลการดำเนินงาน และการขยายผลการดำเนินงาน โดยอยู่บนพื้นฐานของการทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชนเป็นสำคัญ และสร้างกิจกรรมอย่างต่อเนื่องนี้ทำให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน เนื่องจากทำให้ชุมชนรับรู้ได้ถึงความมุ่งมั่นทุ่มเทในการทำงานอาสาสมัครของผู้สูงอายุ เกิดการยอมรับนับถือและพร้อมให้ความร่วมมือกับผู้สูงอายุในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชนร่วมกัน และสร้างความผูกพันในการทำงานอาสาสมัครให้กับผู้สูงอายุ

2.4 การสร้างคน คือ การเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุในการทำงานอาสาสมัคร ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืนในผู้สูงอายุ เพราะก่อนที่จะหยิบยื่นความช่วยเหลือให้กับผู้อื่นนั้น อาสาสมัครผู้สูงอายุควรมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และทักษะความรู้ที่จำเป็นในการทำงานอาสาสมัคร เพื่อให้พร้อมในการช่วยเหลือผู้อื่นและสามารถร่วมทำกิจกรรมอาสาสมัครได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งการสร้างคนนี้สามารถทำได้หลายวิธี เช่น การแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างเพื่อนสมาชิกการศึกษาดูงาน การฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้

กับหน่วยงานหรือพื้นที่ชุมชนที่เป็นแบบอย่างที่ดี เพื่อนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ภายในชุมชนของตนเอง ควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพใจของตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ

2.5 การสร้างการประชาสัมพันธ์ การประชาสัมพันธ์เป็นกลไกสำคัญในการทำให้อาสาสมัครผู้สูงอายุได้รับการยอมรับในชุมชนและสังคมโดยการประชาสัมพันธ์แบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน คือ การเผยแพร่กิจกรรมของอาสาสมัครผู้สูงอายุและการเผยแพร่องค์ความรู้หรือภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ ซึ่งการเผยแพร่กิจกรรมของอาสาสมัครช่วยจูงใจให้ผู้สูงอายุสนใจเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการอาสาสมัคร และทำให้หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายอาสาสมัครได้รู้จักและรับรู้ในความสามารถของอาสาสมัครผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการสร้างเครือข่ายในการทำงานร่วมกัน และการประชาสัมพันธ์การดำเนินงานของอาสาสมัครผู้สูงอายุยังเป็นการยกย่องและชื่นชมผู้สูงอายุที่เสียสละและอุทิศตนในการทำงานอาสาสมัครเพื่อช่วยเหลือผู้อื่น ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้ภาคภูมิใจในตนเองและมีกำลังใจที่จะทำงานอาสาสมัครอย่างต่อเนื่องต่อไป สำหรับการเผยแพร่องค์ความรู้และภูมิปัญญาของผู้สูงอายุทำให้เกิดการต่อยอดการพัฒนาชุมชนและสังคมออกไปในวงกว้าง และทำให้เกิดการถ่ายทอดความรู้จากรุ่นสู่รุ่น ไปสู่ทายาทไปจากสังคม

สรุปและอภิปรายผล

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืนในผู้สูงอายุสามารถสรุปแนวทางการส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืนในผู้สูงอายุออกได้เป็น 2 มิติ คือ มิติด้านบุคคลและมิติด้านกระบวนการ ในส่วนของการส่งเสริมมิติด้านบุคคลหรือปัจจัยทางด้านจิตประกอบด้วย การส่งเสริมแรงจูงใจอาสา และการส่งเสริมความพึงพอใจในการทำงานอาสาสมัคร โดยแรงจูงใจอาสาเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุด้านจิตที่มีอิทธิพลต่อการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืน^(1-2,8,11-12) ซึ่งสามารถส่งเสริมแรงจูงใจอาสาได้ด้วยการสื่อสารให้ผู้สูงอายุทราบว่าการทำงานอาสาสมัครมีประโยชน์หรือตอบสนองความ

ต้องการของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ได้แก่ การสร้างคุณค่าในตนเอง คือ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองยังสามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมได้ด้วยการนำความรู้ที่มีมาช่วยเหลือผู้อื่น การเสริมกำลังให้กับสังคม คือ ทำให้ผู้สูงอายุได้กลับเข้าสู่การเป็นกำลังเสริมให้กับภาครัฐด้วยการช่วยขับเคลื่อนนโยบายไปสู่แผนปฏิบัติในระดับชุมชน และได้มีโอกาสสนองพระราชดำริสนับสนุนสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ที่ต้องการนำผู้สูงอายุที่ยังมีศักยภาพมาช่วยงานเพื่อประโยชน์ส่วนรวมของประเทศ และส่วนของความพึงพอใจในการทำงานอาสาสมัครซึ่งเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุด้านจิตที่มีอิทธิพลต่อการทำงานอาสาสมัคร^(1,3,8-9) ซึ่งสามารถส่งเสริมความพึงพอใจในการทำงานอาสาสมัครให้กับผู้สูงอายุได้ด้วยการออกแบบและมอบหมายงานอาสาสมัครที่เหมาะสมกับความเป็นผู้สูงอายุและความรู้ความสามารถที่แต่ละคนมี ภายใต้การสร้างความสัมพันธ์อันดีในการทำงานระหว่างสมาชิกและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและการสะท้อนให้เห็นคุณค่าในผลลัพธ์ของการทำงานอาสาสมัคร เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจ อิ่มเอมใจ จากการเป็นผู้ให้แก่สังคม

แนวทางการส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืนด้านกระบวนการ เป็นการบริหารขั้นตอนต่างๆ ที่สำคัญในการการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืนในผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย การสร้างหลักการในการทำงานร่วมกัน เพื่อให้สมาชิกอาสาสมัครทุกคนได้ใช้เป็นแนวทางในการทำกิจกรรมอาสาสมัคร การสร้างสัมพันธ์อันดีระหว่างสมาชิกเพื่อทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นใจและสบายใจในการทำงานอาสาสมัคร การสร้างกิจกรรมอาสาสมัครอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีผลงานเป็นที่ประจักษ์และเกิดผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม การสร้างคนหรือพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครผู้สูงอายุเพื่อให้พร้อมทำกิจกรรมอาสาสมัครได้อย่างต่อเนื่องและมีความสุข และการสร้างการประชาสัมพันธ์เพื่อเผยแพร่ทั้งในส่วนของการทำกิจกรรมอาสาสมัครของผู้สูงอายุและการเผยแพร่องค์ความรู้สู่สังคม โดยกระบวนการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืนนี้จะช่วยขับเคลื่อนการทำงานอาสาสมัครของกลุ่มอาสาสมัครผู้สูงอายุกับภาคีเครือข่ายให้สามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง

จากแนวทางการส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืนในผู้สูงอายุซึ่งที่กล่าวมามีเป้าหมายที่สำคัญ คือ การสนับสนุนการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุผ่านกระบวนการทำงานอาสาสมัคร ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมและผู้สูงอายุเอง การทำงานอาสาสมัครจึงเป็นกลไกที่สำคัญในการรับมือกับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย เพื่อให้ประชาชนทุกช่วงวัยอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีความสุข ไม่มีใครที่ถูกผลักออกไปอยู่ชายขอบของสังคมเพียงเพราะความสูงวัย และทำให้สังคมเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อผู้สูงอายุจากการเป็นเป็นผู้รับความช่วยเหลือมาเป็นผู้ให้แก่สังคม เพื่อให้บรรลุดตามวิสัยทัศน์ของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) คือ ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานของรัฐ องค์กรอาสาสมัคร หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืนในผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญทั้งการส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครในมิติด้านบุคคลและมิติด้านกระบวนการ เพื่อกำหนดแผนยุทธศาสตร์การดำเนินและร่วมมือกันทำงานแบบบูรณาการ โดยให้ความสำคัญตั้งแต่ในช่วงก่อนการเข้าสู่วัยสูงอายุหรือเกษียณอายุจากการทำงาน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีการวางแผนการใช้เวลาว่างจากกิจวัตรประจำวันในการทำประโยชน์เพื่อส่วนรวม และเตรียมตนเองให้พร้อมทั้งทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และทักษะที่จำเป็นในการทำงานอาสาสมัครในรูปแบบต่างๆ

2. การสร้างแรงจูงใจอาสาสมัครด้วยการประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุทราบถึงประโยชน์ของการทำงานอาสาสมัคร และสร้างความเข้าใจให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องและอาสาสมัครผู้สูงอายุในเรื่องการสร้างสภาพแวดล้อมและประสบการณ์ที่นำไปสู่ความพึงพอใจในการทำงานอาสาสมัครให้กับผู้สูงอายุ และตระหนักถึงการทำกิจกรรมภายใต้กระบวนการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืน โดยทุกขั้นตอนการดำเนินงานต้องคำนึงถึงความเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเต็มใจและตั้งใจทำงานอาสาสมัครได้อย่างต่อเนื่อง

3. การศึกษาครั้งต่อไปควรดำเนินการศึกษาวิจัยกับอาสาสมัครผู้สูงอายุในกลุ่มหรือสังกัดอื่น เช่น คลังปัญญาผู้สูงอายุ เพื่อค้นหาว่ามีปัจจัยใดอีกหรือไม่ที่มีผลต่อการส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืน เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืนในผู้สูงอายุให้มีความสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพในการนำไปใช้ประโยชน์ยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความอนุเคราะห์และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากเจ้าหน้าที่กลุ่มงานประสานและอำนวยการธนาคารสมองที่สนับสนุนข้อมูลและให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการดำเนินการวิจัยและขอขอบคุณประธานมูลนิธิธนาคารสมองที่ยินดีให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ และขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษาทุกท่านที่ให้คำแนะนำในการเรียบเรียงเนื้อหาแนวทางการส่งเสริมการทำงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืนในผู้สูงอายุให้มีความสมบูรณ์และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. อนุ เจริญวงศ์ระชัย. การรับรู้สภาพแวดล้อมภายในสถานศึกษาและลักษณะส่วนบุคคลที่เอื้อต่อการเป็นอาสาสมัครอย่างยั่งยืนในนักศึกษาระดับปริญญาตรี. (ปริญญาานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิตการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 231 หน้า.
2. Cheung, F. Y.; Tang, C. S.; & Yan, E. C. Factors influencing intention of continue volunteering: A study of older Chinese in Hong Kong. **Journal of Social Service Research**. 32(4) : 193–209, 2006.
3. Finkelstein, M. A. Correlates of satisfaction in older volunteers: A motivational perspective. **The International Journal of Volunteer Administration**. 24(5) : 6-12, 2007.
4. Harris, A. H. & Thoresen, C. E. **Forgiveness, unforgiveness, health, and disease**. In E.L. Worthington, Jr. (Ed.). **Handbook of forgiveness**. New York Routledge, 2005.
5. Hong, S. I. & Morrow-Howell, N. Health outcomes of Experience Corps®: a high- commitment volunteer program. **Social Science & Medicine**. 71(2) : 414–420, 2010.
6. Lum, T. Y. & Lightfoot, E. The effects of volunteering on the physical and mental health of older people. **Research on Aging**. 27(1) : 31–55, 2005.
7. Luoh, M. C. & Herzog, A. Individual consequences of volunteer and paid work in old age: health and mortality. **Journal of Health and Social Behavior**. 43(4) : 490–509, 2002.
8. Marta, E.; & Pozzi, M. . Young people and volunteerism: A model of sustained volunteerism during the transition to adulthood. **Journal of Adult Development**. 15(1) : 35-46, 2008
9. Omoto, A. M.; & Snyder, M. Sustained helping without obligation: Motivation, Longevity of service, and perceived attitude change among AIDS volunteers. **Journal of Personality and Social Psychology**. 68(4) : 671-686, 1995.
10. Pillemer, K.; Wagenet, L. P.; Goldman, D.; Bushway, L. & Meador, R. H. Environmental volunteering in later life: benefits and barriers. **Generations**. 33(4) : 58-62, 2010.
11. Penner, L. A. Dispositional and Organizational Influences on Sustained Volunteerism: An Interactionist Perspective. **Journal of Social Issues**. 58(3) : 447-467, 2002.
12. Renes, J. R. **Sustained volunteerism: justification, motivation and management**. Graduate School of Social Sciences Amsterdam Mansholt, 2005.
13. Wilson, J. & Musick, M. The Effect of volunteering on the volunteer. **Law and Contemporary Problems**. 62(4) : 141-168, 1999.

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพ
บ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น

PATIENT CARE FOR STROKE SURVIVORS OF HEALTH PERSONNEL AT BANPHAI -
NONSILA CONTRACTING UNIT FOR PRIMARY CARE IN KHON KAEN PROVINCE

ชัยกรณ์ โพธิ์ผล¹ ประจักษ์ บัวผัน²

Chaiyaporn Pothipol¹ Prachak Bouphan²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คุณลักษณะส่วนบุคคล และแรงจูงใจที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น ประชากรที่ศึกษาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น จำนวน 90 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิโดยแบ่งประชากรออกเป็นกลุ่มย่อยๆ ตามตำแหน่งและจำนวนขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายในแต่ละตำแหน่งจนครบ 78 คน และสนทนากลุ่มจำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2560 ถึงวันที่ 20 มีนาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการหาค่าสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิติอนุमानหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน โดยกำหนดค่านัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ระดับแรงจูงใจ และระดับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่เครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.54 (S.D.=0.55) และ 3.72 (S.D. = 0.68) ตามลำดับ คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.433$, $p\text{-value} < 0.001$) การฝึกอบรมในด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.256$, $p\text{-value} = 0.001$) ภาพรวมแรงจูงใจและปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.781$, $p\text{-value} < 0.001$) และ ($r = 0.808$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยด้านจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.699$, $p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ ด้านความรับผิดชอบ และปัจจัยด้านสภาพการปฏิบัติงาน ทั้ง 3 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพ บ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 65.5 โดยผลการวิจัยในครั้งนี้บุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, แรงจูงใจ

Abstract

This Survey research aimed to study the personal characteristic and motivation factor that affecting patient care for stroke survivors of health personnel at Banphai – Nonsila contracting unit for primary care in Khon Kaen province. The samples were 78 personnel randomly selected by stratified random sampling from the 90 population. This study was collecting both quantitative and qualitative data. Focus group guideline was use to collect the data from 12 people's key informants who can provide intensive information on the topics. The questionnaire was examined and verified by the three experts for content validity and tested for reliability in pilot study of 30 samples in Chonnabot Khon Kaen province and Alpha Coefficient was at 0.97. Data collected between February 20rd, 2017 - March 20rd, 2017. The data distribution was performed by descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation, median, minimum, maximum. The

¹ นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Inferential statistics were Pearson's product moment correlation coefficient and Stepwise multiple linear regressions. The level of statistical significant was set at 0.05

The results showed that the motivation and patient care for stroke survivors of health personnel at Banphai – Nonsila contracting unit for primary care in Khon Kaen province were at high level with averages of 3.54 (S.D. = 0.55), 3.72 (S.D. = 0.68), respectively. The motivation variable, motivation factors had high positive relationship with health personnel at Banphai – Nonsila contracting unit for primary care in Khon Kaen province with $r = 0.781$ (p-value < 0.001), $r = 0.808$ (p-value < 0.001), respectively hygiene factors variable had Moderate positive relationship with health personnel at Banphai – Nonsila contracting unit for primary care in Khon Kaen province with $r = 0.669$ (p-value < 0.001). The motivation variable; recognition, responsibility and working conditions could predict patient care for stroke survivors of health personnel at Banphai – Nonsila contracting unit for primary care in Khon Kaen province at 65.5 percentage. The results of this research partnership networks in the district health system can be used to development for patient care for stroke survivors of health personnel.

Keyword: Patient care for stroke survivor, Motivation

บทนำ

สาเหตุสำคัญของการตายอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจ และโรคมะเร็ง คือโรคอัมพฤกษ์หรือโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ซึ่งเป็นโรคที่เกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเกิดโรคสูงในผู้สูงอายุ แต่ปัจจุบันนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเกิดในผู้ที่มีอายุน้อย พบได้ตั้งแต่ อายุ 30 ปี ขึ้นไป ผู้ป่วยมักจะเกิดอาการทันทีทันใดและเป็นเหตุให้เสียชีวิต ส่วนผู้ที่รอดชีวิตต้องใช้เวลาในการฟื้นฟู และมีความพิการหลงเหลือ ทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงจากการที่ต้องเข้ารับการรักษาและฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาลและการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน จากสถิติในประเทศไทย พ.ศ. 2556 - 2558 พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อ 100,000 ประชากร เท่ากับ 354.54, 336.81 และ 352.30 ตามลำดับ และพบว่าใน พ.ศ. 2555 - 2557 อัตราตายต่อ 100,000 ประชากร เท่ากับ 36.14, 38.66 และ 42.62 ตามลำดับ ซึ่งมีอุบัติการณ์ที่สูงขึ้นทุกปี⁽¹⁾ ทำให้รัฐบาลมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น⁽²⁾

ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานของบุคคลนั้นนั้นเซอร์เมอร์ฮอร์น⁽³⁾ กล่าวว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะของแต่ละบุคคล เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์การในตำแหน่ง และการฝึกอบรม จากการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน มีผู้ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายบทบาทของพยาบาลสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนพบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลมีผลต่อบทบาทของพยาบาล

สาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ได้แก่ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน และ อายุ⁽⁴⁾ จากการศึกษาเรื่องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ⁽⁵⁾ และจากการศึกษาเรื่องบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ เพศ อายุ และตำแหน่ง⁽⁶⁾

นอกจากปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลที่กล่าวไปข้างต้นแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ แรงจูงใจ ซึ่งการจูงใจจากการทำงานจะยึดหลักทฤษฎีสองปัจจัย คือ ปัจจัยจูงใจ (Motivational Factors) และปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factor) โดยที่ปัจจัยจูงใจที่เหมาะสมจะช่วยให้เกิดแรงผลักดันให้การทำงานของบุคคลมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย ความรับผิดชอบ การยอมรับนับถือ ความสำเร็จของงาน ลักษณะงานที่ปฏิบัติ และความก้าวหน้าในตำแหน่ง ปัจจัยค้ำจุนจะเป็นสิ่งสนับสนุนให้บุคคลแสดงความสามารถในการทำงานอย่างเต็มที่ ประกอบด้วย เงินเดือนและค่าตอบแทน สภาพการปฏิบัติงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การปกครองบังคับบัญชา นโยบายและการบริหาร สถานภาพของอาชีพ ความเป็นอยู่ส่วนตัว และความมั่นคงในการปฏิบัติงาน⁽⁷⁾ จากการศึกษาเรื่องแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

มีผู้ศึกษาเรื่องแรงงูใจที่มีผลต่อสมรรถนะประจำกลุ่มงานของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าแรงงูใจที่มีผลต่อสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุข ได้แก่ ปัจจัยด้านด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ปัจจัยด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง และด้านความสำเร็จของงาน⁽⁸⁾ จากการศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายบทบาทของพยาบาลสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน พบว่าแรงงูใจมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนของพยาบาลสาธารณสุข ได้แก่ ปัจจัยแรงงูใจนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน⁽⁴⁾

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ได้กำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพในจังหวัดขอนแก่นไว้ 4 ยุทธศาสตร์ โดยยุทธศาสตร์ที่สำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพไร้รอยต่อ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 ลดความแออัดในสถานบริการและจัดระบบบริการในเครือข่ายแบบไร้รอยต่อ ตัวชี้วัดที่สำคัญคือ การพัฒนาระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีคุณภาพมาตรฐานประชากรสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่สำคัญคือลดความเหลื่อมล้ำในการรับบริการสาธารณสุขและประชากรในพื้นที่ที่มีสุขภาพดี⁽⁹⁾ เครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น เป็นหน่วยงานสาธารณสุขที่ให้บริการสุขภาพของประชาชนใกล้เคียงกันใกล้เคียง มีหน่วยบริการปฐมภูมิ 23 แห่ง จากสรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น ปี 2558 พบว่ายุทธศาสตร์ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพไร้รอยต่อ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 ลดความแออัดในสถานบริการและจัดระบบบริการในเครือข่ายแบบไร้รอยต่อ ตัวชี้วัดที่สำคัญ คือ การพัฒนาระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีคุณภาพมาตรฐานครอบคลุม และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ จากสถิติปี 2556 – 2558 พบว่าอัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 207.91, 247.17 และ 301.32 ตามลำดับ ซึ่งมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น จำนวน 835, 1,065 และ 1,227 คน ตามลำดับ พบว่า

จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการตรวจติดตามการรักษาในโรงพยาบาลบางรายต้องมาก่อนนัดและจำเป็นต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 73, 80 และ 98 คน และจำเป็นต้องส่งตัวไปรักษาต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าจำนวน 112, 165 และ 203 คน ตามลำดับ จากสถานการณ์ดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น จากปัญหาการฟื้นฟูสุขภาพที่ไม่ต่อเนื่องในชุมชน หากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีแผนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ดีจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงและได้รับการบริการและดูแลด้านสาธารณสุขที่เหมาะสม อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม สามารถเผชิญกับภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่อย่างเหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน มีกำลังใจในการฟื้นฟูสุขภาพตนเอง อันจะส่งผลช่วยลดภาวะพึ่งพิง ลดอัตราการนอนโรงพยาบาล และมีพัฒนาการที่ดีในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้⁽¹⁰⁾

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษา คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงงูใจที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพ บ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น รวมถึงศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อส่งเสริมและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คุณลักษณะส่วนบุคคล และแรงงูใจที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2559 การคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง มีขั้นตอนการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร⁽¹¹⁾

สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{e^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}$$

เมื่อ n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

N = ประชากรที่ศึกษาที่ทราบจำนวน

$Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% (เท่ากับ 1.96)

e = ค่าความแม่นยำของการประมาณค่า

σ = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการศึกษาวิจัยของวิมา เที่ยงธรรมและคณะ (2554)⁽⁴⁾ โดยพบว่าค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.59

แทนค่าในสูตร

$$n = 77.05$$

ได้ขนาดตัวอย่าง = 78 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งประชากรออกเป็นกลุ่มย่อยๆ ตามตำแหน่งและจำนวนขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรในแต่ละตำแหน่ง จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

2. กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม โดยเลือกบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดีที่สุด (Key informants) โดยพิจารณาคัดเลือกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น จำนวน 12 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 7 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 1 คน เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข จำนวน 1 คน และเจ้าหน้าที่งานแพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทดลองใช้ในกลุ่ม

ตัวอย่าง 30 คน ที่อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชของแบบสอบถามเท่ากับ 0.97 ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2560 แปลผลโดยการนำมาจัดระดับ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยได้ดังนี้⁽¹²⁾

ระดับ	ช่วงคะแนน
มากที่สุด	4.50-5.00
มาก	3.50-4.49
ปานกลาง	2.50-3.49
น้อย	1.50-2.49
น้อยที่สุด	1.00-1.49

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อหาการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) เพื่อใช้ในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจ และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น และใช้สถิติเชิงอนุมาน ในการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาและการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน Stepwise Multiple Regression Analysis กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2560 ลำดับที่ 4.3.01: 2/2560 เลขที่โครงการ HE592370 และผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2560 ถึงวันที่ 20 มีนาคม 2560

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพ บ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น ในด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 70.5 อายุระหว่าง 41 -50 ปี จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 42.4 โดยมีอายุเฉลี่ย 41.24 ปี (S.D.= 9.39 ปี) อายุต่ำสุด 24 ปี อายุสูงสุด 56 ปี สถานภาพสมรส คู่ จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 61.5 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 74.4 ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 – 3 ปี จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 60.3 มีค่ามัธยฐาน 4 ปี (S.D.= 4.12) ประสบการณ์สูงสุด 13 ปี ต่ำสุด 1 ปี และเคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 76.9 มีค่ามัธยฐาน 2 ครั้ง (S.D.=2.55) (สูงสุด 12 ครั้ง และต่ำสุด 1 ครั้ง)

ระดับแรงงใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น

ผลการวิจัย ระดับแรงงใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีแรงงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.54 คะแนน (S.D.=0.55) มีแรงงใจด้านปัจจัยงใจ และปัจจัยคำจุนอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.56 คะแนน (S.D.=0.64) , 3.52 คะแนน (S.D.=0.53) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ปัจจัยงใจด้านความรับผิดชอบ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.81 คะแนน (S.D.= 0.81) รองลงมาคือ ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.76 คะแนน (S.D.= 0.70) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน มีแรงงใจอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.16 (S.D.=0.71) รองลงมาคือ ด้านการยอมรับนับถือ มีแรงงใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.51 (S.D.=0.77) และพบว่าปัจจัยคำจุน ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านสถานะทางอาชีพ มีแรงงใจอยู่

ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.87 คะแนน (S.D.= 0.78) รองลงมาคือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีแรงงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.82 คะแนน (S.D.= 0.71) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน มีแรงงใจอยู่ในระดับ ปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.71 คะแนน (S.D.= 0.70) รองลงมาคือ ด้านสภาพการปฏิบัติงาน มีแรงงใจอยู่ในระดับ ปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.33 คะแนน (S.D.= 0.66)

ระดับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพ บ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น

ผลการวิจัย ระดับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.72 คะแนน (S.D.=0.68) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การฟื้นฟูสภาพและการดูแลต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.80 คะแนน (S.D.=0.76) รองลงมาคือ การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.75 คะแนน (S.D.=0.74) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.63 คะแนน (S.D.=0.82) รองลงมาคือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.69 (S.D.= 0.78)

คุณลักษณะส่วนบุคคล และแรงงใจมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล และแรงงใจมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และตำแหน่งงานที่ปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น และพบว่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.433, p\text{-value} < 0.001$) การฝึกอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความถี่ของการฝึกอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.256, p\text{-value} = 0.024$ และ $r=0.268, p\text{-value} = 0.0329$ ตามลำดับ)

ด้านแรงจูงใจ พบว่า ภาพรวมแรงจูงใจ ภาพรวมของปัจจัยจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น ส่วนภาพรวมของปัจจัยด้านจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.781, p\text{-value} < 0.001, r=0.808, p\text{-value} < 0.001, r=0.699, p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาารายด้านพบว่าปัจจัยจูงใจที่มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพ

บ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านความสำเร็จในการทำงาน ($r=0.734, p\text{-value} < 0.001$) ด้านการยอมรับนับถือ ($r=0.757, p\text{-value} < 0.001$) ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ($r=0.663, p\text{-value} < 0.001$) ความรับผิดชอบ ($r=0.748, p\text{-value} < 0.001$) ส่วนด้านโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงานมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.577, p\text{-value} < 0.001$) และปัจจัยด้านจูงใจทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน ($r=0.396, p\text{-value} < 0.001$) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($r=0.488, p\text{-value} < 0.001$) ด้านการปกครองบังคับบัญชา ($r=0.396, p\text{-value} < 0.001$) ด้านนโยบายและการบริหาร ($r=0.517, p\text{-value} < 0.001$) ด้านสภาพการปฏิบัติงาน ($r=0.491, p\text{-value} < 0.001$) ด้านสถานะทางอาชีพ ($r=0.586, p\text{-value} < 0.001$) ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ($r=0.617, p\text{-value} < 0.001$) และด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ($r=0.591, p\text{-value} < 0.001$)

คุณลักษณะส่วนบุคคล และแรงจูงใจมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น

ตาราง 1 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	B	Beta	T	P-value	R	R ²	R ² change
1. ปัจจัยด้านจูงใจด้านการยอมรับนับถือ	0.305	0.347	2.863	0.005	.757	.574	
2. ปัจจัยด้านจูงใจด้านความรับผิดชอบ	0.337	0.405	3.536	0.001	.793	.629	.055
3. ปัจจัยด้านจูงใจด้านสภาพการปฏิบัติงาน	0.186	0.182	2.351	0.021	.809	.655	.026

ค่าคงที่ = 0.743, $F = 46.831, p\text{-value} < 0.001, R = 0.809, R^2_{\text{adj}} = 0.641, R^2 = 0.655$

จากตาราง 1 พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น และถูกเลือกเข้าสมการนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับดังนี้ ปัจจัยด้านด้านการยอมรับนับถือ ($p\text{-value} = 0.005$) ปัจจัยด้านความรับผิดชอบ ($p\text{-value} = 0.001$) และปัจจัยด้านสภาพการปฏิบัติงาน ($p\text{-value} = 0.021$) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปร สามารถพยากรณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพ บ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 65.5

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพ บ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิด จำนวน 78 ฉบับ กลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด 30 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 33.33 โดยปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่ คือ แรงจูงใจด้านปัจจัยด้านในด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน และคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 56.6 รองลงมาได้แก่ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 53.3 ส่วนปัญหาอุปสรรคน้อยที่สุดได้แก่ ปัจจัยด้านด้านการยอมรับนับถือ ร้อยละ 3.3

สรุปและอภิปรายผล

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการฝึกอบรมในด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.433, p\text{-value} < 0.001, r = 0.256, p\text{-value} = 0.024$) ตามลำดับ เนื่องจากในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการปฏิบัติงานที่ต้องอาศัยประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยตามความยุ่งยาก ซับซ้อนของผู้ป่วยแต่ละคนในบริบทของแต่ละพื้นที่ หากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และได้รับการ

ฝึกอบรมเพิ่มเติมในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบ่อยๆ จะทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ประสิทธิภาพในการดำรงตำแหน่ง มีความสัมพันธ์กับปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁽⁴⁾

2. ระดับแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพ บ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.54 คะแนน ($S.D.=0.55$) เนื่องจากในปัจจุบันการทำงานจำเป็นต้องมีสิ่งกระตุ้นหรือเป็นแรงจูงใจที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้สึกที่ดีต่องานและอยากปฏิบัติงานเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานหรือสมาชิกในองค์กรปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ และยังเป็นแรงผลักดันให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทำงานอย่างเต็มกำลังความสามารถเพื่อให้งานของหน่วยงานหรือองค์กรบรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งแรงจูงใจนั้นคือความตั้งใจที่จะนำความพยายามของบุคคลไปสู่เป้าหมายขององค์กร โดยการสร้างบรรยากาศท้าทายการปฏิบัติงาน การจูงใจให้บุคคลปฏิบัติสิ่งต่างๆตามความคาดหวังที่จะสามารถตอบสนองความพึงพอใจ ซึ่งเป็นแนวทางทำให้บุคคลปฏิบัติตนไปในทิศทางที่เป็นพฤติกรรมที่พึงปรารถนาด้วยความเต็มใจ ซึ่งผลการศึกษครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า แรงจูงใจของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในระดับมาก^(8,13) นอกจากนี้ยังพบว่าหน่วยบริการทางสาธารณสุขบางแห่งยังให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขค่อนข้างน้อยขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ไม่มีความก้าวหน้าในสายงานอาชีพ เงินเดือนและค่าตอบแทนไม่เหมาะสมในกับการะงานที่ได้รับมอบหมาย ส่งผลให้การศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง⁽¹⁴⁾ เมื่อพิจารณาผลการวิจัยจะเห็นว่า ระดับแรงจูงใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น ภาพรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น เป็นงานที่ปฏิบัติเป็นประจำต่อเนื่อง จำเป็นต้องสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่เพื่อให้เกิดการกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

3. ระดับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพ บ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.72 (S.D.=0.68) หากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพ บ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น ได้รับแรงจูงใจที่เหมาะสมที่เหมาะสม ย่อมส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายของหน่วยงานที่ตั้งไว้ได้ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ระดับการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่ภาพรวมอยู่ในระดับมาก^(15,16) เนื่องจากการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น หรือนุเคราะห์ในหน่วยงานจะสามารถดำเนินงานต่างๆให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลนั้นขึ้นอยู่กับแรงจูงใจที่เหมาะสม ซึ่งหากได้รับแรงจูงใจที่เหมาะสมจะส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง⁽⁴⁾

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า ระดับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมาก ซึ่งแสดงว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หากเจ้าหน้าที่ได้รับแรงจูงใจที่เหมาะสม จึงควรส่งเสริมให้เกิดขึ้นในองค์กร เพื่อส่งผลให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

4. คุณลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และตำแหน่งงานที่ปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น และพบว่าด้านประสบการณ์ในการดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพ บ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.326, p - value = 0.004$) ส่วนการฝึกอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.256, p - value = 0.024$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁽¹⁷⁾ แต่ยังพบว่าในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในบางอย่างต้องอาศัยคุณลักษณะส่วนบุคคลซึ่งเป็นคุณสมบัติเฉพาะตัวบุคคลในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

5. แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น พบว่าภาพรวมแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.781, p - value < 0.001, r = 0.808, p - value < 0.001, r = 0.699, p - value < 0.001$) ตามลำดับ เนื่องจากการปฏิบัติงานในด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น เป็นการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และจิตวิญญาณ ที่สำคัญ คือ การดูแลผู้ป่วยด้านการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาทำกิจกรรมประจำวันได้เร็วหรือใกล้เคียงปกติได้มากที่สุด และช่วยลดภาวะพึ่งพิงของครอบครัว อันประกอบด้วย 1) การส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4) การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งในการปฏิบัติงานดังกล่าวย่อมมีความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายตลอดจนการดูแลผู้ป่วย

กลุ่มนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องดูแลครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควบคู่กันเพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวพึ่งตนเองให้มากที่สุด ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพ บ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น จะต้องมีความเข้าใจที่เหมาะสมเพื่อกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁽¹⁸⁾ เนื่องจากบริบทและพื้นที่ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ผลการศึกษาค้างนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาไว้แล้วพบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁽¹³⁾

6. คุณลักษณะส่วนบุคคล และแรงจูงใจที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล ในด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น แรงจูงใจที่มีผลต่อผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น คือปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ ($p - value < 0.001$) ด้านความรับผิดชอบ ($p - value < 0.001$) และปัจจัยด้านสภาพการปฏิบัติงาน ($p - value < 0.001$) ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 65.5 ได้สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง ซึ่งเป็นสมการที่ทำนายในรูปแบบคะแนนดิบได้ดังนี้ $Y = 0.743 + (0.305) (\text{การยอมรับนับถือ}) + (0.337) (\text{ความรับผิดชอบ}) + (0.186) (\text{สภาพการปฏิบัติงาน})$ ซึ่งปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือเป็นการได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นในหน่วยงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น ในด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมอง ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การยอมรับนับถือมีผลต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^(13,15) ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบเป็นความพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น ที่เกิดขึ้นจากการได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีอำนาจในการรับผิดชอบอย่างเต็มที่ เป็นความตระหนักรู้ในงานที่รับผิดชอบ ความตั้งใจในการปฏิบัติงานนั้น ซึ่งผลการศึกษาค้างนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ มีผลต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁽¹³⁾ ในส่วนของปัจจัยด้านสภาพการปฏิบัติงาน เป็นสภาพความเหมาะสมในการทำงานทั้งทางกายภาพ และความสะดวกสบายในการทำงาน เมื่อพิจารณาจากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ ด้านความรับผิดชอบ และปัจจัยด้านสภาพการปฏิบัติงาน มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น องค์การจึงควรส่งเสริมแรงจูงใจทั้ง 3 ด้าน เพื่อให้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่นมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านการยอมรับนับถือ โดยให้ความสำคัญกับความสำเร็จในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน และมีการนำผลการปฏิบัติงานมาเป็นส่วนหนึ่งของการพิจารณาความดีความชอบในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้เกิดการพัฒนาประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมแรงจูงใจปัจจัยจูงใจในด้าน ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรให้ความสำคัญกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตัดสินใจแก้ไข้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานในชุมชน

3. โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และภาคีเครือข่ายในระบบสุขภาพควรมีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์อย่างพอเพียงในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

5. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ประจักษ์ บัวผัน และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้ความเมตตา อบรมสั่งสอนให้ความรู้และให้ข้อเสนอแนะ เพื่อให้การศึกษาระดับนี้สำเร็จสมบูรณ์ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถิติข้อมูลอัตราตายและ อัตราผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิต ไทย พ.ศ.2554-2563. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักพระพุทธรศาสนาแห่งชาติ, 2555.
3. Schermerhorn, R., Hunt, G., and Osborn, N. **Organization Behavior**. New York: John Wiley & Sons, 2003.
4. วิณา เทียงธรรม, สุรินทร์ กลัมพากร, หงสโร ททรัพย์ชุก และปัญญรัตน์ ลาภวงส์วัฒนา. (2554). ปัจจัยทำนายบทบาทของพยาบาลสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 25(3), 2554: 64- 80.
5. ปิยนุช ภิญโญ, กิตติภูมิ ภิญโญ, เพชรไธส ล้อมตระกูล และคณะ. การพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(2), 2558: 93-111.
6. ฉวีวรรณ ชมภูเขา. บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดกาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.
7. Herzberg, F. (1992) **The Motivation to Work** New York: Wiley, 1992.
8. ศันสนีย์ วงศ์ม่วย และวิทัศน์ จันทโรศรีศรี. แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะประจำกลุ่มงานของนักวิชาการ สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 6(3), 2556: 46-54.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดปี 2559. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2549.
10. เครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่-โนนศิลา. สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ – โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น ปี 2558. ขอนแก่น : เครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่-โนนศิลา, 2559
11. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวิตสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติ และประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2555.
12. สำเริง จันทสุวรรณ และสุวรรณ บัวทวน. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2547.
13. วีระวรรณ เหล่าวิทวัส และประจักษ์ บัวผัน. การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 13(2), 2556. 109-120.
14. จิรัชิตติ ไทยศิริ และประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่การเงินในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. *วิจณ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น(ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 7(4), 2550. 58-70

15. พิมพัวรา สิงห์วิวัฒน์ และประจักษ์ บัวพันธ์. (2557). การประเมินผลการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 8(3), 267-280.
16. ศุภชัย หมิ่นมา และประจักษ์ บัวพันธ์. (2557). การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 14(2), 71-84.
17. วสันต์ บุญหล้า และประจักษ์ บัวพันธ์. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานนักบริหารสาธารณสุขในเทศบาล เขต 12. วารสารวิจัย มข., 16(6), 693-705.
18. กัญญวลัย ศรีสวัสดิ์พงษ์ และประจักษ์ บัวพันธ์. (2554). การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยมข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 16(5), 563-574.

การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ คลินิกเบาหวาน

โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

Self-Management in Poor Glycemic Control Type 2 Diabetic Patients at Diabetes Clinic in Nongrua Hospital Khon Kaen Province

อังคณาภรณ์ พลบำรุง¹, วิพร เสนารักษ์²

Ungkanaporn Polbumrung, Associate Professor Dr. Wiporn Senarak

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองเรือจังหวัดขอนแก่น ศึกษาระหว่าง เดือนตุลาคม 2559 – เดือนมกราคม 2560 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวาน และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ คือ HbA1C > 7 % จำนวน 135 คน การดำเนินการศึกษาเป็นการใช้แบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ประกอบด้วย การจัดการตนเอง 5 ด้าน มีข้อคำถามจำนวน 39 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า การจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเองรายด้านอยู่ในระดับมาก 3 ด้าน คือ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและบุคคลสำคัญที่มีความหมายในชีวิต ($\bar{X}$ = 3.82, S.D. = 0.67) ด้านการยึดมั่นกับข้อกำหนดในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ($\bar{X}$ = 3.79, S.D. = 0.39) และด้านการบูรณาการด้วยตนเอง ($\bar{X}$ = 3.41, S.D. = 0.43) ส่วนด้านการกำกับตัวเองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเองรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.32, S.D. = 0.31) ในขณะที่คะแนนการจัดการตนเองด้านการเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ในระดับน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 1.69, S.D. = 0.98)

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง, โรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine self-management behaviors in poor glycemic control of type 2 diabetic patients at Diabetes Clinic in Nongrua Hospital. The data were collected during October 2016 - January 2017. The samples of 135 patients with poor glycemic control, were 18 years old and above. Researcher used Lin 's diabetes self-management concept of nursing as the framework for the study. Research tool was an interviewing form which developed by Parichart Piasupun. It included 5 domains. There were 39 questions. Data were analyzed by implementing descriptive statistics.

The study revealed that the overall self-management behaviors of the sample were at the moderate level. When it was analyzed in each individual domain, it was found that samples had a good level of self-management in the domain of self-integration and interaction with health care professionals and significant others behaviors ($\bar{X}$ = 3.82, S.D. = 0.67), adherence to recommended regimen behaviors ($\bar{X}$ = 3.79, S.D. = 0.39) and self-integration ($\bar{X}$ = 3.41, S.D. = 0.43). Self-regulation behaviors domain was a moderate level, ($\bar{X}$ = 3.32, S.D. = 0.31). In addition, these samples had a low level of self-monitoring of blood glucose ($\bar{X}$ = 1.69, S.D. = 0.98).

Keyword: Self-management , Type 2 diabetic

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อาจารย์ รศ.ดร. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในศตวรรษที่ 21 โดยในปี 2000 พบผู้ป่วยทั่วโลกจำนวน 171 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นในปี 2030 เป็นจำนวน 366 ล้านคน ส่วนประเทศไทยนั้นพบว่าในปี 2000 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 1.536 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นในปี 2030 เป็นจำนวน 2.739 ล้านคน และจากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552 พบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ (1) อนึ่ง เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องใช้เวลาในการรักษาตลอดชีวิต ดังนั้นเป้าหมายในการรักษาจึงเน้นให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ สามารถปรับตัวและดูแลตนเองเพื่อป้องกัน ลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้ คือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด (2) แต่จากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ที่ทำให้เกิดความพิการและกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ เช่น โรคไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก มีแผลเรื้อรังโดยเฉพาะที่เท้า จนต้องถูกตัดเท้า มีการเสื่อมของจอตาที่ทำให้ตาบอดได้ เป็นต้น (3) จากการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนปี 2556 – 2558 ว่ามีผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหนองเรือมีจำนวน 3,864 4,323 และ 4,809 คน ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉลี่ยจำนวน 110 คนต่อวัน โดยมีขอบเขตการทำงานคือ แพทย์มีหน้าที่ในการวินิจฉัย การตรวจรักษา โดยพยาบาลมีหน้าที่ให้คำปรึกษาและสร้างเสริมศักยภาพในการดูแลตนเอง ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน (4) แต่ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จะเห็นได้จากข้อมูลของโรงพยาบาลในปี 2556 - 2558 พบว่าผู้ป่วยมีระดับ HbA1C > 7 % คิดเป็น ร้อยละ 67.95, 80.03, และ 79.78 ตามลำดับ ซึ่งเป็นจำนวนมากกว่าผู้ที่ควบคุมได้ประมาณ 4 เท่า หากผู้ป่วยจัดการตนเองได้ดี จะทำให้สามารถควบคุมความรุนแรงของโรค ลดอุบัติการณ์

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นการจัดการตนเอง (Self-management) จึงมีความสำคัญมาก สำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องบูรณาการการจัดการตนเองจากการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ เข้าไปด้วยกัน การจัดการตนเอง เป็นกิจกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพของตนเอง เป็นกระบวนการที่ยืดหยุ่นได้ เป็นกลยุทธ์ที่ผู้ป่วยออกแบบด้วยตัวเองจนประสบผลสำเร็จตามจุดหมาย โดยการทำกับควบคุมการปฏิบัติด้วยตัวเอง ร่วมกับทีมสุขภาพและบุคคลสำคัญในชีวิต จากการประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยการใช้อย่างแบบสอบถามตามแนวคิดของลินและคณะ (5) กับผู้ป่วยผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1C > 7 % ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวาน จำนวน 5 คน พบว่า 1) ด้านการบูรณาการด้วยตนเอง คือจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหารปริมาณอาหาร ผู้ป่วย 3 คนมีความรู้ว่าจะควบคุมได้ วันไหนหิวมากก็รับประทานแต่ไม่มากจนเกินไปจนควบคุมได้ วันไหนหิวมากก็รับประทานมาก ผู้ป่วย 2 คน ยังดื่มน้ำหวาน ผลไม้รสหวานเป็นประจำ เมื่อมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมมีผู้ป่วย 4 คนบอกว่าควบคุมได้ยาก เมื่อมีงานสังคม เช่น งานบุญ งานบวช งานแต่งงาน ก็จะต้องไปช่วยงาน และร่วมรับประทานอาหารในงาน เช่น น้ำหวาน ขนมหวาน ผู้ป่วย 3 คนบอกว่าบางมื้อไม่ได้ทำอาหารรับประทานเอง จะซื้ออาหารรับประทานเพื่อความสะดวก จึงทำให้เกิดการควบคุมอาหารไม่ได้ ผู้ป่วย 2 คน ยังขาดการออกกำลังกาย บอกว่าการทำงานหรือทำกิจกรรมหนักในแต่ละวันก็เป็นการใช้แรงมากอยู่แล้ว 2) การกำกับตนเองเกี่ยวกับการเฝ้าระวังตัวเองเรื่องอาการและการจัดการภาวะแทรกซ้อนเมื่ออยู่ที่บ้าน ผู้ป่วย 2 คนไม่สามารถบอกอาการของระดับน้ำตาลในเลือดสูงและระดับน้ำตาลในเลือดต่ำว่าเป็นอย่างไร เพราะไม่เคยมีอาการ และเมื่อเกิดอาการก็ไม่ทราบวิธีปฏิบัติตัว มีผู้ป่วย 2 คนเรียนรู้จากประสบการณ์ของตัวเองที่เคยเกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ ก็จัดการอาการโดยการรับประทานน้ำหวาน ชื่อน้ำหวานติดบ้านไว้ มี 1 คนบางคนมีอาการของระดับน้ำตาลในเลือดสูง คอแห้ง กระหายน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืนแต่ก็ปฏิบัติตัวตามปกติ ไม่ได้จัดการอาการหรือมาพบแพทย์ จนถึงวันมาตามนัดติดตามอาการจึงพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูง 3) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญ

ด้านสุขภาพและบุคคลสำคัญที่มีความหมายในชีวิต ผู้ป่วยส่วนมากเกรงใจแพทย์ ไม่กล้าสอบถามเมื่อเกิดความสงสัย แต่จะสามารถพูดคุยขอคำปรึกษากับพยาบาลในคลินิกเบาหวานได้อย่างเต็มที่ เพราะมาบ่อย รู้จักคุ้นเคยกับพยาบาลเป็นอย่างดี 4) การเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อสอบถามเกี่ยวกับการตรวจค่าระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ผู้ป่วยทั้ง 5 คนที่สัมภาษณ์ไม่มีเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อเกิดอาการก็จะไปตรวจกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แต่บางครั้งก็ถูกปฏิเสธด้วยปัญหาของจำนวนแผ่นตรวจที่ไม่เพียงพอ และมีราคาแพง จึงทำให้ไม่ค่อยได้ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออยู่ที่บ้าน นอกจากนี้มีอาการรุนแรงจะไปตรวจที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือมาโรงพยาบาล 5) การยึดมั่นกับข้อกำหนดในการปฏิบัติตามแผนการรักษา การมาตรวจตามนัด ผู้ป่วย 4 คน บอกพยายามรับประทานยาตามแพทย์สั่ง แต่บางครั้งไม่ตรงเวลา บางวันก็ลืมเมื่อต้องไปทำธุระนอกบ้าน มี 1 คน บอกมาไม่ตรงนัด เพราะไปทำงานต่างจังหวัด แต่ก็พยายามไม่ขาดยา ถ้ายาใกล้หมดก็จะกลับมารับยาที่โรงพยาบาล

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานยังไม่สามารถจัดการตนเองในหลายๆเรื่อง ผู้ศึกษาจึงเห็นถึงความสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อการควบคุมโรค จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในบริบทการดูแลรักษาที่โรงพยาบาล ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ความรู้เป็นมาเป็นพื้นฐานในการกำหนดกิจกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลรักษา ผู้ป่วยเบาหวานตามเกณฑ์ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองเรือ

วิธีการวิจัย

การศึกษครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วย

เบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ในบริบทการดูแลที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE592213 เมื่อวันที่ 20 กันยายน 2559 เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม 2559 ถึง เดือน มกราคม 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) เพื่อให้ได้ผู้ป่วยตรงตามคุณลักษณะของประชากรที่กำหนด จำนวน 135 ราย ได้แก่ ผู้ป่วยผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงมีอายุ 18-65 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ คือ มีระดับน้ำตาล ระดับ HbA1C > 7 % (ย้อนหลัง 6 เดือน) มีการรับรู้สติสัมปชัญญะดี สามารถพูด-ฟัง ภาษาไทยและสื่อความหมายได้ดี มีความสนใจ และมีความยินดีที่จะเข้าร่วมทำการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ศึกษาเป็นผู้สร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา สถานภาพในครอบครัว บทบาทในครอบครัว การมีผู้ดูแล ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน

2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน (จากแฟ้มข้อมูล) การรักษาที่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการย้อนหลัง 6 เดือน ได้แก่ FBS, HbA1C

3. แบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ผู้วิจัยนำมาจาก ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ ที่ได้ทำการวิจัยการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม⁽⁶⁾ ซึ่งได้พัฒนามาจากแบบสอบถามของ Lin et al.⁽⁵⁾ มีจำนวน 39 ข้อ และสามารถนำมาใช้ประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

ประกอบด้วย การจัดการตนเอง 5 ด้านดังนี้ 1) การบูรณาการด้วยตนเอง (self-integration) มีทั้งหมด 10 ข้อ 2) การกำกับตนเอง (self-regulation) มีทั้งหมด 10 ข้อ 3) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและบุคคลสำคัญที่มีความหมายในชีวิต (interaction with health professional and significant others) มีทั้งหมด 9 ข้อ 4) การเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือด (self-monitoring of blood glucose) มีทั้งหมด 4 ข้อ 5) การยึดมั่นกับข้อกำหนดในการปฏิบัติตามแผนการรักษา (adherence to recommended regimen) มีทั้งหมด 6 ข้อ รวม 39 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติต่างๆตามลักษณะของข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลส่วนประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ใช้วิธีวิเคราะห์โดยการแจกแจงหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลการจัดการตนเองที่ประเมินได้จากแบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ที่วัดด้วย Likert scale วัดเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อนั้นเลยให้ 1 คะแนน ปฏิบัติน้อยมาก หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อนั้นน้อยมากหรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ให้ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งหมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อนั้นบางครั้ง หรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อนั้นบางครั้งให้ 4 คะแนน หรือ 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์ ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อนั้นอยู่เสมอ หรือทุกวัน ให้ 5 คะแนน การแปลความหมายของแบบสอบถามการจัดการตนเอง จะแปลความหมายการจัดการตนเองโดยรวม และ นำเสนอคะแนนทั้งโดยรวมและรายด้าน (5 ด้าน) ด้วยค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลผลโดยใช้เกณฑ์ของค่าคะแนนเฉลี่ยรวม และ กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของค่าคะแนนเฉลี่ยจากการกำหนดหาอันตรภาคชั้น โดยใช้คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด แล้วนำมาหารด้วยกลุ่ม หรือระดับการจัดการตนเอง 5 ระดับดังกล่าวข้างต้น ได้เกณฑ์ในการให้คะแนนมี ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 มีการจัดการตนเองระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 มีการจัดการตนเองระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 มีการจัดการตนเองระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 มีการจัดการตนเองระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 มีการจัดการตนเองระดับน้อยที่สุด
วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Best, 1977 อ้างถึงใน รัชตวรรณ ศรีตระกูล, 2543)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวน 135 ราย เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ เพศหญิงร้อยละ 75.60 เพศชายร้อยละ 24.40 มีอายุระหว่าง 29 ถึง 65 ปี ร้อยละ 86.66 มีสถานภาพสมรสคู่ ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาคือ ร้อยละ 97.26 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 65.93) รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 21.48) ใช้สิทธิในการรักษาโดยใช้บัตรประกันสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.37) มีรายได้เฉลี่ยต่อครอบครัวเฉลี่ย 5741.33 บาท/เดือน ขั้นต่ำ 700 บาท และสูงสุด 12,000 บาท/เดือน

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ซ้อนหลัง 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาโรคเบาหวานด้วยยารับประทาน เช่น Glipizide, Metformin มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 71.10 รองลงมาคือใช้ยารับประทานร่วมกับยาฉีดอินซูลิน คิดเป็นร้อยละ 26.70 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานอยู่ในช่วงระหว่าง 1 ถึง 17 ปี โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 1 ถึง 5 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคืออยู่ในช่วง 6 ถึง 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.80 กลุ่มตัวอย่างมีค่า Fasting Plasma Glucose (FPG) อยู่ระหว่าง 103 ถึง 351 เฉลี่ย 183.85 mg/dl โดย 9.71 % มีระดับของ HbA1C อยู่ระหว่าง 7.1 % ถึง 15.10 %

3.การจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม

ระดับการจัดการตนเอง (n = 135)

ระดับการจัดการตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
มีการจัดการตนเองได้ระดับน้อยที่สุด	0	0.00
มีการจัดการตนเองได้ในระดับน้อย	3	2.20
มีการจัดการตนเองได้ในระดับปานกลาง	103	76.30
มีการจัดการตนเองได้ในระดับมาก	26	19.30
มีการจัดการตนเองได้ในระดับมากที่สุด	3	2.20

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความสามารถในการจัดการตนเองในระดับปานกลางมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเองระดับปานกลาง (อยู่ในช่วง 2.61 – 3.4) จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 76.30 รองลงมาคือมีความสามารถในการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก (อยู่ในช่วง 3.41 – 4.20) จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 19.30 ส่วนด้านที่มีความสามารถในการจัดการตนเองในระดับน้อยมีน้อย (อยู่ในช่วง 1.81 – 2.60) จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.20 ซึ่งเท่ากับกลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการจัดการตนเองระดับมากที่สุด(อยู่ในช่วง 4.21- 5.00) จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.20 เช่นกัน

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่ม

ตัวอย่างจำแนกตามการจัดการตนเองรายด้าน

การจัดการตนเอง	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
1. ด้านการบูรณาการด้วยตนเอง	3.41	0.43	มาก
2. ด้านการกำกับตนเอง	3.32	0.31	ปานกลาง
3. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และบุคคลสำคัญที่มีความหมายในชีวิต	3.82	0.67	มาก
4. ด้านการเฝ้าระวังระดับน้ำตาล ในเลือด	1.69	0.98	น้อยที่สุด
5. ด้านการยึดมั่นกับข้อกำหนด ในการปฏิบัติตามแผนการรักษา	3.79	0.39	มาก
โดยรวม	3.21	0.34	ปานกลาง

จากตาราง 2 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน การจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง จากทั้งหมด 5 ด้าน พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเองรายด้านอยู่ในระดับมาก 3 ด้าน คือ ด้านการบูรณาการด้วยตนเอง ($\bar{X} = 3.41$, S.D. = 0.43) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และบุคคลสำคัญที่มีความหมายในชีวิต ($\bar{X} = 3.82$ S.D. = 0.67) ด้านการยึดมั่นกับข้อกำหนดในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ($\bar{X} = 3.79$, S.D. = 0.39) ส่วนด้านการกำกับตัวเอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเองรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.32$, S.D. = 0.31) และมีด้านการเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเองรายด้านอยู่ในระดับน้อยที่สุด ($\bar{X} = 1.69$, S.D. = 0.98) เมื่อนำคะแนนทั้ง 5 ด้านมาเฉลี่ย จะพบว่าการจัดการตนเองโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาส่วนมากเป็นระดับประถมศึกษาร้อยละ 97.30 ซึ่งระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้และการเข้าถึงข้อมูลซึ่งนำมาสู่การดูแลตนเองบุคคลที่มีการศึกษาสูง จะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้มากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากสามารถเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย⁽⁷⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพลินตา ศิริปการและนงลักษณ์ จุฑาจินดาเขต (2540)⁽⁸⁾ พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 51 ถึง 60 ปี เฉลี่ย 52.16 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุ ส่งผลทำให้เริ่มมีความเสื่อมของร่างกาย มีความสามารถในการการคิด การรับรู้การได้ยิน การมองเห็น และการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพและการจัดการตนเองลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร เพ็ชรอรุณ นันทิยา วัฒนา และ นันท

วัน สุวรรณรูป (2554)⁽⁹⁾ พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ คือ ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก อีกอย่างหนึ่งคือกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 65.93 รายได้ 5741.33 บาท/เดือน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดซื้อเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อใช้ประเมินระดับน้ำตาลของตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านได้ จะมาตรวจระดับน้ำตาลที่โรงพยาบาลในวันที่นัดติดตามอาการ หรือไปตรวจที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในช่วงที่มีอาการเปลี่ยนแปลงเท่านั้น จึงทำให้การจัดการตนเองด้านการเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดมีคะแนนเฉลี่ยของการจัดการตนเองน้อยที่สุด จึงส่งผลให้คะแนนการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแยกอภิปรายรายด้านทั้ง 5 ด้านได้ ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการบูรณาการด้วยตนเอง (self-integration) ของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก การบูรณาการด้วยตนเอง เกี่ยวข้องกับความสามารถในการบูรณาการการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ผ่านกิจกรรมด้านต่างๆ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก และการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมได้อย่างเหมาะสม⁽⁵⁾ โดยพบว่า การจัดการตนเองในด้านการบูรณาการด้วยตนเองข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยในระดับมากที่สุด คือ การควบคุมน้ำหนัก การคำนึงถึงผลการรับประทานอาหารต่อระดับน้ำตาล การควบคุมอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลได้ แต่ยังมีข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลางคือ การเลือกรับประทานอาหารเมื่อรับประทานอาหารนอกบ้าน การมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม ยังไม่สามารถควบคุมทั้งชนิดและปริมาณได้อย่างเหมาะสม และยังขาดการออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สะท้อนให้เห็นว่า การบูรณาการด้วยตนเองในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายยังทำได้ยาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ทำนา ทำสวน มีผลไม่ตามฤดูกาลรับประทานทั้งปี ประกอบกับสังคมวัฒนธรรมในพื้นที่มีงานบุญ งานสังคมอยู่เป็นประจำ และมีตลาดนัด อยู่

ทุกพื้นที่ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงอาหารได้ง่าย การเหนื่อยและหิวจากการทำเกษตรกรรม ไม่มีเวลาทำอาหารก็ซื้ออาหารถุงรับประทาน จึงทำให้การควบคุมอาหารเป็นไปได้ยาก สอดคล้องกับการศึกษาของเพริยพันธ์ อุสย, นิรมล เมืองโสม และประยูร โกวิทช์ (2555)⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยผู้ที่พฤติกรรมรับประทานอาหารที่ไม่ดีจะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติได้มากเป็น 4.8 เท่าของผู้ที่มีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของจูนี คงทรัพย์ (2555)⁽¹¹⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ออกกำลังกายบอกว่าโรคเบาหวานว่าเป็นโรคที่ใครๆ ก็เป็น และเบาหวานเป็นโรคที่ต้องรักษาด้วยยา การทำกิจวัตรประจำวัน การทำงานเปรียบเหมือนการออกกำลังกายแล้ว และการออกกำลังกายก็ไม่ได้ช่วยอะไรมาก และไม่สามารถเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ที่ขัดขวางการออกกำลังกายได้ รวมทั้งยังขาดความตั้งใจจริง ขี้เกียจ บอกว่าไม่มีเวลา ภาวะสุขภาพไม่ดี และขาดระบบหรือสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการออกกำลังกาย

2. ค่าเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการกำกับตนเอง (self-regulation) อยู่ในระดับปานกลาง การกำกับตนเอง เกี่ยวข้องกับการกำกับพฤติกรรมของผู้ป่วยเองผ่านวิธีการการเฝ้าระวังติดตาม (self-monitoring) อาการและอาการแสดงทางด้านร่างกาย เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด⁽⁵⁾ เมื่อพิจารณาผลการศึกษารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ในด้านการกำกับตนเองข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยในระดับมากที่สุด คือ เข้าใจสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง ส่วนใหญ่สามารถระบุได้ว่าอาการแสดงใดคืออาการของระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ แต่ยังมีข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองในระดับปานกลางในเรื่องการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลง เช่น น้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ผู้ป่วยบางคนไม่เคยเกิดอาการของระดับน้ำตาลเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตัวเอง จึงไม่สามารถบอกวิธีการจัดการตนเองได้ โดยเฉพาะอาการของระดับน้ำตาลในเลือดสูง ส่วนข้อที่มีการจัดการตนเองระดับน้อย การควบคุม

ระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามที่มุ่งหวังไว้ โดยจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างยังมีระดับน้ำตาลในเลือดที่คาดหวัง (HbA1C) อยู่ในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างบางรายไม่ทราบวาระดับ HbA1C คืออะไร มีการศึกษาของสุริพร แสงสุวรรณ วรณิกา อัสวชัย สุวิกรม และ พรนภา หอมสินธ์ (2554)⁽¹²⁾ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตัวเอง มีคะแนนการรับประทานอาหารที่ดี และระดับ HbA1C ลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ดังนั้นถ้ามีการจัดโปรแกรมการให้ข้อมูลทางคลินิก เกี่ยวกับการกำกับพฤติกรรมของผู้ป่วยเอง ผ่านวิธีการ การเฝ้าระวังติดตาม (self-monitoring) อาการและอาการแสดงทางด้านร่างกาย เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ก็จะสามารถทำให้ผู้ป่วยจัดการตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน ได้

3. ค่าเฉลี่ยการจัดการตนเองด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและบุคคลสำคัญที่มีความหมายในชีวิต (interaction with health professional and significant others) อยู่ในระดับมาก การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและบุคคลสำคัญที่มีความหมายในชีวิตเกี่ยวข้องกับการประสานความร่วมมือกับผู้ดูแลและทีมสุขภาพ⁽⁵⁾ เมื่อพิจารณาจากผลการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองมากที่สุดคือ การให้ความร่วมมือกับแพทย์หรือพยาบาลในการพูดคุยหาสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมเบาหวานได้สามารถพูดคุยกับแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่อยู่ในช่วงที่ควรจะเป็นได้อย่างเต็มที่ สามารถถามข้อข้องใจต่างๆกับกับแพทย์หรือพยาบาลรวมทั้งเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลในพื้นที่ ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ มีอาชีพเกษตรกรและส่วนใหญ่มาพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ ทำให้มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาล ถ้าพยาบาลสามารถสร้างความคุ้นเคยและรู้สภาพเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วย ค้นหาการเบี่ยงเบนของความรู้และทักษะที่อาจเกิดขึ้น จะทำให้เกิดการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจ ก่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเพื่อผลลัพธ์ที่ดีในการรักษา⁽⁴⁾ แต่ยังมีข้อที่มี

คะแนนระดับปานกลาง คือ การให้ข้อเสนอแนะกับแพทย์หรือพยาบาลเพื่อขอปรับเปลี่ยนแผนการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร เพ็ชรอาวุธ, นันทิยา วัฒนา และนันทวัน สุวรรณรูป (2554)⁽⁹⁾ ที่พบว่าหากมีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีสัมพันธภาพที่ดีกับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีการจัดการเบาหวานได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ (2555)⁽⁶⁾ ที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเองด้าน ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และบุคคลสำคัญที่มีความหมายในชีวิต อยู่ในระดับมากเช่นกัน ($\bar{X} = 3.82, S.D. = 1.01$)

4. ค่าเฉลี่ยการเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือด (self-monitoring of blood glucose) อยู่ในระดับน้อยที่สุด การเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือด เกี่ยวข้องกับการตรวจค่าระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ และตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง (Lin,2005) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองในด้านนี้ ($\bar{X} = 1.69, S.D. = 0.98$) เมื่อพิจารณาจากกลุ่มตัวอย่างพบว่า ข้อที่คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองระดับน้อยคือ ไม่สามารถจัดการตนเองในการตรวจค่าระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออยู่ที่บ้านได้ ทั้งในภาวะเจ็บป่วย อาการเปลี่ยนแปลง เพราะส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 65.93) มีรายได้เฉลี่ย 5741.33 บาท/เดือน ซึ่งไม่เพียงพอในการใช้จ่ายในแต่ละเดือน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดซื้อเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อใช้ประเมินระดับน้ำตาลในการประกอบการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการตนเอง ถึงแม้จะมีเครื่องวัดระดับน้ำตาลอยู่กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แต่ก็มีความกังวลระดับน้ำตาลในปริมาณที่จำกัด ผู้ป่วยจึงเกิดความเกรงใจที่จะไปตรวจ และอยู่ห่างไกลจากสถานบริการด้านสุขภาพ ไม่สะดวกในการเดินทางมาเจาะเลือดเพื่อวัดระดับน้ำตาล จะมาโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมื่อมีอาการรุนแรงเท่านั้น เช่น อาการของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ (2555)⁽⁶⁾ ด้านการเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือด มีค่าเฉลี่ยของ

คะแนนการจัดการตนเองโดยรวม อยู่ในระดับน้อยเช่นกัน(

$$\bar{X} = 2.84, S.D. = 1.61)$$

5. ค่าเฉลี่ยการยึดมั่นกับข้อกำหนดในการปฏิบัติตามแผนการรักษา (adherence to recommended regimen) มีค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เกี่ยวข้องกับการยึดมั่นกับข้อกำหนดในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เกี่ยวข้องกับ การยึดมั่นของผู้ป่วยต่อการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และการมาตรวจตามนัด (Lim, 2005) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปรีชาดิ เพียสุพรรณ (2555)⁽⁶⁾ ที่พบว่าด้านการยึดมั่นกับข้อกำหนดในการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเองโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน ($\bar{X} = 3.84, S.D. = 0.89$) เมื่อพิจารณาจากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีข้อคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ด้านการตรวจตามนัดสม่ำเสมอ รับประทานยาครบและตรงตามเวลาที่แพทย์สั่งได้เป็นอย่างดี อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของเพริยพันธ์ อุทัย, นิรมล เมืองโสมและประยูร โกวิท (2555)⁽¹⁰⁾ พบว่าพฤติกรรมการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ถ้าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมจะช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ ยังอาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยส่วนมากเชื่อในการรักษาการเจ็บป่วยด้วยการใช้ยา ซึ่งทำได้ง่าย จึงปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอ ในขณะที่วิธีการปฏิบัติตัวอย่างอื่น เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร เป็นเรื่องที่ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งยากกว่าการรับประทานยาหรือฉีดยา

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการบูรณาการด้วยตนเองควรเน้นในเรื่องของ การควบคุมอาหารเมื่อผู้ป่วยต้องรับประทานอาหารนอกบ้าน การมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ทั้งชนิดและปริมาณ รวมทั้งการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย

2. การจัดโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการกำกับตนเอง ควรจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยเข้าใจ และการเฝ้าระวังอาการของการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด รวมทั้งการจัดการอาการที่เหมาะสม

3. การจัดโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากขาดงบประมาณที่ซื้อเครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดให้ผู้ป่วยใช้ที่บ้านได้ จึงเน้นการให้ความรู้ถึงอาการของการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาล หรือเมื่อมีอาการเจ็บป่วย แนะนำให้ไปตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่สถานพยาบาลใกล้บ้านเป็นระยะ

4. ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาเปรียบเทียบการจัดการตนเองของผู้ป่วยทั้งกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ และไม่ได้ ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ เพื่อวางแผนในการจัดโปรแกรมการจัดการตนเอง

5. การวิเคราะห์การจัดบริการในคลินิกและพัฒนา รูปแบบรวมทั้งโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ต่อไป

6. ทำการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นคนอีสาน เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก รวมทั้งอิทธิพลทางด้านวัฒนธรรม ที่อาจเป็นปัจจัยที่มีผล ต่อการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรค

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วิพร เสนารักษ์ ที่ได้คอยให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ขอกราบขอบพระคุณ ผศ.ดร.อภิญา วงศ์พิริโยธา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ และรองศาสตราจารย์สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ ที่ได้ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ซึ่งแนะนำประเด็นที่ต้องเพิ่มเติม เพื่อให้การศึกษานี้ให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วนมากยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ทุกท่าน ที่ได้กรุณาประสิทธิ์ประสาทวิชา ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์อันมีค่า ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์ชุมพจน์ วรธรากุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองเรือ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานเพื่อนร่วมงานทุกท่าน พร้อมทั้งเพื่อนนักศึกษาหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ทุกท่าน ที่คอยสนับสนุน ช่วยเหลือ และให้กำลังใจมาโดยตลอด ที่รวมทั้ง ครอบครัวที่ให้การสนับสนุนด้วยดีเสมอมา และที่

สำคัญที่สุดคือ ขอขอบพระคุณผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหนองเรือที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษา จนทำให้การศึกษานี้สำเร็จไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

3. จุริรัตน์ เอกอำรุง. คู่มือเบาหวาน. ก.พล กรุงเทพมหานคร, 2547.
11. จุณี คงทรัพย์ และ นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. “การจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.” วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 30(2) : 56-63, 2555
6. ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม. (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
8. เพลินดา ศิริปการ และนงลักษณ์ จุฑาจินดาเขต. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2540.
10. เพ็ญพัทธ์ อูสาย, นิรมล เมืองโสม และประยูร โกวิทย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 5 (3) : 11-20, 2555.
1. วิชัย เอกพลกร. รายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ใน ปี 2551-2552. บริษัทเดอะ กราฟิโกซิสเต็มส์ นนทบุรี, 2553.
4. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557 ศรีเมืองการพิมพ์ กรุงเทพมหานคร, 2557.
9. สุพาพร เพ็ชรอาวุธ และคณะ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการ โรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล 29 (4) : 18-26, 2554.
12. สุวีพร แสงสุวรรณ และคณะ. ผลของการกำกับตัวเองด้วยข้อมูลทางคลินิกต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและระดับ น้ำตาล ในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย 19 (3) : 54 – 64, 2554
7. สมจิต หนูเจริญกุล. การพยาบาลอายุรศาสตร์ 4. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: วิ.เจ. พรินติ้ง; 2543.
2. American Diabetes Association(ADA). Standards of medical care in diabetes 2015. **Diabetes Care** 2015; 3(Suppl. 1). S1-S84. Lin, C.C. Development and testing of the diabetes self-management instrument. Ph.D. Dissertation, The University of Michigan; 2005.
5. Lin, C.C., Anderson, R.M., Chang, C.S., Hagerty, B.M. & Loveland-cherry, C.J. Development and testing of the diabetes self-management instrument: A confirmatory analysis. *Nursing & Health* 2008, 31(4): 370-380.

การพัฒนากลุ่มอาหารสุขภาพรักษไต ตำบลเชียงแหว อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี
Development of Healthy Food Group at Chaingwae Subdistrict, Kumpawapee District,
Udon Thani Province

ปิยะนุช ไชยสาร¹, ลัมวี ปิยะบัณฑิตกุล²
Piyannuch Chaiyasarn¹, Lukawee Piyabanditkul²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากลุ่มอาหารสุขภาพรักษไต ในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านเชียง หมู่ที่ 9 ตำบลเชียงแหว อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ประกอบด้วย กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง 24 ราย ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง 24 ราย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 16 ราย ผู้ใหญ่บ้าน 1 ราย แกนนำกลุ่มผักปลอดสารพิษเฉลิมพระเกียรติ 3 ราย และแกนนำกลุ่มแม่บ้าน 3 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถาม การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และจากแบบบันทึกการบริโภคอาหารย้อนหลัง ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา; 1) ชุมชนได้จัดตั้งกลุ่มอาหารสุขภาพรักษไตหมู่บ้านเชียง กลุ่มได้ร่วมกันวางแผนเพื่อดำเนินการ ด้วยการ (1) ปรับระดับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง และพฤติกรรมบริโภคอาหารในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล (2) พัฒนาขีดความสามารถของ อสม. ผู้นำชุมชน แกนนำกลุ่มผักปลอดสารพิษและกลุ่มแม่บ้าน (3) แลกเปลี่ยนเรียนรู้การปลูกผักปลอดสารพิษ และ (4) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 2) หลังจากการดำเนินงานผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (70 – 130 มก./ดล.) ร้อยละ 87.5 และมีอัตราการกรองของไตที่ดีขึ้น (≥ 90 มล./ นาที/ 1.73 ตารางเมตร) ร้อยละ 62.5 เนื่องจากครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลด้านอาหารของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น 3) อสม. ผู้นำชุมชน และแกนนำกลุ่มต่างๆ มีความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น และสามารถให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ 4) กลุ่มแม่บ้านได้ถ่ายทอดความรู้เรื่องอาหารที่ควรบริโภคสู่ประชาชนในชุมชน ผู้การปฏิบัติงานจริง ด้วยการประกอบอาหารรักษไตในงานบุญประเพณีต่างๆ ของหมู่บ้าน และการประกอบอาหารรักษไตจำหน่ายสำหรับผู้ที่มีปัญหาเรื่องผู้ประกอบอาหาร 5) กลุ่มผักปลอดสารพิษ สนับสนุนการปลูกผักปลอดสารพิษสำหรับบริโภคในครัวเรือน ส่งผลให้สมาชิกปลูกผักปลอดสารพิษสำหรับรับประทานเอง เพิ่มขึ้น และขยายพื้นที่ในการเพาะปลูกผักปลอดสารพิษเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : การพัฒนากลุ่มอาหารสุขภาพรักษไต, การมีส่วนร่วมของชุมชน

ABSTRACT

This study is participation action research, aimed to development of Healthy Food Group for Chronic Kidney Disease prevention in diabetes and hypertensive patients by community participation in Siab village, Moo 9, Chaingwae Subdistrict, Kumpawapee district, Udon Thani province The study participants were 24 diabetes with hypertensive patients, 24 caregivers, 16 village health volunteers, one village leader, three leaders from organic vegetable's group and three leaders from women's group. Data were collected by interview, focus group discussion and dietary consumption record. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics including percent, frequency and averages and qualitative data were analyzed using content analysis.

The results; 1) The community had formed Healthy Food Group in Ban Siab, they made a plan for acting which composed of (1) improving knowledge related to chronic kidney disease and dietary habits in patients with diabetic and hypertension and their care givers; (2) improving the capacity of village health volunteers, leaders of organic vegetable's group and women's group; (3) learning by sharing about how to grow organic vegetables, and (4) modifying behaviors of food consumption. 2) the patients had gain more knowledge about dietary consumption and had improved their dietary habits. Almost ninety percent (87.9%) of them were able to control their blood sugar level (70 – 130 mg/dl) and 62.5% had better estimated glomerular filtration rate (≥ 90 ml./ min/ 1.73 m²) because of theirs family involvement in the care of food 3) the village health volunteers, village leader, and the group leaders had more knowledge about chronic kidney disease and then, they

¹ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

were able to provide suggestion about dietary consumption for the patients and the care givers. 4) the members of women's group conveyed knowledge to the people in the community 5) Organic vegetable's group had support the patients to grow organic vegetables for consumption at home by making fertilizer and biological insecticide for the members of Healthy Food Group and others.

Keywords : The Healthy Food Group, Community participation

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ในประเทศไทย พบอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นร้อยละ 49 โดยปี พ.ศ. 2552 มีจำนวน 58,978 คน และในปี พ.ศ. 2556 มีจำนวน 120,919 คน และยังพบว่า อัตราการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 38.7 ต่อปี โดยในปีพ.ศ. 2549 - 2550 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 302.60 และ 419.95 คนต่อประชากรไทย 1 ล้านคน ตามลำดับ⁽¹⁾ เช่นเดียวกับตำบล เชียงแหว อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้ พบความชุกของโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี ระหว่างปี พ.ศ. 2555 – 2558 พบอัตราชุกคือ 0.23, 0.45, 0.66 และ 0.77 ต่อพันประชากร ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยที่ต้องรับรักษาโดยการฟอกไตผ่านหน้าท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) จำนวน 6 ราย ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดผ่านเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) จำนวน 1 ราย ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน และมีโรคความดันโลหิตสูงร่วม ร้อยละ 85.71 ในการศึกษากครั้งนี้ ได้เลือกพื้นที่นาร่อง คือบ้านเชียบ หมู่ที่ 9 ตำบลเชียงแหว อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ในตำบล กล่าวคือ มีอัตราความชุกด้วยโรคเบาหวาน 2.5 ต่อประชากรหนึ่งพันคน โรคความดันโลหิตสูง 2.21 ต่อประชากรหนึ่งพันคน และโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงถึง 5.08 ต่อประชากรหนึ่งพันคน ในจำนวนนี้มีผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ถึงร้อยละ 39.1 ซึ่งพบภาวะแทรกซ้อนเกิดโรคไตเรื้อรังจำนวน 12 คน ร้อยละ 13.5 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ทั้งนี้อาจเกิดจากบริบทและความเป็นอยู่ของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ ได้แก่ 1) วิธีการรับประทานอาหารของประชาชนในหมู่บ้านนี้จะ

รับประทานอาหารประเภทที่มีรสเค็ม เช่น ปลา ร้า ขนมหิน น้ำยาป่น น้ำพริก และมักใช้เครื่องปรุงต่างๆ เช่น น้ำปลา ซอส เกลือ ผงชูรส ผงปรุงรสต่างๆ ในปริมาณที่มากเกินไป 2) ในช่วงงานบุญต่างๆ ตามประเพณี สืบสืบลองคล่องสืบสื ประชาชนจะทำขนมหวาน เช่น ข้าวต้มผัด ข้าวต้มมัด ของหวานบวชฟักทอง ก๋วยบวชชี ตามประเพณีดั้งเดิมที่เคยปฏิบัติกันมา ทำให้ได้รับโรคอาหารที่มีรสหวานบ่อยครั้ง และ 3) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ต้องพึ่งพาบุตรหลานเป็นผู้จัดการเรื่องอาหารให้ แต่บุตรหลานยังประกอบอาหารเหมือนเคยปฏิบัติมา ไม่ได้มีการควบคุมอาหาร ซึ่งส่งผลต่อระดับน้ำตาล และระดับความดันโลหิต

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนากลุ่มอาหารสุขภาพ รัักษ์ไต ตำบลเชียงแหว อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี เพื่อให้เกิดการรวมกลุ่มกันของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่เกี่ยวข้องและผู้สนใจในการดูแลสุขภาพ ซึ่งก่อให้เกิดการรวมกลุ่มอาหารสุขภาพรัักษ์ไต ของชุมชน ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่เหมาะสม และป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชนได้

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนากลุ่มอาหารสุขภาพรัักษ์ไต ในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านเชียบ หมู่ที่ 9 ตำบลเชียงแหว อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

วิธีการดำเนินการศึกษา

การพัฒนากลุ่มอาหารสุขภาพรัักษ์ไต ในการป้องกันโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านเชียบ หมู่ที่ 9 ตำบลเชียงแหว อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ผ่านวงจรการบริหารงานคุณภาพ Deming's model (Plan-Do-Check-Act) ซึ่งขั้นตอนในการศึกษา ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย การร่วมวางแผนและ

ดำเนินการแก้ไข การติดตามและประเมินผล ดำเนินการศึกษาระหว่างปลายเดือน มิถุนายน 2559 – มีนาคม 2560

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลและผู้เข้าร่วมการศึกษาคือกลุ่มที่มีศักยภาพและเกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคไตเรื้อรัง โดยเลือกแบบเจาะจงตามความสนใจเข้าร่วมการศึกษาลดลดกระบวนการ ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 24 ราย โดยใช้เกณฑ์ในการเลือกเข้าร่วมการศึกษา คือ (1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคใดก่อนก็ได้ ทั้งผู้ที่สามารถควบคุมและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตได้และยังไม่ได้ และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง (2) ไม่มีปัญหาที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการศึกษา เช่น การเคลื่อนไหว การมองเห็นและการได้ยิน และ (3) ยินดีเข้าร่วมการศึกษจนถึงสิ้นสุดกระบวนการศึกษา

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 24 ราย

3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 16 ราย ประกอบด้วย ประธาน อสม. บ้านเขียบ หมู่ที่ 9 1 คน และ สมาชิก อสม. บ้านเขียบ หมู่ที่ 9 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการเลือกเข้าร่วมศึกษา คือ (1) ยินดีเข้าร่วมการศึกษจนถึงสิ้นสุดกระบวนการศึกษา และ (2) ไม่ได้เป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้

4. ผู้ใหญ่บ้าน 1 ราย

5. แกนนำกลุ่มต่างๆ ในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคไต ได้แก่ 1) กลุ่มฝึกปลอดสารพิษเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 3 ราย ได้แก่ ประธานกลุ่มฝึกปลอดสารพิษเฉลิมพระเกียรติ และผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ 2 ราย คือ (1) เป็นสมาชิกกลุ่มฝึกปลอดสารพิษเฉลิมพระเกียรติ (2) ยินดีเข้าร่วมการศึกษจนถึงสิ้นสุดกระบวนการศึกษา และ (3) ไม่ได้เป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้

ร่วมในการศึกษานี้ 2) กลุ่มแม่บ้าน จำนวน 3 ราย ได้แก่ ประธานกลุ่มแม่บ้าน และผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ 2 ราย คือ (1) เป็นสมาชิกกลุ่มแม่บ้าน (2) ยินดีเข้าร่วมการศึกษจนถึงสิ้นสุดกระบวนการศึกษา และ (3) ไม่ได้เป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมในการศึกษานี้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง⁽²⁻⁴⁾ โดยใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงก่อนเข้าร่วมการศึกษาและหลังเข้าร่วมการศึกษา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วยประเด็นคำถาม 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2. แนวทางการสนทนากลุ่ม

3. แบบบันทึกข้อมูลการบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง

การศึกษานี้มีการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือและความเชื่อถือได้ของเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง แนวคำถามการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ตรงตามวัตถุประสงค์และเนื้อหาที่ต้องการ การใช้ภาษา และความชัดเจนของภาษา นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบ ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 1 ท่านและนายแพทย์ชำนาญการ 1 ท่าน จากคลินิกโรคไต โรงพยาบาลกุมภวาปี

ผู้ศึกษาได้นำเสนอโครงการวิจัยนี้ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการพิจารณาด้านจริยธรรมของโครงการวิจัย ได้รับการพิจารณาเมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2559 เลขที่ HE592139

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ศึกษา ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 24 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.2 อายุเฉลี่ย 58.1 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 40 ปี อายุสูงสุด 80 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50- 59 ปี ร้อยละ 50.0 สถานภาพสมรส สมรส ร้อยละ 79.2 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 45.8 และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 62.5 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 29.2 ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 24 คน พบว่า มีผู้หญิงที่มีรอบเอวเกิน (มากกว่า 80 เซนติเมตร) ร้อยละ 78.9 ผู้ชาย (มากกว่า 90 เซนติเมตร) ร้อยละ 80 และมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54.2) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วน (25.0-29.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร) ป่วยด้วยโรคเบาหวานมาเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 9.2 ปี น้อยที่สุด 2 ปี นานที่สุด 20 ปี ส่วนใหญ่ป่วยมานาน 11 – 20 ปี ร้อยละ 41.7 และ ร้อยละ 54.2 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มานานน้อยกว่า 5 ปี ซึ่งระยะเวลาที่ป่วยเฉลี่ย 6.2 ปี น้อยที่สุด 1 ปี นานที่สุด 17 ปี ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 62.5 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และ ร้อยละ 50 ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ผลการตรวจเลือดประจำปี พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 62.5 มีไขมันชนิดแอลดีแอลสูง (มากกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ร้อยละ 37.5 มีไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์สูง (มากกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) และร้อยละ 20.8 มีไขมันคลอเรสเตอรอลสูง (มากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ผู้ป่วยทุกคนมีระดับครีเอตินินอยู่ในระดับปกติ (น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 1.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) แต่เริ่มมีอัตราการกรองของไตลดลง (ระหว่าง 60 – 89 มิลลิตรต่อนาทีต่อ 1.7 ตารางเมตร) ร้อยละ 58.3 ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ร้อยละ 8.3 โดยสูบบุหรี่ 10 มวนต่อวัน สูบมากที่สุด 20 มวนต่อวัน ผู้ป่วยทุก

คนตรวจตามนัดทุกครั้ง และได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่มีเพียง ร้อยละ 29.2 ที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมด้วย

2. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การป้องกันโรคไตเรื้อรัง ในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ยังไม่ทราบว่า การควบคุมการบริโภคอาหารสามารถป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้ และต้องจำกัดประเภทและปริมาณของอาหารที่ควรบริโภคในแต่ละวัน ดังนั้นจึงยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีรสหวาน มีไขมันสูง ผลไม้ที่มีรสหวาน และอาหารที่ปรุงด้วยเครื่องปรุงที่มีรสเค็มในปริมาณมากเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้อาจเนื่องด้วยวิถีทางวัฒนธรรมประเพณีเป็นปัจจัยสนับสนุน นอกจากนี้ยังพบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเรื่องอาหารยังมีน้อย ทั้งในด้านการปรุงอาหาร การเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ จากข้อค้นพบดังกล่าว ชุมชนได้จัดตั้งกลุ่มอาหารสุขภาพรักษ์ไตหมู่บ้านเขียบ และร่วมกันวางแผนเพื่อดำเนินการ ด้วยการ (1) ปรับระดับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล (2) พัฒนาจิตความสามารถของ อสม. ผู้นำชุมชน แกนนำกลุ่มฝึกปลอดสารพิษและกลุ่มแม่บ้าน (3) แลกเปลี่ยนเรียนรู้การปลูกผักปลอดสารพิษ และ (4) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

3. ผลการดำเนินงานกลุ่มอาหารสุขภาพรักษ์ไต พบว่า (1) ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอยู่ในระดับดีขึ้น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (70 – 130 มก./ดล.) ร้อยละ 87.5 และมีอัตราการกรองของไตที่ดีขึ้น (≥ 90 มล./ นาที/ 1.73 ตารางเมตร) ร้อยละ 62.5 เนื่องจากครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลด้านอาหารของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ทั้งในเรื่องการเลือกวัตถุดิบสำหรับประกอบอาหาร การปรุงอาหาร และการเลือกประเภทของอาหารที่เหมาะสม (2) อสม. ผู้นำชุมชน และแกนนำกลุ่มต่างๆ มีความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น และสามารถให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ (3) กลุ่ม

แม่บ้านได้ถ่ายทอดความรู้เรื่องอาหารที่ควรบริโภคสู่ประชาชนในชุมชน ผู้การปฏิบัติจริง ด้วยการประกอบอาหารรักษ์ไตในงานบุญประเพณีต่างๆ ของหมู่บ้าน และการประกอบอาหารรักษ์ไตจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องผู้ประกอบอาหาร ซึ่งได้รับการตอบรับเป็นอย่างดีจากกลุ่มผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป (4) กลุ่มฝึกปลอดสารพิษ สนับสนุนการปลูกผักปลอดสารพิษสำหรับบริโภคในครัวเรือน ด้วยการทำปุ๋ยและขำแม่ลงชีวภาพให้สมาชิกกลุ่มและประชาชนที่สนใจ ส่งผลให้สมาชิกปลูกผักปลอดสารพิษสำหรับรับประทานเอง เพิ่มขึ้น และขยายพื้นที่ในการเพาะปลูกผักปลอดสารพิษเพิ่มขึ้นอีกจำนวน 13 หลังคาเรือน การพัฒนาคุณภาพรักษ์ไต โดยมีการมีส่วนร่วมของชุมชนและนำใช้ทุนทางสังคม และศักยภาพของชุมชน เป็นรูปแบบหนึ่งที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้อย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน และยังก่อให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชนได้ อย่างยั่งยืน ผ่านการเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ผู้นำชุมชน แกนนำกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้ดูแล และตัวผู้ป่วย

4. บทบาทของพยาบาลในกระบวนการพัฒนากลุ่มอาหารสุขภาพรักษ์ไต มีดังนี้ (1) สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดแนวทางการป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน ด้วยการจัดตั้งกลุ่มอาหารรักษ์ไต ที่มีวิธีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และภูมิปัญญาที่มีอยู่ อีกทั้งมีการนำใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชน ซึ่งได้แก่ กลุ่มฝึกปลอดสารพิษเฉลิมพระเกียรติ และกลุ่มแม่บ้าน เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการ (2) เสริมสร้างพลังอำนาจและทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของสุขภาพ ผ่านเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้ดูแล กลุ่มแม่บ้าน และกลุ่มฝึกปลอดสารพิษเฉลิมพระเกียรติ ได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น วางแผน ตัดสินใจ หาแนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง (3) พัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน กลุ่มฝึกปลอด

สารพิษ และกลุ่มแม่บ้าน โดยให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยพร้อมทั้งสาธิตการประกอบอาหาร และการใช้คู่มือกินอย่างไรห่างไกลโรคไตเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้สามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่เอื้อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารได้อย่างเหมาะสม ลดอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชน และลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง (4) พัฒนาขีดความสามารถ และทักษะให้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และผู้ดูแล ด้วยการให้ความรู้ในเรื่องโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง การบริโภคอาหารที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมถูกต้องเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง (5) ร่วมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชน ด้วยการให้ความรู้เรื่องฝึกปลอดสารพิษ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การผลิตและการใช้สารชีวภาพแทนสารเคมี ขยายพื้นที่ในการเพาะปลูกผักปลอดสารพิษภายในครัวเรือน ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และประชาชนทั่วไปมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลือกซื้อผักปลอดสารพิษในชุมชน และการปลูกผักเพื่อบริโภคเองได้ ทำให้ลดการบริโภคอาหารที่ปนเปื้อนสารเคมี ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของการเกิดโรคไตเรื้อรัง

สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนากลุ่มอาหารสุขภาพรักษ์ไต กลุ่มอาหารสุขภาพรักษ์ไต ที่ได้พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้อาศัยกระบวนการงานบนฐานของการมีส่วนร่วมของชุมชน และการนำใช้ทุนทางสังคมของชุมชน ผู้การป้องกันโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนในทิศทางที่ดีขึ้น โดยเฉพาะการบริโภคอาหารในหมวดไขมัน ผลไม้ที่มีรสหวาน อาหารหมักดอง อาหารหวาน และการใช้เครื่องปรุงรส ผู้ดูแลเข้า

มามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วย ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารและลดปัจจัยเสี่ยงที่เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผักปลอดสารพิษ ถ่ายทอดความรู้และเป็นแหล่งปลูกผักปลอดสารพิษให้กับชุมชนความสำเร็จที่เกิดขึ้นนี้เนื่องมาจากการเปิดโอกาสให้คนในชุมชนเป็นผู้วิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ ร่วมกันหาทางแก้ไขและตัดสินใจลงมือปฏิบัติ โดยใช้ทรัพยากรทุนทางสังคมในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผักปลอดสารพิษฯ และ อสม. เกิดกระบวนการร่วมมือกันในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Kahssay and Oakley (1999)⁽⁵⁾ ที่ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น และเปิดโอกาสให้ทุกกลุ่มเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาและการจัดตั้งกลุ่มเพื่อการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม ควรมีโครงสร้างที่ประชาชน/สมาชิกเป็นผู้กำหนดขึ้นเองให้เหมาะสมกับสภาพความจำเป็นในสถานการณ์และมีสิทธิ์มีเสียงในโครงการพัฒนาต่าง ๆ เพื่อให้เกิดผลในการมีส่วนร่วม จากกระบวนการพัฒนากลุ่มอาหารสุขภาพรักษ์ไตในการศึกษานี้ ได้เริ่มจากการความเข้าใจสภาพปัญหาพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยมีความเชื่อมโยงกับบริบทในพื้นที่ และนำข้อมูล และหาเครือข่ายหรือทุนทางสังคมในชุมชน มีส่วนร่วมผลักดันทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารคนในชุมชน โดยเน้นผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก⁽⁶⁾

สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษภูมรินทร์ นานะมิน (2554)⁽⁷⁾ ที่พบว่ากลวิธีการป้องกันโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีการจัดการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ชุมชนมีการจัดการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโดยการให้คำแนะนำและส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับ การควบคุมการรับประทานอาหาร

ออกกำลังกายที่หลากหลาย วิธีการจัดการความเครียด การลด ละ เลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ การเข้ารับการตรวจคัดกรอง เบาหวานประจำปี การจัดการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานมีปัจจัย เงื่อนไขจากการรับรู้ ถึงความน่ากลัวของโรคเบาหวานและการมีกลุ่มบุคคลหรือองค์กรให้การส่งเสริมและสนับสนุน กลุ่มเสี่ยงรับรู้ถึงผลของการจัดการดูแลสุขภาพคือทำให้ร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย จิตใจร่าเริง ไม่มีความกังวลว่าตนเองจะเป็นโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ พัฒนา แสงศรี และ วิรัตน์ ปานศิลา (2555)⁽⁸⁾ รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย ขั้นตอนการวางแผน จัดทำแผน ดำเนินการตามแผน สังเกตติดตาม ให้คำแนะนำ รวบรวมจัดเก็บข้อมูล การถอดบทเรียน การประเมินผลและการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคืนข้อมูลชุมชน ผลที่เกิดขึ้นคือ ชุมชนมีการสร้างทีมงานในรูปคณะกรรมการจากกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มผู้นำชุมชนในการจัดทำแผนโครงการเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการจับคู่ผู้ป่วยช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านควบคุมพฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการไปพบแพทย์ตามนัด จัดระบบการเยี่ยมบ้าน โดยกลุ่ม อสม. การประเมินภาวะเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยคณะกรรมการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายลดภาวะเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า สิ่งสำคัญที่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย บุคคล ครอบครัว และชุมชน ต้องอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล การเกิดกลุ่มอาหารสุขภาพรักษ์ไตในชุมชน โดยเพิ่มช่องทางให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ผลประโยชน์ต่างๆ ได้โดยตรง ช่วยในการปรับตัวและสะท้อนวิธีการ และความรู้ต่างๆ ให้ผู้ป่วยได้รับทราบ เช่น การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

ประสบการณ์ รวมทั้งการแสดงความรู้สึกเป็นห่วง การเสริมแรงใจ และการเสนอความช่วยเหลือ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารทำให้ผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้น เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมได้ การที่สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ครอบครัวมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการเลือกชนิดอาหาร เตรียมอาหาร และประกอบอาหารให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมถึงการให้ข้อมูล ห้าม ดักเตือน แนะนำ กระตุ้นผู้ป่วย ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การดูแลเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจและให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม และผ่อนคลายความเครียดได้ สอดคล้องกับ เกษฎาภรณ์ นาจะมิน (2554)⁽⁷⁾ ที่พบว่า ครอบครัวกลุ่มเสี่ยงมีส่วนในการจัดการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โดยการแบ่งเบาภาระงาน กระตุ้นและบอกกล่าวเมื่อกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ไม่เหมาะสมเป็นบางครั้งชุมชนมีการ จัดการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโดยการให้คำแนะนำและส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับ การควบคุมการรับประทานอาหาร ออกกำลังกายที่หลากหลาย วิธีการจัดการความเครียด การลด ละ เลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ การเข้ารับการตรวจคัดกรองเบาหวานประจำปี การจัดการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานมีปัจจัย เจื่อนใจจากการรับรู้ ถึงความน่ากลัวของโรคเบาหวานและการมีกลุ่มบุคคลหรือองค์กรให้การส่งเสริมและสนับสนุน กลุ่มเสี่ยงรับรู้ถึงผลของการจัดการดูแลสุขภาพคือทำให้ร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยจิตใจร่าเริง ไม่มีความกังวลว่าตนเองจะเป็นโรคเบาหวาน และสอดคล้องกับ Oakley & Marsden (1989)⁽⁹⁾ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการทำงานด้านสุขภาพ (Community involvement in health development : CIH) ควรมีการสร้างจิตสำนึก (awareness) สร้างความเข้าใจต่อปัญหาและสาเหตุของปัญหาสุขภาพชุมชน เพื่อว่าชุมชนจะเห็นความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาวิถีที่สำคัญที่ใช้ในการพัฒนาจิตสำนึกของชุมชน โดยการเปิดโอกาสให้ชุมชนได้มีประสบการณ์ตรงและ

การเสวนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการวิเคราะห์ปัญหามองปัญหาและแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นตามสภาพการณ์จริง สร้างคุณค่าในตนเอง สร้างความภาคภูมิใจในตนเอง (Self – esteem) สร้างให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการแก้ไขปัญห และส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ ดังนั้นผลที่ตามมาทำให้เกิดการพัฒนาและมีความยั่งยืนได้ในที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. การนำใช้แนวความคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง มีความเหมาะสมทั้งด้านแนวคิด หลักการ และขั้นตอน ซึ่งเริ่มตั้งแต่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล ร่วมระดมความคิดหาแนวทางการป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ร่วมกิจกรรมและร่วมประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการพัฒนากลุ่มอาหารสุขภาพร้อยละใด จนเกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในที่สุด และสามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และควรนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ

2. การพัฒนากลุ่มอาหารสุขภาพร้อยละใด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในศึกษานี้ นับเป็นนวัตกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพ ตามยุทธศาสตร์การสร้างเสริมเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาทักษะ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และแกนนำชุมชน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ดังนั้นรูปแบบการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังจากการศึกษานี้ จึงเหมาะสมที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ทั้งในเขตพื้นที่ตำบลเชียงแหว และในเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 8

3. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง นั้นเป็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก ทั้งนี้เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติมานาน เป็นความเคยชิน ถึงแม้ผู้ป่วยบางคนอาจมีความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนเมื่อทราบว่าป่วยด้วยโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง แต่เมื่อเวลา

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

ผ่านไปยังยอมเกิดความเบื่อหน่าย อีกทั้งอาจไม่เห็นผลของการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ การปรับเปลี่ยนที่ยั่งยืนจึงเป็นไปได้ยาก ดังนั้นการที่จะทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน จำเป็นต้องอาศัยแรงจูงใจที่เกิด ขึ้นจากภายในตัวบุคคล ผ่านการคิดวิเคราะห์ถึงข้อดี ข้อเสียของการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การรับรู้ เรียนรู้ถึงอันตรายของโรคที่เป็นอยู่ หากไม่สามารถควบคุมได้ด้วยตนเอง และแรงสนับสนุนจากภายนอกทั้งจากสมาชิกในครอบครัว และชุมชน ในการช่วยเหลือดูแลอาหารสำหรับผู้ป่วย ทั้งโดยตรงและทางอ้อม

4. ควรขยายกลุ่มเป้าหมายที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง เช่น กลุ่มนักเรียน ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเช่นเดียวกับผู้ดูแลที่เป็นวัยผู้ใหญ่ ด้วย

การพัฒนาระดับความรู้เรื่องโรค และเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้านอาหารเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังในชุมชน

5. ทำวิจัยถอดบทเรียนกลุ่มอาหารสุขภาพรักษ์ไตของชุมชน และสรุปเป็นแนวปฏิบัติ เพื่อเป็นต้นแบบให้กับพื้นที่อื่น และขยายผลการศึกษาไปยังพื้นที่ต่างๆ ในเขตสุขภาพที่ 8

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่าน ผศ.ดร.ถัมวิ ปิยะบัณฑิตกุล อาจารย์ที่ปรึกษาที่ให้คำแนะนำตลอดกระบวนการศึกษาค้นคว้า ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2552). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัด ทดแทนไต. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท เบอริงเกอร์อินเทลไลน์ (ไทย) จำกัด, 2552.
- ปราณี สวางค์นาม. (2553). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิด ที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ศูนย์ สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลศรีธาตุ . รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.
- ทองวรรณ คงฤทธิ์. (2557). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2557.
- ปิยาภรณ์ สวรรยาวิสุทธิ. (2556). ผลของกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขานิติเวชศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนาการเพื่อสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2556.
- อนุชิตา ไสบาล. (2552). กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการ บริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.
- Haile Mariam Kahsay and Peter Oakley. (1999). **Community involvement in Health Development : a review of the concept and practice**. Geneva: World Health Organization, 1999.
- Peter Oakley and David Marden. (1984). **Approaches to Participation in Rural Development**. Geneva: International Labour Office, 1984.
- เกษมภรณ์ นาขะมิน. (2554). กลวิธีการป้องกันโรค เบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554.
- พัฒนา แสงศรี และวิรัตน์ ปานสิลา (2555). รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงาน ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รพ.สต.กำแพง อำเภอดุสิต จังหวัดยโสธร. วารสาร โรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2556, 2556.
- Peter Oakley. (1989). **Community involvement in health development**. 1989. England. Download from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39856/1/9241561262.pdf> 11 July 2015

ผลการรักษาด้วยการกินยาและการกินยาร่วมกับการนวดประคบสมุนไพรต่ออาการปวด
ในผู้ป่วยทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ

Effects of Oral Medication and Oral Medication Combined with Harb Ball Massage on Pain in
Patients with Musculoskeletal Disorders

ชัยวุฒิ อากการ¹

Chaiwuth Ardgar¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบผลการรักษาด้วยการกินยาและการกินยาร่วมกับการนวดประคบสมุนไพรต่อระดับความเจ็บปวดและความยากลำบากในการทำกิจกรรมในผู้ป่วยที่มีอาการปวดข้อและปวดหลัง กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 40 ราย คัดเลือกเป็นกลุ่มทดลอง (ปวดหลัง 10 ราย ปวดเข่า 10 ราย) และกลุ่มควบคุม (ปวดหลัง 10 ราย ปวดเข่า 10 ราย) โดยกลุ่มควบคุมได้รับยา Diclofenac 25 mg วันละ 3 ครั้งหลังอาหารติดต่อกันเป็นเวลา 5 วัน และกลุ่มทดลองได้รับยา Diclofenac 25 mg วันละ 3 ครั้งหลังอาหารติดต่อกันเป็นเวลา 5 วันร่วมกับการนวดเป็นเวลา 40 นาที และประคบสมุนไพรเป็นเวลา 30 นาทีวันเว้นวัน จำนวน 3 ครั้ง ทำการประเมินระดับอาการปวดและความยากลำบากในการทำกิจกรรมก่อนและหลังการรักษา เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการรักษาภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มโดยวิเคราะห์แยกระหว่างผู้ที่มีการปวดหลังและปวดเข่า

ผลการศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังและปวดเข่าเป็นไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระดับอาการปวดและความยากลำบากในการทำกิจกรรมลดลงภายหลังได้รับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่าทั้งในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังและปวดเข่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระดับอาการปวดและความยากลำบากในการทำกิจกรรมก่อนและหลังการรักษาไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : อาการปวดในผู้ป่วย1,ระบบ โครงร่างและกล้ามเนื้อ2,การกินยาและกินยาร่วมกับการนวดประคบสมุนไพร3

Abstract

The purposes of this quasi-experimental study were to examine the effects of oral medication combined with herb ball massage on pain and difficulty during performing activities in patients with back pain and knee pain. Forty subjects were randomly assigned to the experiment group (back pain = 10, knee pain = 10) and the control group (back pain = 10, knee pain = 10). The control group received oral medication (Diclofenac 25 mg) 3 times a day for 5 consecutive days. The experiment group received oral medication (Diclofenac 25 mg) 3 times a day for 5 consecutive days combined with massage (40 min) and herb ball massage (30 min) every other days for 3 times. Perceive pain level and difficulty during performing activities was evaluated before and after the treatment. The difference between before and after treatment was compared both within and between groups. Analyses were conducted separately between back and knee pain subjects.

The results were similar for subjects with back pain and knee pain. Specifically, after treatment, pain level decreased significantly compared to before the treatment for both control and experiment groups ($p < 0.05$). However, when compared between the control and experiment groups, there were no significant differences in pain level and difficulty during performing activities for both subjects with back and knee pain. In contrast to previous study

Key words: Pain in Patients , Musculoskeletal Disorders, Oral Medication and Oral Medication, Combined with Harb Ball Massage

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพระบาทห้วยต้ม จังหวัดลำพูน

บทนำ

ปัญหาทางระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อ เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานที่ประกอบอาชีพเกษตรกร ชุมชนในเขตตำบลนาทรายอำเภอสี จังหวัดลำพูน ร้อยละ 95 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ปัญหาทางระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อ มักส่งผลให้มีอาการปวดมากขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหวหรือทำงาน และมีอาการดีขึ้นเมื่อพักผ่อน ในบางครั้งอาจมีอาการร้าวลงขา (referred pain) ได้ กลุ่มอาการที่พบมากที่สุดคือ กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อหลังและปวดข้อเข่า ลักษณะอาการปวด⁽¹⁾ ในระยะแรกจะมีอาการขัด หรือรู้สึกฝืดข้อเล็กน้อย ขณะเริ่มออกเดิน เมื่อเดินไป 2-3 ก้าวอาการจะดีขึ้น เมื่อเป็นนานๆ ทุกครั้งที่มีการขยับข้อ หรือเมื่อนั่งอยู่เฉยๆ จะมีอาการปวดขัดเข่าตลอดเวลาขณะเดินอาจมีเสียงดังในข้อ มีอาการเข่าอ่อนหรือรู้สึกข้อเข่าคลอนไม่มั่นคงจนต้องใช้ไม้เท้าช่วยพยุงทุกครั้งที่เกิดอาการที่เป็นมาก อาจไร้สมรรถภาพ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เมื่อตรวจร่างกาย พบว่ามีข้อบวม, เชื้อหนาจากการอักเสบเรื้อรัง มีน้ำในข้อและกดเจ็บเล็กน้อย ความเสี่ยง มักจะเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในเพศหญิงวัยสูงอายุ ที่มีรูปร่างอ้วนและขาดการออกกำลังกาย ส่วนในช่วงก่อนวัยสูงอายุเพศชายจะมีโอกาสเกิดได้มากกว่าเพศหญิง อาการปวดกล้ามเนื้อหลัง⁽²⁾ พบได้บ่อยที่สุดของอาการปวดหลัง พบได้ตั้งแต่วัยหนุ่มสาวเป็นต้นไป เป็นภาวะที่ไม่มีอันตรายร้ายแรง และมักจะหายได้เอง แต่อาจเป็นๆ หายๆ เรื้อรังได้ สาเหตุของการปวดหลังมักเกิดจากการมีท่าทางการทำงานที่ผิดปกติ เช่น ก้ม ๆ เงย ๆ ขกของหนัก นั่ง ยืน นอน หรือยกของในท่าที่ไม่ถูกต้อง ใส่รองเท้าส้นสูงมากเกินไป หรือนอนที่นอนนุ่มเกินไป ทำให้เกิดแรงกดตรงกล้ามเนื้อสันหลังส่วนล่าง ซึ่งจะมีอาการหดตัว ทำให้เกิดอาการปวดกลางหลังส่วนล่าง คนที่อ้วน หรือหญิงที่กำลังตั้งครรภ์ ก็อาจมีอาการปวดหลังได้เช่นกัน โดยผู้ป่วยจะรู้สึกปวดกลางหลังส่วนล่าง (ตรงบริเวณกระเบนเหน็บ) ซึ่งอาจเกิดขึ้นเฉียบพลันหรือค่อยเป็นทีละน้อย อาการปวดอาจเป็นอยู่ตลอดเวลาหรือปวดเฉพาะในท่าบางท่า การไอ จาม หรือบิดตัว เอี้ยวตัวอาจทำให้รู้สึกปวดมากขึ้น โดยทั่วไปผู้ป่วยจะแข็งแรงดี และไม่มีอาการผิดปกติอื่น ๆ ร่วมด้วย

อาการปวดข้อ มักบั่นทอนสุขภาพร่างกายจิตใจและการทำงาน ตามสถิติโลกปรากฏว่าชาวอเมริกันเป็นโรคปวดข้อประมาณ 16 ล้านคน สำหรับประเทศไทยจากการคำนวณประมาณ 2-5% หรือเฉลี่ยราว 3.5% จากประชากรไทย 60กว่าล้านคนจะมีคนเป็นโรคปวดข้อประมาณ 2.1 ล้าน หรือ 3 ล้านคน⁽³⁾โรคข้อเสื่อม เป็นโรคที่พบได้มากถึงร้อยละ 40 ในจำนวนโรคข้อทั้งหมด โรคข้อเสื่อมที่พบมากที่สุดของคนไทยคือ โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นโรคที่มีกระบวนการเกิดพยาธิสภาพแบบค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ร้อยละ 30-50 ของผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมีอาการปวดข้อ ข้อฝืด ที่ก่อให้เกิด ความยากลำบากในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับข้อติดตามมา อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นซึ่งต้องได้รับการรักษาอย่างส่งผลกระทบต่อสภาพสังคมและเศรษฐกิจของครอบครัวร่วมด้วย

แนวทางการรักษาอาการปวด⁽⁴⁾ประกอบด้วย 5 แนวทางดังนี้ การใช้ยาแผนปัจจุบัน มีวัตถุประสงค์ในการลดอาการปวด หรือการอักเสบของข้อเข่า การนวดแผนไทย⁽⁵⁾แบ่งการนวดออกเป็น 2 แบบคือ การนวดแบบราชสำนัก จะเป็นการนวดเข้านายชั้นใช้เพียงมือและนิ้ว เท่านั้น จะไม่ใช้สอ เข่า เท้า อะไรใดๆ ทั้งสิ้น การนวดแบบเชลยศักดิ์ การนวดแบบนี้เป็นการนวดทั่วไป ใช้ทั้งมือ เท้า สอ เข่าได้ และการประคบสมุนไพร⁽⁶⁾ การประคบสมุนไพร คือ การใช้สมุนไพรหลายอย่างมาห่อรวมกัน ส่วนใหญ่เป็นสมุนไพรที่มีน้ำมันหอมระเหยโดยนำมานึ่งให้ร้อน ประคบบริเวณที่ปวดหรือเคล็ดขัดยอกซึ่งน้ำมันหอมระเหยเมื่อถูกความร้อนจะระเหยออกมา ความร้อนจากถูกประคบจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น และยังมีสารสำคัญจากสมุนไพรบางชนิดที่ซึมเข้าทางผิวหนัง ช่วยรักษาอาการเคล็ด ขัด ยอก และลดปวดได้

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research design)การศึกษา⁽⁷⁾ การวิจัยกึ่งทดลองมีลักษณะคล้ายการวิจัยเชิงทดลอง แต่การวิจัยกึ่งทดลองไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม การวิจัยกึ่งทดลองพยายามออกแบบการวิจัยให้เกิดความเที่ยงตรงภายใน โดยวิธีการสร้างการควบคุมประเภทต่างๆ เพื่อจัดอิทธิพลของตัวแปรภายนอกต่างๆ แบบการวิจัยกึ่งทดลองมีหลายประเภท แบบการวิจัยกึ่งทดลองที่นิยมใช้

ได้แก่ การวิจัยที่มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เปรียบเทียบผลการรักษาด้วยการกินยาและการกินยาร่วมกับการนวดประคบสมุนไพรต่อระดับความเจ็บปวดและความลำบากในการทำกิจกรรมประจำวันในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังและเข้า

สมมติฐานของการวิจัย

การรักษาด้วยการกินยาร่วมกับการนวดประคบสมุนไพรมีผลช่วยลดระดับความเจ็บปวดและความลำบากในการทำกิจกรรมประจำวันในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังและเข้าได้ดีกว่าการรักษาด้วยการกินยาเพียงอย่างเดียว

วัสดุและวิธีการศึกษา

วิธีการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research design) โดยมี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังหรือปวดข้อเข่าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านพระบาทห้วยต้ม ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ.2559 แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองประเมินระดับอาการปวดและความลำบากในการทำกิจกรรมก่อนและหลังการรักษา เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาด้วยการกินยา (กลุ่มควบคุม) และการกินยาร่วมกับการนวดประคบสมุนไพร (กลุ่มทดลอง)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นผู้ที่มียาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อบริเวณหลังและข้อเข่ารายใหม่ โดยได้รับการวินิจฉัยจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 40 คน แบ่งกลุ่มโดยการจับสลาก 2 กลุ่มกลุ่มละ 20 คน

กลุ่มควบคุมรับบริการการรักษาด้วยเวกซ์กัซยาแผนปัจจุบัน ชนิด Diclofenac 25 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้งหลังอาหารติดต่อกันเป็นเวลา 5 วัน

กลุ่มทดลองรับบริการการรักษาด้วยเวกซ์กัซยาแผนปัจจุบันชนิด Diclofenac 25 mg ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3

ครั้งหลังอาหาร ติดต่อกันเป็นเวลา 5 วัน ร่วมกับการนวดประคบสมุนไพร โดยนวดเป็นเวลา 40 นาทีประคบเป็นเวลา 30 นาทีวันเว้นวัน จำนวน 3 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1.เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ 1) เวกซ์กัซยา Diclofenac 25 mg 2) อุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยในการประคบร้อนด้วยสมุนไพร 3) กระบวนการนวดแผนไทยโดยผู้ทำการนวดประคบสมุนไพร (ตำแหน่ง ลูกจ้างชั่วคราว โรงพยาบาล ลีจันการศึกษา หลักสูตร อบรมนวดไทย (800 ชั่วโมง) ประสบการณ์การทำงาน เริ่มทำงาน ปี พ.ศ.2542 รวมระยะเวลา 17ปี) จะเป็นผู้ให้การนวดแต่เพียงผู้เดียว

2.เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ใช้แบบสอบถามมีจำนวน 3 ตอน

ตอนที่ 1 เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย

ตอนที่ 2 เป็นแบบประเมินข้อมูลการทดสอบเกี่ยวกับความเจ็บปวดโดยผู้วิจัยนำรูปแบบการศึกษา⁽⁸⁾มาใช้มาปรับให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ ทำการประเมินก่อนการรักษาและหลังการรักษา ด้วยเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความเจ็บปวด ซึ่งเป็น Scale ที่บ่งบอกโดยเปรียบเทียบการกะระยะด้วยสายตา (Visual Analog Sale : VAS) วัด Scale 10 Scale โดย 0 เท่ากับไม่มีอาการปวด และ 10 เท่ากับมีอาการปวดมากแทบทนไม่ได้ VAS เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (content validity) และมีค่าความเชื่อมั่น (reliability) สูง⁽⁸⁾

ตอนที่ 3 แบบประเมินความยากลำบากในการทำกิจกรรมในผู้ป่วยทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ประเมินความยากลำบากด้วยการกะระยะด้วยสายตา โดยจัดทำเครื่องมือคล้าย Visual Analog Scale : VAS วัด Scale 10 Scale เหมือนกัน โดย 0 เท่ากับไม่มีความยากลำบาก และ 10 เท่ากับมีความยากลำบากมากที่สุด

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากกรรมการพิทักษ์สิทธิ ผู้วิจัยได้พบกับกลุ่มตัวอย่าง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

และแนะนำตัวเอง อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ การตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลใดๆต่อการดูแลสุขภาพที่จะได้รับจากสถานบริการแห่งนี้หรือที่อื่นๆ และข้อมูลคำตอบหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำข้อมูลมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์แจกแจงความถี่ ใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบระดับอาการปวดและความยากลำบากในการทำกิจกรรมระหว่างก่อนได้รับการรักษาและภายหลังได้รับการรักษา ในแต่ละกลุ่มโดยใช้สถิติ Dependent Student t-test (Pre-test/Post-test) เปรียบเทียบระดับอาการปวดและความยากลำบากในการทำกิจกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent Student t-test กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับการมีนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการเจ็บปวดของผู้มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการกินยาอย่างเฉียวและการกินยาร่วมกับการนวดประคบสมุนไพรในการวัดก่อนการรักษา และหลังการรักษา 1 วัน

การวัดอาการเจ็บปวด	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		df	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
กลุ่มปวดกล้ามเนื้อหลัง(n=20)							
การวัดก่อนการรักษา	5	1.9	6.09	1.3	19		0.009*
วัดหลังสิ้นสุดการรักษา	2.2	1.8	3.48	1.08			
กลุ่มปวดข้อเข่า(n=20)							
การวัดก่อนการรักษา	4.32	2.0	5.51	1.16	19		0.014*
วัดหลังสิ้นสุดการรักษา	2.48	2.6	2.6	1.23			

*p<0.05

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มปวดกล้ามเนื้อหลังที่ได้รับการยาอย่างเฉียว มีอาการปวดหลังลดน้อยลงกว่าก่อนได้รับการรักษา โดยพบว่าระดับของคะแนนเฉลี่ยอาการเจ็บปวดกล้ามเนื้อหลัง ในการรักษาก่อน และหลังรักษา 1 วันมีความ

1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับโรคกระดูกและกล้ามเนื้อของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีจำนวนเพศชายร้อยละ 30 เท่ากัน และจำนวนเพศหญิงร้อยละ 70 เท่ากัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 46-55 ปี (ร้อยละ 72.5) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 87.5) มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 85 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 1,000 - 3,000 บาท (ร้อยละ 55) กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีความหนาของร่างกาย (BMI= กิโลกรัม/เมตร²) อยู่ในช่วง 20-24.9 ร้อยละ 52.5 ช่วง 25-29.9 ร้อยละ 30 กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับอุบัติเหตุที่ข้อเข่าในอดีต ร้อยละ 27.5 ระยะเวลาที่เป็นโรคของข้อเข่าและกล้ามเนื้อหลัง ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงต่ำกว่า 7 วัน ร้อยละ 45 การรักษาที่ได้รับมาก่อนเป็น กลุ่มยาต้านการอักเสบ ร้อยละ 32.5 รองลงมา ไม่เคยรักษามาก่อน ร้อยละ 27.5 ส่วนใหญ่ไม่มีการใช้วิธีอื่น ๆ ร่วมไปกับการรักษาแผนปัจจุบัน

2 ระดับของคะแนนอาการเจ็บปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มปวดกล้ามเนื้อหลังที่ได้รับการรักษาด้วยยาร่วมกับการนวดประคบสมุนไพร กลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บปวดลดน้อยลงกว่าก่อนได้รับการรักษา โดยพบว่าระดับของคะแนนเฉลี่ย

อาการเจ็บปวดกล้ามเนื้อหลัง ในการวัดก่อน และสิ้นสุดการรักษา 1 วันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มปวดข้อเข่าที่ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเดียวก่อนการวัดก่อนรักษา และวัดหลังสิ้นสุดการรักษา 1 วันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มกลุ่มปวดข้อเข่าที่ได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมกับ การนวดประคบสมุนไพร กลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บปวดลดลงน้อยกว่าก่อนได้รับการรักษา โดยพบว่าอันดับของคะแนนเฉลี่ยอาการเจ็บปวดข้อเข่าในการวัดก่อนรักษา และวัดหลังสิ้นสุดการรักษา 1 วันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มกลุ่มปวดข้อเข่าที่ได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมกับ การนวดประคบสมุนไพร กลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บปวดลดลงน้อยกว่าก่อนได้รับการรักษา โดยพบว่าอันดับของคะแนน

เฉลี่ยอาการเจ็บปวดข้อเข่าในการวัดก่อน และวัดหลังสิ้นสุดการรักษา 1 วันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนอาการเจ็บปวดของผู้มีอาการปวดข้อเข่าและกล้ามเนื้อหลัง ของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการกินยาอย่างเดียวก่อนการวัดก่อนรักษา และหลังการรักษา 1 วัน

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนอาการเจ็บปวดของผู้มีอาการปวดข้อเข่าและกล้ามเนื้อหลัง ของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการกินยาอย่างเดียวก่อนการวัดก่อนรักษา และหลังการรักษา 1

การวัดอาการเจ็บปวด	การวัดก่อนการรักษา		วัดหลังสิ้นสุดการรักษา		df	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
กลุ่มปวดหลัง(n=20)							
กลุ่มควบคุม	5.0	1.9	2.2	1.81	18	-1.916	0.075
กลุ่มทดลอง	6.09	1.33	3.48	1.08			
กลุ่มปวดข้อเข่า(n=20)							
กลุ่มควบคุม	4.32	2.0	2.48	2.61	18	-1.485	0.126
กลุ่มทดลอง	5.51	1.16	2.60	1.23			

*p<0.05

จากตาราง 2 พบว่ากลุ่มทั้งสอง ที่ได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมกับ การนวดประคบสมุนไพร และกลุ่มที่ได้รับยาอย่างเดียวก่อนการวัดก่อนรักษา และวัดหลังสิ้นสุดการรักษา 1 วันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่ากลุ่มทั้งสองที่ได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมกับ การนวดประคบสมุนไพร และกลุ่มที่ได้รับยาอย่างเดียวก่อนการวัดก่อนรักษา และวัดหลังสิ้นสุดการรักษา 1 วันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ผลต่างของค่าเฉลี่ยการวัดก่อนรักษา และวัดหลังสิ้นสุดการรักษา 1 วัน

หลังรักษามีค่า mean ต่างกันถึง 2.9 ในกลุ่มทดลอง และค่า mean ต่างกัน 1.8 ในกลุ่มควบคุม

4. ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนอาการเจ็บปวดและความยากลำบากในการทำกิจกรรมของผู้มีอาการปวดข้อเข่าและกล้ามเนื้อหลัง ด้วยการกินยา และการกินยา ร่วมกับ การนวดประคบสมุนไพร

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนคะแนนความยากลำบากของผู้มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังและปวดข้อเข่า ด้วยการกินยาอย่างเฉียวและการกินยาร่วมกับการนวดประคบสมุนไพร ในการวัดก่อนการรักษา และหลังการรักษา 1 วัน)

การวัดอาการเจ็บปวด	การวัดก่อนการรักษา		วัดหลังสิ้นสุดการรักษา		df	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
กลุ่มปวดหลัง(n=20)							
กลุ่มควบคุม	5.4	1.9	5.81	7.24	18	-4.117	0.001*
กลุ่มทดลอง	6.12	1.35	30.29	17.35			
กลุ่มปวดข้อเข่า(n=20)							
กลุ่มควบคุม	5.2	1.8	12.52	14.73	18	0.046	0.964
กลุ่มทดลอง	6.07	1.31	12.20	16.49			

* p<0.05

จากตาราง 3 พบว่ากลุ่มปวดกล้ามเนื้อหลังที่ได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมกับการนวดประคบสมุนไพร กลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บปวดในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง จากกลุ่มที่ได้รับยาอย่างเฉียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มปวดข้อเข่าที่ได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมกับการนวดประคบสมุนไพร กลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บปวดในการทำกิจกรรมประจำวันไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับยาอย่างเฉียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 72.5 มีอายุอยู่ระหว่าง 46-55 ปี (ตารางที่ 1) สอดคล้องกับรายงาน⁽⁹⁾เกี่ยวกับอุบัติการณ์ของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ที่พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2-3 เท่า ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อของร่างกาย ลักษณะอื่นพบว่ากลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 87.5 มีระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 85 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 70 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 1,000-3,000บาท ร้อยละ 55(ตารางที่ 1) ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 20-24.9 กิโลกรัม/เมตร²(ร้อยละ 52.5) ซึ่งจัดอยู่ในช่วงค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายปกติ มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 มีค่าดัชนีมวลกายในช่วง25-29.9 ซึ่งมากกว่าปกติ จากการศึกษาพบว่าน้ำหนักตัวที่มากจัดเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมและปัญหาของ

กล้ามเนื้อ น้ำหนักตัวที่เกิน น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น 0.5 กิโลกรัม จะเพิ่มแรงที่กระทำต่อข้อเข่า 1-1.5 กิโลกรัม ขณะเดียวกันเซลล์ไขมันที่มากเกินไปจะมีผลต่อเซลล์กระดูกอ่อนและเซลล์กระดูก ส่งผลให้ข้อเสื่อมเร็วขึ้นการใช้งาน ท่าทาง กิจกรรมที่มีแรงกดต่อข้อเข่ามาก เช่น การนั่งคุกเข่า พับเพียบ จัดสมาธิ ขึ้นลงบันไดบ่อยๆความบกพร่องของส่วนประกอบของข้อ เช่น ข้อเข่าหลวม กล้ามเนื้อต้นขาอ่อนแรงกรรมพันธุ์ โรคข้อเข่าเสื่อมมีหลักฐานการถ่ายทอดทางพันธุกรรมน้อยกว่าที่ข้อนิ้วมือเสื่อม⁽⁹⁾ ก่อให้เกิดความลำบากในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้นติดตามมาได้

กลุ่มตัวอย่างมีประวัติการได้รับอุบัติเหตุที่ข้อ กระดูก 11 รายคิดเป็นร้อยละ 27.5 ซึ่งการบาดเจ็บในอดีต เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้เพิ่มขึ้น จากการศึกษา⁽¹⁰⁾พบว่าผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุที่ข้อเข่า ก็อาจจะเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในขณะที่อายุยังไม่มาก โดยเฉพาะผู้หญิงจะมีโอกาสเป็นข้อเสื่อมได้มากกว่าผู้ชาย เนื่องจาก ความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อน้อยกว่าผู้ชายระยะเวลาที่เป็นโรคของข้อเข่าและกล้ามเนื้อหลัง ในช่วงต่ำกว่า 7 วัน พบร้อยละ 45 และช่วง 7 วันถึง 1 เดือน พบร้อยละ 40 การรักษาโรคที่เคยได้รับมาก่อนคือส่วนใหญ่รับยาต้านการอักเสบมาก่อน ร้อยละ 32.5 ไม่เคยรับการรักษามาก่อน ร้อยละ 27.5 (ตารางที่ 2) จากการศึกษาพบว่าประมาณ 4/5 ของผู้ใหญ่จะเกิดอาการปวดหลัง ผู้มีอาการปวดหลังร้อยละ 50 จะหายภายใน 2 สัปดาห์

ร้อยละ 90 หายภายใน 3 เดือน จะพบผู้ป่วยร้อยละ 5 – 10 ที่จะเป็นโรคเรื้อรัง⁽³⁾

ระดับอาการปวดก่อนและภายหลังการรักษา จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยระดับการปวดกล้ามเนื้อหลังและปวดข้อเข้าในระหว่างการวัดก่อนการรักษา และหลังการรักษา 1 วัน โดยใช้สถิติทดสอบ Dependent student t-Test มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ตารางที่ 3,4) และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับคะแนนอาการปวดของผู้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการกินยาอย่างเดียวและการกินยาร่วมกับการนวดประคบสมุนไพรในการวัดก่อนการรักษาและ หลังการรักษา 1 วัน โดยใช้สถิติทดสอบ Independent student t-Test พบว่าระดับอาการปวดประเมินก่อนการรักษา และเมื่อสิ้นสุดการรักษา 1 วันของกลุ่มทดลองซึ่งรักษาด้วยการกินยาร่วมกับการนวดประคบสมุนไพร ไม่มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมซึ่งรักษาด้วยการกินยาอย่างเดียวก่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p > 0.05$) (ตารางที่ 6) ผลการศึกษาครั้งนี้ขัดแย้งสมมติฐานว่าการรักษาด้วยการกินยาร่วมกับการนวดประคบสมุนไพรมีผลช่วยลดระดับความเจ็บปวดและความลำบากในการทำกิจกรรมประจำวันในผู้ที่มีอาการปวดหลังและเขาได้ดีกว่าการรักษาด้วยการกินยาเพียงอย่างเดียว

แม้การวิเคราะห์ทางสถิติจะไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม แต่เมื่อพิจารณาในกลุ่มที่มีอาการปวดเข้าพบภายหลังการรักษา กลุ่มทดลองมีระดับอาการปวดลดลงก่อนการรักษาก่อนข้างมาก ค่าเฉลี่ยความแตกต่างของระดับอาการปวดระหว่างก่อนและหลังการรักษา เท่ากับ 2.9 คะแนน ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของระดับอาการปวดระหว่างก่อนและหลังการรักษา 1.8 คะแนนแสดงให้เห็นว่าการกินยาร่วมกับการนวดประคบสมุนไพรมีแนวโน้มในการลดอาการปวดได้ดีกว่าผลของอาการเจ็บปวดที่ลดลงนั้น อาจเนื่องมาจากวิธีการที่ใช้การนวดและประคบสมุนไพรบริเวณที่มีอาการปวด ซึ่งมีผลกระตุ้นการนำสัญญาณประสาทของไขประสาทขนาดใหญ่ เอ-เบตา และทำให้กระตุ้นเซลล์เอสจีทีทำหน้าที่เป็นเซลล์ยับยั้งในคอร์ซอลฮอร์นของไขสันหลัง ทำให้ประตูปิด จึงไม่มีสัญญาณประสาทไปกระตุ้นเซลล์ที่ ทำหน้าที่ส่งสัญญาณประสาท

ไปสู่สมองส่วนรับรู้ความเจ็บปวดทำให้ไม่มีความรู้สึกเจ็บปวดเกิดขึ้น ตามแนวคิดของการควบคุมประตู⁽¹¹⁾ การที่พบว่าการกินยาร่วมกับการนวดประคบสมุนไพรมีแนวโน้มของการลดอาการปวดได้ดีกว่าการกินยาอย่างเดียวนั้นเพราะกลุ่มที่มีอาการปวดข้อเข้า แต่ไม่พบในกลุ่มที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังนั้นอาจเนื่องมาจากปัจจัยหลายประการ เช่น ความลึก ดันของอวัยวะที่สัมผัสการนวดประคบสมุนไพรมีขนาดพื้นที่ผิวไม่เท่ากัน บริเวณข้อเข้ามีพื้นที่น้อยและดันโอกาสสัมผัสการนวดประคบมีมากกว่าเมื่อใช้เวลาในการนวดประคบเท่าๆกัน แต่กล้ามเนื้อหลังมีพื้นที่สัมผัสมาก อีกทั้งชั้นผิวหนัง มีทั้งไขมันและกล้ามเนื้อ ที่อยู่ลึก ยกที่จะกระจายสมุนไพรและนวดได้ครบถ้วน โดยเฉพาะคนที่อ้วน มีดัชนีมวลกายที่มากย่อมมีผลต่อการรักษา

การศึกษาที่ผ่านมาหลายการศึกษายืนยันผลของการนวดและประคบสมุนไพรในการช่วยลดอาการปวด ดังเช่นการศึกษา⁽⁴⁾ ศึกษา ผลการนวดแผนไทยต่ออาการปวดข้อในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม 60 ปีขึ้นไป ความรุนแรงของโรคระดับปานกลางขึ้นไป (8 คะแนนขึ้นไป) วัดประเมินผลหลังการนวดทันทีที่เสร็จ ใช้วิธีการนวดแบบเชลยศักดิ์ 30 นาทีต่อครั้งจำนวนนวด 5 ครั้งที่บ้านผู้ป่วย เครื่องมือวัดความปวดใช้มาตรวัดด้วยสายตา (Visual analog scale: VAS) กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้รับการนวดและไม่ได้รับการนวด พบว่า ภายหลังได้รับการนวดแผนไทยมีการปวดข้อลดลงมากกว่าก่อนได้รับการนวดและกลุ่มที่ได้รับการนวดมีการปวดข้อลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการนวด การศึกษา⁽⁸⁾ ศึกษาผลการประคบร้อนด้วยสมุนไพรต่ออาการปวดข้อ ข้อฝืดและความยากลำบากในการทำกิจกรรมในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี ดัชนีมวลกายไม่เกิน 2.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จำนวนข้างข้อเข่าเสื่อมเท่ากัน ประเมินผล 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 ประเมินก่อนรักษา ครั้งที่ 2 หลังจากหยุดประคบวันที่ 7 วันที่ ครั้งที่ 3 หลังจากหยุดประคบ 7 วัน กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองประคบด้วยสมุนไพร กลุ่มควบคุมประคบกระเป๋าน้ำร้อน เวลารักษา 30 นาที จำนวนประคบ 7 ครั้ง เครื่องมือประเมินความปวดคัดแปลงมาจากมาตรวัดด้วยสายตา (Visual analog scale: VAS) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการประคบร้อนด้วยสมุนไพรและกลุ่มประคบด้วยความร้อนมีอาการปวดข้อ ข้อฝืดและความยากลำบากน้อยกว่าก่อนได้รับการประคบ และการประคบ

ด้วยความร้อนด้วยสมุนไพรมีอาการปวดข้อ ข้อฝืดและความยากลำบากลดลงมากกว่าการได้รับการประคบร้อนอย่างเดียว ซึ่งทั้งสองการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้คือกลุ่มอายุที่ศึกษา เป็นการศึกษาผู้สูงอายุ 60 ปี หรืออายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี แต่การศึกษานี้ใช้กลุ่มอายุ 25-55 ปีที่เป็นวัยทำงาน อาการความรุนแรงโรค ตั้งแต่ปานกลาง(ระดับ 8 ขึ้นไป)หรือจำนวนข้อเข้าเสื่อมแต่การศึกษานี้พิจารณาอาการปวดใกล้เคียงกัน วิธีการศึกษาและระยะเวลาของการประเมินผลที่แตกต่างกัน อาจทำให้ผลการศึกษายกมาผลไม่เหมือนกันในการศึกษา

การนวดและประคบสมุนไพรมีผลให้กล้ามเนื้อและเส้นเอ็นคลายตัว เส้นเลือดขยายตัวการไหลเวียนในบริเวณที่บาดเจ็บดีขึ้น เนื้อเยื่อได้รับอาหารและออกซิเจนเพิ่มขึ้น ทำให้มีการระบายหรือลดปริมาณของสารต่างๆที่มีผลกระตุ้นตัวรับความเจ็บปวด⁽¹²⁾ ทำให้ลดการกระตุ้นต่อไขประสาทขนาดเล็กที่นำสัญญาณของความเจ็บปวด และลดการหลั่งสารพี ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทของความเจ็บปวด จึงไม่มีสัญญาณประสาทส่งไปกระตุ้นเซลล์เอสซี ทำให้ประตูปิดจึงไม่เกิดความรู้สึกเจ็บปวด ตามแนวคิดของกลไกทางสรีรวิทยาของความเจ็บปวด^(11,13) การศึกษาฤทธิ์ของความร้อนยังสอดคล้องกับรายงานการศึกษา⁽¹⁴⁾ ที่ว่า การประคบร้อนด้วยกระเป๋าน้ำร้อนที่ระดับอุณหภูมิระหว่าง 36.5-40 องศาเซลเซียส เป็นระยะเวลานาน 20 นาทีในหญิงหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงพบว่าสามารถลดอาการปวดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ผิวหนังที่สัมผัสกับความร้อนที่มีอุณหภูมิไม่เกิน 45 องศาเซลเซียส เป็นระยะเวลานานประมาณ 30 นาที จะทำให้เนื้อเยื่อที่อยู่ระดับลึกประมาณ 1-2 เซนติเมตรจากบริเวณผิวหนังของข้อเข่ามีอุณหภูมิสูงขึ้น ทำให้กลุ่มใยกล้ามเนื้อรอบข้อมีความไวต่อการกระตุ้นลดลง มีแรงต้านทานต่ำ เนื้อเยื่อคอลลาเจนที่มีการหดรั้งเกิดการยืดหยุ่น อีกทั้งยังมีส่วนช่วยในการลดขบวนการอักเสบจากการไหลเวียนโลหิตและการระบายของเสียต่างๆเพิ่มขึ้นซึ่งส่งผลต่อการลดอาการข้อฝืด จากประสิทธิผลของความร้อนที่เกิดขึ้นดังกล่าวทำให้ความลำบากในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับข้อเข่าลดลงด้วย⁽¹⁵⁾

กล้ามเนื้อหลังที่อักเสบจะมีอาการปวดหลังซึ่งอาจจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังและ

การดูแลตนเองซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การอบตัวด้วยไอน้ำร้อนร่วมกับไอน้ำมันหอมระเหยจากไพล มีประสิทธิภาพในการลดอาการบวม กดเจ็บ ข้อฝืดตึงและกล้ามเนื้อในคอนั้น อาการปวดและเพิ่มระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽¹⁶⁾ และการศึกษาที่ว่ามีนัยสำคัญจากไพลสามารถลดอาการบวมได้⁽¹⁷⁾ โดยการนวดและน้ำมันหอมระเหยของไพลและขมิ้นชันจะซึมผ่านผิวหนังบริเวณที่สัมผัส อีกทั้งยังมีเกลือเป็นตัวช่วยพาตัวยาซึมผ่านผิวหนังเข้าสู่ร่างกายได้ดีอีกด้วย⁽¹⁸⁾ ทำให้อาการปวดและการอักเสบของข้อเข่า กล้ามเนื้อส่วนต่างๆของร่างกายลดลง และในการทำงานของเกษตรกรมีส่วนทำให้มีปัญหาทางด้านกล้ามเนื้อโดยเฉพาะการปวดกล้ามเนื้อหลังทั้งส่วนบนและส่วนล่าง ส่งผลให้ความลำบากในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องลดลงไปด้วย นอกจากนี้กลิ่นหอมของน้ำมันหอมระเหยจากไพลและขมิ้นชันและกลิ่นหอมของการนวด เป็นกลิ่นที่คุ้นเคยมานาน อาจไปมีผลต่อระบบลิมบิกในสมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการตอบสนองทางอารมณ์ต่ออาการปวด เมื่อสมองส่วนลิมบิกเกิดการรับรู้ในทางปวดและเกิดความพึงพอใจขึ้น ทำให้มีการหลั่งสารเอนดอร์ฟินออกมาจากผลดังกล่าวทำให้ร่างกายผ่อนคลายและยังมีขีดเริ่ม (Threshold) ของอาการปวดเพิ่มขึ้นอีกด้วย⁽¹⁹⁾

ความลำบากในการทำกิจกรรมในการศึกษาให้ ความหมายคือ การรับรู้ถึงสมรรถนะทางร่างกายส่วนบุคคลว่ามีความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อประกอบกิจกรรมต่างๆตามปกติลดลง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มปวดกล้ามเนื้อหลังที่ได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมกับ การนวด ประคบสมุนไพร กลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บปวดในการทำกิจกรรมประจำวันลดลงจากกลุ่มที่ได้รับยาอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นการสนับสนุนสมมติฐาน กล่าวคือการกินยา ร่วมกับการนวดประคบสมุนไพรทำให้ความลำบากในการทำกิจกรรมประจำวันลดลงกว่าการกินยาอย่างเดียว เป็นการชี้ให้เห็นว่าการใช้วิธีการนวดประคบสมุนไพรเสริม นั้น สามารถใช้เป็นกิจกรรมเสริมในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อบรรเทาอาการดังกล่าวข้างต้นขณะอยู่ที่บ้านได้ อีกทั้งยังประหยัดในการรักษา มีอุปกรณ์และสมุนไพรที่ในท้องถิ่นมาทำเองที่บ้าน โดยศึกษาวิธีการทำอุปกรณ์จาก

สถาบันการแพทย์แผนไทย และกลุ่มปวดข้อเข่าที่ได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมกับการนวดประคบสมุนไพร กลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บปวดในการทำกิจกรรมประจำวันไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับยาอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 น่าจะเป็นผลมาจาก กลุ่มตัวอย่างที่ได้คัดเลือกมา มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่องของ อายุ น้ำหนัก วิธีการดำรงชีวิต ลักษณะการประกอบอาชีพ การทำงานหรือการประกอบกิจกรรมใดๆที่มีการใช้เข่ามาก และมีประวัติการได้รับอุบัติเหตุ อาจเป็นปัจจัยเสริมในการศึกษาครั้งนี้ได้ แต่เมื่อพิจารณาอาการปวดของทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกันมากและมีแนวโน้มว่าจะดีขึ้น ถ้าหากมีระยะเวลาที่จะศึกษา ยาวนานกว่านี้

ผลการศึกษาในครั้งนี้ขัดแย้งกับสมมติฐานที่ตั้งไว้และไม่สอดคล้องกับรายงานผลของการนวดประคบสมุนไพรในการศึกษาที่ผ่านมา โดยพบว่ากลุ่มทดลอง (ทั้งผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลัง และข้อเข่า) ซึ่งได้รับยา ร่วมกับการนวดประคบสมุนไพรมีผลการรักษาไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับยาเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัจจัยดังต่อไปนี้คือ

- 1.ในการศึกษาครั้งนี้ วิธีการนวดประคบสมุนไพรที่ใช้เป็นไปตามสูตรและแนวปฏิบัติของกรมการแพทย์แผนไทย โดยใช้วิธีการนวดแบบราชสำนัก นาน 40 นาที ประคบสมุนไพรชนิดแห้ง นาน 30 นาที กลวิธีที่ใช้รักษาเช่น การนึ่งสมุนไพร ใช้เวลา 10 นาที และไม่มีการตรวจสอบอุณหภูมิด้วยเทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิ ว่าอยู่ในช่วงที่ให้ผลการรักษาหรือไม่เวลาในการนึ่งสมุนไพรและความร้อนที่ทำให้การแตกตัวของสมุนไพรอาจยังไม่เพียงพอ การศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การประคบสมุนไพรให้ผลดีในการรักษานั้นมีการนึ่งลูกประคบสมุนไพรนานประมาณ 15-20 นาที⁽²⁰⁾ วิธีการประคบสมุนไพรในการศึกษานี้ใช้ลักษณะการแตะ ไม่มีการให้แรงกดและนวดคลึง และอุณหภูมิอาจไม่สม่ำเสมอเนื่องจากไม่มีการควบคุม เหล่านี้ อาจทำให้การกระจายสมุนไพรไม่ทั่วถึงในบริเวณที่นวดประคบทำให้ไม่ได้ประสิทธิผลของการรักษา และกลวิธีนวดโดยการกดหลังการนวดไม่สามารถประเมินความปวดได้ทันที เพราะผู้ถูกนวดจะปวดระบม ต้องพักและใช้เวลานานถึงจะประเมินความปวดได้ในการศึกษาครั้ง ใช้การนวดแบบราชสำนัก ของสถาบันแพทย์แผนไทย จะเป็นการ

นวดโดยการกดจุดที่มีอาการปวด แต่การนวดอาจจะใช้แรงกดไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับความทนทานของร่างกายต่อแรงกดนั้น โดยสังเกตจากสีหน้าอารมณ์ของผู้ถูกนวด ในบางครั้งอาจใช้แรงกดน้อยเกินไปหรือมากเกินไปของผู้นวด อาจทำให้การประเมินผลไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

- 2.ระยะเวลาในการประเมินอาการปวด ในการศึกษานี้ ออกแบบการศึกษาเพื่อประเมินผลภายหลังการรักษาสิ้นสุด 1 วัน ไม่ใช่การประเมินผลเฉียบพลันหลังการรักษาสิ้นสุดทันที ซึ่งมีข้อจำกัดคือ กลุ่มตัวอย่างกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ มีการทำกิจกรรมที่อาจแตกต่างกันซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ และอาจมีผลต่อการประเมินระดับอาการปวดสาเหตุที่ผู้วิจัยทำการประเมินอาการปวดโดยทิ้งระยะห่างจากการรักษา 1 วันก็เพื่อจะศึกษาถึงผลการนวดประคบสมุนไพรต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นหากการนวดประคบสมุนไพรให้ผลการรักษาในระยะเฉียบพลันเท่านั้นจะไม่สามารถตรวจสอบได้ในการศึกษาครั้งนี้ จึงควรมีการประเมินผลทั้งในระยะเฉียบพลัน (หลังสิ้นสุดการรักษาทันที) และภายหลังการรักษาระยะหนึ่ง เพื่อตรวจสอบถึงผลการออกฤทธิ์ของการนวดประคบสมุนไพร ว่าให้ผลเพียงชั่วคราวหรือให้ผลจนถึงเมื่อผู้ป่วยกลับมาทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อประเมินผลการรักษาครั้งต่อไปว่าคุ้มทุนหรือไม่

3. จำนวนครั้งของการรักษา ในการศึกษาผู้เข้าร่วมการศึกษาได้รับการนวดประคบสมุนไพรวันเว้นวัน จำนวน 3 ครั้ง อาจเป็นไปได้ว่าระยะเวลาในการรักษาไม่เพียงพอที่จะเห็นผลของการรักษา การศึกษาที่ผ่านมาจำนวนครั้งของการนวดมากกว่าในการศึกษานี้คือ การประคบสมุนไพร ไม่เกิน 2 สัปดาห์ วันละ 1 ครั้งและการนวดแผนไทย ไม่เกิน 2 สัปดาห์ วันละไม่เกิน 3 ครั้ง⁽¹⁸⁾

4. กลุ่มตัวอย่าง แม้ว่าทางผู้วิจัยจะพยายามควบคุมให้แต่ละกลุ่มมีระดับความปวดใกล้เคียงกัน แต่เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของระดับการปวดก่อนการรักษาจะพบว่ากลุ่มทดลอง (ทั้งผู้ป่วยที่มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อหลัง และปวดข้อเข่า) มีแนวโน้มที่จะมีระดับอาการปวดมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งอาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงภายหลังการรักษา กล่าวคืออาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มทดลองซึ่งมีความปวดมากอยู่แล้ว การลดลงของความปวดจึงลดลงไม่มากได้

2.พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพ ควรมีการ
เสนอแนะและกระตุ้นให้มีการใช้การประคบสมุนไพรและการ

3.ด้านการศึกษาวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัย
สำหรับผู้ที่สนใจที่จะศึกษาการนวดและประคบสมุนไพรใน
การบรรเทาปวดในผู้ป่วยทางโครงสร้างกล้ามเนื้อต่อไป

- 1.พนมกร คิชูสุวรรณ. **ข้อเข่าเสื่อม**. URL. <http://www.thaiclinic.com/oaknecl.html>. สืบค้นเมื่อ 19 มี.ค.2559.
- 2.สุธี ศิริเวชฎารักษ์. **ปวดหลัง**. URL. <http://www.thaiclinic.com/backpain.html>. สืบค้นเมื่อ 19 มี.ค.2559.
- 3.เล็ก ปวิสุทธิ์. “รูมาตอยด์”. **หมอชาวบ้าน**. 5(65) : 29-34, 2527.
- 4.อรสา กาพันธ์. “ผลของการนวดแผนไทยต่อการลดปวดในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม”. **วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ)มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**. 2545.
- 5.วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. **การนวดแผนไทย**. URL. <http://th.wikipedia.org/wiki/การแพทย์แผนไทย>. สืบค้นเมื่อ 19 มี.ค.2559.
- 6.สถาบันพรหมวชิรญาณ คลินิกการแพทย์แผนไทย-จีน. **การประคบสมุนไพร**. URL <http://www.promwachirayan.org/th/บริการ/การประคบสมุนไพร.html>. สืบค้นเมื่อ 19 มี.ค.2559.
- 7.อรพินทร์ ชูหม. “การวิจัยกึ่งทดลอง”. **วารสารพฤกษศาสตร์**. 15(1) : 1-15, 2552.
- 8.พยอม สุวรรณ. “ผลของการประคบร้อนด้วยสมุนไพรต่ออาการปวดข้อ ข้อฝืดและความลำบากในการทำกิจกรรมในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม” **วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยเชียงใหม่**. 2543.
- 9.วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท และคณะ. **โรคข้อเข่าเสื่อม**. URL. http://www.Med.mahidol.ac.th/ortho/sites/default/files/public/file/pdf/knee_book_o.pdf. สืบค้นเมื่อ 19 มี.ค.2559.
- 10.โรงพยาบาลเอกชัย. **โรคข้อเข่าเสื่อม**. URL. <http://www.ekachaihospital.com/โรคข้อเข่าเสื่อม/>. สืบค้นเมื่อ 19 มี.ค.2559.
- 11.Wilkie, D.J., Monreal, D.W., and P. Logan. **Principles of practice for the Acute Care Nurse Practition**. tamford. Connectical : Appleton & Lange. 1999.
- 12.Cassar, M.P. **Hanbook of massage therapy : A complete guide for the student and professional massage theraprists**. Oxford : Butterworth-Heinemann. 1999.
- 13.Banasik, C.,**Inflammation and immunity**, in: Banasic, J.L. (Ed.), **Pathophysiology: Biological and Behavioral perspectives**. W.B. Saunders Company, Pennsylvania, pp. 197-201, 2000.
- 14.สุจินดา พันธกล้า. “เปรียบเทียบผลการลดความเจ็บปวดฝีเย็บภายหลังคลอดระหว่างวิธีประคบด้วยความเย็นและ ความร้อน”. **วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาพยาบาลศาสตร)มหาวิทยาลัยมหิดล**.2532.
- 15.Lehmann, J.F., and B.J.Delateur. **Cryotherapy. In Therapeutic heat and cold(4th ed.)**. ed. J.F.Lehmann. 590.Baltimore : Williams & Wilkins. 1990.
- 16.อังฉรา สุนทรสรรพ. “การศึกษาเปรียบเทียบผลการลดอาการอักเสบของข้อในผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์โดยการ อบตัวด้วยไอน้ำร้อนนวมกับ ไอน้ำมันหอม ระเหยจากไพลและการอบตัวด้วยไอน้ำร้อนอย่างเดียว”. **วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล**. 2529.
- 17.ศศิธร วสุวัฒน์และคณะ. “ประสิทธิภาพและการปลดปล่อยน้ำมันไพลจากครีม ไพลจิชาลวท”. **วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี**. 6(2) : 37-44, 2534.
- 18.กระทรวงสาธารณสุข. สถาบันการแพทย์แผนไทย. **คู่มืออบรมครูฝึกแพทย์แผนไทย**. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. กรุงเทพฯ, 2541.
- 19.Vickers, **Visual control when aiming at afar target**. American Psychological Association, 22(2) 342-354.1996.
- 20.เพ็ญภา ทพยัเจริญ. และคณะ. **คู่มือการปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน**. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกทหารผ่านศึก. กรุงเทพฯ, 84-85, 2539.

การพัฒนาแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

Development of a Framework for M.O.P.H Core Values Development among Lampang Provincial

Public Health Office's Personnel

บุญยาพร อารยวุฒิกุล¹ และ ถาวร ล่อกา²

Boonyaporn Arayawudhikul¹ and Thaworn Lorga²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง และ เพื่อจัดทำแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ผู้วิจัยได้สำรวจการปฏิบัติตามค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล จำนวน 749 คน โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และได้นำผลการสำรวจร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และ ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาจัดทำกรอบแนวคิดสำหรับการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH

ผลการวิจัยพบว่าการปฏิบัติตามค่านิยมร่วม MOPH ทุกด้านของบุคลากรอยู่ในระดับดี สำหรับกรอบแนวคิดการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH เป็นการบูรณาการการพัฒนาค่านิยม MOPH ทุกด้านเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือประชาชนมีสุขภาพดี แนวคิดการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH เชื่อว่านวัตกรรมโดยบุคลากรจะทำให้เกิดการพัฒนาผลลัพธ์สุขภาพของประชาชน แต่การจะเกิดนวัตกรรมบุคลากรต้องเป็นผู้ที่มีความอ่อนน้อมถ่อมตน และ เป็นนายตนเอง ผู้วิจัยได้จัดทำแนวทางในการนำกรอบแนวคิดนี้สู่การปฏิบัติ

คำสำคัญ: เป็นนายตนเอง เริงสร้างสิ่งใหม่ ใส่ใจประชาชน ถ่อมตนอ่อนน้อม ค่านิยมร่วม

Abstract

This action research aimed to (1) describe the level of mastery, originality, people-centredness, and humility practiced by staff working for Lampang PPHO, and (2) developed a framework for MOPH core values development. We first surveyed MOPH practices among 749 staff working in Lampang PPHO, district health offices, hospitals, and health facilities using an online questionnaire. Based on the survey results, integrated literature review and expert consultations, we developed a framework for MOPH core values development.

Result found that mastery, originality, people-centredness and humility practices among staff were at good levels. The suggested framework conceptually integrates Mastery, Originality, People-centredness and Humility and offers a systems approach to developing MOPH core values with the ultimate goal of improving people's health. This framework postulates that staff's innovative thinking and practices will lead to improved people's health outcomes. Innovative thinking and practices however require the development of staff's humility and mastery. Guidelines are provided for implementing this framework.

Keywords: Mastery, Originality, People-centredness, Humility, Core values

¹ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำปาง

² วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

บทนำ

จากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ได้ให้ความสำคัญกับสิทธิการได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยการเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ทำให้มีการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ของกระทรวงสาธารณสุข ให้เกิดความสอดคล้องกับสิทธิดังกล่าว จึงปฏิรูประบบเพื่อสร้างความเข้มแข็งสู่ความยั่งยืน และพัฒนาประเทศให้มีศักยภาพเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพ (Health hub) เป็น 1 ใน 3 ของภูมิภาคเอเชีย โดยมีการกำหนดเป้าหมายคือ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ที่มีความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ 1) Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ) 2) Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) 3) People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) และ 4) Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศ)⁽¹⁾ เพื่อขับเคลื่อนทุกหน่วยงานไปสู่เป้าหมาย และบรรลุตามวิสัยทัศน์ของประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน ตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขเดินหน้าสืบสานโครงการในพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช โดยน้อมนำพระจริยวัตรพระบรมราโชวาท พระราชดำรัส พระราชดำริ มาเป็นหลักยึดเหนี่ยวจิตใจและค่านิยมองค์กร เพื่อให้บรรลุยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศทั้ง 4 ด้าน จึงน้อมนำพระราชดำรินำมาจัดทำรูปแบบค่านิยมองค์กรของกระทรวงสาธารณสุขที่เรียกว่า MOPH ดังนี้ M : Mastery คือการเป็นนายตนเอง โดยบุคลากรต้องมีภาวะผู้นำ เป็นผู้นำที่ดี เอาชนะความโลภ โกรธ หลงให้ได้, O : Originality เร่งสร้างสิ่งใหม่ ทั้งนโยบาย นวัตกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชน, P : People centered approach การใส่ใจประชาชน ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการทำงาน และ H : Humility ถ่อมตนอ่อนน้อม โดยการใช้ปฏิบัติตัว และใช้คำพูดที่ดี เพื่อให้ประชาชนปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ⁽²⁾

ค่านิยมองค์กรเป็นสิ่งทำให้บุคคลรู้ว่าองค์กรคาดหวังอะไร ผลงานแบบใด ด้วยวิธีการใด ช่วยสร้างบรรยากาศที่กลม

เกลียวและกลมกลืนในการทำงาน ทำให้เกิดผลอันพึงปรารถนาร่วมกัน และช่วยทำให้บุคคลมีแนวทางในการปรับตัวและมีความเหมาะสมกับองค์กร⁽¹⁾ ฉะนั้นการสร้างวัฒนธรรมองค์กรเป็นสิ่งที่สำคัญ เป็นการหล่อหลอมให้คนในองค์กรสามารถ อยู่ร่วมกันได้ และช่วยหล่อหลอมให้องค์กรนั้นๆ มีพฤติกรรมในอนาคตเป็นไปตามที่เราคาดหวัง⁽³⁾ การที่องค์กรมีการนำค่านิยม MOPH มาเป็นส่วนสำคัญเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร จะทำให้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นไปตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข คือ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน”⁽⁴⁾

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางได้มีนโยบายการถ่ายทอดค่านิยมร่วม MOPH ของกระทรวงสาธารณสุขลงไปสู่บุคลากรทุกระดับในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง แต่ขณะเดียวกันยังขาดแนวทางที่ชัดเจนในการพัฒนาบุคลากรที่สะท้อนให้เห็นการนำค่านิยมร่วม MOPH มาปฏิบัติ จากความจำเป็นในการพัฒนาบุคลากรโดยนำค่านิยมร่วม MOPH มาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานและเพื่อทำให้เกิดการพัฒนาบุคลากรให้เกิดค่านิยมดังกล่าว จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานมุ่งสู่เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขและประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

ขอบเขตของการวิจัย

เป็นการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 13 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 12 แห่งและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 141 แห่ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ บุคลากรของหน่วยงานใน

สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ประกอบด้วย 1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 13 แห่ง 3) โรงพยาบาลชุมชน 12 แห่ง และ 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 141 แห่ง รวม 2,764 คน ทำการศึกษาโดยการส่งแบบสอบถามออนไลน์ โดยมีผู้ตอบแบบสอบถามออนไลน์ จำนวน 749 คน คิดเป็นร้อยละ 27.09

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยแบบสอบถามออนไลน์ที่พัฒนาโดยผู้วิจัย มีจำนวนข้อทั้งหมด 59 ข้อ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ ค่านิยม Mastery (เป็นนายตนเอง) จำนวน 15 ข้อ ค่านิยม Originality (สร้างสรรค์สิ่งใหม่) จำนวน 13 ข้อ ค่านิยม People centered (ใส่ใจประชาชน) จำนวน 18 ข้อ ค่านิยม Humility (ถ่อมตนอ่อนน้อม) จำนวน 13 ข้อ โดยลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) คือ 5=เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4=เห็นด้วยมาก 3=เห็นด้วยปานกลาง 2=เห็นด้วยน้อย 1=ไม่เห็นด้วย การแปลผลระดับคะแนนการปฏิบัติระดับพอใช้ หมายถึง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-3.49 คะแนน การปฏิบัติระดับดี หมายถึง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 คะแนน ขึ้นไป การปฏิบัติระดับดีมาก หมายถึง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50 คะแนน ขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบสอบถามเรื่องการพัฒนาแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ผู้วิจัยได้พัฒนาและสร้างขึ้น และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ในการตรวจสอบความเที่ยงและความตรง และนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่น (reliability) รายด้านของแบบสอบถามได้แก่ เป็นนายตัวเอง สร้างสรรค์สิ่งใหม่ ใส่ใจประชาชน และ ถ่อมตนอ่อนน้อม ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) 0.940, 0.946, 0.968 และ 0.961 ตามลำดับ

ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัย ครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ที่สะท้อนถึงการปฏิบัติตามค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จากนั้นพัฒนาแบบสอบถามการปฏิบัติตามค่านิยม

ร่วม MOPH ดำเนินการสำรวจการปฏิบัติตามค่านิยมร่วม MOPH และ วิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 2. นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับผลการทบทวนวรรณกรรมมาพัฒนากรอบแนวคิดเชิงความสัมพันธ์ระหว่าง Mastery, Originality, People-centredness และ Humility ได้กรอบแนวคิดดังแผนภูมิที่ 1 หลังจากนั้นนำกรอบแนวคิดเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้บริหารเพื่อพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะ ได้กรอบแนวคิดการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ดังแผนภูมิที่ 2 พร้อมแนวทางการดำเนินงานตามกรอบแนวคิดฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษา

การศึกษครั้งนี้ จากการรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมของบุคลากรตามค่านิยมร่วม MOPH และใช้เกณฑ์เพื่อเป็นตัวบ่งชี้ของความสำเร็จในการขับเคลื่อนค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง และเพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.7 และเพศชาย ร้อยละ 24.3 โดยอยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี มากที่สุด ตำแหน่งการปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติ ร้อยละ 82.6 ซึ่งมีระยะเวลาการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปีพบมากที่สุด ร้อยละ 64.5 ประเภทของบุคลากรปฏิบัติงานในตำแหน่งของข้าราชการมากที่สุด ร้อยละ 64.1 และหน่วยงานที่สังกัดส่วนใหญ่ทำงานที่โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 71.4

2. การปฏิบัติตามค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 4.19, SD = .504) เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า ค่านิยม Humility (ถ่อมตนอ่อนน้อม) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = 4.43, SD = .556) รองลงมาคือ ค่านิยม Mastery (เป็นนายตนเอง) ($\bar{X}$ = 4.32, SD = .490), ค่านิยม People centered (ใส่ใจประชาชน) ($\bar{X}$ = 4.22, SD = .596) และ ค่านิยม Originality (สร้างสรรค์สิ่งใหม่) ($\bar{X}$ = 3.80, SD = .649) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

2.1 ค่านิยม M : Mastery (เป็นนายตนเอง) รายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติสูงสุด คือ รับผิดชอบงานในหน้าที่ และที่ได้รับมอบหมาย รองลงมาคือ ปฏิบัติตามกฎหมาย และข้อบังคับ และใช้หลักคุณธรรม และจริยธรรมในการทำงาน ส่วนค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ แสวงหาความรู้เพื่อการพัฒนา และ กำหนดเป้าหมาย ที่ท้าทายในการปฏิบัติงาน

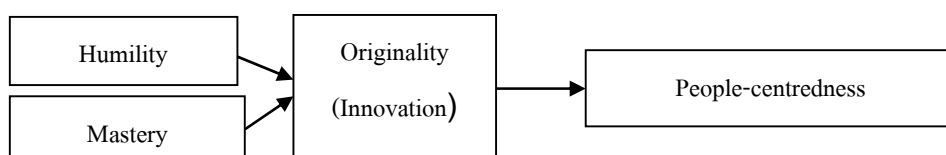
2.2 ค่านิยม Originality (เร่งสร้างสิ่งใหม่) รายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติสูงสุด คือ พัฒนารูปแบบเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ รองลงมาคือ พัฒนาแนวทางในการให้บริการ หรือทำงานเพื่อเพิ่มผลลัพธ์ในงาน และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการทำงาน ส่วนค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ผลิตและเผยแพร่ผลงานวิจัย และ ผลิตนวัตกรรม เพื่อพัฒนางาน

2.3 ค่านิยม People centered (ใส่ใจประชาชน) รายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติสูงสุด คือ ให้บริการประชาชน ด้วยความเอื้อเฟื้อและที่เป็นมิตร รองลงมาคือ มุ่งประโยชน์ของประชาชนเป็นเป้าหมายสำคัญในการทำงาน และการลดความกังวลใจของประชาชนหรือผู้รับบริการ ส่วนค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ พัฒนาสื่อสุขภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าใจข้อมูลและความรู้ได้ง่าย และพัฒนาวิธีการและเครื่องมือในการส่งเสริมประชาชนให้ประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะสุขภาพไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน

2.4 ค่านิยม Humility (ถ่อมตนอ่อนน้อม) รายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติสูงสุด คือ ฝึกตนเองให้เมตตาผู้อื่น รองลงมาคือ กล่าวขอโทษเพื่อการแสดงการยอมรับในกรณีของตนเองได้ทำผิดพลาด และเตือนตัวเองเสมอว่าคนเราไม่ได้รับรู้หรือเชี่ยวชาญทุกเรื่อง ชื่นชม ยกย่องความสำเร็จของเพื่อนร่วมงาน/สมาชิกทีม ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ประเมินจุดอ่อนและจุดแข็งของตนเองอย่างตรงไปตรงมาฝึกตนให้เป็นผู้ที่รู้เท่าทันความรู้สึกนึกคิดของตนเอง และ ค้นหาและชื่นชมความสามารถของเพื่อนร่วมงาน

2. การจัดทำแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

2.1 ผู้วิจัยได้ค้นหากรอบแนวคิดเชิงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมร่วม Mastery, Originality, People-Centeredness และ Humility สำหรับใช้เป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH สำหรับบุคลากรภายใต้สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความนอบน้อมถ่อมตน (Humility) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการสร้างนวัตกรรม (Innovation หรือ Originality) ภายในองค์กร และการเป็นนายตัวเอง (Mastery) ส่งผลต่อการสร้างนวัตกรรมและผลการดำเนินงานขององค์กร นอกจากนี้ยังพบว่านวัตกรรมส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ และ คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ ผู้วิจัยได้จัดทำร่างกรอบแนวคิดการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ดังภาพประกอบ 1



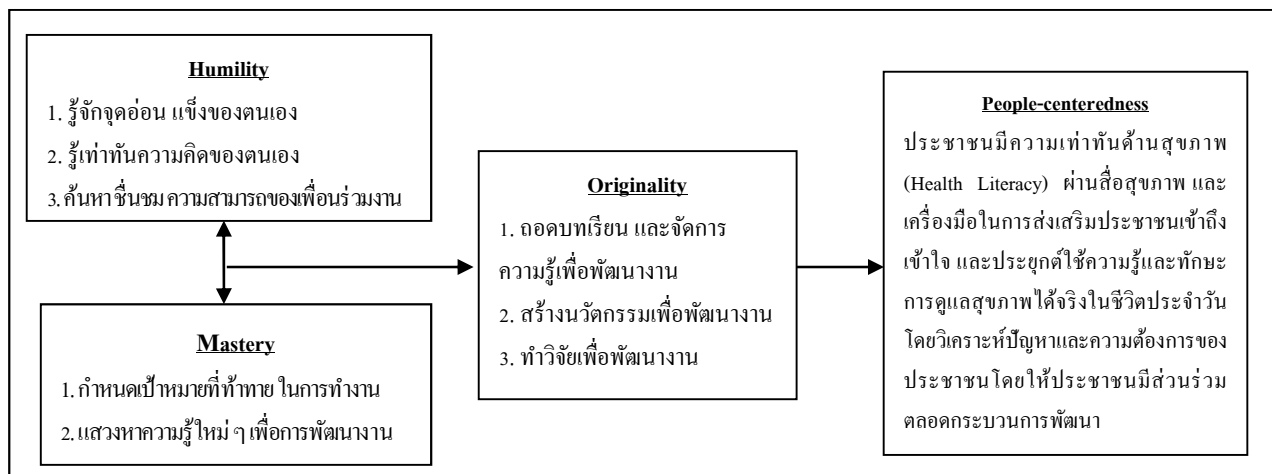
ภาพประกอบ 1 ความสัมพันธ์ระหว่าง Mastery, Originality, Humility และ People-Centeredness

2.2 ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตามค่านิยมร่วม MOPH และ ร่างกรอบแนวคิดการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ต่อผู้บริหาร และ ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อรับทราบสถานการณ์จากข้อมูล และ ร่วมกันพิจารณาว่ารูปแบบการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของหน่วยงานภายใต้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ที่ประชุมเสนอให้จัดทำแนวทางการพัฒนาค่านิยม MOPH เชิงบูรณาการภายใต้

โครงการริเริ่มที่มีกรอบแนวคิดเชื่อมโยงค่านิยมแต่ละด้านเพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกิจกรรมการพัฒนา แทนที่จะดำเนินการพัฒนาค่านิยมแบบแยกส่วน ซึ่งต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการกิจกรรมพัฒนาสูง และ ใช้เวลากับกิจกรรมการพัฒนามาก ซ้ำซ้อน ไม่เหมาะสมกับการะงานที่มีมากอยู่แล้วของบุคลากรและหน่วยงาน นอกจากนี้ยังเสนอให้เลือกประเด็นรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติต่ำที่สุด จำนวน 2-3 ข้อ ใน

แต่ละด้านของค่านิยม MOPH มาเป็นเป้าหมายในการพัฒนา ในโครงการริเริ่มการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากร สาธารณสุขในเชิงบูรณาการ เริ่มจากการพัฒนาคุณธรรม จริยธรรมของบุคลากร และการเสริมสร้าง Result based /Strategic Management เพื่อพัฒนาบุคลากรให้รู้จักจุดแข็ง จุดอ่อน รู้เท่าทันความคิดของตนเอง เปิดใจรับการพัฒนา และ เสริมสร้างองค์ความรู้ วิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์เพื่อให้ เข้าใจสภาพการทำงานและปัญหา เพื่อนำไปสู่การวางแผน แก้ไขปัญหา และกำหนดเป้าหมายที่ท้าทาย เพื่อให้บรรลุ เป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ เพื่อนำไปสู่การสร้างนวัตกรรม ทางด้านสาธารณสุข หรือการเผยแพร่ผลงานวิจัย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน รวมทั้งเปิดโอกาสให้ ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการแสดงความเห็น ความต้องการ

ในการจัดทำสื่อสุขภาพ เพื่อให้ตรงตามความต้องการของ ประชาชน เข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพเพื่อนำไปใช้ได้ ในชีวิตประจำวัน เพื่อให้เกิด Health Literacy (ปริศนา นวลบุญ เรือง, ปานจันทร์ อิ่มหนา และ ถาวร ล้อกา, 2560) นอกจากนี้ ต้องมีการกำหนดทิศทาง นโยบายที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดการ ถ่ายทอดค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสาธารณสุขไปยัง หน่วยบริการทุกแห่งทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ซึ่งหากมีการ ดำเนินการตามพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากร สาธารณสุข สุดท้ายจะเห็นผลได้ในประชาชน โดยประชาชน จะเข้าถึงสื่อสุขภาพมากขึ้น และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2. แนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH แบบบูรณาการ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำปาง

3. การนำแนวทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางไป ใช้ในการพัฒนาบุคลากรต้นสังกัด สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำปาง ได้กำหนดให้หน่วยงานระดับอำเภอและ ตำบลจัดทำโครงการริเริ่ม (Initiative project) สำหรับการ พัฒนาค่านิยมร่วม MOPH ภายใต้ กรอบแนวคิดทางการพัฒนาค่านิยมร่วม MOPH แบบ บูรณาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง (Integrated Framework of MOPH Core Values Development) โดยมี แนวทางเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

3.1 โครงการริเริ่มควรมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริม ความเท่าทันด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชน โดย วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของประชาชน วิเคราะห์บริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและกำหนด ความต้องการ

3.2 ผลิदनวัตกรรมสื่อในรูปแบบต่างๆที่ เหมาะสมกับผู้รับบริการ โดยให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมใน การผลิตและพัฒนาสื่อ

3.3 ใช้กระบวนการวิจัยในการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของสื่อสุขภาพ

3.4 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง และหน่วยงานในระดับอำเภอรับผิดชอบและให้การสนับสนุนกิจกรรมการพัฒนาดังต่อไปนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในด้าน การวิเคราะห์ตนเอง การวิเคราะห์ระบบการทำงานและเป้าหมาย การสร้างแรงบันดาลใจในการทำงาน การผลิตผลงานวิจัยและนวัตกรรม และ การจัดการความรู้ 2) เวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนา คำนิยมร่วม MOPH ภายใต้โครงการริเริ่มระดับอำเภอ และ จังหวัด 3) ประเมินผลการพัฒนา คำนิยมร่วม MOPH ภายใต้โครงการริเริ่ม 4) กำหนดให้การดำเนินการในการพัฒนา คำนิยมร่วม MOPH เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลการปฏิบัติงาน และ 5) จัดทำข้อเสนอแนะและแนวทางในการพัฒนา คำนิยมร่วม MOPH ในปีต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

จากการดำเนินงานพัฒนา การปฏิบัติตาม คำนิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.19$, $SD=.504$) เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า คำนิยม Humility (ถ่อมตนอ่อนน้อม) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=4.43$, $SD=.556$) รองลงมาคือ คำนิยม Mastery (เป็นนายตนเอง) ($\bar{X}=4.32$, $SD=.490$), คำนิยม People centered (ใส่ใจประชาชน) ($\bar{X}=4.22$, $SD=.596$) และ คำนิยม Originality (สร้างสรรค์สิ่งใหม่) ($\bar{X}=3.80$, $SD=.649$) ตามลำดับ

จากผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้จัดทำแนวทางการพัฒนา คำนิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง โดยทำการทบทวนวรรณกรรมเพื่อค้นหากรอบแนวคิดเชิงความสัมพันธ์ระหว่าง คำนิยมร่วม Mastery, Originality, People-Centeredness และ Humility สำหรับใช้เป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนา คำนิยมร่วม MOPH สำหรับบุคลากรภายใต้สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความอ่อนน้อมถ่อมตน (Humility) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการสร้างนวัตกรรม (Innovation หรือ Originality) ภายในองค์กร⁽⁴⁾ นอกจากนี้

ยังพบว่านวัตกรรมส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ และ คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ^(5,6) โดยนำเสนอผลการวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม คำนิยมร่วม MOPH และร่างกรอบแนวคิดการพัฒนา คำนิยมร่วม MOPH ต่อผู้บริหาร และ ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อรับทราบสถานการณ์จากข้อมูล และ ร่วมกันพิจารณาาร่างรูปแบบการพัฒนา คำนิยมร่วม MOPH ของหน่วยงานภายใต้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ที่ประชุมเสนอให้จัดทำแนวทางการพัฒนา คำนิยม MOPH เชิงบูรณาการภายใต้โครงการริเริ่มที่มีกรอบแนวคิดเชื่อมโยง คำนิยมแต่ละด้านเพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกิจกรรมการพัฒนา แทนที่จะดำเนินการพัฒนา คำนิยมแบบแยกส่วน ซึ่งต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการกิจกรรมพัฒนาสูง และ ใช้เวลากับกิจกรรมการพัฒนา มาก ซ้ำซ้อน ไม่เหมาะสมกับภาระงานที่มีมากอยู่แล้วของบุคลากรและหน่วยงาน นอกจากนี้ยังเสนอให้เลือกประเด็นรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติ น้อยที่สุดจำนวน 2-3 ข้อ ในแต่ละด้านของ คำนิยม MOPH มาเป็นเป้าหมายในการพัฒนาในโครงการริเริ่มการพัฒนา คำนิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสาธารณสุขในเชิงบูรณาการ เริ่มจากการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมของบุคลากร และการเสริมสร้าง Result based /Strategic Management เพื่อพัฒนาบุคลากรให้รู้จักจุดแข็ง จุดอ่อน รู้เท่าทันความคิดของตนเอง เปิดใจรับการพัฒนา และเสริมสร้างองค์ความรู้ วิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์เพื่อให้เข้าใจสภาพการทำงานและปัญหา เพื่อนำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญห และกำหนดเป้าหมายที่ท้าทายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ เพื่อนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมทางด้านสาธารณสุข หรือการเผยแพร่ผลิตผลงานวิจัย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน รวมทั้งเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ความต้องการในการจัดทำสื่อสุขภาพ เพื่อให้ตรงตามความต้องการของประชาชน เข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อนำไปใช้ได้ในชีวิตประจำวัน เพื่อให้เกิด Health Literacy⁽⁷⁾ นอกจากนี้ต้องมีการกำหนดทิศทาง นโยบายที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดการถ่ายทอด คำนิยมร่วม MOPH ของบุคลากรสาธารณสุขไปยังหน่วยบริการทุกแห่งทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ทุกแห่ง ซึ่งหากมีการดำเนินการตามพัฒนานโยบายร่วม
MOPH ของบุคลากรสาธารณสุข สุดท้ายจะเห็นผลได้ใน
ประชาชน โดยประชาชนจะเข้าถึงสื่อสุขภาพมากขึ้น และ
มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. นำแนวทางการพัฒนานโยบายร่วม MOPH แบบ
บูรณาการ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำปาง (Integrated
Framework of MOPH Core Values Development) มาทดลองใช้

ในหน่วยบริการทุกแห่งทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

2. ประเมินผลการนำแนวทางการพัฒนานโยบายร่วม
MOPH แบบบูรณาการ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำปาง
(Integrated Framework of MOPH Core Values Development) ที่
ทดลองใช้ในหน่วยบริการทุกแห่งทั้งสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน
และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข. นนทบุรี, 2559.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน จุดยืน
วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย และค่านิยม และยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี, 2559.
3. ชูติเดช ตาบ-องครักษ์. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. 2561. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2017/01/13274>
4. Liu, W., Mao, J., & Chen, X. Leader Humility and Team Innovation: Investigating the Substituting Role of Task Interdependence and the
Mediating Role of Team Voice Climate. *Frontiers in psychology*, 8(1), 2017. 1115.
5. Nielsen, M., Langner, B., Zema, C., Hacker, T., & Grundy, P. (2012). Benefits of Implementing the Primary Care Patient-Centered Medical
Home. *Washington: Patient-Centered Primary Care Collaborative*, 2012
6. Institute for strategic Analysis and Innovation. (2015). **Health Innovation Report RAISING THE BAR ON HEALTH SYSTEM
PERFORMANCE**. Health Innovation Forum and MUHC-ISAI, 2015.
7. ปรีศนา นวลบุญเรือง, ปานจันทร์ อิ่มหนา และ ฉาวร ล่อกา. การพัฒนาเอกสารให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมโดยใช้กระบวนการปรึกษาผู้ใช้: การวิจัยและ
พัฒนา. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*. 10(1), 2560: 156-167.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานสารสนเทศของบุคลากรสาธารณสุข เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ
เขาชัยสน จังหวัดพัทลุง

Factors Associated with Performance of Health Information Technology among Health Personnel in
Contracting Unit of Primary Care, Khaochaisan Distric, Phatthalung Province

บุญญพัฒน์ ไชยมณี¹, สมเกียรติยศ วรเดช², สุทธิพงษ์ รุ่งแสง³,
ปานุมาส พิกุล⁴, รัตนา รุนแสง⁵, ฐิติมา ชูใหม่⁶ และ อนุชิต ชุมคง⁷
Bhunyabhadh Chaimay¹, Somkiattiyos Woradet², Sutthipong Rukleng³,
Panumas Phikul⁴, Rattana Runsaeng⁵, Thitima Choomai⁶ and Anuchit Chumkong⁷

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับการดำเนินงานสารสนเทศ 2) สภาพปัญหาการใช้สารสนเทศ และ 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานสารสนเทศของบุคลากรสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 144 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ด้วยแบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหาและมีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาชแอลฟาด้านการดำเนินงานและสภาพปัญหาการใช้สารสนเทศเท่ากับ 0.985 และ 0.987 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยพหุตัวแปร ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานระบบสารสนเทศ (Mean $\pm$ SD; 3.28 $\pm$ 0.61) และสภาพปัญหาการใช้สารสนเทศ (3.03 $\pm$ 0.65) ของบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานสารสนเทศของบุคลากรสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพ พบว่า การฝึกอบรมเกี่ยวกับระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (B = -0.301, p-value = 0.008) และสภาพปัญหาการใช้สารสนเทศ (B = 0.279, p-value < 0.001) มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานระบบสารสนเทศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : การดำเนินงานสารสนเทศ สภาพปัญหาการใช้สารสนเทศ เครือข่ายบริการสุขภาพ

Abstract

This cross-sectional survey study was to investigate 1) level of performance of health information technology, 2) level of problem of using health information technology and 3) factors associated with performance of health information technology among health personnel in contracting unit of primary care, Khaochaisan District, Phatthalung province. Of these, 144 samples were health personnel working in contracting unit of primary care at least 6 months. The data were collected between October and November, 2015 using questionnaire which was tested content validity and reliability. Cronbach's alpha coefficients of performance of health information technology and problem of using health information technology were 0.985 and 0.987, respectively. Descriptive statistics and Multiple regression analysis were used to analyze. The results revealed that performance of health information technology (Mean $\pm$ SD; 3.28 $\pm$ 0.61) and problem of using health information technology (3.03 $\pm$ 0.65) were rated at moderate level. In addition, it was found that training in health information technology (B = -0.301, p-value = 0.008) and problem of using health information technology (B = 0.279, p-value < 0.001) were significant statistically associated with performance of health information technology among health personnel.

Key Words : Performance of health information technology, problem of using health information technology, Contract unit of primary care

¹ รองศาสตราจารย์, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วช.พัทลุง,

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วช.พัทลุง,

³ เกษตรกรชำนาญการ, โรงพยาบาลบางแก้ว อำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง,

⁴ นักวิชาการสาธารณสุข, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ อำเภอรัญญา จังหวัดตรัง

⁵ นักวิชาการสาธารณสุข, สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จังหวัดตรัง

⁶ นักวิชาการสาธารณสุข, โรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

⁷ นักวิชาการสาธารณสุข, โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา

บทนำ

ในศตวรรษที่ 21 มีการพัฒนาและความเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็วส่งผลต่อสังคมโลก และเป็นผลให้ประเทศต่างๆ เกิดความกระตือรือร้นในการพัฒนาประเทศให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อก้าวสู่สังคมฐานความรู้ (Knowledge-based society) ซึ่งเป็นสังคมแห่งการสร้างสรรค์และการเรียนรู้ตลอดชีวิต⁽¹⁾ สำหรับสังคมสารสนเทศเป็นจุดเริ่มต้นของสังคมฐานความรู้ ประกอบกับอิทธิพลจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยี ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานขององค์กรในหลายมิติ และเพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงานได้หลากหลายรูปแบบ อีกทั้งเป็นแรงผลักดันให้เกิดความจำเป็นในการเรียนรู้ สารสนเทศจึงเป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยมีบุคคลทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลในระบบสารสนเทศเพื่อประกอบการตัดสินใจ⁽²⁾ ปัจจุบันมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการเข้าถึงสารสนเทศในวงกว้าง นอกจากนี้ สารสนเทศถูกนำมาใช้เพื่อให้ประชาชนมีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสร้างสรรค์สังคมที่ยั่งยืน

รัฐบาลโดยกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เล็งเห็นความสำคัญของระบบสารสนเทศ จึงได้จัดทำแผนแม่บทเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารฉบับที่ 3 พ.ศ. 2557 – 2561 โดยให้ทุกหน่วยงานปรับใช้เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานที่สอดคล้องกัน และสามารถเชื่อมโยงข้อมูลกันได้ โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเป็นยุทธศาสตร์ในการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและการบริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชนอย่างเท่าเทียมกัน⁽³⁾ โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศเป็นเครื่องมือที่สำคัญ ในการสนับสนุนการดำเนินงานในแต่ละกระบวนการของการพัฒนาระบบสุขภาพ และตอบสนองบทบาทภารกิจ⁽⁴⁾

ปัจจุบันสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง กำหนดให้การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็น 1 ใน 5 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการพัฒนาบริการด้านสาธารณสุข โดยมีเป้าประสงค์ คือ การเป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสาร

ด้านสุขภาพ⁽⁵⁾ สำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพเขาศัยสนเป็นหน่วยงานภายใต้สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง ได้ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เครือข่ายบริการสุขภาพเขาศัยสน ปี พ.ศ. 2555 - 2559 โดยมียุทธศาสตร์การดำเนินงานที่สอดคล้องกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง ในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการประชาสัมพันธ์มีเป้าประสงค์ คือ การมีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ⁽⁶⁾

จากการวิเคราะห์องค์กรเครือข่ายบริการสุขภาพเขาศัยสน โดยการศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ ประกอบด้วย แผนยุทธศาสตร์คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และโรงพยาบาล รวมไปถึงการสัมภาษณ์บุคลากรโดยใช้กรอบแนวคิด 7S⁽⁷⁾ พบว่า การดำเนินงานของเครือข่ายบริการสุขภาพเขาศัยสนมีข้อจำกัดด้านสารสนเทศ ประกอบด้วย 1) การใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีความหลากหลายส่งผลต่อการประมวลผลขาดความน่าเชื่อถือ 2) ขาดการเชื่อมโยงของฐานข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่ายบริการสุขภาพ และ 3) ขาดการวิเคราะห์และนำข้อมูลสารสนเทศมาใช้ประโยชน์

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานข้อมูลสารสนเทศ พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับสภาพการดำเนินงานและสภาพปัญหาในโรงพยาบาลชุมชน⁽⁸⁾ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด^(9,10) และ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป^(11,12,13) ซึ่งเป็นการศึกษาการใช้ข้อมูลสารสนเทศในเชิงบริหาร⁽¹⁴⁾ อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการและสภาพปัญหาการใช้สารสนเทศของบุคลากรในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งครอบคลุมถึงโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้จากการวิจัยไปปรับปรุงระบบการทำงานสารสนเทศให้บรรลุตามประเด็นยุทธศาสตร์ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานกิจกรรมสาธารณสุข ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับการดำเนินงาน สภาพปัญหาการใช้สารสนเทศของบุคลากรสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพเขาศัยสน อำเภอเขาศัยสน จังหวัดพัทลุง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานสารสนเทศของบุคลากรสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพเขาสวนเขาชัยสน อำเภอบางชัยสน จังหวัดพัทลุง

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey study) โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 กลุ่มประชากร คือ บุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพเขาสวนเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง ประกอบด้วย โรงพยาบาลเขาสวนเขาชัยสน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางชัยสน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล จำนวน 195 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพเขาสวนเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง อย่างน้อย 6 เดือน คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร โดยมีระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 1.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำเนินงานสารสนเทศที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเท่ากับ 0.53⁽¹¹⁾ และกำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 135 คน และทำการปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อลดการสูญเสียของแบบสอบถามร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 142 คน ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) จากทะเบียนฐานข้อมูลรายชื่อบุคลากรสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพจากการศึกษาครั้งนี้มีอัตราการตอบกลับของแบบสอบถามเท่ากับร้อยละ 100

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยเนื้อหาของแบบสอบถามจำแนกเป็น 4 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 การดำเนินงานสารสนเทศ ตอนที่ 3 สภาพปัญหาการใช้สารสนเทศ และตอนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ สำหรับเนื้อหาของแบบสอบถามครอบคลุมมิติด้านการดำเนินงานสารสนเทศ ได้แก่ เก็บรวบรวม การประมวลผล การเก็บรักษา และการนำเสนอข้อมูล ในส่วนแบบสอบถามตอนที่ 2 – 3 เป็นแบบสอบถามประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้รับการตรวจสอบความ

ตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีค่าความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (Index of item-objective congruence : IOC) อยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์การอนาบาซแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ของการดำเนินงานสารสนเทศและสภาพปัญหาการใช้สารสนเทศเท่ากับ 0.985 และ 0.987 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร และข้อมูลการดำเนินงานสารสนเทศและสภาพปัญหาการใช้สารสนเทศของบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) สำหรับการดำเนินงานและสภาพปัญหาการใช้สารสนเทศของบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพการแปลความหมายของค่าเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ⁽¹⁵⁾ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ใช้สถิติถดถอยอย่างง่าย (Simple regression analysis) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานสารสนเทศและทำการวิเคราะห์เบื้องต้นที่ละปัจจัยระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามโดยพิจารณาจากตัวแปรที่มีค่า p-value ของ Wald test น้อยกว่า หรือเท่ากับ 0.25 และนำตัวแปรดังกล่าวไปวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุตัวแปร (Multiple regression analysis) นำตัวแปรเข้าสมการด้วยวิธี Backward elimination การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยทักษิณ (เลขที่ E 002/2559 ลงวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559)

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาคุณลักษณะทางประชากรของบุคลากรสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพเขาสวนเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง พบว่า บุคลากรสาธารณสุขประมาณ 3 ใน 4 เป็นเพศหญิง (83.33%) มีอายุเฉลี่ย 40 ปี (SD = 10.04) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (73.60%) ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล (63.89%) ประมาณ 1 ใน 3 มีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (30.56%) สำหรับตำแหน่งที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับสารสนเทศ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้ระบบสารสนเทศ (72.92%) ประมาณ 3 ใน 4 ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับระบบสารสนเทศด้านสุขภาพในรอบปีงบประมาณที่ผ่านมา (75.69%) และมีระยะเวลาของการใช้ข้อมูลสารสนเทศในการทำงานเฉลี่ย 18.15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

สำหรับการดำเนินงานสารสนเทศของบุคลากร
เครือข่ายบริการสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean
± SD; 3.28 ± 0.61) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า การเก็บรวบรวม
ข้อมูล (3.28 ± 0.64) การประมวลผลข้อมูล (3.25 ± 0.68) การ
เก็บรักษาข้อมูล (3.33 ± 0.65) และการนำเสนอข้อมูล ($3.27 \pm$
 0.70) อยู่ในระดับปานกลาง ในส่วนของสภาพปัญหาการใช้

สารสนเทศของบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพภาพรวม
(3.03 ± 0.65) พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายด้าน
พบว่า การเก็บรวบรวมข้อมูล (3.02 ± 0.66) การประมวลผล
ข้อมูล (3.07 ± 0.67) การเก็บรักษาข้อมูล (3.07 ± 0.77) และการ
นำเสนอข้อมูล (2.95 ± 0.74) อยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 1 การวิเคราะห์อย่างหยาบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานสารสนเทศ

ปัจจัย	R	R ²	B	Beta	t	p-value
เพศ						
ชาย	Ref.					
หญิง	0.051	-0.004	-0.082	-0.051	-0.603	0.547
อายุ (ปี)	0.128	0.009	-0.008	-0.128	-1.539	0.126
การศึกษา						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	Ref.					
ปริญญาตรีขึ้นไป	0.037	-0.006	0.054	0.037	0.444	0.658
สถานที่ปฏิบัติงาน						
โรงพยาบาล	Ref.					
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/รพสต.	0.123	0.008	0.155	0.123	1.476	0.142
ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน						
แพทย์/ทันตแพทย์/เภสัชกร/พยาบาล	0.100	0.003	-0.126	-0.100	-1.198	0.233
นักวิชาการ/จพง.สาธารณสุข	0.083	0.000	0.119	0.083	0.987	0.325
ลูกจ้าง	0.027	-0.006	0.033	0.027	0.318	0.751
ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน						
ผู้บริหาร/ผู้ดูแลระบบสารสนเทศ	Ref.					
ผู้ใช้ระบบสารสนเทศ/อื่นๆ	0.035	-0.006	-0.055	-0.035	-0.414	0.680
การฝึกอบรมเกี่ยวกับระบบสารสนเทศ						
มี	Ref.					
ไม่มี	0.239	0.050	-0.336	-0.239	-2.927	0.004
ระยะเวลาของการใช้สารสนเทศ	0.120	0.007	0.004	0.120	1.434	0.154
สภาพปัญหาการใช้สารสนเทศ	0.269	0.066	0.250	0.269	3.324	0.001

ตาราง 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานสารสนเทศ

ปัจจัย	B	Beta	t	95% CI	p-value
การฝึกอบรมเกี่ยวกับระบบสารสนเทศ					
มี	Ref.				
ไม่มี	-0.301	-0.214	-2.705	-0.522 ถึง -0.081	0.008
สภาพปัญหาการใช้สารสนเทศ	0.279	0.299	3.753	0.132 ถึง 0.426	<0.001
ระยะเวลาการใช้สารสนเทศ	0.006	0.147	1.815	0.000 ถึง 0.011	0.072
Constant	2.869	-	8.798	2.225 ถึง 3.514	<0.001

$R = 0.386$, $R^2 = 0.131$

จากการวิเคราะห์อย่างหยาบเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานระบบสารสนเทศของบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพ พบว่า ปัจจัยการฝึกอบรมเกี่ยวกับระบบสารสนเทศ ($p\text{-value} = 0.004$) และสภาพปัญหาการใช้สารสนเทศ ($p\text{-value} = 0.001$) มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานระบบสารสนเทศของบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผู้ที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับระบบสารสนเทศมีคะแนนการดำเนินงานระบบสารสนเทศลดลง ($B = -0.336$, $R = 0.239$, $R^2 = 0.050$, $p\text{-value} = 0.004$) ในขณะที่การมีคะแนนสภาพปัญหาการใช้สารสนเทศเพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานสารสนเทศที่เพิ่มขึ้น ($B = 0.250$, $R = 0.269$, $R^2 = 0.066$, $p\text{-value} = 0.001$)

ในส่วนการวิเคราะห์ถดถอยพหุตัวแปรสำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานสารสนเทศของบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพ พบว่า การฝึกอบรมเกี่ยวกับระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ($B = -0.301$, $p\text{-value} = 0.008$) และสภาพปัญหาการใช้สารสนเทศ ($B = 0.279$, $p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานสารสนเทศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผู้ที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับระบบสารสนเทศมีคะแนนการดำเนินงานระบบสารสนเทศลดลง ในขณะที่การมีคะแนนสภาพปัญหาการใช้สารสนเทศมีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานสารสนเทศเพิ่มขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานสารสนเทศของบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอยะเขยขันธ์ จังหวัดพัทลุง พบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีการดำเนินงานสารสนเทศและสภาพปัญหาการใช้สารสนเทศอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าปัจจัยการฝึกอบรมเกี่ยวกับระบบสารสนเทศและสภาพปัญหาการใช้สารสนเทศมีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานระบบสารสนเทศของบุคลากรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สำหรับการดำเนินงานสารสนเทศอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินงานสารสนเทศส่วนใหญ่ดำเนินการโดยบุคลากรระดับปฏิบัติงาน เช่น พยาบาลวิชาชีพ

(30.56%) และลูกจ้างของหน่วยงาน (41.67%) จึงเป็นไปได้ว่าส่งผลให้การดำเนินงานระบบสารสนเทศอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานรายข้อ พบว่าการดำเนินงานสารสนเทศในเครือข่ายบริการสุขภาพมีการกำหนดบุคลากรรับผิดชอบในการประมวลผล มีการจัดระบบแฟ้มตามประเภทของข้อมูลอย่างเป็นหมวดหมู่เพื่อความสะดวกในการใช้งาน และมีการกำหนดวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้เนื่องจากการให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสารสนเทศเป็น 1 ใน 4 ของประเด็นยุทธศาสตร์ของเครือข่ายบริการสุขภาพเขยขันธ์ ทั้งนี้ เครือข่ายบริการสุขภาพเขยขันธ์ใช้ระบบสารสนเทศด้านสาธารณสุขในการบันทึกข้อมูลการบริการทางสุขภาพของผู้มารับบริการ และมีการนำแผนยุทธศาสตร์มาใช้ในการกำหนดวัตถุประสงค์การทำงานอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า เครือข่ายบริการสุขภาพยังมีข้อจำกัดในการวางแผนการวิเคราะห์ข้อมูล และขาดงบประมาณสนับสนุนการจัดเก็บรักษาข้อมูลอย่างเป็นระบบ การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีชาดิ ธงภักดี (2550)⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารโรงพยาบาลศูนย์มหาราชบุรี พบว่าบุคลากรมีความรับผิดชอบในการวิเคราะห์ข้อมูลในระดับปานกลาง (3.41 ± 0.74) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิทย์ ผิวพันคำ (2542)⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาการเสนอรูปแบบระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า ความรับผิดชอบในการประมวลผลและระบบสารสนเทศชัดเจนอยู่ในระดับปานกลาง (3.18 ± 1.02) อย่างไรก็ตามการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ ชนภัทร จันทรเพ็ง (2544)⁽¹⁷⁾ ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการในโรงพยาบาลพล อำเภอลพบุรี จังหวัดขอนแก่น พบว่า โรงพยาบาลมีบุคลากรไม่เพียงพอในการประมวลผลและดูแลระบบสารสนเทศอยู่ในระดับปานกลาง (3.98 ± 1.10) และมีความต้องการบุคลากรด้านสารสนเทศเพิ่มเติมในระดับปานกลาง (3.95 ± 1.25)

ในส่วนของสภาพปัญหาการใช้สารสนเทศภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (3.03 ± 0.65) โดยพบว่าบุคลากรที่รับผิดชอบงานการวิเคราะห์ข้อมูลมีการปฏิบัติงานมาก ขาดบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการประมวลผลข้อมูล

และการกำหนดขั้นตอน/แนวปฏิบัติในการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยบุคลากรส่วนใหญ่เป็นบุคลากรทางวิชาชีพ ซึ่งต้องให้บริการทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ จึงส่งผลให้มีภาระหน้าที่ที่เพิ่มขึ้น ทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศได้ไม่เต็มที่ นอกจากนี้การที่ไม่มีตำแหน่งงานด้านสารสนเทศที่ชัดเจนในสถานบริการสาธารณสุข ส่งผลทำให้หน่วยงานขาดบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการประมวลผลข้อมูล และการกำหนดขั้นตอน/แนวปฏิบัติในการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนภรณ์ หลุมเพ็ด (2554)⁽¹⁸⁾ พบว่า พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขมีภาระงานมาก (75.50%) และการศึกษาของ กรแก้ว ธีรพงษ์สวัสดิ์ และคณะ (2548)⁽¹⁹⁾ พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลชุมชนปฏิบัติงานบริการด้านการรักษาพยาบาล และมีสัดส่วนปริมาณงานค่อนข้างมาก ทำให้มีการสนับสนุนบุคลากรด้านสารสนเทศอยู่ในระดับต่ำ (63.04%) สำหรับปัญหาขาดบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการประมวลผลข้อมูลอยู่ในระดับปานกลาง (3.17 ± 0.92) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนภัทร จันทรพี้ง (2544)⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าโรงพยาบาลยังขาดบุคลากรที่เชี่ยวชาญในการประมวลผลและสามารถพัฒนาโปรแกรมในระดับมาก (4.19 ± 0.97) ในส่วนการกำหนดขั้นตอน/แนวปฏิบัติในการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบมีสภาพปัญหาในระดับปานกลาง (3.17 ± 0.82) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลลักษณ์ ไตรวงศ์ (2547)⁽²⁰⁾ ที่ศึกษาองค์ประกอบที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบสารสนเทศสาธารณสุขด้านการบริหาร โรงพยาบาลในการบริการผู้ป่วย โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า พบว่า การกำหนดขั้นตอน วิธีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลอยู่ในระดับปานกลาง (3.26 ± 1.23)

สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระบบสารสนเทศเครือข่ายบริการสุขภาพเขาศูนย์ พบว่า ปัจจัยการฝึกอบรมเกี่ยวกับระบบสารสนเทศด้านสุขภาพในปึงบประมาณที่ผ่านมามีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานสารสนเทศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.008) อธิบายได้ว่าการที่บุคลากรไม่ได้รับการฝึกอบรมด้านสารสนเทศมีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานสารสนเทศ โดยผู้ที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมมีคะแนนการดำเนินงาน

สารสนเทศลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินงานด้านสารสนเทศบ่อยครั้ง โดยเฉพาะการจัดเก็บข้อมูลในระบบ 43 เพิ่ม และการปรับเปลี่ยนนโยบายการดำเนินงาน อาจส่งผลต่อความไม่ต่อเนื่องในการสนับสนุนให้บุคลากรในระดับปฏิบัติการเข้าอบรมด้านสารสนเทศดังกล่าว จึงมีผลต่อการดำเนินงานสารสนเทศดังกล่าว

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กรแก้ว ธีรพงษ์สวัสดิ์ และคณะ (2554)⁽¹⁹⁾ พบว่า การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับระบบสารสนเทศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการสารสนเทศ ($r = 0.23, p = 0.02$) อย่างไรก็ตามการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ สุวิชา ชูศรียิ่ง และวรรณชนก จันทรชุม (2553)⁽²¹⁾ ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตตรวจราชการที่ 12 พบว่าการอบรมไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะด้านการใช้สารสนเทศของพยาบาลวิชาชีพ

สำหรับปัจจัยด้านสภาพปัญหาการใช้สารสนเทศมีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานสารสนเทศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) อาจเป็นไปได้ว่าการที่บุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพเขาศูนย์สนใจวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นขั้นตอน ได้แก่ การรวบรวมข้อมูล การรักษาข้อมูล การนำเสนอข้อมูลและการตรวจสอบข้อมูลอย่างต่อเนื่องมีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานสารสนเทศเพิ่มสูงขึ้น

การศึกษาครั้งนี้ความสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษดา กวินเรืองบุญ (2549)⁽²²⁾ ที่ศึกษาสภาพปัญหาและปัจจัยของการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเครือข่ายคอมพิวเตอร์ในการบริหารการศึกษาของโรงเรียนในสังกัด อัครสังฆมณฑลกรุงเทพมหานคร พบว่า ความต้องการและการไม่มีเครือข่ายคอมพิวเตอร์ในการสื่อสาร ($R^2 = 0.453$) การไม่มีแหล่งความรู้ในการค้นคว้าหาความรู้ของครูและนักเรียน ($R^2 = 0.734$) และการใช้คอมพิวเตอร์ในการติดตามผลการดำเนินงานต่างๆ ของโรงเรียน ($R^2 = 0.745$) มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและเครือข่ายคอมพิวเตอร์ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ สุวิชา ชูศรียิ่ง และวรรณชนก จันทรชุม

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

(2553)⁽²¹⁾ ที่พบว่า สภาพปัญหาด้านบุคคล คือ การมีอายุมากขึ้นมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อสมรรถนะการดำเนินงานการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของพยาบาลวิชาชีพ ($R = -0.307$)

จากผลการศึกษาดังกล่าวคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอควรส่งเสริมและจัดฝึกอบรมเกี่ยวกับระบบสารสนเทศด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการฝึกอบรมเพื่อตอบสนองนโยบายการดำเนินงานด้านสารสนเทศที่เปลี่ยนแปลง เช่น การจัดเก็บข้อมูลในระบบ 43

แฟ้ม และปรับปรุงระบบการดำเนินงานสารสนเทศ ประกอบด้วย การเก็บรวบรวม การประมวลผล การเก็บรักษา และการนำเสนอข้อมูล นอกจากนี้ควรมีนโยบายให้มีการกำหนดขั้นตอนหรือแนวทางปฏิบัติในการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมและเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานระบบสารสนเทศระดับเครือข่ายบริการสุขภาพให้สำเร็จลุล่วงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. วุทธิศักดิ์ โภชนกุล. **สังคมฐานความรู้ (Knowledge Based Society)**. URL. http://www.pochanukul.com/wp-content/uploads/2007/12/knowledge_based_society.pdf. สืบค้นเมื่อ วันที่ 1 กันยายน 2558.
2. สุทธินิ สีนวนแก้ว. “ห้องสมุดไอทีกับการจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้.” **วารสารวิทยบริการ**. 18(2) 2550 : 78 - 84.
3. อุเทน หาแก้ว. “การพัฒนาแบบบริหารจัดการยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดอุดรธานี.” **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. 9(1) , 2559 : 142 - 156
4. กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. **แผนแม่บทเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ฉบับที่ 3) ของประเทศไทย พ.ศ. 2557 - 2561**. URL. http://itc.ddc.moph.go.th/file/it_plan_58.pdf. สืบค้นเมื่อ วันที่ 13 กันยายน 2558.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. **แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพด้านสาธารณสุข จังหวัดพัทลุง พ.ศ. 2555 - 2559**. URL. <http://www.ptho.moph.go.th>. สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2558.
6. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง. **แผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ปี 2555 - 2559** คลปสอ. เขาชัยสน. พัทลุง, 2558.
7. Lowell Bryan. **Enduring Ideas: The 7-S Framework**. URL. http://www.mckinsey.com/insights/strategy/enduring_ideas_the_7-s_framework สืบค้นเมื่อ 5 กันยายน 2558.
8. ลามิน จันทรคามคำ. **สภาพการดำเนินงาน ความต้องการใช้ และแนวทางการพัฒนาข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสาธารณสุข ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสกลนคร**. วิทยานิพนธ์ การบริหารการศึกษา. สกลนคร : สถาบันราชภัฏสกลนคร, 2546.
9. ประภาพร บรรยงค์. **การพัฒนารูปแบบระบบสารสนเทศเพื่อใช้ในการบริหารงานสาธารณสุขระดับจังหวัด**. วิทยานิพนธ์ ศิลปะศาสตรมหาบัณฑิต. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2540.
10. นรสิงห์ แสงบัวเดือน. **สภาพและปัญหาการใช้สารสนเทศของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี** ลพบุรี สิงห์บุรี และชัยนาท. วิทยานิพนธ์ บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต. ลพบุรี : มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี, 2548.
11. ปาริชาติ ธงภักดี. **การศึกษาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารโรงพยาบาลศูนย์แม่ฮ่องสอน**. วิทยานิพนธ์ บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต. อุบลราชธานี : มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 2550.
12. ขนิษฐา รักชัยมณี. **ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารโรงพยาบาลชัยภูมิ**. วิทยานิพนธ์ ศิลปะศาสตรมหาบัณฑิต. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2544.
13. เพชรรัตน์ เริงกมล. **พฤติกรรมแสวงหาและการใช้สารสนเทศของแพทย์ พยาบาลและนักวิชาการทางการแพทย์ โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา**. วิทยานิพนธ์ ศิลปะศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2538.
14. เสริมสุข ธัญญะวัน. **สารสนเทศเพื่อการสนับสนุนการตัดสินใจของหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2542.
15. บุญชม ศรีสะอาด. **การวิจัยเบื้องต้น**. พิมพ์ครั้งที่ 9. สุวีริยาสาส์น กรุงเทพฯ, 2554.
16. สุวิต ผิวพันคำ. **การเสนอรูปแบบระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.

17. ชนภัทร จันทร์เพ็ง. การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการในโรงพยาบาลพล อำเภอดง จังหวัดขอนแก่น.วิทยานิพนธ์ ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีการศึกษา. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2544.
18. รัตนาภรณ์ หลุมเพ็ด. การใช้สารสนเทศของพยาบาลในกลุ่มโรงพยาบาลกรุงเทพภาคใต้.วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสารสนเทศศาสตร์. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2554.
19. กรแก้ว ธีรพงษ์สวัสดิ์, พระศักดิ์ ศรีฤาชา และคณะ. “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการระบบสารสนเทศด้านส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการจัดการระบบสารสนเทศด้านส่งเสริมสุขภาพใน โรงพยาบาลชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 6”. **วารสารวิจัย มข. (บศ.)**. 5(ฉบับพิเศษ) , 2548 : 141 - 149
20. วิไลลักษณ์ ไตรวงษ์. การวิเคราะห์องค์ประกอบที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบสารสนเทศสาธารณสุขด้านการบริหารโรงพยาบาล ในการบริการผู้ป่วย โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า : สภาพปัจจุบัน สภาพที่ยอมรับได้ และสภาพที่คาดหวัง.วิทยานิพนธ์ ปริญญาครุศาสตร์อุตสาหกรรมมหาบัณฑิต.กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี, 2547.
21. สุวิชา ชูศรีอิ่ง และวรรณชนก จันทชุม. “ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตตรวจราชการที่ 12”. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. 3(2) , 2553.a : 69 - 85
22. กฤษดา กวินบุญเรือง. การศึกษาสภาพปัญหาและปัจจัยของการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเครือข่ายคอมพิวเตอร์ในการบริหารการศึกษาของโรงเรียนในสังกัดองค์กรสังคมมวลกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ครุศาสตร์อุตสาหกรรมมหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี, 2549.

การศึกษาประสิทธิภาพอีเอ็มบอลในการบำบัดน้ำเสียจากภาวะน้ำท่วมขัง บ้านโพธิ์ตาก ตำบลนาแกม
อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

The Study of Efficacy Effective EM Ball for Wastewater Treatment from flooding in BanPhoTak,
Na Ngam Sub-District, Selaphum District, Roi Et Province

อรุณรัตน์ ปัญจะ กลิ่นเกษร¹, เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ¹

Arunrat Puncha Glingasom¹, Petcherut Sirisuwan¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการใช้อีเอ็มบอลในการบำบัดน้ำเสียจากภาวะน้ำท่วมขัง บ้านโพธิ์ตาก ตำบลนาแกม อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการศึกษาเชิงทดลอง และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษา พบว่า อีเอ็มบอลมีประสิทธิภาพในการบำบัดน้ำเสีย โดยก่อนการบำบัด ทั้ง 3 แห่ง น้ำมีความขุ่น 93.2, 39.6, 40.4 NTU หลังบำบัดด้วยอีเอ็มบอล ทำให้น้ำใสขึ้นในวันที่ 9 มีค่าเท่ากับ 133, 28.4, 34.9 NTU ค่า DO ก่อนบำบัดด้วยอีเอ็มบอล พบว่ามีค่า 8.8, 7.7, 7.5 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำผิวดิน หลังการบำบัด ค่า DO เพิ่มขึ้นในวันที่ 12 เป็น 12.2, 11.9, 11.6 แต่ไม่มีผลต่อค่าอุณหภูมิและค่า pH ผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาในการบำบัดที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่ออุณหภูมิของน้ำเสีย หลังการใช้อีเอ็มบอลพบว่าค่า pH มีความเป็นกรดเพิ่มขึ้น ค่า DO เพิ่มขึ้น และค่าความขุ่น ลดลงแต่มีบางช่วงที่ค่าความขุ่นเพิ่มขึ้น เนื่องจากควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องไม่ได้ ได้แก่ ฝนและการสัญจรของคนในชุมชน จากผลการประเมินความพึงพอใจของประชาชนต่อการใช้อีเอ็มบอลในการบำบัดน้ำเสีย พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.24 ± 0.26 โดยพบว่า ด้านระยะเวลา อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.39 ± 0.38 ด้านคุณภาพน้ำอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.36 ± 0.31 และด้านความสะอาดอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.91 ± 0.50
คำสำคัญ: อีเอ็มบอล, บำบัดน้ำเสีย, ภาวะน้ำท่วมขัง

Abstract

The research purposes aims to study the efficacy to use Effective Microorganism (EM) Ball for wastewater treatment from flooding in BanPhoTak ,Na Ngam Sub-District, Selaphum District, Roi-et Province. This study is experimental research and analyzed data with descriptive statistic. The study was found the results on the 9th day after throw EM Ball. The number of oxygen in water was increased (DO) on the 12th day but inefficient in terms of temperature and pH. It wasn't reducing of BOD. The study found that the different treatment times didn't affect the temperature of the three wastewaters. There was different pH after to use of EM Ball in three wastewaters. The increasing was result from EM Ball. After used of EM Ball for treatment in three wastewaters, BOD was likely increased. After used of EM Ball for the 3 areas, oxygen dissolved (DO) in water was likely to increase. EM Ball was used for wastewater treatment, turbidity of the water increased. The results had shown that the satisfaction in questionnaires of people to use EM Ball for wastewater treatment from flooding found that satisfaction on using EM Ball in wastewater treatment was the highest level, mean was 4.24 ± 0.26 found that for the period of wastewater treatment was at the highest level, mean water hygiene was 4.39 ± 0.38 . The quality of water had the highest level, mean was 4.36 ± 0.31 . And had the high level, mean was 3.91 ± 0.50

Keywords: EM Ball , wastewater treatment , flooding

¹ อาจารย์คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

บทนำ

พายุติเปรสชัน “เซินกา” (SONCA) ส่งผลให้น้ำยังระบายน้ำไม่ทัน ล้นตลิ่งไหลเข้าท่วมบ้านโพธิ์ตากและพื้นที่ทำการเกษตร เกิดปัญหาน้ำเน่าเสีย เกิดกลิ่นเหม็น สารพิษที่ปนเปื้อนในน้ำได้แพร่กระจายอย่างรวดเร็วเป็นบริเวณกว้างส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของคนในชุมชน ชีวิตความเป็นอยู่ ทัศนียภาพ ตลอดจนสภาวะจิตใจของผู้อาศัยอยู่ในพื้นที่เป็นอย่างมาก⁽¹⁾ จากรายงานสถานการณ์การเจ็บป่วยเนื่องมาจากภาวะน้ำท่วมขัง บ้านโพธิ์ตาก พบว่า มีผู้ป่วยมารับบริการเนื่องจากป่วยเป็นไข้หวัด จำนวน 47 ราย น้ำกัดเท้าจำนวน 37 ราย มีผื่นคันตามผิวหนัง จำนวน 35 ราย และป่วยเป็นโรคตาแดง จำนวน 3 ราย⁽²⁾ และปัญหาดังกล่าว ยังไม่มีหน่วยงานมาบรรเทาความเดือดร้อนจากปัญหาน้ำเน่าเสีย

การบำบัดน้ำเสียจากภาวะน้ำท่วมขังมีการเติมน้ำหมักจุลินทรีย์ลงในสระเก็บน้ำเพื่อแก้ปัญหาน้ำเสียจากน้ำท่วมขังเพื่อแก้ปัญหาน้ำมีกลิ่นเหม็นและนำกลับมาใช้ประโยชน์ได้อีกครั้ง⁽³⁾ และการวิจัยบำบัดน้ำท่วมขังจากการระบายน้ำในเขื่อนอุบลรัตน์ พบว่าวิธีการบำบัดเบื้องต้น ในพื้นที่น้ำเออะและให้โรงผลกลอรีนฆ่าเชื้อโรคที่เกิดจากการขังของน้ำพื้นที่น้ำคั้นให้ใช้เครื่องเติมออกซิเจนขนาดเล็ก ส่วนที่ระดับน้ำลึกให้ใช้วิธีทางชีวภาพ เช่น จุลินทรีย์บำบัดน้ำเสีย เพื่อเร่งให้เกิดกระบวนการตกตะกอนของสารอินทรีย์ในแหล่งน้ำโดยไม่ต้องพึ่งพาสารเคมีใด ๆ⁽⁴⁾

EM ย่อมาจาก Effective Microorganisms เป็นกลุ่มจุลินทรีย์ที่มีชีวิต และมีประสิทธิภาพมีลักษณะเป็นของเหลวสีน้ำตาล กลิ่นหวานอมเปรี้ยว ผลจากการนำน้ำสกัดชีวภาพมาผสมรวมกับกากน้ำตาล รำอ่อน รำแกล่ ทราข และน้ำสะอาดนำมาบ่มเป็นก้อนแล้วนำมาฝังในที่ร่ม จนแห้ง ช่วยปรับสภาพความสมดุลของสิ่งมีชีวิตและสิ่งแวดล้อมไม่เป็นอันตรายต่อสิ่งมีชีวิต⁽⁵⁾ การใช้โอเอ็มบอลจะเป็นการแก้ไขปัญหาคากตะกอนน้ำเสีย เพราะเมื่อทิ้งโอเอ็มบอลลงในแหล่งน้ำจะจมลงสู่ท้องน้ำ จุลินทรีย์ช่วยดูดคาร์บอนไดออกไซด์และไนโตรเจน จนเกิดการย่อยสลายอินทรีย์สารต่างๆ จากนั้นออกซิเจนก็จะเข้าไปแทนที่ ทำให้น้ำเน่าเสียลดลงโดย

น้ำที่ขุ่นก็จะเริ่มตกตะกอนภายใน 1 สัปดาห์ กลิ่นเหม็นก็จะลดลง⁽⁶⁾

การใช้น้ำสกัดชีวภาพหรือโอเอ็มบอลน้ำในการบำบัดน้ำเสียเป็นที่นิยมนอย่างมาก เนื่องจากสามารถผลิตขึ้นใช้เองได้ภายในชุมชนและยังเป็นวิธีที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม⁽⁷⁾ อย่างไรก็ตามการใช้น้ำสกัดชีวภาพโดยส่วนใหญ่สามารถทำงานได้เพียงแคบบริเวณผิวน้ำเท่านั้น ส่วนบริเวณท้องน้ำซึ่งมีกากตะกอนอยู่มากน้ำสกัดชีวภาพกลับไม่สามารถลงไปย่อยสลายได้ ดังนั้น จึงมีวิธีแก้ไขปัญหามาจากการใช้น้ำสกัดชีวภาพโดยมีการพัฒนามาเป็นโอเอ็มก้อนหรือที่เรียกว่า โอเอ็มบอล⁽⁸⁾

จากปัญหาดังกล่าวยังไม่มีความหน่วยงานใดเข้าไปช่วยเหลือ บรรเทาความเดือดร้อนของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากน้ำเน่าเสีย และยังไม่เคยมีหน่วยงานใดเลือกใช้การบำบัดน้ำเสียด้วยโอเอ็มบอล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งวิธีการบำบัดน้ำเสียจากภาวะน้ำท่วมขังด้วยการใช้โอเอ็มบอล เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการทำงานของโอเอ็มบอลและระยะเวลาในการบำบัดน้ำเสีย ผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปเป็นข้อมูลเพื่อพัฒนา ปรับปรุง และบำบัดคุณภาพน้ำของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการใช้โอเอ็มบอลในการบำบัดน้ำเสียจากภาวะน้ำท่วมขัง บ้านโพธิ์ตาก หมู่ที่ 6 ตำบลนางาม อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อตรวจประเมินคุณภาพน้ำเสียก่อนและหลังการใช้โอเอ็มบอลในการบำบัดน้ำเสียจากภาวะน้ำท่วมขัง บ้านโพธิ์ตาก หมู่ที่ 6 ตำบลนางาม อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของประชาชนต่อการใช้อเอ็มบอลในการบำบัดน้ำเสียจากภาวะน้ำท่วมขัง บ้านโพธิ์ตาก หมู่ที่ 6 ตำบลนางาม อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการใช้โอเอ็มบอลในการบำบัดน้ำเสียจากภาวะน้ำท่วมขัง บ้านโพธิ์ตาก หมู่ที่ 6 ตำบล

นางาม อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ตัวอย่างน้ำบริเวณน้ำท่วมขัง 3 แห่ง คือ น้ำท่วมขังในเขตบ้านเรือน, น้ำท่วมขังหลังโรงเรียน, น้ำท่วมขังในถนนทางทิศเหนือของหมู่ที่ 6 และประเมินความพึงพอใจจากการใช้อีเอ็มบอลในการบำบัดน้ำเสียโดยสุ่มแบบเจาะจงจากประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจากภาวะน้ำท่วมขังรอบพื้นที่ทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย การตรวจประเมินคุณภาพน้ำทางกายภาพ และทางเคมี คือ ตัวอย่างน้ำบริเวณน้ำท่วมขัง 3 แห่ง คือ น้ำท่วมขังในเขตบ้านเรือน, น้ำท่วมขังหลังโรงเรียน, น้ำท่วมขังในถนนทางทิศเหนือของหมู่ที่ 6 และสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ในประชาชนรอบพื้นที่ 3 แห่งที่ได้รับผลกระทบจากภาวะน้ำท่วมขังตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อประสิทธิภาพการใช้อีเอ็มบอลในการบำบัดน้ำเสียจากภาวะน้ำท่วมขัง บ้านโพธิ์ตาก หมู่ที่ 6 ตำบลนางาม อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 11 ครัวเรือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการตรวจวัดคุณภาพน้ำทางกายภาพ และทางเคมี

1.1 การตรวจวัดคุณภาพน้ำทางกายภาพ ตรวจสอบค่าความขุ่นของน้ำ ใช้เครื่อง Turbidity Meter แบบพกพา รุ่น TN 100 และตรวจสอบค่าอุณหภูมิ ใช้ Thermometer

1.2 การตรวจวัดคุณภาพน้ำทางเคมี ตรวจสอบค่า pH ใช้เครื่อง Portable pH Meter รุ่น ST300, ตรวจสอบค่า BOD ใช้เครื่องวัด BOD Lovibond รุ่น BD600 วัดค่า BOD₅, ตรวจสอบค่า DO ใช้เครื่องวัด DO Hanna รุ่น HI9147

1.3 อีเอ็มบอล ในการประยุกต์ใช้อีเอ็มในการวิจัย เป็นสูตรที่อ้างอิงมาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดมีส่วนผสมดังนี้⁽⁹⁾ หัวเชื้อ EM 1 ลิตร, กากน้ำตาล 2 กิโลกรัม, น้ำสะอาด 40 ลิตร, รำอ่อน 20 กิโลกรัม, รำแก่ 20 กิโลกรัม, ทราย 40 กิโลกรัม โดยเทหัวเชื้อ กากน้ำตาล น้ำสะอาด กวนให้เข้ากันและนำรำอ่อน รำแก่ ทราย ผสมให้เข้ากัน เติมน้ำหัวเชื้อที่ผสมกับกากน้ำตาลและน้ำเรื่อยๆ จน

ป็นก้อนได้ ทั้งไว้ในร่ม 2-3 วัน ให้จุลินทรีย์เจริญเติบโตเต็มที่ จะสังเกตมีฝ้าสีขาวเกิดขึ้น

2. แบบประเมินความพึงพอใจต่อประสิทธิภาพการใช้อีเอ็มบอลในการบำบัดน้ำเสียจากภาวะน้ำท่วมขัง

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษาสถานการณ์น้ำท่วม บ้านโพธิ์ตาก หมู่ที่ 6 ตำบลนางาม อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด และติดต่อประสานกับสารวัตรกำนัน เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย 15 สิงหาคม 2560

2. เก็บตัวอย่างน้ำท่วมขังและตรวจคุณภาพน้ำ 18 กันยายน 2560 โดยวัดค่าความขุ่น, อุณหภูมิ, pH, BOD, DO

3. ทำการโยนอีเอ็มบอล 18 กันยายน 2560 และตรวจคุณภาพน้ำหลังโยนอีเอ็มบอลได้ 3, 6, 9, 12 และ 15 วัน

4. สักส่วนการคำนวณน้ำหนักอีเอ็มบอลต่อปริมาตรน้ำท่วม ใช้สัดส่วน 200 กรัม ต่อน้ำท่วมขัง 1 ลูกบาศก์เมตร

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows version 21 ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์โดยค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)

การแปลผล

การประเมินคุณภาพน้ำเสียก่อนและหลังการใช้อีเอ็มบอลในการบำบัดน้ำเสียจากภาวะน้ำท่วมขัง บ้านโพธิ์ตาก หมู่ที่ 6 ตำบลนางาม อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด คัดแปลงมาจากแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลภาคสนามในการเก็บตัวอย่างน้ำ⁽¹⁰⁾ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อประสิทธิภาพการใช้อีเอ็มบอลในการบำบัดน้ำเสียจากภาวะน้ำท่วมขัง กำหนดค่าของตัวแปรเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) เลือกตอบ 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) หลักเกณฑ์แบ่งระดับความพึงพอใจ เป็น 5 ระดับ คะแนนเฉลี่ย 4.24 – 5.00 ระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.43 – 4.23 ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.62 – 3.42 ระดับปานกลาง คะแนน

เฉลี่ย 1.81 – 2.61 ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 ระดับน้อยที่สุด

ผลการวิจัย

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพน้ำก่อนและหลังการใช้โอเอ็มบอลในการบำบัดน้ำเสียและระยะเวลาในการบำบัดน้ำเสียจากภาวะน้ำท่วมขัง บ้านโพธิ์ตาก หมู่ที่ 6 ตำบลนางาม อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

แสดงในตารางที่ 1 โดยพบว่า

น้ำท่วมขังในเขตบ้านเรือน ก่อนและหลังการใช้โอเอ็มบอลในการบำบัดน้ำเสีย และระยะเวลาในการบำบัดน้ำเสียจากภาวะน้ำท่วมขัง บ้านโพธิ์ตาก หมู่ที่ 6 ตำบลนางาม อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ค่าอุณหภูมิ ก่อนการบำบัดน้ำเสียด้วยการใช้โอเอ็มบอล มีค่าเท่ากับ 35 องศา

เซลเซียส ซึ่งหลังการใช้โอเอ็มบอล น้ำเสียมีค่าอุณหภูมิไม่แตกต่างจากอุณหภูมิธรรมชาติซึ่งอุณหภูมิมีความเปลี่ยนแปลงตามสภาพอากาศ ส่วนค่า pH ก่อนการบำบัดน้ำเสียด้วยการใช้โอเอ็มบอล มีค่าเท่ากับ 7.27 ซึ่งหลังการใช้โอเอ็มบอลน้ำเสีย มีค่าลดลงแต่ยังอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพแหล่งน้ำผิวดิน ค่า DO ก่อนการใช้อเอ็มบอล มีค่าเท่ากับ 8.8 มิลลิกรัมต่อลิตร หลังการใช้โอเอ็มบอล น้ำเสียมีค่า DO เพิ่มขึ้นมากที่สุดในวันที่ 15 มีค่าเท่ากับ 14.1 มิลลิกรัมต่อลิตร แสดงให้เห็นว่าน้ำมีคุณภาพดีขึ้น ค่าความขุ่น ก่อนการใช้อเอ็มบอล มีค่าเท่ากับ 93.2 เอ็นทียู ซึ่งหลังการใช้โอเอ็มบอล น้ำเสียมีค่าความขุ่นเริ่มลดลงในวันที่ 9 ซึ่งมีค่าเท่ากับ 133 เอ็นทียู และลดต่ำลงมากที่สุดในวันที่ 15 ซึ่งมีค่าเท่ากับ 96.5 เอ็นทียู

ตาราง 1 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพน้ำก่อนและหลังการใช้โอเอ็มบอล และระยะเวลาในการบำบัดน้ำเสียจากภาวะน้ำท่วมขัง บ้านโพธิ์ตาก หมู่ที่ 6 ตำบลนางาม อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด น้ำท่วมขังในเขตบ้านเรือน

ระยะเวลาการใช้โอเอ็มบอลในการบำบัดน้ำเสีย	ค่าอุณหภูมิ (°C) (๕°)	ค่า pH (5.00-9.00)	ค่า DO (mg/L) (>4.0)	ค่าความขุ่น (NTU)
ก่อนการบำบัดน้ำเสีย	35	7.27	8.8	93.2
วันที่ 3 (18 ก.ย. 60)	36	7.04	7.5	47.5
วันที่ 6 (24 ก.ย. 60)	35	7.53	6.5	170
วันที่ 9 (27 ก.ย. 60)	33	6.46	6.7	133
วันที่ 12 (30 ก.ย. 60)	34	6.41	12.2	97.9
วันที่ 15 (3 ต.ค. 60)	34	6.68	14.1	96.5

หมายเหตุ : ๕° อุณหภูมิของน้ำจะต้องไม่สูงกว่าอุณหภูมิตามธรรมชาติเกิน 3 องศาเซลเซียส

น้ำท่วมขังหลังโรงเรียน ก่อนและหลังการใช้โอเอ็มบอลในการบำบัดน้ำเสีย และระยะเวลาในการบำบัดน้ำเสียจากภาวะน้ำท่วมขัง บ้านโพธิ์ตาก หมู่ที่ 6 ตำบลนางาม อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ค่าอุณหภูมิ ก่อนและหลังการใช้โอเอ็มบอลน้ำเสีย มีค่าอุณหภูมิแตกต่างกันและมีอุณหภูมิไม่แตกต่างจากสภาพอากาศธรรมชาติซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำผิวดิน ค่า pH ก่อนการใช้อเอ็มบอล มีค่าเท่ากับ 6.97 ซึ่งหลังการใช้โอเอ็มบอลมีค่า pH ลดต่ำลงแต่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำ

ผิวดิน ค่า DO ก่อนการบำบัดน้ำเสียด้วยการใช้อเอ็มบอล มีค่าเท่ากับ 7.7 มิลลิกรัมต่อลิตร ซึ่งหลังการใช้โอเอ็มบอล มีค่า DO เพิ่มขึ้นมากที่สุดในวันที่ 15 มีค่าเท่ากับ 13.2 มิลลิกรัมต่อลิตร แสดงให้เห็นว่าน้ำมีคุณภาพดีขึ้นค่าความขุ่น ก่อนการใช้อเอ็มบอล มีค่าเท่ากับ 39.6 เอ็นทียู ซึ่งหลังการใช้โอเอ็มบอลน้ำเสียมีค่าความขุ่นเริ่มลดต่ำลงในวันที่ 3 และมีค่าความขุ่นลดต่ำลงมากที่สุดในวันที่ 15 มีค่าเท่ากับ 27.1 เอ็นทียู

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพน้ำก่อนและหลังการใช้อีเอ็มบอลและระยะเวลาในการบำบัดน้ำเสียจากภะวะน้ำท่วมขัง บ้านโพธิ์ตาก หมู่ที่ 6 ตำบลนางาม อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด น้ำท่วมขังหลังโรงเรียน

ระยะเวลาการใช้อีเอ็มบอลในการ บำบัดน้ำเสีย	ค่าอุณหภูมิ (°C) (๖°)	ค่า pH (5.00-9.00)	ค่า DO (mg/L) (>4.0)	ค่าความขุ่น (NTU)
ก่อนการบำบัดน้ำเสีย	34	6.97	7.7	39.6
วันที่ 3 (18 ก.ย. 60)	35	7.19	8.5	38.8
วันที่ 6 (24 ก.ย. 60)	34	8.00	6.6	38.5
วันที่ 9 (27 ก.ย. 60)	34	6.66	7.2	28.4
วันที่ 12 (30 ก.ย. 60)	33	6.54	11.9	27.3
วันที่ 15 (3 ต.ค. 60)	33	6.90	13.2	27.1

หมายเหตุ : ๖° อุณหภูมิของน้ำจะต้องไม่สูงกว่าอุณหภูมิตามธรรมชาติเกิน 3 องศาเซลเซียส

น้ำท่วมขังในถนนทางทิศเหนือของหมู่ที่ 6 ก่อนและหลังการใช้อีเอ็มบอลในการบำบัด น้ำเสียและระยะเวลาในการบำบัดน้ำเสียจากภะวะน้ำท่วมขัง บ้านโพธิ์ตาก หมู่ที่ 6 ตำบลนางาม อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ค่าอุณหภูมิ ก่อนการใช้อีเอ็มบอล และหลังการใช้อีเอ็มบอล มีค่าอุณหภูมิไม่แตกต่างจากสภาพอากาศตามธรรมชาติและอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพแหล่งน้ำผิวดิน ค่า pH ก่อนการใช้อีเอ็มบอล มีค่าเท่ากับ 7.50 ซึ่งหลังการใช้อีเอ็มบอล น้ำเสียมีค่า pH ลด

ต่ำลงแต่ยังอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำผิวดิน ค่า DO ก่อนการใช้อีเอ็มบอล มีค่าเท่ากับ 7.5 มิลลิกรัมต่อลิตร ซึ่งหลังการใช้อีเอ็มบอลน้ำเสีย มีค่า DO เพิ่มขึ้นมากที่สุดในวันที่ 15 มีค่าเท่ากับ 12.8 มิลลิกรัมต่อลิตร แสดงให้เห็นว่าน้ำมีคุณภาพดีขึ้น ค่าความขุ่น ก่อนการใช้อีเอ็มบอล มีค่าเท่ากับ 40.4 เอ็นทียู ซึ่งหลังการใช้อีเอ็มบอลน้ำเสีย มีค่าความขุ่นลดต่ำลงมากที่สุดในวันที่ 15 ซึ่งมีค่าเท่ากับ 32.4 เอ็นทียู

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพน้ำก่อนและหลังการใช้อีเอ็มบอลและระยะเวลาในการบำบัดน้ำเสียจากภะวะน้ำท่วมขัง บ้านโพธิ์ตาก หมู่ที่ 6 ตำบลนางาม อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด น้ำท่วมขังในถนนทางทิศเหนือของหมู่ที่ 6

ระยะเวลาการใช้อีเอ็มบอลในการ บำบัดน้ำเสีย	ค่าอุณหภูมิ (°C) (๖°)	ค่า pH (5.00-9.00)	ค่า DO (mg/L) (>4.0)	ค่าความขุ่น (NTU)
ก่อนการบำบัดน้ำเสีย	31	7.50	7.5	40.4
วันที่ 3 (18 ก.ย. 60)	32	7.05	8.3	53.9
วันที่ 6 (24 ก.ย. 60)	30	7.60	7.6	97.8
วันที่ 9 (27 ก.ย. 60)	32	6.86	6.8	34.9
วันที่ 12 (30 ก.ย. 60)	33	6.93	11.6	33.5
วันที่ 15 (3 ต.ค. 60)	32	7.12	12.8	32.4

หมายเหตุ : ๖° อุณหภูมิของน้ำจะต้องไม่สูงกว่าอุณหภูมิตามธรรมชาติเกิน 3 องศาเซลเซียส

ผลการประเมินความพึงพอใจของประชาชนต่อการ ใช้อีเอ็มบอลบำบัดน้ำเสียจากภาชนะน้ำท่วมขัง บ้านโพธิ์ตาก หมู่ที่ 6 ตำบลนางาม อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

พบว่า ความพึงพอใจของประชาชนต่อการใช้อีเอ็มบอลในการบำบัดน้ำเสียจากภาชนะน้ำท่วมขัง บ้านโพธิ์ตาก หมู่ที่ 6 ตำบลนางาม อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยภาพรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.22 โดยพบว่า ด้านระยะเวลาอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.39

ข้อเสนอแนะจากแบบประเมินความพึงพอใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างอยากให้มีการมาบำบัดน้ำเสียอีก เพราะหลังจากการบำบัดน้ำเสียด้วยอีเอ็มบอล พบว่า สีของน้ำใสขึ้น กลิ่นเหม็นลดลง เมื่อสัมผัสกับน้ำแล้วไม่ระคายเคืองผิวหนัง สิ่งมีชีวิตในน้ำสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ อยากให้มีการขยายพื้นที่ในการบำบัดน้ำเสียให้ครอบคลุมทั่วทั้งหมู่บ้าน ต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาช่วยเหลือในการบำบัดน้ำเสียจากภาชนะน้ำท่วมขัง โดยการใช้อีเอ็มบอลในการบำบัดน้ำเสียในปีต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษา ระยะเวลาในการบำบัดที่แตกต่างกันไม่มีผลต่ออุณหภูมิของน้ำเสียทั้ง 3 แห่ง เนื่องจากกระบวนการหมักในน้ำไม่ทำให้อุณหภูมิสูงขึ้นเหมือนกับกระบวนการหมักของแข็ง สอดคล้องกับการศึกษา การบำบัดน้ำเสียด้วยอีเอ็มก้อน : กรณีศึกษาน้ำเสียตัวอย่างจากคลองแสนแสบ⁽⁸⁾ อย่างไรก็ตาม ค่าอุณหภูมิของน้ำทั้ง 3 แห่ง ยังอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานน้ำผิวดินที่กำหนด คือ ไม่แตกต่างจากอุณหภูมิมาตรฐาน 3 องศาเซลเซียส⁽¹¹⁾ และมีค่า pH มีค่าความเป็นกรดเพิ่มขึ้นเป็นผลมาจากการเติมสารบำบัดอีเอ็มบอล เนื่องจากตัวบำบัดอีเอ็มบอลไม่ว่าจะเป็นชนิดน้ำหรือชนิดแห้งจะมีความเป็นกรดอยู่ในตัว อาจส่งผลให้ค่า pH ของน้ำทั้ง 3 แห่ง ที่เติมอีเอ็มบอลมีความแตกต่างในแต่ละพื้นที่ที่ทำการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษา การบำบัดน้ำเสียด้วยอีเอ็มก้อน : กรณีศึกษาน้ำเสียตัวอย่างจากคลองแสนแสบ⁽⁸⁾ อย่างไรก็ตาม ค่าความเป็นกรด-ด่างของน้ำ แต่ละพื้นที่ยังอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานน้ำผิวดินที่กำหนด คือ 5.00–9.00⁽¹¹⁾ ค่า DO หลังการใช้อีเอ็มบอลในการบำบัดน้ำเสียทั้ง 3 แห่ง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

เป็นผลมาจากการเติมสารบำบัดอีเอ็มบอลลงไปในน้ำ ซึ่งเป็นวิธีการบำบัดน้ำด้วยการใช้จุลินทรีย์ที่สามารถสังเคราะห์แสงได้ และปลดปล่อยออกซิเจนได้ ทำให้มีค่าออกซิเจนที่ละลายอยู่ในน้ำมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น⁽¹²⁾ อย่างไรก็ตาม ค่า DO ในน้ำทั้ง 3 แห่ง อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานน้ำผิวดินที่กำหนด คือ มีค่าไม่ต่ำกว่า 4 มิลลิกรัมต่อลิตร⁽¹¹⁾ ค่าความขุ่นของน้ำหลังการใช้อีเอ็มบอลในการบำบัดน้ำเสียทั้ง 3 แห่ง มีแนวโน้มลดลงแต่มีบางช่วงที่ค่าความขุ่นเพิ่มขึ้น เนื่องมาจากควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องไม่ได้ ได้แก่ สภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลงมีฝนตกลงมา และมีการสัญจรไปมาของ คนในชุมชนทำให้ความขุ่นของน้ำเพิ่มมากขึ้น⁽¹³⁾ อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ได้วัดค่า BOD ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างก่อนการบำบัดด้วยอีเอ็มบอลและหลังการบำบัดด้วยอีเอ็มบอล ผู้วิจัยวิเคราะห์ค่าบีโอดี ด้วยเครื่องวิเคราะห์ บีโอดี ยี่ห้อ โลวบอนด์ บ่มในตู้ควบคุมอุณหภูมิ 20 องศา เป็นเวลา 5 วัน

ผลการประเมินความพึงพอใจ จากผลการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.22 โดยพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจมากที่สุด คือ ด้านระยะเวลา มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.39 รองลงมา ด้านคุณภาพน้ำ มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.36 และด้านที่มีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ ด้านความสะดวก มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.91 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาการจัดการระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข ในเขตภาคกลาง จากผลการทดลองพบว่า ประชาชนมีค่าความพึงพอใจต่อผลการดำเนินงานการบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.5, 3.7, 3.3 และ 3.6 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5⁽¹⁴⁾ ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

ควรเพิ่มการเติมอากาศโดยตรงด้วยวิธีใช้กังหันเติมอากาศ หรือเครื่องเติมอากาศ และมีเครือข่ายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาบำบัดน้ำเสียหลายๆ วิธีร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. สมพร หาญบัวแก้ว. **สัมภาษณ์**. สารวัตรกำนัน. บ้านโพธิ์ตาก หมู่ที่ 6 ตำบลนางาม อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. 18 สิงหาคม 2560.
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางาม. รายงานสถานการณ์โรค. ฐานข้อมูล Hos xp. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางาม จังหวัดร้อยเอ็ด, 2560.
3. วรัญญา นันตาแก้ว. **น้ำหมักจุลินทรีย์บำบัดน้ำเสียจากน้ำท่วมขัง**. http://thainews.prd.go.th/website_th/news/print_news/WNSOC6008180010138. สืบค้นเมื่อ 25 สิงหาคม 2560.
4. ชัชชาย แจ่มใส. **บำบัดน้ำท่วมขังจากการระบายน้ำในเขื่อนอุบลรัตน์**. <https://parunnews.wordpress.com/2011/11/17/em15/>. สืบค้นเมื่อ 25 สิงหาคม 2560.
5. สถาบันส่งเสริมเกษตรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. **คู่มือ การประยุกต์ใช้ EM**. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ก.พล (1996), 2553.
6. อุดมลักษณ์ เวียงงาม. มารู้จัก EM ball กันเถอะ. **วารสารกรมวิทยาศาสตร์บริการ**. ปีที่ 60 ฉบับที่ 188: 43, 2555.
7. บุญรัตน์ การะโชควงศ์. จุลินทรีย์บำบัดน้ำเสียในแหล่งน้ำ. **วารสารเพื่อการวิจัยและพัฒนา องค์การเกษตรกรรม**. ปีที่ 19: 25-26, 2555.
8. อธิระ รัชชาน. การบำบัดน้ำเสียด้วยอีเอ็มก้อน: กรณีศึกษาน้ำเสียตัวอย่างจากคลองแสนแสบ. **วารสารวิจัย มสค สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี**. ปีที่ 6 (ฉบับที่ 2): 153-168, 2556.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. **ส่วนประกอบอีเอ็มบอล**. [https:// http://sasuk101.net/](https://http://sasuk101.net/). สืบค้นเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2560.
10. กรมควบคุมมลพิษ. **“คู่มือการดำเนินการติดตามตรวจสอบคุณภาพน้ำแหล่งน้ำผิวดิน”**. http://www.pcd.go.th/info_serv/documents/FreshWaterSampling57.pdf. ค้นเมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2560.
11. กรมควบคุมมลพิษ. **“มาตรฐานคุณภาพน้ำแหล่งน้ำผิวดิน”**. http://www.pcd.go.th/info_serv/reg_std_water05.html. สืบค้นเมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2560.
12. อานัฐ ดันโช. **“แนวคิด หลักการ เทคนิคปฏิบัติในประเทศไทย เกษตรธรรมชาติประยุกต์”**. <http://www.maejonaturalfarming.org.2554>. สืบค้นเมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2560.
13. สุพจน์ หารหนองบัว และคณะ. **“ผลทดสอบประสิทธิภาพ อีเอ็ม ในการบำบัดน้ำเสียในแหล่งน้ำท่วมขัง”**. http://www.dmr.go.th/ewtdmim/ewtdmr_web/ewtdm_news.php. สืบค้นเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2560.
14. สุรเดช ประดิษฐ์บาทูทา และคณะ. **การจัดการระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุขในเขตภาคกลาง**. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547.

การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2559

Influenza surveillance system in Kalasin hospital of public health ministry in 2016

ไพรัตน์ สงคราม¹, สุรเชษฐ์ ภูววรรณ², วุฒิพงษ์ ฌารวิพัฒน์¹, พรทิพา ถาวงศ์กลาง²

Pairutn Songkram¹, Surachate Pulawun², Wuthipong Kanviputn¹, Porntiwa Thawongklang²

บทคัดย่อ

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อประเมินคุณลักษณะเชิงคุณภาพ และคุณลักษณะเชิงปริมาณ ของระบบเฝ้าระวัง

ผลการศึกษา พบว่าค่าความไวของระบบเฝ้าระวัง (Sensitivity) ได้ 0.88% (95%CI=0.70%-1.11%) ค่าพยากรณ์ผลบวก (Positive Predictive Value) ได้ 51.05% (95%CI=42.56%-59.49%) ความทันเวลาระบบเฝ้าระวังโรคได้ 100.00% คุณภาพของข้อมูลด้านความครบถ้วนของข้อมูล มีความครบถ้วน 100.00% พบว่า มีความง่าย ความยืดหยุ่น และส่วนใหญ่มีความยอมรับว่าเป็นโรคที่สำคัญ มีความยั่งยืนและมีการใช้ประโยชน์จากข้อมูล

สรุปและวิจารณ์ จากการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ของโรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งคุณลักษณะเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่าค่าความไว ค่าพยากรณ์บวกอยู่ในระดับต่ำ แต่ในเรื่อง ความถูกต้อง ครบถ้วน ความทันเวลา การเป็นตัวแทน ความยืดหยุ่น ความยอมรับ ความยั่งยืน และการใช้ประโยชน์จากระบบการเฝ้าระวังอยู่ในเกณฑ์ดี จึงควรมีการปรับปรุงและพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคโดยเร็ว

คำสำคัญ: การประเมินระบบเฝ้าระวัง, โรคไข้หวัดใหญ่, โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข, กาฬสินธุ์

Abstract

The purposes of this study were to monitor the efficiency of surveillance system, to know disease surveillance and to improve surveillance system.

Results: The study found that the sensitivity of surveillance system was 0.88% (95%CI=0.70%-1.11%), positive predictive value was 51.05 % (95%CI=42.56%-59.49%), timeliness of surveillance system was 100%, data completeness was 100% . Surveillance system has usefulness, acceptability, simplicity, flexibility and stability.

Discussions and Conclusion: The result of influenza surveillance system assessment of hospitals in Kalasin revealed that sensitivity and predictive value positive were in low level. Timeliness and completeness were high level. Surveillance system was useful but report was rare and error. Therefore, influenza surveillance system should be improved rapidly.

Keywords: Surveillance system, Influenza, Hospitals of public health ministry, Kalasin

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

² โรงพยาบาลมั่งงั่ง อำเภอเมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

โรคไข้หวัดใหญ่ (influenza virus) เป็นการติดเชื้อไวรัสที่ระบบทางเดินหายใจแบบเฉียบพลัน เป็นโรคที่สำคัญที่สุดโรคหนึ่งในกลุ่มโรคติดต่ออุบัติใหม่และโรคติดต่ออุบัติซ้ำและเกิดการระบาดใหญ่ทั่วโลกมาแล้วหลายครั้ง โรคโรคไข้หวัดใหญ่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย เนื่องจากมีการพบเชื้อนี้แพร่กระจายอยู่ทั่วไปทุกภูมิภาค จากรายงานสถานการณ์เกิดโรคไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย ปี 2559 พบว่า ผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ ณ วันที่ 6 ม.ค. 2560 จำนวน 169,264 ราย อัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 258.71 ผู้ป่วยเสียชีวิต 44 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.16 ในปี 2558 ณ วันที่ 29 ธันวาคม 2558 พบผู้ป่วยจำนวน 75,114 ราย ผู้ป่วยเสียชีวิต 28 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.03 ซึ่งในปี 2559 พบผู้ป่วยมากกว่าปี 2558 เท่ากับ 2.25 เท่าในช่วงเดียวกัน และพบผู้เสียชีวิตในปี 2559 สูงกว่าปี 2558 เท่ากับ 1.57 เท่าในช่วงเดียวกัน⁽¹⁾

สำหรับสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ของอำเภอในเขตพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2559 พบผู้ป่วย 164 ราย อัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 16.53 จำนวนผู้ป่วยสูงกว่าปี 2558 พบผู้ป่วย 33 ราย อัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 3.35 ซึ่งในปี 2559 พบผู้ป่วยมากกว่าปี 2558 เท่ากับ 4.93 เท่าในช่วงเดียวกัน และไม่มีผู้เสียชีวิต

จากรายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มาด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ทั้งหมด ปี 2555-2559 มีผู้ป่วย 92, 49, 124, 33 และ 164 ราย ตามลำดับ และมีอัตราป่วยเท่ากับ 9.08, 4.74, 12.77, 3.35 และ 16.53 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับเวชระเบียน ที่ถูกวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ (J10 – J11) พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมาก และประกอบกับจำนวนผู้ป่วยไม่ตรงกับกรรายงาน 506 คณะผู้ศึกษาจึงได้ดำเนินการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค เงื่อนไขและปัจจัยแห่งความสำเร็จของการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ของโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัด

กาฬสินธุ์ เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ของจังหวัดกาฬสินธุ์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาขั้นตอนการรายงานโรคไข้หวัดใหญ่ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษาคุณลักษณะเชิงคุณภาพของระบบเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ ความยอมรับ (Acceptability) ความง่าย (Simplicity) ความยืดหยุ่น (Flexibility) ความมั่นคง (Stability) และการใช้ประโยชน์ (Usefulness)

3. เพื่อศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณของระบบเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ ค่าความไว (Sensitivity) ค่าพยากรณ์บวก (Predictive value positive) ความทันเวลา (Timeliness) ความเป็นตัวแทน (Representativeness) และคุณภาพของข้อมูล (Data quality)

4. เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อประเมินคุณลักษณะเชิงคุณภาพ (Qualitative study) และคุณลักษณะเชิงปริมาณ (Quantitative study) ผู้ป่วยที่มารับการรักษาโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรคที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza) เลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) เมลิออยโดซิส (Meliodosis) หัด (Measle) ปอดบวม (Pneumonia) มาลาเรีย (Malaria) scrub typhus (Scrubtyphus) ไข้เด็งกี (Dengue fever) อีสุกอีใส (Chickenpox) ไทฟอยด์ (Typhoid) ไข้ไม่ทราบสาเหตุ (FUO) และผู้ป่วยกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (ILI) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2559

ทำการสุ่มโรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์โดยวิธี Stratified random sampling ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 10 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป ขนาด S จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายขนาด M2 จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาด F1 จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 จำนวน 5 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก F3 จำนวน 2 แห่ง

เลือกเวชระเบียนมาทบทวนทั้งหมด 4,239 ฉบับ แบ่งเป็นกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (ILI) รหัส J00, J029, J069, J09 จำนวน 707 ฉบับ ส่วนเวชระเบียน รหัส A27 Leptospirosis, A24 Melioidosis, A75.3 Scrub Typhus, A90 Dengue fever, B50-B54 Malaria J10, J11 Influenza, B05, B06 Measle, J12-18 Pneumonia, B01, B02 Chickenpox และ A010 Typhoid จำนวน 3,532 ฉบับ เลือกมาทำการทบทวน 2,490 ฉบับ ส่วน รหัส R509 (FUO) จำนวนขนาดตัวอย่าง และทำการสุ่มเลือก โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จำนวน 1,042 ฉบับ ตามสูตรดังนี้

$$n_0 = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

n_0 = ขนาดตัวอย่างจากประชากรไม่จำกัด

$Z_{\alpha/2} = 1.96$

p = ค่าสัดส่วนที่ประมาณ (ค่าระหว่าง 0 ถึง 1)

$q = 1-p$

d = ค่าคลาดเคลื่อนจาก p ที่ยอมรับได้

$$\text{แทนค่า } n_0 = \frac{1.96^2 \cdot 0.040 \cdot 0.096}{0.012^2}$$

$n_0 = 1,042$

โดย $Z_{\alpha/2} = 1.96$

$p = 0.040$ ($p_1 + p_2$)

$p_1 = 0.127$ คือ ร้อยละของผู้ที่ป่วยเป็นโรค Influenza ในกลุ่มที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรค FUO⁽²⁾

$p_2 = 0.312$ คือ ร้อยละของผู้ที่ป่วยเป็นโรค Influenza ที่ถูกรายงานในระบบ R506⁽³⁾

$q = 0.096$

$d = 0.012$

สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบและผู้เกี่ยวข้องในระบบ เฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่เป็นรายบุคคล โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ตามแนวทางของ

แบบสัมภาษณ์ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผล โดยวิธี Content Analysis จากเจ้าหน้าที่ระดับวิทยา เจ้าหน้าที่เวชสถิติ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ระดับวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามและสัมภาษณ์
2. บันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. คุณลักษณะเชิงปริมาณ

ค่าความไว (Sensitivity), ค่าพยากรณ์บวก

(Predictive value positive) พบว่า ค่าความไวของระบบเฝ้าระวัง (Sensitivity) ได้ 0.88% (95%CI=0.70%-1.11%) ค่าพยากรณ์ผลบวก (Positive Predictive Value) ได้ 51.05% (95%CI=42.56%-59.49%)

การเป็นตัวแทน (Representativeness) ระบบเฝ้าระวัง จากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ในโรงพยาบาลและข้อมูล 506 ไม่ตรงกันในเรื่องอายุ จึงไม่สามารถสามารถเป็นตัวแทนระบบเฝ้าระวังโรคได้

คุณภาพข้อมูล (Completeness and Accuracy) จาก

รายงาน 506 เทียบกับเวชระเบียน พบว่า ผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ 73 ราย มีการลงข้อมูลครบถ้วน (เพศ, อายุ, ที่อยู่, วันเริ่มป่วย และวันพบผู้ป่วย) ที่มีค่าถูกต้องตรงกับข้อเท็จจริงในผู้ป่วยแต่ละราย ร้อยละ 100 ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก

ความทันเวลา (Timeliness) ของระบบเฝ้าระวัง พบ

การรายงานภายใน 3 วัน ร้อยละ 98.63 พบการรายงานภายใน 7 วัน ร้อยละ 1.37 ซึ่งอยู่ในระดับดี

2. คุณลักษณะเชิงคุณภาพ

ความง่ายของระบบเฝ้าระวัง (Simplicity) มี

ขั้นตอนการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบและไม่ซับซ้อน โปรแกรมที่ใช้ในระบบรายงาน มี 2 โปรแกรม คือ โปรแกรม Hosxp และ โปรแกรม R506 ส่วนการแจ้งโรคออนไลน์ใช้ Line group ชื่อ SRRT KALASIN เพื่อแจ้งเตือนทีม SRRT ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ เมื่อพบผู้ป่วยยืนยัน โดยแพทย์ พยาบาลประจำแผนกจะประสานงานเพื่อแจ้งนักระบาดวิทยา ผ่านโทรศัพท์หรือโปรแกรมไลน์ อีกทั้ง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

ข้อมูลผู้ป่วยจะถูกบันทึกในโปรแกรมของโรงพยาบาล (Hosp/Medee soft) ซึ่งนักระบาดวิทยาจะดึงข้อมูลเข้าโปรแกรมรายงาน 506 และรายงานให้งานระบาดวิทยา สสจ. นักระบาดวิทยาประจำ สสอ. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามพื้นที่ ที่พบผู้ป่วยให้ทราบผ่านทางโทรศัพท์หรือโปรแกรมไลน์ เพื่อดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรค ส่วนการรายงานผู้ป่วยจากพยาบาลทุกแผนก ง่าย สะดวก และรวดเร็ว

ความยืดหยุ่นของระบบเฝ้าระวัง (Flexibility)

ส่วนใหญ่มีบุคลากรที่สามารถปฏิบัติงานแทนได้ในกรณีที่ผู้รับผิดชอบหลักไม่อยู่ ในการปรับเปลี่ยนหรือปรับปรุงระบบโปรแกรม R506 สามารถปรับเปลี่ยนตามได้ แต่อาจมีปัญหาในการเรียนรู้การใช้งานโปรแกรมเมื่อมีการปรับปรุงแต่ละครั้ง ซึ่งหากมีการปรับเปลี่ยนระบบรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการประชุมชี้แจง ส่วนบุคลากรมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน

ความยอมรับของระบบเฝ้าระวัง (Acceptability) บุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานเห็นความสำคัญ ให้ความร่วมมือต่อระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โดยภาพรวมบุคลากรทราบว่าโรคไข้หวัดใหญ่เป็นโรคที่ต้องรายงานทางระบาดวิทยา เมื่อเกิดการระบาดต้องควบคุมโรคได้ทันทั่วถึง

ความยั่งยืนของระบบเฝ้าระวัง (Stability) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการจัดประชุม อบรมให้ความรู้ด้านระบาดวิทยาอย่างสม่ำเสมอ แม้เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใหม่ก็สามารถปฏิบัติงานได้ เนื่องจากมีคู่มือแนวทางเฝ้าระวังสอบสวน และรายงานโรคเป็นแนวทางการดำเนินงานในระบบเฝ้าระวังให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และมีทีม SRRT ระดับอำเภอเป็นที่ปรึกษา

การใช้ประโยชน์จากระบบเฝ้าระวัง (Usefulness) ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานสามารถนำข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน ทำให้ทราบพื้นที่เสี่ยง สามารถดำเนินการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังสามารถนำข้อมูลที่มีอยู่ร่วม

ดำเนินการป้องกัน ควบคุมโรค กับหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

สรุปและอภิปรายผล

จากการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ของโรงพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งคุณลักษณะเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในด้านเชิงปริมาณของระบบเฝ้าระวังโรคมีปัญหา ทั้งค่าความไว ค่าพยากรณ์บวก (Sensitivity=0.88%, PVP=51.05%) ความเป็นตัวแทนของประชากรอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ ความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล อยู่ในเกณฑ์ที่ดี รวมไปถึงการรายงานโรคสามารถรายงานได้ทันเวลา พยากรณ์บวก ความเป็นตัวแทนของประชากร อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ ความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล รวมไปถึงการรายงานโรคสามารถรายงานได้ทันเวลาอยู่ในเกณฑ์ที่ดี จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าระบบการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ในจังหวัดกาฬสินธุ์มีค่าความไวต่ำเนื่องจากปัญหาทางทฤษฎีที่ต้องอาศัยอาการทางคลินิกร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการวินิจฉัยร่วมด้วย ซึ่งการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นไข้หวัดใหญ่มีราคาที่สูงซึ่งในโรงพยาบาลชุมชนอาจมีศักยภาพในการซื้อน้อยทำให้เกิดการตรวจน้อยอันจะตามมาด้วยการวินิจฉัยที่น้อยมากทำให้มีค่าความไวในการศึกษานี้ค่อนข้างต่ำ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดพื้นที่พ่วงองค์ความรู้และทบทวนแนวทางการปฏิบัติ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพข้อมูลถูกต้องและครบถ้วน และเกิดความตระหนักในการปฏิบัติงาน
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรมีการประชุมชี้แจงเกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังและการรายงานโรคแก่เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาและบุคลากรจบใหม่ในช่วงที่มีการปฐมนิเทศก่อนการปฏิบัติงาน เพื่อให้ทราบแนวทางการดำเนินงาน โดยใช้นิยามของสำนักระบาดวิทยาเป็นไปในแนวทางเดียวกัน
3. ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นด้วยชุดทดสอบควรได้รับการสนับสนุนโดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็กหรือมีภาวะวิกฤติทางการเงินการคลัง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคไข้หวัดใหญ่ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2 ธันวาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก
http://beid.ddc.moph.go.th/beid_2014/sites/default/files/Situation_Influenza30160.pdf
2. ปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์, วิไลลักษณ์ หฤหรรษ์พงศ์ การประเมินระบบเฝ้าระวังกลุ่มอาการคล้าย ไข้หวัดใหญ่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปี พ.ศ. 2552. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 41 ฉบับที่ 10 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 3 ธันวาคม 2560];2560:S149-S152. เข้าถึงได้จาก
http://www.wesr.moph.go.th/wesr_new/file/y53/F53102.pdf
3. ณรงค์ ประเสริฐ และคณะ การประเมินระบบเฝ้าระวังกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ในสถานบริการ และระบบเฝ้าระวังเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่เฉพาะพื้นที่ จังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2553. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 43 ฉบับที่ 10 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 3 ธันวาคม 2560];2560:S38-S46. เข้าถึงได้จาก
http://www.wesr.moph.go.th/wesr_new/file/y55/F55112_3640.pdf

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จในการจัดการความรู้ : กรณีศึกษา เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอควน
ขนุน จังหวัดพัทลุง

Factor Associated with Achievement of Knowledge Management : A Case Study in Khuan-
Khanun District of Health Service Network, Phatthalung Province

สมเกียรติยศ วรเดช¹, บุญญพัฒน์ ไชยเมธ², สุกัญญา นักรามนตรี³,
จักรินทร์ ปริมาณนท์⁴, ช่อผกา หนูรอด⁵, หนึ่งฤทัย เกื้อเอียด⁶, ณัฐวดี สุขสง⁷

Somkiattiyos Woradet, Bhunyabhadh Chaimay, Sukanya Nakaramontree,
Chakkarin Parimanon, Chopaka Noorod, Nuengruetai Kue-iad, Natwadee Suksong

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการจัดการความรู้ของบุคลากรสาธารณสุข ประชากร คือ บุคลากรสาธารณสุขสังกัดเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง จำนวน 167 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2559 โดยใช้แบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแบบสอบถามด้านความรู้ ทักษะ และความสำเร็จในการจัดการความรู้เท่ากับ 0.74 0.90 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ระดับความรู้ ทักษะ และความสำเร็จในการจัดการความรู้ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการจัดการความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขด้วยสถิติถดถอยพหุตัวแปร

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความสำเร็จในการจัดการความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง (76.65%) จากการวิเคราะห์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จในการจัดการความรู้ของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า จำนวนครั้งของการได้รับการอบรมในรอบ 5 ปี ที่ผ่านมา (0.51; 95%CI: 0.19 ถึง 0.83) และคะแนนทัศนคติต่อการจัดการความรู้ (0.29; 95%CI: 0.09 ถึง 0.49) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ ความสำเร็จในการจัดการความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : ความสำเร็จ, การจัดการความรู้, เครือข่ายบริการสุขภาพ

Abstract

This descriptive study was to investigate factors associated with achievement of knowledge management among health personnel. Of these, 167 health personnel who working at Khuan-Khanun District of Health Service Network, Phatthalung Province, were enrolled. The data were collected during May to June, 2016 by questionnaires which content validity was checked. Cronbach's alpha coefficient of knowledge, attitude and achievement of knowledge management were 0.74, 0.90 and 0.94 respectively. Level of knowledge, attitude and achievement of knowledge management were analyzed by descriptive statistics. Multiple linear regression was performed to investigate factors associated with achievement of knowledge management.

Results showed that an overall of achievement of knowledge management was rated at moderate level (76.65%). Regarding the analysis of factors associated with achievement of knowledge management revealed that number of training within 5 years (0.51; 95%CI: 0.19 to 0.83) and attitude towards knowledge management (0.29; 95%CI: 0.09 to 0.49) were positively significantly associated with achievement of knowledge management.

Keywords : Achievement, Knowledge Management, District of Health Service Network

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

² รองศาสตราจารย์, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

³ วิทยาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา จังหวัดสงขลา

⁴ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกรงปินัง อำเภอกรงปินัง จังหวัดยะลา

⁵ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ, โรงพยาบาลรัษฎา อำเภอรัษฎา จังหวัดตรัง

⁶ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

⁷ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

บทนำ

จากการเจริญก้าวหน้าในความรู้ด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีจนกลายมาเป็นสังคมแบบใหม่ที่เรียกว่า สังคมสารสนเทศ (Information society) หรือสังคมแห่งการเรียนรู้ (Knowledge society)⁽¹⁾ โดยที่องค์กรจะประสบความสำเร็จได้นั้นต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการเรียนรู้ การพัฒนา และการถ่ายทอดความรู้ (Knowledge transfer)⁽²⁾ ภายในองค์กรเพื่อมุ่งสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning organization) เพื่อให้เป็นองค์กรที่ประสบความสำเร็จได้รับการยอมรับ โดยประชาชนสามารถเข้าถึงบริการของรัฐได้ด้วยความสะดวกและรวดเร็ว

แนวคิดการจัดการความรู้ (Knowledge Management) ได้เริ่มต้นและเป็นที่นิยมอย่างมากในช่วงปี ค.ศ. 1995 – 1996 หลังจากที่แนวคิดการสร้างและกระจายความรู้ในองค์กร ระหว่างความรู้ที่มีอยู่ในตัวคน (Tacit Knowledge) กับความรู้ที่อยู่ในรูปแบบเอกสารหรือความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) การจัดการความรู้จึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการบริหารองค์กรในยุคสังคมแห่งการเรียนรู้ เพื่อปรับตัว เปลี่ยนกระบวนการทัศน์และวิธีการทำงาน เพื่อสร้างระบบการทำงานที่มีประสิทธิภาพและสามารถแข่งขันกับสังคมโลกได้สำหรับประเทศไทย มีการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 โดยเน้นการวางหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการบริหารความรู้และแนวทางการพัฒนาส่วนราชการให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้⁽³⁾ ดังนั้น การนำแนวคิดการจัดการความรู้จึงเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาองค์กร โดยมีเป้าหมายเพื่อการใช้ประโยชน์จากความรู้ในการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลการดำเนินงานขององค์กร

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง มีโรงพยาบาลควนขนุน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับ 2 ขนาด 90 เตียง เป็นแม่ข่าย มีศูนย์แพทย์ชุมชนจำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 16 แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 แห่ง⁽⁴⁾ จากการศึกษาและวิเคราะห์องค์กรเครือข่าย

บริการสุขภาพอำเภอควนขนุน ด้วยวิธีการ SWOT Analysis และ 7S Model พบว่า บุคลากรภายในองค์กรมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขอย่างดีเยี่ยม อย่างไรก็ตาม ยังขาดกระบวนการในการสร้างผลงานวิจัย การรวบรวมความรู้หรือประสบการณ์ในการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ ขาดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการนำไปใช้อย่างเป็นรูปธรรม กระบวนการจัดการความรู้ของเครือข่ายบริการสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในรูปแบบของงานประจำ และขาดการจัดระบบ วิเคราะห์หาระดับของความสำเร็จในการจัดการความรู้ภายในองค์กร

จากการทบทวนวรรณกรรม ในช่วงที่ผ่านมาหน่วยงานในภาครัฐและเอกชนในประเทศไทยได้ใช้แนวคิดองค์กรแห่งการเรียนรู้และการจัดการความรู้ในการพัฒนาองค์กรมาในระยะหนึ่ง⁽⁵⁾ ภายใต้การสนับสนุนจากผู้บริหาร⁽⁶⁾ และมีการนำวิธีการบริหารแบบใหม่ๆ มาใช้ในหน่วยงานเพื่อการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ⁽⁷⁾ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง มีสิ่งแวดล้อมภายนอกและภายใน รวมทั้งบริบทขององค์กรที่แตกต่างจากหน่วยงานอื่นๆ จากการวิเคราะห์องค์กรดังกล่าวทำให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการความรู้และระดับความสำเร็จในการจัดการความรู้ของบุคลากรสาธารณสุข ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสำเร็จในการจัดการความรู้ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จในการจัดการความรู้ของบุคลากรสาธารณสุข เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการความรู้ให้มีประสิทธิภาพ และสามารถนำความรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการทำงานได้อย่างแท้จริง

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2559 ประชากรในการศึกษา คือ บุคลากรสาธารณสุขสังกัดเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ที่ปฏิบัติงานในสำนักงาน

สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล ศูนย์แพทย์ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 16 แห่ง รวม 220 คน มีการตอบกลับของแบบสอบถามจำนวน 167 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 76

การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ตอน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความรู้ จำนวน 10 ข้อ 3) ทักษะการจัดการความรู้ จำนวน 20 ข้อ 4) ความสำเร็จในการจัดการความรู้ จำนวน 28 ข้อ และ 5) ข้อเสนอแนะต่อการส่งเสริมและจัดการความรู้ของบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด สำหรับแบบสอบถามทักษะการจัดการความรู้และความสำเร็จในการจัดการความรู้เป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ประกอบด้วย 5 ระดับ (มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด) โดยแบ่งเป็นขั้นตอนของการจัดการความรู้เป็น 7 ขั้นตอน คือ การบ่งชี้ความรู้ การสร้างและแสวงหาความรู้ การประมวลและกลั่นกรองความรู้ การจัดความรู้ให้เป็นระบบ การเข้าถึงความรู้ การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ และการเรียนรู้ ทำการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เครื่องมือ โดยมีค่าความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (IOC : Index of Item-Objective Congruence) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.66 – 1 และทดสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามด้านทัศนคติและความสำเร็จในการจัดการความรู้ด้วยวิธีการของครอนบาชและมีค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาชแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.90 และ 0.94 ตามลำดับ และทำการทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามด้านความรู้ด้วยวิธีการ KR-20 และมีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.74

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล ทำการตรวจสอบข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการความรู้ ทักษะการจัดการความรู้ และความสำเร็จในการจัดการความรู้ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในส่วนของการแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการความรู้ ทักษะต่อการจัดการความรู้ และความสำเร็จในการจัดการ

ความรู้ ออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ จากวัตถุประสงค์ดังกล่าว ตัวแปรตามของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ความสำเร็จในการจัดการความรู้ ซึ่งมีระดับการวัดแบบช่วงมาตรา (Interval scale) และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จในการจัดการความรู้ อย่างหยาบโดยใช้สถิติถดถอยอย่างง่าย (Simple regression analysis) เพื่อวิเคราะห์เบื้องต้นระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามทีละปัจจัย และพิจารณาตัวแปรที่ได้จากการวิเคราะห์อย่างหยาบที่มีค่า p – value ของ Wald's test น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.25 นำมาเข้าสมการถดถอยพหุตัวแปร (Multiple regression analysis) โดยนำเสนอค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean difference) พร้อมทั้งค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confident interval)

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยทักษิณ (เลขที่ E 001/2559 ลงวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559)

ผลการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (86.23%) อายุเฉลี่ย 41.13 ปี (SD = 9.86) ประมาณ 1 ใน 3 มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี (29.94%) รองลงมาอยู่ระหว่าง 41 – 50 ปี (29.34%) อายุระหว่าง 51 – 60 ปี (22.76%) และอายุระหว่าง 20 – 30 ปี (17.96%) ตามลำดับ ประมาณ 3 ใน 4 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (79.04%) ประมาณ 1 ใน 2 ปฏิบัติงานโรงพยาบาลและศูนย์แพทย์ชุมชน (55.69%) ประมาณ 1 ใน 3 มีตำแหน่งเป็นเภสัชกรและพยาบาล (38.32%) และประมาณ 2 ใน 3 เป็นข้าราชการ (68.26%) มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 16.73 ปี (SD = 10.32) ได้รับเงินเดือนเฉลี่ย 24,231.43 บาท (SD = 12,297.62) ประมาณ 1 ใน 3 มีรายได้อยู่ระหว่าง 15,000 – 30,000 บาท (35.93%) รองลงมามีรายได้มากกว่า 30,000 บาท (34.73%) และต่ำกว่า 15,000

บาท (29.34%) และในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมามีการอบรมเฉลี่ย 9.24 ครั้ง/ปี (SD = 7.74)

2. ระดับความรู้ ทักษะ และความสำเร็จในการจัดการความรู้ของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า ส่วนใหญ่บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ในระดับสูง (76.05%) มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง (76.65%) และระดับความสำเร็จในการจัดการความรู้ในระดับปานกลาง (76.65%) ดังแสดงในตาราง 2 เมื่อพิจารณากระบวนการจัดการความรู้ของบุคลากรรายด้าน พบว่า

ทุกกิจกรรมการจัดการความรู้ในระดับปานกลาง ได้แก่ การบ่งชี้ความรู้ (Mean $\pm$ SD; 3.22 $\pm$ 0.06) การสร้างและแสวงหาความรู้ (3.16 $\pm$ 0.05) การประมวลและกลั่นกรองความรู้ (3.15 $\pm$ 0.06) การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ (3.14 $\pm$ 0.06) การเข้าถึงความรู้ (3.10 $\pm$ 0.06) การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ (3.20 $\pm$ 0.06) และการเรียนรู้ (3.07 $\pm$ 0.05)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จในการจัดการความรู้ของบุคลากรสาธารณสุข

ตาราง 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จในการจัดการความรู้ของบุคลากรสาธารณสุข

ปัจจัย	Mean diff.* Crude	Mean diff.* Adjusted**	95% CI	p-value
จำนวนครั้งของการอบรมในรอบ 5 ปี ที่ผ่านมา (ครั้ง/ปี)	0.63	0.51	0.19 ถึง 0.83	0.002
ความรู้ (คะแนน)	1.61	1.73	- 0.23 ถึง 3.68	0.084
ทัศนคติ (คะแนน)	0.41	0.29	0.09 ถึง 0.49	0.006

* Mean diff. คือ Mean difference, ** ควบคุมตัวแปรเพศ อายุ และการศึกษาในการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุตัวแปร

จากตาราง พบว่า จำนวนครั้งของการได้รับการอบรมในรอบ 5 ปี ที่ผ่านมามีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อความสำเร็จในการจัดการความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 0.51; 95%CI: 0.19 ถึง 0.83) และคะแนนทัศนคติต่อการจัดการความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสำเร็จในการจัดการความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.29; 95%CI: 0.09 ถึง 0.49)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จในการจัดการความรู้ พบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีระดับความสำเร็จในการจัดการความรู้ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า จำนวนครั้งของการอบรมในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา และคะแนนทัศนคติต่อการจัดการความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อความสำเร็จในการจัดการความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษา พบว่า ระดับความสำเร็จในการจัดการความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกตามกระบวนการจัดการความรู้แต่ละด้าน พบว่า กระบวนการจัดการความรู้ทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลาง ประกอบด้วย กระบวนการบ่งชี้ความรู้ การสร้างและแสวงหาความรู้ การประมวลและกลั่นกรองความรู้ การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ การเข้าถึงความรู้ การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ และการเรียนรู้ ทั้งนี้เนื่องจากการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 ที่มุ่งเน้นการพัฒนาส่วนราชการให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้⁽³⁾ และเพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์การดำเนินงานหน่วยงานสาธารณสุข โดยเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการในการดำเนินงานด้านการจัดการความรู้ในองค์กร เพื่อพัฒนาให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

นอกจากนี้ จากการศึกษายังพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีภาระงานและมีข้อจำกัดในการจัดสรรเวลาในการทำกิจกรรมการจัดการความรู้ ขาดความตระหนักในการค้นหาความรู้ใหม่ และยังมีข้อจำกัดในการใช้ทรัพยากรในการดำเนินงานการจัดการความรู้ เช่น คน เงิน และวิธีการปฏิบัติ เป็นต้น เมื่อพิจารณาจากการเข้าอบรมในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบว่า บุคลากรประมาณ 1 ใน 3 มีการอบรมน้อยกว่า 5 ครั้ง/ปี นอกจากนี้ ยังพบว่า บุคลากรประมาณ 1 ใน 3 มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 10 ปี ซึ่งประเด็นดังกล่าวอาจส่งผลต่อการมีระดับการจัดการความรู้ในระดับปานกลาง การศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ วันวิสาข์ คงทน (2556)⁽⁸⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากรฝ่ายสารสนเทศ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พบว่า การถ่ายโอนความรู้และการใช้ประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง และเป็นกระบวนการที่มีระดับความสำเร็จในการจัดการความรู้ต่ำที่สุด

สำหรับปัจจัยจำนวนครั้งของการอบรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อความสำเร็จในการจัดการความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาจำนวนครั้งของการอบรมในรอบ 5 ปี ที่ผ่านมา พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 มีการอบรม 5 – 20 ครั้งต่อปี เนื่องจากการได้รับการอบรมเป็นกระบวนการและวิธีการหนึ่งที่มีส่วนช่วยและส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขได้รับการพัฒนาความรู้ ความสามารถ และทักษะในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ ยังเป็นกระบวนการในการเตรียมความพร้อมสำหรับการจัดการความรู้ ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วันวิสาข์ คงทน (2556)⁽⁸⁾ ที่พบว่า การฝึกอบรมเป็นกระบวนการหนึ่งของการแสวงหาความรู้ และการอบรมเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการจัดการความรู้ของเจ้าหน้าที่

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการจัดการความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อความสำเร็จในการจัดการความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ เนื่องจาก ทัศนคติเป็นส่วนสำคัญที่จะกำหนดหรือผลักดันให้แต่ละบุคคลนั้นเกิดพฤติกรรม หรือการกระทำที่สอดคล้องกับแนวคิดของแต่ละบุคคล⁽⁹⁾ ซึ่งการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกิจ แตงมีแสง และชยยุทธ อิ่มอุไร (2547)⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความรู้ในองค์กร ซึ่งเป็นกรณีศึกษาในบริษัท ยูเอชเอ็ม จำกัด พบว่า แนวทางการจัดการความรู้ในองค์กรจะต้องเริ่มสร้างจากระดับตัวบุคคล โดยการส่งเสริมให้บุคคลในองค์กรมีทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับการจัดการความรู้ที่เหมาะสม เพื่อเป็นเครื่องมือที่กระตุ้นให้บุคลากรมีความรับผิดชอบที่จะศึกษาเรียนรู้จนเกิดความชำนาญ จากการจัดการความรู้ในระดับบุคคลสู่การจัดการความรู้ระดับทีมงานหรือองค์กร ผู้ประกอบการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการศึกษานี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Bock, G. and Kim, Y. (2002)⁽¹¹⁾ ที่พบว่า การที่บุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อการถ่ายทอดความรู้ให้ผู้อื่น เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการจัดการความรู้และส่งผลต่อกระบวนการจัดการความรู้ในองค์กร เพื่อเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วม⁽¹²⁾ ในการพัฒนาการทำงานเป็นทีม มุ่งสู่การพัฒนาคุณภาพบริหารจัดการภาครัฐที่เป็นระบบและมีมาตรฐาน และการจัดการภาครัฐเพื่อเป็นองค์กรที่เป็นเลิศ⁽¹³⁾

จากการศึกษานี้ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขได้รับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ มีทัศนคติต่อการจัดการความรู้ นอกจากนี้ ควรส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีในกิจการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยผู้มีความรู้และเชี่ยวชาญเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและดำเนินการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ควรสนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อการเรียนรู้ให้แก่บุคลากรสาธารณสุข เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้ไปพัฒนาการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงาน รวมถึงการผลิตผลงานทางวิชาการและนวัตกรรม ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. พรธิดา วิเชียรปัญญา. การจัดการความรู้ : พื้นฐานและการประยุกต์ใช้. เอ็กซ์เปอร์เน็ท กรุงเทพมหานคร, 2547.
2. Wimmer, M. A. “A European perspective towards online one-stop government : the eGOV project”. **Electronic Commerce Research and Application**. 1(1) : 92-103, 2002.
3. พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546. (2546, 9 ตุลาคม). ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 120, ตอนที่ 100, หน้า 3.
4. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอขอนแก่น. ยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข คปสอ. ขอนแก่น จังหวัดพัทลุง ประจำปีงบประมาณ 2558. พัทลุง, 2557.
5. เขารักษ์ พรประสิทธิ์, เทพศักดิ์ บุญรัตนพันธุ์ และคณะ. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการจัดการความรู้ของกรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษา สำนักงานเขตกลุ่มกรุงเทพใต้”. วารสารการจัดการสมัยใหม่. 12(1) : 50-61, 2557.
6. ฉลองรัฐ อินทรีย์, บุญชม ศรีสะอาด และคณะ. “ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการจัดการความรู้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี”. วารสารบัณฑิตพยาบาลสาร. 15(1) : 76-85, 2552.
7. ทินกร ทองสินธุ์, พงศ์ศักดิ์ ศรีสมทรัพย์ และคณะ. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความรู้ของพนักงานเทศบาลนครในประเทศไทย”. วารสารคุณวุฒิบัณฑิตทางสังคมศาสตร์. 4(3) : 77-91, 2557.
8. วันวิสาข์ คงทน. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากรฝ่ายสารสนเทศ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล”. วารสารวิทยบริการ. 24(2) : 112-128, 2556.
9. พัชรีย์ ปานแก้ว. “ทัศนคติต่อหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง คุณภาพชีวิตการทำงานและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรและสังคมของพนักงานบริษัทเอกชน”. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร ฉบับภาษาไทย, 34(2) : 1-22, 2557.
10. สุกิจ แดงมีแสง และชยยุทธ อิ่มอุไร. การจัดการความรู้ในองค์กร : กรณีศึกษาบริษัทยูเอชเอ็มจำกัด. สารนิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี สาขาวิชาการพัฒนาศาสตร์พยาบาล สาขาบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2547.
11. Bock, G. and Kim, Y. “Breaking the Myths of Rewards : An Exploratory Study Of Attitude About Knowledge Sharing”. **Information Resources Management Journal**. 15(2) : 14-21, 2002.
12. ฉวีวรรณ ชมภูษา. “การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐระบบปฏิบัติการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์”. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 5(2) : 36-43, 2555.
13. วิษณุพร รุ่งเรือง, จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และคณะ. “การปรับปรุงคุณภาพการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตระการพืชผล ด้วยการประยุกต์ใช้เกณฑ์รางวัลคุณภาพจัดการภาครัฐเพื่อองค์กรที่เป็นเลิศ”. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 5(2) : 23-35, 2555.

ผลของการให้ข้อมูลโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ต่อความเครียดของมารดา
ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย

Effect of Information Provided by Family-Centered Care Concept on Maternal Stress Level of

Infant Low Birth Weight

สัจจวรรณ พวงศรีเคน¹

Satchawan Phaungsriken

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อระดับความเครียดของมารดาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย กลุ่มตัวอย่างเป็นโดยแบบสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จำนวน 30 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ มารดากลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และ มารดากลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ประกอบไปด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การเตรียมการเป็นการดำเนินการกิจกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมในการให้ข้อมูล ระยะที่ 2 การดำเนินการให้ข้อมูล เป็นการให้ข้อมูลแก่มารดาและสมาชิกครอบครัว และระยะที่ 3 การสรุปและการวางแผนการให้ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า มารดากลุ่มที่ได้รับข้อมูลโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด น้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.80, p = .000$)

คำสำคัญ : การให้ข้อมูลโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง, ความเครียดของมารดา, ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย

Abstract

This study was a quasi-experimental research. To study the effect of information provided by family-centered care concept on stress level of infant low birth weight. The sample consisted of 30 simple random sampling, divided into 2 groups. The control group received normal nursing care and the experimental group was informed by the concept of family-centered care. The center consists of three phases: Phase I Preparation is the activity to prepare for Phase II information. Provides information to mothers and family members, and Phase III summarizes and plans information. Statistics used in data analysis include Paired t-test

The study indicated that maternal group receiving information using family-centered care concept had lower mean score of stress than those receiving normal nursing care. At the .05 level ($t = 5.80, p = .000$)

Key words: Information Provided by Family-Centered Care Concept, Maternal Stress Level, Infant Low Birth Weight

¹อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

บทนำ

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย คือทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม นับได้ว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพประชากร เพราะการมีน้ำหนักน้อยตั้งแต่แรกเกิดเป็นตัวทำนายที่มีประสิทธิภาพของการเจริญเติบโตและการมีชีวิตรอดของทารก จากการสำรวจอัตราการเกิดของทารกแรกเกิดจำแนกตามน้ำหนักตัว ในปี พ.ศ. 2551-2555 พบอัตราการเกิดของทารกน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 10.80, 11.40, 11.30, 10.40 และ 10.30 ของทารกแรกเกิดมีชีพตามลำดับ⁽¹⁾

การที่ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อย ทำให้ทารกถูกแยกจากมารดา และสมาชิกครอบครัวทันที เพื่อเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ทำให้มารดาและสมาชิกในครอบครัวอาจจะไม่ได้เห็นทารกหรือได้เห็นเพียงช่วงสั้นๆ ภายหลังคลอด ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่มารดาและสมาชิกในครอบครัวไม่คาดคิดและไม่มีโอกาสได้เตรียมจิตใจในการเผชิญกับเหตุการณ์ทำให้ครอบครัวรู้สึกสูญเสีย ผิดหวัง เศร้าโศก และเสียใจที่บุตรไม่แข็งแรง^(2,3) เมื่อมารดาและสมาชิกในครอบครัวได้มีโอกาสเข้าไปเยี่ยมบุตรในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อความเครียด ได้แก่ สภาพแวดล้อมตลอดจนเทคโนโลยีอุปกรณ์ต่างๆ และวิธีการรักษาที่บุตรได้รับ ลักษณะและพฤติกรรมของบุตร ลักษณะและพฤติกรรมการสื่อสารของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย มารดาไม่สามารถแสดงบทบาทในการดูแลบุตรตนเองเหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้บิดามารดาเกิดความเครียด ซึ่งผลการวิจัยของไมลล์และคณะ (1983)⁽⁴⁾ พบว่าสาเหตุที่มารดาเกิดความเครียดสูงสุด คือ การเปลี่ยนแปลงบทบาทการเป็นบิดามารดา ลักษณะพฤติกรรมของบุตร นอกจากนี้พฤติกรรมการแสดงออกของเจ้าหน้าที่ เช่น การใช้โทรศัพท์ทางการแพทย์ การพูดเร็วเกินไป ให้ข้อมูลน้อยเกินไป บุคลากรแต่ละคนให้ข้อมูลแตกต่างกัน การให้ออกจากห้องโดยไม่อธิบายให้ทราบ ความเร่งรีบของเจ้าหน้าที่ ในการปฏิบัติงาน การดูแลที่ขาดความนุ่มนวล การแสดงความไม่สนใจขณะเข้าเยี่ยมทารก การพูดคุยเรื่องตลก หรือหัวเราะกันในกลุ่มต่อหน้ามารดาและสมาชิกในครอบครัวในสถานการณ์ที่ไม่

เหมาะสม^(5,6,7) รวมทั้งการจำกัดเวลาในการเยี่ยม จำนวนผู้เข้าเยี่ยม และการปฏิบัติตามกฎระเบียบในการเยี่ยมอย่างเคร่งครัด เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลให้มารดาและสมาชิกในครอบครัวได้⁽⁸⁾ นอกจากการที่มารดาหรือสมาชิกครอบครัวมาเยี่ยม หรืออยู่ดูแลบุตรที่เจ็บป่วย อาจทำให้สนใจสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัวน้อยลง เช่น บุตรคนอื่นๆ อาจรู้สึกสูญเสียคนดูแล รู้สึกว่าได้รับความรักน้อยลง อาจร้องไห้ ไม่ยอมรับประทานอาหาร หรือเรียกร้องความสนใจ เป็นต้น ส่วนใหญ่เป็นการให้ข้อมูล การสนับสนุน การเตรียมความพร้อมของมารดา เมื่อพิจารณาพบว่า การให้ข้อมูลยังมีข้อจำกัดอยู่บางประการ คือ ประการที่หนึ่ง การให้ข้อมูลส่วนใหญ่เน้นที่มารดา มากกว่าสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว เช่น บิดา บุตร พี่ ย่า ตายาย เป็นต้น ในขณะที่สถานการณ์ที่มีทารกเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ไม่เพียงเป็นภาวะวิกฤตของทารกแรกเกิดหรือมารดาเท่านั้น แต่เป็นภาวะวิกฤตของสมาชิกครอบครัว ประการที่สองให้ข้อมูลเฉพาะมารดาโดยไม่ให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัว อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวได้รับข้อมูลไม่เพียงพอเนื่องจากมารดากำลังอยู่ในภาวะเครียด จะทำให้ความสนใจ การรับรู้ การสื่อสารและความสามารถในการตัดสินใจลดลง แต่มารดาต้องรับภาระ ถ่ายทอดข้อมูลต่างๆ ให้กับสมาชิกครอบครัวได้รับรู้ ทำให้มารดาเกิดความวิตกกังวลและความเครียดมากขึ้น^(9,10,11) ประการที่สามการให้ข้อมูลเป็นลักษณะการสื่อสารทางเดียว คือมีการให้ข้อมูลในเรื่องการเตรียมไว้ล่วงหน้า ไม่มีการประเมินความต้องการด้านข้อมูลของผู้รับก่อนให้ข้อมูล ซึ่งการให้ข้อมูลอาจจะไม่ตรงกับความต้องการของผู้รับ ทำให้การตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลไม่ครบถ้วนและเพียงพอ ประการที่สี่การให้ข้อมูลเริ่มเมื่อมารดาและสมาชิกครอบครัวมาเยี่ยมทารกในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ในขณะที่ทารกถูกแยกจากมารดาและสมาชิกในครอบครัวทันทีภายหลังคลอดเพื่อเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด มารดาและสมาชิกในครอบครัวอาจไม่ได้รับข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับทารก ซึ่งการได้รับข้อมูลของทารกกล้าช้าหรือไม่เพียงพอ อาจทำให้มารดาและสมาชิกในครอบครัวจินตนาการความเจ็บป่วยของทารกกว่าเจ็บป่วยรุนแรงหรืออาจเสียชีวิต ทำให้มารดา

และสมาชิกครอบครัวมีความเครียดและวิตกกังวลมากขึ้น⁽¹²⁾ ประการที่ห้าการให้ข้อมูลยังขาดความต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เช่น การให้ข้อมูลก่อนเข้าเยี่ยมหรือขณะเข้าเยี่ยมเพียงครั้งเดียว แต่การให้ข้อมูลควรเริ่มตั้งแต่ทารกเข้ารับการรักษากันกระทั่งจำหน่ายอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

จะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลแก่มารดาและสมาชิกครอบครัวมีความสำคัญ เพราะจะทำให้มารดาและสมาชิกครอบครัวเกิดความรู้และความเข้าใจในเรื่องต่างๆ ได้ถูกต้อง⁽¹³⁾ โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับทารก พยาบาลต้องให้ข้อมูลที่ เป็นความจริง ครบถ้วน ตรงไป ตรงมา ไม่มีอคติ ในลักษณะสื่อสารสองทาง มีการรับฟังในสิ่งที่มารดาและสมาชิกครอบครัวต้องการหรือกังวล^(14,15) ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่ใช้ศัพท์ทางการแพทย์ จะทำให้มารดาและครอบครัวไม่เข้าใจและมีความวิตกกังวลมากขึ้น⁷ การให้ข้อมูลควรประเมินผลกระทบที่มีผลต่อมารดาและสมาชิกครอบครัวสถานะอารมณ์ ความรู้สึก และเปิดโอกาสให้มารดาและสมาชิกครอบครัวระบายความรู้สึก ให้การยอมรับในความคิด การแสดงออกของมารดาและสมาชิกครอบครัวว่ามีลักษณะแตกต่างกัน ซึ่งการดูแลดังกล่าวเป็นหลักการที่สำคัญของแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family – Centered Care) ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นพยาบาล มารดาและทารกแรกเกิดที่ได้รับการดูแลทั้งทารกมารดาและสมาชิกครอบครัว จึงเห็นความสำคัญของการพัฒนา การให้ข้อมูลแก่มารดาและครอบครัว โดยใช้ความรู้พื้นฐานจากแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family – Centered Care) ความต้องการด้านข้อมูลของมารดาสมาชิกในครอบครัวและมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการให้ข้อมูลตามแนวคิดดังกล่าวต่อความเครียดของมารดาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย เพื่อช่วยลดความเครียดของมารดาและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่านอกจากการให้ข้อมูลจะเป็นการช่วยลดความเครียดแล้ว ยังเป็นการช่วยส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างมารดา สมาชิกครอบครัวและทารก และอาจส่งผลต่อการปรับบทบาทของมารดา และสมาชิกครอบครัวในการดูแลทารกซึ่งจะเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการทางการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อระดับความเครียดของมารดาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย

สมมติฐานการวิจัย

มารดากลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบสองกลุ่ม ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pre-test – Post-test Design)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาและสมาชิกในครอบครัว (บุคคลที่สามารถตัดสินใจแทนมารดาได้ หรือเป็นบุคคลที่ให้การดูแลทารกพร้อมกับมารดา เมื่ออยู่ที่บ้าน เช่น บิดา ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา) และ ทารกแรกเกิดน้ำหนัก 1,000 - 2,499 กรัม ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่างเป็น โดยแบบสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จำนวน 30 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ มารดากลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และ มารดากลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติกำหนดกลุ่มขนาดตัวอย่าง โดยมีสูตรการหาขนาดตัวอย่างแบบง่าย โดยวิธีการทดสอบสมมติฐาน สำหรับค่าเฉลี่ยแบบการทดสอบทางเดียว ดังนี้ (ชูเกียรติ วิวัฒน์วงศ์เกษม, 2537)⁽¹⁶⁾

$$n = \frac{(z\alpha + z\beta)^2 \times (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

จากงานวิจัยที่ศึกษามาแล้ว และเป็นงานวิจัยที่ศึกษาใกล้เคียงกันกับงานวิจัยครั้งนี้ คือ มนต์ตรา พันธุ์พัก (2552)⁽¹⁷⁾ ผลโปรแกรมการส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดาต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ความพึงพอใจบทบาทการของมารดา ความสามารถในการเรียนรู้

พฤติกรรมของทารกและการเจริญเติบโตของทารก กลุ่ม
ควบคุม = $X = 33.63$ $SD = 3.75$ กลุ่มทดลอง = $X =$
 37.23 $SD = 3.10$ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการอำนาจ
ทดสอบ 90% ที่ระดับนัยสำคัญ .50 คำนวณขนาดตัวอย่าง
ได้ดังนี้

$$n / \text{กลุ่ม} = \frac{(1.64+1.28)^2 + [(3.75)^2 + (3.10)^2]}{(37.23 - 33.63)^2}$$

$$n / \text{กลุ่ม} \quad 15.56 \text{ ราย} = 15 \text{ ราย}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย มี 2 ส่วน คือ
เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือใช้ในการทดลอง

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก
แรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย

2. แบบสัมภาษณ์ระดับความเครียดของมารดา
ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย เป็นแบบสัมภาษณ์ระดับ
ความเครียดของมารดาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย โดย
คุณ ปกักร สิงห์กล้า (2550)⁽¹⁸⁾ โดยแบ่งแหล่งที่ก่อให้เกิด
ความเครียดในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต 4 ด้าน คือ
สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ลักษณะ และ
พฤติกรรมของบุตรที่ปรากฏ การเปลี่ยนแปลงบทบาทของ
มารดา ลักษณะและพฤติกรรมการสื่อสารของเจ้าหน้าที่

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. โปรแกรมการให้ข้อมูลโดยใช้แนวคิดการ
ดูแลผู้ป่วยโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ที่ผู้วิจัยสร้าง
ขึ้นจากการศึกษา ค้นคว้า เอกสาร บทความทางวิชาการ
และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด ความต้องการของ
ครอบครัวเมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย การดูแลผู้ป่วย
โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family – Centered Care)
และรูปแบบการให้ข้อมูลที่ผ่านมา ตลอดจนข้อมูลจากการ
สัมภาษณ์ ร่วมกับการสังเกตมารดา สมาชิกครอบครัวของ
ทารก และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด

2. แบบบันทึกการให้ข้อมูลแก่มารดา และ
สมาชิกครอบครัวที่มีทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย

3. แนวทางสังเกต และบันทึกพฤติกรรม
การแสดงออกของมารดาและสมาชิกครอบครัว

4. คู่มือสำหรับมารดาและสมาชิกครอบครัว
เรื่อง “ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย”

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความ
ตรงตามเนื้อหา (content validity) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
และแบบสัมภาษณ์ระดับความเครียดของมารดาทารกแรก
เกิดน้ำหนักตัวน้อย ที่ได้ผ่านการตรวจสอบ ความถูกต้อง
ความเหมาะสมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ (Content Validity)
โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ การตรวจสอบความเที่ยง (reliability
testing) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ระดับความเครียดของมารดา
ไปทดลองใช้กับมารดาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยที่มี
ลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด
จำนวน 10 ราย เพื่อคำนวณหาความเชื่อมั่น (Interrater
Reliability) ของเครื่องมือแล้วนำผลมาวิเคราะห์โดยใช้สูตร
สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha
coefficient) แบบสัมภาษณ์ระดับความเครียดของมารดาทารก
แรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ได้ค่าความเที่ยง 0.86

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยเข้าพบมารดาภายใน 6 ชั่วโมงแรก หลัง
คลอด เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และขอความ
ร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม
ตัวอย่าง เมื่อมารดายินดียินดีเข้าร่วมการวิจัยทำการสัมภาษณ์
ข้อมูลทั่วไป และบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แจก
แบบสอบถามความเครียดของมารดาทารกแรกเกิดน้ำหนัก
ตัวน้อย (Pre-test)

กลุ่มควบคุม หลังจาก 6 ชั่วโมงหลังคลอดมารดา
ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเมื่อ 72 ชั่วโมงหลังคลอด
ผู้วิจัยนัดหมายมารดา เพื่อตอบแบบสัมภาษณ์ความเครียด
ของมารดาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย (Post-test)

กลุ่มทดลอง ดำเนินการทดลองให้ข้อมูลตาม
โปรแกรมการให้ข้อมูลโดยใช้แนวความคิดการดูแลผู้ป่วย
โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางประกอบด้วย 3 ขั้นตอน
ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการ เป็นการสร้างความ
พร้อมก่อนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) การ
เตรียมสถานที่และอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อให้การสนับสนุนและ
เอื้ออำนวยความสะดวกแก่กลุ่ม โดยจัดสถานที่ในการให้

ข้อมูล เป็นสัดส่วนและมีบรรยากาศเป็นกันเอง จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการใช้ในการดูแลทารกให้พร้อม เช่น อุปกรณ์การให้นมทางสายยาง อุปกรณ์การทำความสะอาดร่างกาย และสะดือของทารก 2) เตรียมข้อมูล ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่สำคัญ เป็นความจริงอย่างถูกต้องและครบถ้วน

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการให้ข้อมูล การสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และระยะเวลา ความต้องการข้อมูลของมารดาและสมาชิกในครอบครัว ชี้แจงรายละเอียดของคู่มือ ติดตามให้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ทั้งก่อนเข้าเยี่ยม ขณะเข้าเยี่ยมและให้การดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โดย ก่อนให้ข้อมูลประเมินครอบครัวเพื่อวางแผนในการให้ข้อมูลอย่างถูกต้องเหมาะสมได้แก่ 1) ประเมินผลกระทบจากการเจ็บป่วยของทารกที่มีต่อมารดาและสมาชิกครอบครัว เพื่อวางแผนการให้ข้อมูลแก่มารดาและสมาชิกครอบครัวว่าจะให้ข้อมูลเรื่องใดบ้าง 2) ประเมินความต้องการข้อมูลของมารดาและสมาชิกครอบครัว 3) ประเมินความพร้อมในการรับและให้ข้อมูลของมารดาและสมาชิกครอบครัว 4) ให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เข้าใจในสถานการณ์ต่างๆและตอบสนองความต้องการ โดยให้ข้อมูลความสำคัญ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารก ได้แก่ อาการ สาเหตุ อุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆที่ใช้กับทารกเป็นต้น 5) หลังการให้ข้อมูลสรุปการให้ข้อมูลกับมารดาและสมาชิกครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3 การสรุปและวางแผนการให้ข้อมูล 1) ทบทวนรายงานการสรุปและวางแผนการให้ข้อมูลครั้งที่ผ่านมา 2) ติดตามการให้ข้อมูลครั้งก่อน 3) ให้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตามโปรแกรมการให้ข้อมูลโดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง รายละเอียดของข้อมูลที่มีความสำคัญ รวมทั้งเปิดโอกาสให้มารดาระบายความรู้สึก และร่วมวางแผนการเยี่ยม การดูแลทารก หรือติดต่อสอบถามอาการของทารกเมื่อมารดาสามารถกลับบ้านได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป 1) ข้อมูลทั่วไปของมารดา และทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ใช้การแจกแจงความถี่ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเครียดของมารดาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม 3) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย คะแนน ความเครียดของมารดาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยได้รับการอนุมัติตามหนังสือเลขที่ใบรับรอง 018/2561 โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษา พบว่า ด้านมารดา มารดากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 15-24 ปี (ร้อยละ 66.67 และ ร้อยละ 46.67 ตามลำดับ) สถานภาพสมรสกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อาศัยอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 93.33 และ ร้อยละ 100ตามลำดับ) ระดับการศึกษากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 100 และ ร้อยละ 93.33 ตามลำดับ) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีจำนวนบุตรมีชีวิต 1 คน มีลักษณะใกล้เคียงกันคือ (ร้อยละ 73.33 และ ร้อยละ 66.67 ตามลำดับ) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีการฝากครรภ์ (ร้อยละ 93.33) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่คลอดปกติ (ร้อยละ 60 และ ร้อยละ 53.33 ตามลำดับ) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่มีประสบการณ์การคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย (ร้อยละ 86.67) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 53.33) กลุ่มควบคุม รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน อยู่ระหว่าง 1,000-5,000 บาท (ร้อยละ 66.67) กลุ่มทดลองรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 (ร้อยละ 40) ผลการศึกษา

ด้านทารก พบว่า ทารกกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60.00 และ ร้อยละ 80.00 ตามลำดับ) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ อายุครรภ์ 31-34 สัปดาห์และอายุครรภ์ 35-37 สัปดาห์ (ร้อยละ 46.67) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ อายุครรภ์ 31-34 สัปดาห์ อายุครรภ์ 31-34 สัปดาห์และ อายุครรภ์ 35- น้อยกว่า 37 สัปดาห์ (ร้อยละ 33.33) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ คะแนนแอฟการ์ด ที่ 1 นาทิ มากกว่า 8 คะแนน (ร้อยละ 60.00) กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ คะแนนแอฟการ์ด ที่ 1 นาทิ 8 คะแนน (ร้อยละ 26.67) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ คะแนนแอฟการ์ด ที่ 5 นาทิ ต่ำกว่า 10 คะแนน (ร้อยละ 80.00 และ 93.33 ตามลำดับ) กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่น้ำหนักแรกเกิด 1,501-

2,000 กรัม (ร้อยละ 46.67) กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่น้ำหนักแรกเกิด 1,000-1,500 กรัม และ 1,501-2,000 กรัม (ร้อยละ 40.00) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ลำดับการเกิดส่วนใหญ่อยู่ลำดับที่ 1 (ร้อยละ 66.67 และ 60.00 ตามลำดับ) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดส่วนใหญ่ ได้แก่ ภาวะ Respiratory Distress Syndrome (ร้อยละ 20 และ ร้อยละ 13.33 ตามลำดับ)

2. ผลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของมารดาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม ก่อนการทดลอง เป็นดังนี้

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของมารดาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย
จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง

ความเครียด	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	df	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
1. สภาพในหออภิบาลทารกแรกเกิด	22.93	1.58	22.60	1.59	.575	28	.570
2. ลักษณะและพฤติกรรมของบุตรที่ปรากฏ	34.80	3.36	34.47	3.16	.280	28	.782
3. การเปลี่ยนแปลงบทบาทของมารดา	27.67	2.72	27.73	2.22	.074	28	.942
4. ลักษณะและพฤติกรรมการสื่อสารของเจ้าหน้าที่	20.80	2.21	20.80	1.74	.000	28	1.000
รวม	106.60	6.58	105.60	6.58	-.454	28	.653

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของมารดาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ด้านสภาพในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 0.575$, $p = 0.570$) ส่วนด้านลักษณะและพฤติกรรมของบุตรที่ปรากฏ ก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = .280$, $p = .782$) ด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทของมารดา ก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=0.74$, $p = 0.942$) ด้านลักษณะและพฤติกรรม

การสื่อสารของเจ้าหน้าที่ก่อนและหลังการทดลองก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 0.000$, $p = 1.000$) โดยรวมทุกด้าน ก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -0.454$, $p = 0.653$)

3. ผลการ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของมารดาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม หลังการทดลอง เป็นดังนี้

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของมารดาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย จำแนกเป็นรายด้านและ โดยรวมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง

ความเครียด	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	df	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
1. สภาพในหออภิบาลทารกแรกเกิด	21.33	2.02	18.33	1.68	4.42	28	.000*
2. ลักษณะและพฤติกรรมของบุตรที่ปรากฏ	31.93	3.28	28.67	3.08	2.81	28	.009*
3. การเปลี่ยนแปลงบทบาทของมารดา	27.20	1.32	23.33	3.77	3.75	28	.001*
4. ลักษณะและพฤติกรรมการสื่อสารของเจ้าหน้าที่	16.87	3.39	14.33	2.85	2.64	28	0.13
รวม	96.80	5.19	84.67	6.21	5.80	28	.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 2 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของมารดา ด้านสภาพในหออภิบาลทารกแรกเกิด หลังการทดลอง กลุ่มควบคุม สูงกว่า กลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.42, p = .000$) ส่วนด้านลักษณะและพฤติกรรมของบุตรที่ปรากฏ หลังการทดลอง กลุ่มควบคุม สูงกว่า กลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.81, p = .009$) ด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทของมารดา หลังการทดลอง กลุ่มควบคุม สูงกว่า กลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.75, p = .001$) ด้านลักษณะและพฤติกรรมการสื่อสารของเจ้าหน้าที่หลังการทดลอง กลุ่มควบคุม และ กลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.64, p = 0.13$) โดยรวมทุกด้าน หลังการทดลอง กลุ่มควบคุม สูงกว่า กลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.80, p = .000$)

สรุปอภิปรายผล

1. คะแนนความเครียดของมารดา ทารกแรกเกิด น้ำหนักตัวน้อย โดยรวมทุกด้าน ก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า การคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเป็นเหตุการณ์ที่มารดาไม่คาดคิดมาก่อน ถึงแม้ว่ามารดาจะมีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ก็ตาม (Johnson, 1994)¹⁹ เมื่อมารดาต้องเผชิญกับเหตุการณ์การ

คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยและบุตรต้องได้รับการรักษาในผู้ป่วยทารกแรกเกิด เมื่อมีโอกาสเข้าไปเยี่ยมบุตร ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด จากปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อมในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต ด้านลักษณะและพฤติกรรมของบุตรที่ปรากฏ ด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทการเป็นมารดา และด้านลักษณะและพฤติกรรมการสื่อสารของเจ้าหน้าที่ ทำให้มารดาประเมินเหตุการณ์ว่าตนเองกำลังถูกคุกคาม ตกอยู่ในช่วงเวลาแห่งความวุ่นวายสับสน ประกอบกับช่วงเวลาที่เข้าเยี่ยมมารดา รู้สึกว่าตนเองถูกแย่งบทบาทการเป็นมารดา เพราะกิจกรรมการดูแลทารกต้องอาศัยอยู่ภายใต้ความเห็นชอบชี้แนะจากแพทย์และพยาบาล มารดาไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลบุตรของตนเอง ทำให้มารดาขาดโอกาสในการเรียนรู้ถึงทักษะ มารดาจึงไม่มีความมั่นใจที่จะดูแลทารก เพราะไม่ได้เตรียมตัวหรือได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยก่อน ทำให้มารดาเสียสมดุลเกิดความเครียดสูง

2. คะแนนความเครียดของมารดา ทารกแรกเกิด น้ำหนักตัวน้อย โดยรวมทุกด้าน หลังการทดลอง กลุ่มควบคุม สูงกว่ากลุ่มทดลอง อธิบายได้ว่า มารดากลุ่มควบคุมได้รับการเข้าเยี่ยมบุตรและได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของบุตร การเข้าเยี่ยมบุตร มารดาได้รับการดูแลภายใต้การชี้แนะจากพยาบาลประจำการ จนกว่ามารดาจะ

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลซึ่งไม่ได้รับการเตรียมการให้ข้อมูลก่อนเข้าเยี่ยมบุตร ส่วนมารดาในกลุ่มทดลองดำเนินการทดลองให้ข้อมูลตามโปรแกรมการให้ข้อมูลโดยใช้แนวความคิดการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ได้มีการเตรียมความพร้อมโดยให้ข้อมูลมารดาและครอบครัว อธิบายได้ว่า มารดาที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย การที่ทารกถูกแยกไปดูแลในแผนกการดูแลทารกแรกเกิด ทำให้มารดาไม่มีโอกาสหรือมีโอกาสน้อยในการเลี้ยงดูทารกด้วยตนเองและมารดาจะได้ใกล้ชิดทารกเฉพาะขณะที่ไปเยี่ยมทารกเท่านั้น มารดาอาจรู้สึกว่าการจำกัดบทบาทหรือไม่อาจแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้เต็มที่ มารดาจึงเกิดความไม่พอใจในบทบาทการเป็นมารดาของตน การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าเยี่ยม¹⁰ ทำให้มารดาหลังคลอดลดความเครียดลง การสร้างสัมพันธภาพและปรับตัวของมารดาดีขึ้น การให้ข้อมูลโดยใช้แนวความคิดการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั้น มีหลักการที่เน้นให้ความสำคัญแก่มารดาและสมาชิกครอบครัวในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย โดยยอมรับว่ามารดาและสมาชิกครอบครัวมีสิทธิในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยเท่ากับทีมสุขภาพ ต้องการให้การสนับสนุนและช่วยเหลือมารดาและสมาชิกในครอบครัวในการดูแลทารก เพื่อตอบสนองความต้องการของทารกให้ดีที่สุด จึงต้องมีการให้ข้อมูลเพื่อช่วยให้เกิดความรู้และเข้าใจสถานการณ์ต่างๆเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยได้อย่างถูกต้อง สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยของทารกได้ มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับทารกและปรับบทบาทของมารดาและสมาชิกในการดูแลทารกได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับมารดาและสมาชิกในครอบครัวส่งผลให้มารดาและสมาชิกครอบครัวมีความกังวลลดลง

การเตรียมความพร้อมในการรับรู้ข้อมูล จากการศึกษาพบว่ามารดาและสมาชิกในครอบครัวตกใจและไม่คาดคิดว่าจะเกิดสถานการณ์ที่ถูกเกิดก่อนกำหนด ตัวเล็ก หายใจเร็ว ต้องให้ออกซิเจน ได้รับสารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดดำ จากการสังเกตพฤติกรรมมารดา พบว่ามารดาแสดงสีหน้าเศร้า ไม่ค่อยพูด ได้แต่ร้องไห้ ส่วน

สมาชิกในครอบครัวแสดงสีหน้ากังวล มารดาและสมาชิกในครอบครัวมักกล่าวว่า “กลัวลูกไม่รอด” ผู้วิจัยจะหยุดการให้ข้อมูล และสะท้อนพฤติกรรมการแสดงออกและเปิดโอกาสให้พูดคุยหรือระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อมารดาและสมาชิกครอบครัวมีความพร้อมในการรับรู้ เช่น หยุดร้องไห้ ร่วมแสดงความคิดเห็น พูดคุยหรือซักถามมากขึ้น ผู้วิจัยจะดำเนินการให้ข้อมูลต่อไป

การให้ข้อมูลส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่ามารดาและสมาชิกครอบครัวกลัวการดูแลบุตร เพราะบุตรตัวเล็ก ต้องให้ออกซิเจนจากการหายใจเร็ว ต้องดูแลในตู้อบหรือมีอุปกรณ์ติดตามตัว อาจทำให้มารดาและสมาชิกในครอบครัวไม่แน่ใจว่าจะสามารถดูแลทารก รวมทั้งสนับสนุนและช่วยเหลือในการดูแลทารกด้วย ซึ่งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของมารดาและสมาชิกครอบครัวสามารถทำอะไรได้บ้างและส่งเสริมให้แสดงบทบาทนั้น จะทำให้มารดาและสมาชิกครอบครัวรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความสำคัญต่อบุตร ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลงและสามารถดูแลบุตรได้ถูกต้อง **การให้คู่มือ** ผู้วิจัยแจกคู่มือ “ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย” ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย กฎระเบียบ การปฏิบัติตัวในการเข้าเยี่ยมทารก การปฏิบัติตัวของเจ้าหน้าที่ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของมารดาและสมาชิกในครอบครัวในการดูแลทารก เพื่อให้มารดาและสมาชิกครอบครัวได้ศึกษาทบทวนด้วยตนเองเมื่อต้องการ เกิดความรู้ความเข้าใจในสถานการณ์ต่างๆอย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาพรประภา โรจนวงศกร (2541)⁽²⁰⁾ ที่ให้ข้อมูลมารดาโดยคู่มือรูปภาพประกอบคำบรรยาย จะช่วยให้มีความรู้และเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง มารดามีความเครียดลดลงและมีสัมพันธภาพที่ดีกับทารกและการศึกษาของศิริกานต์ แรงกลีกร ให้ข้อมูลโดยใช้สมุดภาพพลิกและคู่มือทำให้มารดามีความวิตกกังวลลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรเป็นสื่อกลางในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดทันทีและควรให้ข้อมูล พยาบาลควรนำรูปแบบ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

กิจกรรมต่าง ๆ เช่น คู่มือ แผนการสอนไปใช้ในหอผู้ป่วย หลังคลอด โดยให้มารดามีความรู้ มีส่วนร่วมในการดูแล ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด

2. ควรพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลโดยการจัดฝึกอบรมบุคลากร เพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ผลกระทบต่อมารดา และทารก โดยเน้นถึงการพยาบาลที่จะส่งเสริมให้ข้อมูลมารดาและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร และ ควรมีการประสานความร่วมมือ ทำความเข้าใจในข้อตกลง ร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด และเด็กหลังคลอด เพื่อให้เป็นที่ยอมรับ และเป็นแนวทาง ในการปฏิบัติเดียวกัน

3. นำการให้ข้อมูลโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วย โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มาสร้างแนวปฏิบัติ ร่วมกันระหว่างพยาบาลในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดและหอ

ผู้ป่วยหลังคลอด สูติแพทย์ กุมารแพทย์ และบุคลากรในทีม สุขภาพ เพื่อกำหนดแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการ พยาบาลสำหรับมารดาที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด

4. การศึกษาครั้งต่อไปอาจจะจัดกลุ่มทารกแรกเกิด ตามสภาวะการเจ็บป่วยที่วิกฤติ เช่น ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ทำให้การดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นไปด้วยดี ผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเสียสละเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม ตลอดจนขอขอบคุณ ผู้เชี่ยวชาญที่ให้ข้อเสนอแนะ เพื่อการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข 2555.2555. Retrieved from <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic54/statistic54.html>
2. Griffin, T., Wishba, C., & Kavanaugh, K. Nursing interventions to reduce stress in parent of hospitalized preterm infants. **Journal of Pediatric Nursing**, 13(5), 1998: 290-295.
3. จีรนาวี ทศศิริ. การพยาบาลคลอดก่อนกำหนด. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: งานเมืองการพิมพ์, 2545.
4. Miles, M.S., & Carter, M.C. Assessing parental stress intensive care units. **Journal of Maternal Child Nursing**, 8, 1983: 354 – 360.
5. LaMontagne, L.L. & Pawlak, R. Stress and Coping of Parents of Children in a Pediatric Intensive Care Unit. **Heart & Lung**, 19, 1990: 416 – 421.
6. Heuer, L. Parent Stressors in a pediatric intensive care unit. **Pediatric Nursing**, 19 (2), 1993: 128 – 131.
7. Raeside, L. Perceptions of environmental stressors in the neonate unit. **British Journal of Nursing**, 6(6), 1997: 914-923.
8. ชูลีกร ดำยทธศิลป์. ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลและการปรับตัวในบทบาทการเป็นมารดาของมารดาคลอดบุตรก่อนกำหนด โรงพยาบาลรามธิบดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
9. ทศมา โรจนประดิษฐ์. ผลการสนับสนุนและให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจในการพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
10. พาณี พิบูลย์เวช. การเตรียมความพร้อมของมารดาหลังคลอดเพื่อลดความวิตกกังวลในการเยี่ยมบุตรที่เจ็บป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
11. Sherllabarger, S.G. & Thompson, T.L. The critical times: Meeting parental communication needs throughout the NICU experience. **Neonatal Network**, 12(2), 1993: 39-45.

12. Shieds-Poe, D.&Pinelli,J. Variables associated with parent stress in neonatal intensive care unit . **Neonatal Network**, 16(1), 1997: 29-37.
13. Loo, K.K., Espinosa, M., Tyler, R.,& Howard, J. Using knowledge to coping with stress in the NICU : how parent Integrate Learning to Read the Physiologic and Behavior Cues of the Infant. **Neonatal Network**, 22(1),2003: 31-37.
14. Bishop,K.K., Woll,J., & Arango, P. Family/professional collaboration for children with special health needs and their families. Burlington, VT: Department of Social Work University of Vermont, 1993.
15. Rushton, C.H. Strategies for Family-Centered Care in the Critical Care Setting. **Pediatric Nursing**, 16(2), 195-199.
16. ชูเกียรติ วิวัฒนวงศ์เกษม. **Journal of Health Research**. 8(2) ,2537: 121-146.
17. มนต์ตรา พันธุ์พัก, ศรีสมร ภูมณสกุล, และอรพินซ์ เจริญผล. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมบทบาทมารดา ต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก ความพึงพอใจในบทบาทของมารดา ความสามารถในการเรียนรู้พฤติกรรมทารก และการเจริญเติบโตของทารก. **รามธิบดีพยาบาลสาร**, 15, 2552: 149-160.
18. ปัทมกร สิงห์กล้า. ผลของการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมซึ่งกันและกันของมารดาต่อความเครียดและบทบาทมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะวิกฤติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2550.
19. Johnson, P.G.B. **Walliamy's; the Newborn Child**. 17th ed., Edinburgh: Churchill Livingstone, 1994.
20. พรประภา โลจนะวงศกร. เปรียบเทียบผลการให้ข้อมูลมารดา ก่อนเข้าเยี่ยมทารกเกิดก่อนกำหนดต่อระดับความเครียดและสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

The result of the development of participatory aging long term care model.

Thakantho District, Kalasin Province

ฉวีวรรณ ชมภูเข¹

Chaweewan Chompookhao¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) การดำเนินการวิจัย 3 ปี ตั้งแต่ปี ตุลาคม 2558 – กันยายน 2560 มีเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ คือ ผู้สูงอายุ อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 จำนวน 1,280 คน จาก 13 หมู่บ้าน เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และแบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายใต้อายุ 10 บัญญัติสร้างสุขผู้สูงวัย และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดย Content analysis สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) Dependent t – test และ F – test แบบ repeated measure

ผลการศึกษา พบว่าภายหลังรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2558 ได้มีการส่งเสริมให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ปี 2559 ส่งเสริมให้มีการประยุกต์กิจกรรมในการดูแลรวมเข้ากับประเพณีและวัฒนธรรมในท้องถิ่น จนทำให้ภายหลังรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2560 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL) มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในด้าน Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) Transfer (ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) และ Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุทุกกลุ่มที่ศึกษาได้แก่ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มคิดสังคม) ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มคิดบ้าน) และผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มคิดเตียง) มีความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายใต้อายุ 10 บัญญัติสร้างสุขผู้สูงวัย และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

Abstracts

This study was a research and development study, the period of this study was three years until October 2015 to September 2017. The aim of this study was to develop the model of aging long term care Thakantho District, Kalasin Province by participation process. The samples were 1,280 of aging in Thakantho District, Kalasin Province until 2015 from 13 communities. Data were collected by interviewing, group discussion, questionnaire, Barthel Activities of Daily Living :ADL, the practice assessment form of the 10 of aging healthy and happiness acts and the good behavior for aging. The data were analyzed by content analysis, descriptive statistics including Frequency, Percentage, SD, repeated measure Dependent t – test and F – test.

The result showed, the model of aging long term care Thakantho District, Kalasin Province in 2015 has the community and associate can applied the local culture to the activity. There can build the pattern of participation aging long term care Thakantho District, Kalasin Province in 2017. The Barthel Activities of Daily Living :ADL was better than before including Feeding, Transfer, Toilet use and Mobility aspect. The group of the sample including the aging with self-reliant, can help others and community helper (socially aging), the aging with sometimes self-care (Home aging) and the aging with can not self-care or Disabled (bedside patient) had the opinion to the five dimensions of happiness model and the practice of aging promoting model by the 10 of aging healthy and happiness acts found the behavior of the aging better than before with significantly at .05 level.

Key word: Long-term care

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของไทยที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 3 - 4 ทศวรรษที่ผ่านมาทำให้ประเทศเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (ปราโมทย์ ปราสาทกุล, 2556) ซึ่งประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกได้เพิ่มจำนวนมากขึ้นเกือบร้อยละ 12 ในปี ค.ศ. 2014 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21 ในปี ค.ศ. 2050 (UNDESA, Population Division, 2013) และหากเปรียบเทียบกับประเทศ สมาชิกอาเซียน ในปี 2558 ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุอยู่ในลำดับที่ 2 จาก 10 ประเทศ สมาชิกอาเซียนในปัจจุบัน โดยมีสัดส่วนถึงร้อยละ 15.8 ซึ่งรองจากอันดับหนึ่งคือ สาธารณรัฐสิงคโปร์ มีสัดส่วนร้อยละ 17.0 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2558) สอดคล้องกับสถานการณ์การสูงวัยของประชากรไทย ในปี 2558 ประชากรไทยมีจำนวน 65.1 ล้านคน มีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากร⁽¹⁾ จากการสำรวจการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 6,394,022 คนในปี 2558 โดยกระทรวง สาธารณสุข พบว่า ร้อยละ 79 (5 ล้านคน) คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ยังช่วยเหลือตนเอง ผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ และอีกร้อยละ 21 (1.3 ล้านคน) คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือ เรียกว่า กลุ่มติดบ้าน เป็นผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และกลุ่มติดเตียงเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่เคลื่อนไหวไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการหรือภาวะทุพพลภาพ ที่ต้องการการดูแลระยะยาว⁽²⁾ เมื่อเปรียบเทียบภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ ระหว่างปี พ.ศ. 2550 กับปี พ.ศ. 2554 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ ที่เพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งตนเองได้ (กลุ่มติดสังคม) มีประมาณ ร้อยละ 78 กลุ่มพึ่งตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีร้อยละ 20 ขณะที่กลุ่มพึ่งพาผู้อื่น ไม่สามารถทำกิจกรรมด้วยตนเอง (กลุ่มติดเตียง) มีร้อยละ 2 และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 15 ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี⁽³⁾

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นการพัฒนา รูปแบบการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อำเภอท่าคันโท ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้ เห็นรูปแบบการดูแลระยะยาวที่

มีความชัดเจน และนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดกาฬสินธุ์และพื้นที่ใกล้เคียงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและสภาพปัญหา ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อสร้างและพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ตั้งแต่ ตุลาคม 2558 ถึง กันยายน 2560 มีระยะเวลาในการศึกษา 3 วงรอบๆ ละ 1 ปี ซึ่งแต่ละปี แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้ดังนี้ โดยใช้วิธีการศึกษาทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ คือ ผู้สูงอายุ อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2558 จำนวน 1,280 คน จาก 13 หมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและสภาพปัญหา (ทบทวน) 2) การสร้าง ปรับปรุงและพัฒนา รูปแบบ 3) การทดลองและดำเนินการใช้ 4) การติดตาม วิเคราะห์ ประเมินผลและสรุปและประเมินการดำเนินงาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พร้อมทั้งความต้องการและแนวทางในการแก้ไข ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

2.2 แบบวัดความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เซลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL)

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

2.3 แบบสนทนากลุ่ม สำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ครอบคลุม ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการรับรู้สถานะสุขภาพของ ผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ระบบการดูแลสุขภาพของ ผู้สูงอายุในปัจจุบัน การให้ความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่าย ความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และรูปแบบการ ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เหมาะสม

2.4 แบบสอบถามความเหมาะสมของรูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม อำเภอท่าคันโท จังหวัด กาฬสินธุ์ ของผู้เชี่ยวชาญ ตามหลักการสร้างและตรวจคุณภาพ เครื่องมือ โดยการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อ กำหนดเป็นประเด็นคำถาม หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้ ไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อหาความสอดคล้องของเนื้อหาและ วัตถุประสงค์ (IOC) แบบ Rating scale 3 ระดับ ของ Osgood ในการให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความเหมาะสมของกิจกรรม โดย กิจกรรมที่มีความเหมาะสมจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มากกว่า 0 มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ เหมาะสม เท่ากับ 1 คะแนน ไม่แน่ใจ เท่ากับ 0 คะแนน ไม่เหมาะสม เท่ากับ -1 คะแนน

2.5 แบบสอบถามความเป็นไปได้จากผู้ปฏิบัติงานใน ระดับต่าง ๆ ของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วน ร่วม อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ของผู้ปฏิบัติงานใน ระดับต่าง ๆ เป็นแบบ Rating scale ของ Likert 5 ระดับ มีค่า ความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .981 โดย Try –out กับประชากร ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในตำบล นาตาล อำเภอท่าคัน โท จังหวัดกาฬสินธุ์

2.6 แบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุ ภายใต้อายุ 10 บัญญัติสร้างสุขผู้สูงวัย ของ ผู้สูงอายุที่เป็นแบบ Rating scale ของ Likert 5 ระดับ มีค่าความ เที่ยง (Reliability) เท่ากับ .770 โดย Try –out กับประชากรที่ ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในตำบล นาตาล อำเภอท่าคัน โท จังหวัดกาฬสินธุ์

2.7 แบบวัดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ เป็น แบบ Rating scale ของ Likert 5 ระดับ มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .984 โดย Try –out กับประชากรที่ไม่ใช่ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในตำบล นาตาล อำเภอท่าคัน โท จังหวัดกาฬสินธุ์ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

2.8 แบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบ ความสุข 5 มิติ เป็นแบบ Rating scale ของ Likert 5 ระดับ มีค่า ความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .913 โดย Try –out กับประชากร ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในตำบล นาตาล อำเภอท่าคัน โท จังหวัดกาฬสินธุ์ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ภายใต้อายุ 10 บัญญัติสร้างสุขผู้สูงวัย พฤติกรรมที่พึง ประสงค์ และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของ ผู้สูงอายุ โดยสถิติ Dependent t – test และ F – test แบบ repeated measure กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ วิเคราะห์ข้อมูลโดยข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดย Content analysis

ผลการวิจัย

1. บริบทของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและสภาพ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ไม่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ สอดคล้องกับตัวผู้สูงอายุ และบริบทของชุมชน ขาดการมีส่วน ร่วมในการดูแลสุขภาพ ไม่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็น ปัญหาเฉพาะทาง ไม่มีการส่งต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหา เฉพาะโรคหรือการดูแลต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่ขาดองค์ความรู้ใน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง ไม่มีเครื่องมือ อุปกรณ์ในการดูแลโดยเฉพาะ การดูแลด้านอาหาร การดูแลให้ ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย (Physical activity) การดูแล ปัญหาในการจับถ่ายทั้งการปัสสาวะและการอุจจาระ ปัญหา ด้านสุขภาพจิตและการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน ผลการ วิเคราะห์ปัญหาของผู้สูงอายุที่ประเมินจากแบบประเมิน ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL) ที่พบมากที่สุดคือ Transfer (ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) ร้อยละ 2.81 รองลงมาคือ Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) ร้อยละ 2.73 และ Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อ หน้า) ร้อยละ 2.42

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1) การศึกษาบริบทของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและสภาพปัญหา 2) การสร้าง เป็นการปรับปรุงและพัฒนา 3) การทดลอง และ 4) การติดตาม วิเคราะห์ประเมินผลและสรุปการดำเนินงาน ทำให้เกิดแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ แบ่งเป็น

2.1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) โดยการส่งเสริมสุขภาพพิชิตระยะเวลาการเจ็บป่วย

2.2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) ได้แก่ 1) เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง 2) เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายแต่มีภาวะสับสนทางสมอง โดยการ ส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้นและยึดสภาพระยะเวลาการเจ็บป่วยให้คงสภาพไม่มีอาการทรุดลงจากเดิม ควรได้รับการดูแลทั้งทางกาย ใจและสวัสดิการสังคม อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

2.3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) 1) เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง โดยการลดภาวะการเจ็บป่วยซ้ำซ้อนในผู้สูงอายุ 2) เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายและมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง โดยการลดภาวะการเจ็บป่วยซ้ำซ้อนในผู้สูงอายุ ดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3. ผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วมปี 2560 อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) พบว่า 1) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายได้ 10 บัญญัติสร้างสุขผู้สูงวัยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายได้ 10 บัญญัติสร้างสุขผู้สูงวัย ระหว่างปี 2558 ถึงปี 2560 มีความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ปี 2560 มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด 2) พฤติกรรมที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ คือพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัวในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย 2.1) พฤติกรรมการกินในผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการกินของผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ระหว่างปี 2558 ถึงปี 2560 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ปี 2560 มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด 2.2) พฤติกรรมการออกกำลังกายยึดเหยียดกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุดค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายยึดเหยียดกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ระหว่างปี 2558 ถึงปี 2560 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ปี 2560 มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด 2.3) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ระหว่างปี 2558 ถึงปี 2560 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ปี 2560 มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด 2.4) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ระหว่างปี 2558 ถึงปี 2560 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ปี 2560 มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด 2.5) พฤติกรรมที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมของผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ระหว่างปี 2558 ถึงปี 2560 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ปี 2560 มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด 3) ผลการประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ระหว่างปี 2558 ถึงปี 2560 มีความ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ปี 2560 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด

3.2 ผลของการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ในผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) พบว่า

3.2.1 กลุ่มผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ภายใต้ 10 บัญญัติสร้างสุขผู้สูงวัยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยบัญญัติสร้างสุขผู้สูงวัยระหว่าง ปี 2558 ถึง ปี 2560 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ปี 2560 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ผลการประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ระหว่างปี 2558 ถึง ปี 2560 (Repeated measurement) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ปี 2560 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด

3.2.2 กลุ่มผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายแต่มีภาวะสับสนทางสมอง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้ 10 บัญญัติสร้างสุขผู้สูงวัย โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยบัญญัติสร้างสุขผู้สูงวัย ระหว่างปี 2558 ถึง ปี 2560 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ปี 2560 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ผลการประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ระหว่างปี 2558 ถึง ปี 2560 (Repeated measurement) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ปี 2560 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด

3.3 ผลของการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ในผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

3.3.1 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) ที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายหรือมีอาการ

เจ็บป่วยรุนแรง มีการจัดกิจกรรมเพื่อลดภาวะการเจ็บป่วยซ้ำซ้อนในผู้สูงอายุ ให้ ครบทั้ง 2 คน และผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ มีผลการเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ โดยรวมอยู่ในระดับ มากที่สุด

3.3.2 กลุ่มผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง เป็นระยะสุดท้าย (n = 9 คน) ผลการประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ระหว่างปี 2558 ถึง ปี 2560 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ปี 2560 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด

3.4 ผลการประเมินตามแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL) ภายหลังรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2559 (n = 1,280) มีกิจกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น คือ Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24- 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา) Transfer (ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) และ Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) ปี 2560 (n = 1,280) มีกิจกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นจากปี 2559 คือ Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) Transfer (ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) และ Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) Mobility

สรุปและอภิปรายผล

จากการประเมินตามแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL) พบว่า ในปี 2559 และ 2560 มีแนวโน้มในการปฏิบัติตัวดีขึ้น จากปี 58 หรือก่อนการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาบริบทของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและสภาพปัญหา เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พร้อมทั้งความต้องการ จากนั้นได้นำข้อมูลไปกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาคาดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อำเภอท่าคันโท จังหวัด

ภาพสนธิ์โดยการประชุมกลุ่มย่อย (Multiple Focus Group Discussion) ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ดูแล ผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และผู้นำชุมชนเชื่อมโยงกับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL) จนสามารถ สรุปแนวทางแก้ไขจากการจัดจำแนก กลุ่มตามปัญหาและความต้องการ เป็นกลุ่มกิจกรรมเพื่อนำไปสู่ การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ เช่น ชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ทีมเยี่ยมยามถามข่าว เป็นต้น ซึ่งใน กิจกรรมดังกล่าว ได้มีส่งเสริมให้ภาคีเครือข่าย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจน ชุมชน ญาติ ผู้ดูแล หรือแม้แต่ตัวผู้ป่วยเอง ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกำหนดกิจกรรมและได้มีการให้ส่งเสริม ประเพณีวัฒนธรรมที่มีอยู่ในชุมชน ได้แก่ วันสำคัญทางศาสนา และฮีต 12 คอง 14 ผนวกรวมเข้ากับการดำเนินงาน เพื่อให้ภาคี เครือข่าย ชุมชน ผู้ดูแล ญาติ และผู้สูงอายุ ได้มีกิจกรรมร่วมกัน โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนนับว่าเป็นส่วนที่มีความสำคัญยิ่ง ตั้งแต่ “ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ (ร่วม รับผิดชอบ) ร่วมตรวจสอบ และร่วมรับประโยชน์” ถ้าให้ ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมจะทำให้งานนั้นสำเร็จตาม วัตถุประสงค์และเป้าหมาย เนื่องจากประชาชนจะเกิดความ ภาคภูมิใจที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม สอดคล้องกันกับแนวคิดการมีส่วนร่วม^(4,9)

จากกิจกรรมที่ได้เป็นกิจกรรมที่มาจากปัญหาและความ ต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกันกับวัตถุประสงค์ของ โรงเรียนผู้สูงอายุ⁽¹¹⁾ และแนวคิดของโรงเรียนผู้สูงอายุที่ว่า โรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบหนึ่งในการส่งเสริมการเรียนรู้ ตลอดชีวิต การจัดการศึกษา การพัฒนาทักษะเพื่อพัฒนา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุจะเป็น เรื่องที่ผู้สูงอายุสนใจและมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต ช่วย เพิ่มพูนความรู้ ทักษะชีวิตที่จำเป็น โดยวิทยาการจิตอาสาหรือ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องขณะเดียวกันก็เป็นพื้นที่ที่ผู้สูงอายุจะ ได้แสดงศักยภาพ โดยการถ่ายทอดภูมิความรู้ประสบการณ์ ที่ สัมผัสแก่บุคคลอื่น เพื่อสืบสานภูมิปัญญาให้คงคุณค่าคู่กับ ชุมชน⁽¹¹⁾ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวได้นำไปสู่การปฏิบัติตัวจนเกิด พฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้แก่

1. พฤติกรรมการกินในผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการกินของผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ระหว่างปี 2558 ถึงปี 2560 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 โดยที่ปี 2560 มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด สอดคล้องกับ การศึกษาของ อัมมร บุญช่วย (2558)⁽¹²⁾ ได้ศึกษาผลของ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิต สูง กรมศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไทรทอง อำเภอ ชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัย พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง มี ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตน และมีพฤติกรรมการดูแล ตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

2. พฤติกรรมการออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อใน ผู้สูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุดค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ระหว่างปี 2558 ถึงปี 2560 มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ปี 2560 มีค่าเฉลี่ย สูงที่สุด สอดคล้องกันกับการศึกษาของ สมัย ทองพูล และคณะ (2560)⁽¹³⁾ ศึกษารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับ ผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน โชนลำควน ตำบล หนองเม็ก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษา พบว่ารูปแบบดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก รอบ เอว ดัชนีมวลกาย ลดลง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (p-value <0.05) ค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา, ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและลำตัวส่วนบน, ความ ทนทานแบบแอโรบิก, ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลังและ กล้ามเนื้อ hamstring, ความยืดหยุ่นของลำตัวส่วนบนและแขน ความคล่องแคล่วและการทรงตัวขณะเคลื่อนไหว ดีวก่อน ดำเนินการ และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05)

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแวดล้อมในการอยู่ อาศัยของผู้สูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าคะแนน เฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยของ ผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและ สังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ระหว่างปี 2558 ถึงปี 2560 ความ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2560 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ไพนูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และ ยวดี รอดจากภัย (2557)⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการสุขภาพและที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโครงการ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกันกับการศึกษาของ อัมมร บุญช่วย (2558)⁽¹²⁾ ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความคาดหวังในผลของการ ปฏิบัติตน และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุโรค ความดันโลหิตสูงในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ โดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ระหว่างปี 2558 ถึงปี 2560 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 โดยที่ ปี 2560 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด สอดคล้องกับ การศึกษาของ Phugsachet (2011)⁽¹⁵⁾ ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรม การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลกระทบของ สุขภาพช่องปาก สมรรถภาพในชีวิตประจำวันในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่ม ทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมทันตสุขภาพ มีการเลือกบริโภค อาหารที่มีประโยชน์และการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ผลดีใน การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ และพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อ ป้องกันโรคฟันผุ โรคปริทันต์เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p < .05$)

5. พฤติกรรมที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ โดยรวมและ รายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม โดยรวมของผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและ สังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ระหว่างปี 2558 ถึงปี 2560 มีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2560 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมมร บุญช่วย (2558)⁽¹²⁾ ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับ โปรแกรมส่งเสริม สุขภาพมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความคาดหวังใน

ผลของการปฏิบัติตน และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบว่า การส่งเสริมพฤติกรรม การปฏิบัติตัวตามการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายใต 10 บัญญัติสร้างสุขผู้สูงวัยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และค่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ภายใต 10 บัญญัติสร้างสุขผู้สูงวัย ระหว่างปี 2558 ถึง ปี 2560 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2560 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ไพนูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และ ยวดี รอดจากภัย (2557) ผล การศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้า ร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < .05$) และผลการประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบ ความสุข 5 มิติ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ค่า คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติของ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ระหว่างปี 2558 ถึงปี 2560 มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2560 มีค่าเฉลี่ย สูงที่สุด สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ยุพิน ทรัพย์แก้ว (2559)⁽¹⁶⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยหลักสูตร โรงเรียนผู้สูงอายุ ของศูนย์ความเป็นเลิศด้านการสร้างเสริม สุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ ผ่านหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.70$, S.D. = 0.52) 2.ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ผ่าน หลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุพบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับ มาก ที่สุด ($\bar{X} = 4.61$, S.D. = 0.45) และสอดคล้องกับการศึกษาของกร ชนก วุฒิสวมงสกุล และคณะ (2556)⁽¹⁷⁾ ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวใน ครอบครัว และชุมชน ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังใช้รูปแบบการมีส่วนร่วม มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวและ ชุมชน ในภาพรวม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ โดย งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา

(Research and Development) มีการดำเนินการวิจัย 3 ปี(3วรอบ) ตั้งแต่ปี ตุลาคม 2558 – กันยายน 2560 โดยในทุกๆปี จะมีการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ให้เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของผู้สูงอายุเป็นหลัก

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยพบว่ากิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนั้นต้องเกิดมาจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาว่า กับการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุ และผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โคนสอดแทรกประเพณีและวัฒนธรรมที่มีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ในการดำเนินงานควรมีความต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน, ประมวลสถิติที่สำคัญ ของประเทศไทย พ.ศ. 2551. CD-ROM. กลุ่มบูรณาการข้อมูลสถิติ: กรุงเทพฯ. 2551.
2. ประเสริฐ อัสสันตชัย, ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: สหุณเณยนศรีเอช. 2552).
3. นงลักษณ์ พะโกยะ. ระบบการดูแลระยะยาวและ กำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักอนามัย. 2551.
4. World Health Organization. Community Involvement in Health Development: Challenging Health Services. Report Services 809, Geneva; 1991
5. วชิราวุธ ผลบุญภิรมย์. การพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ บ้านเก่าแก้ว ตำบลเก่าแก้ว อำเภอนาดูน จังหวัดขอนแก่น. รายงาน การศึกษาอิสระปริญญาสาขารัฐศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2555.
6. ธงชัย ศรีชน. ผลของการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ บ้านคอนนิมพัฒนา หมู่ที่ 9 ตำบลคอนนิม อำเภอนาดูน จังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาสาขารัฐศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2553.
7. นพพล เคียงพรหม. ผลการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านจืด อำเภอนาดูน จังหวัดอุดรธานี. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาสาขารัฐศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2551.
8. ชีระพงษ์ แก้วหาญ. กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ประชาคม ประชาสังคม (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: คลังนาวิทยา. 2543.
9. ไพรัตน์เดชะรินทร์. กลวิธีแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนาชุมชน. ในเวทีทอง หงวิวัฒน์, กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภารการพิมพ์
10. ศักดิ์สิทธิ์ เข้มศรี. การมีส่วนร่วมในการกำจัดการขยะในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารราชการ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, 2543.
11. กลุ่มส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ. การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ. [ออนไลน์] เข้าถึงจาก <http://www.dop.go.th/topic/view=54>. เข้าถึงเมื่อ 21 เมษายน 2561.
12. อัมมร บุญช่วย. ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไทรทอง อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 3(2):231-44, 2558.
13. สมัย ทองพูล สันติสิทธิ์ เขียวเงิน สงัด เชื้อลิ้นฟ้า. รูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน โชนลำควน ตำบลหนองเม็ก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษาศึกษา ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2560
14. ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และ ยุวดี รอดจากภัย. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน. รายงานการวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2557.
15. Phugsachai, P. The Effects of the Program for an Application of the Health Belief Model and the Impacts of Oral Health on Daily Life Competency of the Elderly in RoiEt Province. *Journal of Dental Health*, 16(1): 45-56. 2011.
16. ยุพิน ทรัพย์แก้ว. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยหลักสูตร โรงเรียนผู้สูงอายุ ของศูนย์ความเป็นเลิศด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. ปีที่ 9 ฉบับที่ 2. 2559.
17. กรชนก วุฒิสมาวงศ์กุล. กลยุทธ์ นันทชัย, บุญยัณมกล เรื่องรักเรียน, จิรนนท์ ทองสัมฤทธิ์, ศศิภา จินจัน และวารี กังใจ. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวและชุมชน. 2556.
18. สมคิด พรหมจ้อย. เทคนิคการประเมินโครงการ. กรุงเทพฯ : จตุพร ดีไซน์, 2550.

แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ จังหวัดอัตตะปือ สปป.ลาว

Motivation Related to the Performance to Dengue Prevention and Control of Districts Health

Officials in Attapeu Province, Lao PDR.

Inpanh Inthirath¹ ชัญญา อภิบาลกุล²

Chanya Apipalakul²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ แบบภาคตัดขวาง (Survey research by cross-sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ จังหวัดอัตตะปือ สปป.ลาว ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตพื้นที่สาธารณสุข ในจังหวัดอัตตะปือ ทั้งหมด 60 คน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม ด้วยวิธีของ ครอนบาช (Cronbach's Method) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ในภาพรวมเท่ากับ 0.91 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 5 ถึง 25 กุมภาพันธ์ 2560 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ซึ่งได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล และสถิติเชิงอนุมาน Pearson Product Moment Correlation Coefficient

ผลการศึกษา พบว่า ระดับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอจังหวัดอัตตะปือ สปป.ลาว พบว่าในภาพรวมมีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.96(S.D.=0.53) ระดับแรงจูงใจพบว่าในภาพรวม แรงจูงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.90(S.D.=0.43) แรงจูงใจด้านปัจจัยจูงใจ และ ปัจจัยค้ำจุน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.04(S.D.=0.45) และ 3.75(S.D.=0.50) ตามลำดับ ภาพรวมแรงจูงใจ และภาพรวมของปัจจัยค้ำจุน มีความสัมพันธ์ระดับสูง ทางบวกกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.750$, $p\text{-value} < 0.001$, $r = 0.755$, $p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ) ส่วนภาพรวมของปัจจัยจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.593$, $p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ: แรงจูงใจ, โรคไข้เลือดออก และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aimed to study the relationship between motivation and performance to dengue prevention and control of districts health officials in Attapeu province, Lao PDR. The populations were 60 personnel. The questionnaire was examined and verified by three experts for content validity and tested for reliability (Cronbach's alpha coefficient in overall of questionnaire = 0.91). Data collection was carried out from 5th to 25th in January; 2017. The data distribution was performed by descriptive statistics; percentage, mean, standard deviation, median, maximum, minimum and inferential statistics were Pearson product moment correlation

The results showed that the performance to dengue prevention and control of districts health officials in Attapeu province, Lao PDR. was at high level with averages 3.96(S.D.=0.53). The motivation was at high level with averages 3.90(S.D. =0.43) and motivation factors and hygiene factors was at high level with averages 4.04(S.D.=0.45) and 3.75(S.D.=0.50). The motivation and hygienic factors had high positive relationship with performance to dengue prevention and control ($r = 0.750$, $p\text{-value} < 0.001$, $r = 0.755$, $p\text{-value} < 0.001$, respectively) and motivation factors had moderate positive relationship with performance to dengue prevention and control ($r = 0.593$, $p\text{-value} < 0.001$).

Key words Motivation, Dengue fever and Districts health officials

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ ภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อไวรัสชนิดหนึ่งที่มี ขยาย เป็นพาหะนำโรค และเป็นที่ยู้งักกันมานานมากกว่า 200 ปีมาแล้ว มีรายงานการระบาดครั้งแรกระหว่างปี ค.ศ. 1779-1780 ในเขต Asia Africa North America ซึ่งได้กลายเป็น ปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยเฉพาะ ประเทศในเขตเอเชีย แอฟริกา อเมริกาเหนือ และเขตอื่นๆ⁽¹⁾ โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดคะเนว่าในแต่ละปีจะมี ประมาณ 50 ล้านคนในทั่วโลกได้ติดเชื้อไข้เลือดออก และมี ประชากรมากกว่า 2,500,000,000 คน อาศัยอยู่ในประเทศที่มี การชุกชุมของโรคไข้เลือดออก⁽²⁾ สาธารณรัฐประชาธิปไตย ประชาชนลาว (สปป.ลาว) ก็เป็นประเทศหนึ่งที่ได้รับ ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกเหมือนกับ ประเทศอื่นในโลก ซึ่งโรคไข้เลือดออกได้กลายเป็นปัญหาที่ สำคัญทางด้านสาธารณสุขอยู่ใน สปป.ลาว โรคไข้เลือดออกมี การระบาดครั้งแรกในปี ค.ศ.1985 อยู่นครหลวงเวียงจันทน์⁽³⁾ จากปี ค.ศ.1987 เป็นต้นมา สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ใน สปป.ลาวก็กระจายไปทุกจังหวัดและมีการระบาดหลายครั้ง เช่น ในปี 1995 1997 2003 2005 2010 และต่อมาในปี 2013 เป็นการระบาดขนาดใหญ่แผ่ขยายจากตัวเมืองสู่ชนบทและ เกิดขึ้นช่วงเดียวกันอยู่หลายจังหวัดภายในประเทศซึ่งมี จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 44,171 คน และมีผู้เสียชีวิต 95 คน⁽⁴⁾

สำหรับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นพันธกิจหนึ่งที่จำป็น และมีความสำคัญเป็นงานหลักที่อยู่ ในแผนงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่กระทรวง สาธารณสุขได้เอาใจใส่และระดมทุกความพยายาม เพื่อไม่ให้ เกิดการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก โดยได้ดำเนินงาน ตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก ซึ่งประกอบมี 5 องค์ประกอบคือ องค์ประกอบที่ 1 สุขศึกษาการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อ กัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก องค์ประกอบที่ 2 การทำลาย ลูกน้ำและพาหะนำเชื้อ องค์ประกอบที่ 3 การเฝ้าระวังด้าน ระบาดวิทยา องค์ประกอบที่ 4 การรักษาและคุ้มครองผู้ป่วย และองค์ประกอบที่ 5 การประสานงาน, กำหนดมาตรการ, พัฒนาระบบการตัดสินใจปัญหา ร่วมกับการติดตาม ประเมินผล⁽⁵⁾

จังหวัดอัตตะปือตั้งอยู่ภาคใต้ของสปป.ลาว มีเนื้อที่ 10,320 ตารางกิโลเมตร ประชากรทั้งหมด 139,600 คน เพศ หญิง 69,800 คน มี 5 อำเภอ 147 หมู่บ้าน ความหนาแน่นของ ประชากร 11 คน/ตารางกิโลเมตร การขยายตัวของประชากร 2.2% ต่อปี⁽⁶⁾ ซึ่งเป็นจังหวัดที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ ระบาดของโรคไข้เลือดออกเช่นเดียวกันกับจังหวัดอื่นๆ ทั่ว ประเทศ นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 2010 เป็นต้นมา จำนวนผู้ป่วยโรค ไข้เลือดออกมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี เริ่มจากปี ค.ศ. 2010 มีจำนวนผู้ป่วย 207 คน และมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในปี ค.ศ. 2013 จำนวน 1,508 คน จนถึงปี ค.ศ. 2015 มีผู้ป่วยโรค ไข้เลือดออก 687 คน รวมผู้ป่วยทั้งหมด (ค.ศ. 2010-2015) จำนวน 3,488 คน โดยระยะที่ผ่านมา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอภายในจังหวัดอัตตะปือ ได้มีการดำเนินการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตลอดมา แต่จะเห็นว่า ผลการดำเนินการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคดังกล่าว ยังไม่ประสบความสำเร็จอย่างมี ประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพเท่าที่ควร เช่น การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ ประชาชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่ ต่อเนื่อง ใช้รูปแบบการประชาสัมพันธ์ยังไม่ครอบคลุม หมู่บ้านทั้งหมดในพื้นที่ของแต่ละอำเภอ การจัดเวลา ประชาสัมพันธ์ไม่สอดคล้องกับสภาพการดำรงชีวิตของ ประชาชน กระบวนการติดตามและปฏิบัติการทำลายลูกน้ำยุงลาย และพาหะนำเชื้อให้แก่พนักงานชั้นสุขศาลาและอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังไม่ต่อเนื่อง อาจเป็นสาเหตุให้ยัง พบปัญหาไข้เลือดออกในปัจจุบัน⁽⁷⁾

จากความเป็นมาและสภาพปัญหาในการปฏิบัติงาน ดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจที่ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอที่กำลังปฏิบัติงานป้องกันโรคไข้เลือดออก จังหวัดอัต ตะปือ สปป.ลาว เพื่อจะได้นำเอาผลของการศึกษาในครั้งนี้ไป เป็นข้อมูลในการวางแผนเพื่อกระตุ้นขวัญและกำลังใจของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอภายในจังหวัดอัตตะปือ ดำเนินการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้ ประสพผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุตามวัตถุประสงค์ และกำหนดไว้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอจังหวัดอุดรธานี สปป.ลาว
2. ระดับแรงจูงใจและระดับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอจังหวัดอุดรธานี สปป.ลาว
3. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอจังหวัดอุดรธานี สปป.ลาว

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ แบบภาคตัดขวาง (Survey research by cross-sectional study) เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ วันที่ 5 ถึง 25 กุมภาพันธ์ 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่สาธารณสุข 5 อำเภอในจังหวัดอุดรธานี สปป.ลาว อำเภอละ 12 คน รวมประชากรทั้งหมด จำนวน 60 คน⁽⁸⁾ เนื่องจากว่าประชากรที่นำมาศึกษาครั้งนี้มีจำนวนไม่มากจึงศึกษาจากประชากรทั้งหมด

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อยืนยันข้อมูลให้ชัดเจนโดยเลือกจากผู้ที่สามารถให้คำตอบเชิงลึกในการศึกษาให้มีประสิทธิภาพอย่างแท้จริงต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการปฏิบัติงานป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่สาธารณสุขอำเภอ 5 อำเภอ โดยพิจารณาเลือกจากผู้บริหารงานสาธารณสุข และผู้บริหารโรงพยาบาลอำเภอ ประกอบด้วย ส่วนแรกเป็นหัวหน้าหรือรองหัวหน้าสาธารณสุขอำเภอ จาก 5 อำเภอ อำเภอละ 1 คน ส่วนที่สอง เป็นผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอ อำเภอละ 1 คน รวมผู้เข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งหมด 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่นำไปใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยแบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 4 ส่วน ส่วนที่ 1

เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ ประกอบด้วยปัจจัยจูงใจ และปัจจัยก้ำจุนของ ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับระดับการปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์การป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ ประกอบด้วยปัจจัยจูงใจ และปัจจัยก้ำจุน ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอในจังหวัดอุดรธานี สปป.ลาว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างหรือเขตพื้นที่ ที่จะได้ทำการศึกษ จำนวน 30 คน ในเขตอำเภอสุเมอมา จังหวัดจำปาสัก และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยการใช้โปรแกรมทางคอมพิวเตอร์เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในภาพรวมเท่ากับ 0.91 ค่าความเที่ยง ของตัวแปรแรงจูงใจ เท่ากับ 0.86 ค่าความเที่ยง ของตัวแปรการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.84

การศึกษาในครั้งนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์จากคณะกรรมการของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 592340 เมื่อวันที่ 23 มกราคม 2560 และผ่านการรับรองจาก Ministry of Health National Ethics Committee for Health Research (NECHR) สปป.ลาว เลขโครงการที่ 011 /NECHR เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) หาค่า การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูง (Maximum) เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับแรงจูงใจ ระดับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ จังหวัดอุดรธานี สปป.ลาว และ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ จังหวัดอุดรธานี สปป.ลาว

สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ที่ละคู่ (Bivariate Analysis) สำหรับเกณฑ์ในการแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ผู้ศึกษาใช้เกณฑ์ของElifson⁽¹⁹⁾ มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 โดยแบ่งระดับ ดังนี้

มีความสัมพันธ์สูงมาก (Perfect relationship) หมายถึง $r = \pm 1$

มีความสัมพันธ์สูง (Strong relationship) หมายถึง $r = \pm 0.71$ ถึง $r = \pm 0.99$

มีความสัมพันธ์ปานกลาง (Moderate Relationship) หมายถึง $r = \pm 0.31$ ถึง $r = \pm 0.70$

มีความสัมพันธ์ต่ำ (Weak relationship) หมายถึง $r = \pm 0.01$ ถึง $r = \pm 0.30$

ไม่มีความสัมพันธ์ (No Relationship) หมายถึง $r = 0$

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ จังหวัดอุดรธานี สปป.ลาว คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ จังหวัดอุดรธานี สปป.ลาวพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 ส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 48.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 33.42 ปี (S.D.=7.83 ปี) อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 56 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 81.7 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาผู้ช่วยแพทย์

จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 และมีรายได้ 1,000,001 – 2,000,000 กีบ และ 2,000,001 – 3,000,000 กีบ จำนวนกลุ่มละ 27 คน คิดเป็นร้อยละ 45.0 มีรายได้เฉลี่ย 2,230,000 กีบ (S.D.=767,849 กีบ) รายได้ต่ำสุด 1,000,000 กีบ รายได้สูงสุด 4,500,000 กีบ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 1 – 5 ปี จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 มีค่ามัธยฐาน 3 ปี ประสบการณ์ต่ำสุด 1 ปี ประสบการณ์สูงสุด 27 ปี และเคยได้รับการฝึกอบรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 2 ครั้ง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 การฝึกอบรมเฉลี่ย 2 ครั้ง (S.D.=0.76) เคยได้รับการฝึกอบรมสูงสุด 3 ครั้ง เคยได้รับการฝึกอบรมต่ำสุด 1 ครั้ง

2. ระดับแรงจูงใจ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ จังหวัดอุดรธานี สปป.ลาว ในภาพรวมมีแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.90 (S.D.=0.43) มีแรงจูงใจด้านปัจจัยจูงใจและแรงจูงใจด้านปัจจัยก้ำจุนอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.04 (S.D.=0.45) และค่าเฉลี่ย 3.75 (S.D.=0.50) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรับผิดชอบมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 4.29 (S.D.=0.57) รองลงมาคือ ด้านความสำเร็จในการทำงาน อยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 4.19 (S.D.=0.45) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านเงินเดือน/ค่าตอบแทนอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.27 (S.D.=0.69) รองลงมาคือด้านสถานภาพการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.42 (S.D.=0.62)

3. ระดับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ จังหวัดอุดรธานี สปป.ลาว การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ จังหวัดอุดรธานี สปป.ลาว พบว่าในภาพรวมมีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.96 (S.D.=0.53) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้าน การศึกษาประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 4.06 (S.D.=0.62) รองลงมาคือ การประสานงานกำหนดมาตรการพัฒนากระบวนการตัดสินใจปัญหา ร่วมกับการติดตามประเมินผล อยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 3.97 (S.D.=0.63) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือการเฝ้าระวังด้านระบาดวิทยาอยู่

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.91(S.D.=0.67) รองลงมาคือ การทำลายลูกน้ำขุ่นลาย และพาหะนำเชื้อ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.92(S.D.=0.66)

4. แรงจูงใจ ที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอจังหวัดอุดรธานี สปป.ลาว ภาพรวมแรงจูงใจ และภาพรวมของปัจจัยคำจูง มีความสัมพันธ์ระดับสูง ทางบวกกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอจังหวัดอุดรธานี สปป.ลาว อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ($r = 0.750$, $p\text{-value} < 0.001$, $r = 0.755$, $p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ) ส่วนภาพรวมของปัจจัยจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอจังหวัดอุดรธานี สปป.ลาว ($r = 0.593$, $p\text{-value}$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

6. แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอจังหวัดอุดรธานี สปป.ลาว สรุปได้ดังนี้

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างค่าตัวแปรอิสระกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอจังหวัดอุดรธานี สปป.ลาว

ปัจจัยการบริหารและแรงจูงใจ	การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
แรงจูงใจ	0.750**	< 0.001	สูง
ปัจจัยจูงใจ	0.593**	< 0.001	ปานกลาง
ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน	0.264*	0.042	ต่ำ
การยอมรับนับถือ	0.448**	< 0.001	ปานกลาง
ลักษณะงาน	0.431**	0.001	ปานกลาง
ความรับผิดชอบ	0.503**	< 0.001	ปานกลาง
ความก้าวหน้าในตำแหน่ง	0.588**	< 0.001	ปานกลาง
ปัจจัยคำจูง	0.755**	< 0.001	สูง
เงินเดือน/ค่าตอบแทน	0.526**	< 0.001	ปานกลาง
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.466**	< 0.001	ปานกลาง
การปกครองบังคับบัญชา	0.574**	< 0.001	ปานกลาง
นโยบายและการบริหาร	0.648**	< 0.001	ปานกลาง
สภาพการปฏิบัติงาน	0.575**	< 0.001	ปานกลาง
สถานภาพของวิชาชีพ	0.680**	< 0.001	ปานกลาง
ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	0.691**	< 0.001	ปานกลาง
ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	0.611**	< 0.001	ปานกลาง

* Correlation is significant at the 0.05 level

จากตาราง 1 พบว่า ภาพรวมแรงจูงใจ และภาพรวมของปัจจัยคำจูง มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอจังหวัดอุดรธานี สปป.ลาว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับสูง ($r = 0.750$, $p\text{-value} < 0.001$, $r = 0.755$, $p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ) ส่วนภาพรวมของปัจจัยจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการป้องกันและควบคุม

โรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอจังหวัดอุดรธานี สปป.ลาว ($r = 0.593$, $p\text{-value}$)

7. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอจังหวัดอุดรธานี สปป.ลาว โดยภาพรวมข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิดจากแบบสอบถามทั้งหมด 60 ฉบับ พบว่ามีผู้เสนอปัญหา

อุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด 49 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 81.67 โดยปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่คือ การทำลายลูกน้ำ ยุงลาย และพาหะนำเชื้อ ร้อยละ 75.51 รองลงมาคือ การประสานงานกำหนดมาตรการพัฒนากระบวนการตัดสินใจ ปัญหาเกี่ยวกับการติดตามประเมินผลร้อยละ 71.43 ส่วนปัญหาอุปสรรคน้อยที่สุดคือ ได้แก่ การเฝ้าระวังด้าน ระบาดวิทยา และการรักษา และคุ้มครองผู้ป่วยร้อยละ 59.18

อภิปรายผล

เมื่อพิจารณาระดับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ จังหวัดอุดรธานี สปป.ลาว พบว่าในภาพรวมมีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.96(S.D.=0.53) เนื่องจากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีขั้นตอนการดำเนินงานที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมา มีการประสานงานกำหนดมาตรการพัฒนากระบวนการตัดสินใจ ปัญหาเกี่ยวกับการติดตามประเมินผล อยู่เป็นประจำ เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน ให้ครอบคลุม ปัญหาที่แท้จริงในระดับพื้นที่ จึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ผลการศึกษาครั้งนี้ อยู่ในระดับมาก ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ภาพรวมทุกด้านของการมีส่วนร่วมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่นอยู่ในระดับมาก⁽⁹⁾ เช่นเดียวกันกับที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ระดับการปฏิบัติงานควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในระดับมาก⁽¹⁰⁾ เช่นเดียวกันกับที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า การปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสมเฝ้า อำเภอเพ็ญ อยู่ในระดับมาก⁽¹¹⁾ และอาจเนื่องมาจากความเชื่อมโยง การประสานงานกับภาคีเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ต่างบริบทกัน รวมถึงทรัพยากรในการดำเนินงาน เช่น เครื่องมือ และอุปกรณ์สื่อสารเช่น เครือข่ายโทรศัพท์อุปกรณในการช่วยวินิจฉัย และการ

รักษาโรค ที่เป็นไปตามนโยบายและปัญหาด้านสุขภาพของแต่ละพื้นที่ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพของชุมชน จังหวัดอุดรธานีอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹²⁾

ภาพรวมแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอจังหวัดอุดรธานี สปป.ลาว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r = 0.750, p\text{-value} < 0.001$) เนื่องจากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกต้องอาศัยแรงกระตุ้นจากหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นทางด้านนโยบายที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ทรัพยากรในการดำเนินงาน แต่อีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญไม่แพ้ปัจจัยอื่นคือการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งถือเป็นแรงผลักดันบุคลากรด้านสาธารณสุขให้มีกำลังใจในการดำเนินงานต่อไป โดยปัจจัยแรงจูงใจนั้นหมายรวมถึงการสร้างแรงจูงใจทั้งเรื่องงาน สภาวะแวดล้อมในการปฏิบัติงาน รวมถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อชีวิตส่วนตัวของผู้ปฏิบัติ ด้วยเหตุนี้จึงอาจมีผลให้การศึกษา ปัจจัยแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่าแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น⁽¹³⁾ อย่างไรก็ตามในด้านของแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความแปรผันไปกับสภาวะแวดล้อมในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะนโยบายในการดำเนินงานที่แตกต่างกัน รวมถึงปัญหาของบริบทพื้นที่ต่างๆ ที่ย่อมแตกต่างกันออกไป ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่าปัจจัยด้านแรงจูงใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมลูกน้ำยุงลายของผู้ปฏิบัติงานควบคุมลูกน้ำยุงลาย ของศูนย์บริการสาธารณสุข⁽¹⁴⁾ เช่นเดียวกันกับที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ภาพรวมของแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับแรงจูงใจที่มีผลต่อการบริหารโครงการสุขภาพของหัวหน้าสถานอนามัย จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁵⁾ เช่นเดียวกันกับที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับ

การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการ
สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดหนองคาย⁽¹⁶⁾

ภาพรวมปัจจัยเชิงใจ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอจังหวัดอุดรธานี สปป.ลาว ($r = 0.593$, p -value) เนื่องจากปัจจัยเชิงใจ เป็นปัจจัยที่เกื้อหนุนต่อการปฏิบัติงานเป็นอย่างมากโดยเฉพาะ ด้าน เงินเดือน และค่าตอบแทน ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีพของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ รวมถึงสภาพแวดล้อม และความสัมพันธ์ในที่ทำงานที่มีส่วนช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่น้อย ซึ่งด้วยความสำคัญของปัจจัยเชิงใจ จึงอาจส่งผลให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ ปัจจัยเชิงใจ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่าปัจจัยด้านจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์ปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอดส์ในพื้นที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁷⁾ เช่นเดียวกันกับที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยด้านจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับแรงจูงใจที่มีผลต่อการบริหารโครงการสุขภาพของหัวหน้าสถานีอนามัยจังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁵⁾ เช่นเดียวกันกับที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยด้านจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดหนองบัวลำภู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁸⁾

ภาพรวมของปัจจัยด้านจิตวิทยา มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอจังหวัดอุดรธานี สปป.ลาว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.755$, p -value < 0.001) เนื่องจากปัจจัยเชิงใจประกอบไปด้วย ปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะในเรื่อง ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน และ ความรับผิดชอบต่องาน ซึ่งจากข้อมูลเชิงปริมาณจะพบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นความมุ่งมั่นและตั้งใจในการปฏิบัติงานของ

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน จึงอาจส่งผลให้การศึกษาในครั้งนี้พบว่าภาพรวมของปัจจัยด้านจิตวิทยา มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่าปัจจัยเชิงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับแรงจูงใจที่มีผลต่อการบริหารโครงการสุขภาพของหัวหน้าสถานีอนามัย จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁵⁾ เช่นเดียวกับที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า การใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ประชาชนมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ดีขึ้น⁽²⁰⁾ โดยในบางองค์ประกอบของปัจจัยเชิงใจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในบริบทของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จากข้อมูลเชิงคุณภาพระบุว่า การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ไม่ได้ถูกมองว่าเป็นงานที่สลับซับซ้อน เนื่องจากเป็นปัญหาที่พบมาช้านาน ผู้ปฏิบัติงานด้านนี้จึงไม่ได้ถูกมองว่าเป็นงานที่มีความสำคัญมากนัก อาจส่งผลให้การศึกษาที่ผ่านมาแตกต่างกันออกไป ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่าปัจจัยเชิงใจมีความสัมพันธ์ปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอดส์ในพื้นที่โรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁷⁾

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ควรมีการศึกษา รูปแบบการดำเนินงาน ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และควรมีการศึกษา แนวทางการใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ นวัตกรรมต่างๆ ในการปฏิบัติงานป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกๆ ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ และเอาใจใส่ แนะนำทางพัฒนาการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด อุดรธานี สปป.ลาว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ จังหวัดอุดรธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อทำการศึกษาอิสระ และขอขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. Draggan, S. **Dengue and dengue hemorrhagic fever.** [n.p.], 2008.
2. Soukaloun, D. **Dengue fever management volume 12.** Vientiane: Ministry of Health, 2011.
3. Fukunaga, T, et al. Epidemiological Situation of Dengue Infection in Lao P.D.R. **Tropical Medicine**, 35(4) : 219-227, 1994
4. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว [สปป.ลาว]. รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก. ลาว กระทรวงสาธารณสุข สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว, 2558.
5. กระทรวงสาธารณสุข สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว [สปป.ลาว]. ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก. ลาว กระทรวงสาธารณสุข สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว, 2550.
6. ศูนย์สถิติแห่งชาติ. การสำรวจพลเมืองครั้งที่ 3. ลาว ศูนย์สถิติแห่งชาติ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว, 2558.
7. สาธารณสุขจังหวัดอัตตะปือ. รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก. ลาว: สาธารณสุขจังหวัดอัตตะปือ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว, 2558.
8. สาธารณสุขจังหวัดอัตตะปือ. ข้อมูลพื้นฐานสาธารณสุขจังหวัดอัตตะปือ 2558. ลาว สาธารณสุขจังหวัดอัตตะปือ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว, 2558.
9. ศิริชัย จันทร์พุ่ม. การมีส่วนร่วมที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2559.
10. ณัฐพล มีชิน. แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2557.
11. เสกสรรค์ สองจันทร์ และประจักษ์ บัวผัน. การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาที่ตำบลสุเมกแก้ว อำเภอพิบูลย์ จังหวัดอุดรธานี. **วารสารวิจัย มข.** 16(6) : 730-738, 2554.
12. นิยม สารจันทร์. แรงจูงใจ ความรู้และปฏิบัติงานทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพของชุมชน จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.
13. ชูการ์ เกษิต. แรงจูงใจและการสนับสนุนขององค์กรที่มี ผลต่อการปฏิบัติ งานพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการและบริหารการเงินการคลัง โดยใช้หลักเศรษฐกิจพอเพียงของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551.
14. อัจฉราภรณ์ เถลยสุข และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมลูกน้ำยุงลายของผู้ปฏิบัติงานควบคุมลูกน้ำยุงลายของ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัยเขตพื้นที่ชั้นในและพื้นที่ชั้นนอกกรุงเทพมหานคร. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเสนอ ผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 34 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 27 มีนาคม 2558. ขอนแก่น, 2558.
15. นฤพรรัตน์ พรหมมาวัย และประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจที่มีผลต่อการบริหาร โครงการสุขภาพของหัวหน้าสถานีอนามัย จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข.** 15(7) : 559-566, 2553.
16. คุณากร สุวรรณพันธ์. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขระดับ ตำบลในจังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2550.
17. สุปราณี นาประเสริฐ. แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอดส์ในพื้นที่โรงพยาบาล จังหวัดหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2556.
18. รติ บุญมาก และประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา).** 8(3) : 75-82, 2551.
19. Elifson, K.W. **Fudamentals of soial statistics.** 8thed. New York: McGraw-Hill, 1990.
20. อานนท์พร มุกดาม่วง และ ปรีชา นิพานนท์. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจป้องกัน โรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของตัวแทนครัวเรือน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.** 7(2) : 325-333, 2557

การพัฒนาารูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพประชาชน
ของสถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่จังหวัดลำปาง

Development of a Model for Integrated Thai Traditional Medicine and Conventional Medicine
Services in Public Health Facilities, Lamphang

วรรณดา ดำเนินสวัสดิ์¹ และ ทาวอร์ ล่อเกา²

Wanna Damnoensawat, and Thaworn Lorga

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนารูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันในสถานบริการสาธารณสุข และ (2) อธิบายถึงความคิดเห็นของผู้ให้บริการด้านสุขภาพเกี่ยวกับรูปแบบและวิธีการปรับปรุงบริการทางการแพทย์แผนไทย ผู้เข้าร่วมวิจัยคือนุคลากรสุขภาพจำนวน 127 คนซึ่งให้บริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดลำปาง ผลการศึกษา: รูปแบบของการบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันประกอบด้วย 2 องค์ประกอบคือ (1) แนวทางบริการแบบบูรณาการ และ (2) มาตรการสนับสนุน 6 ประการ นุคลากรสุขภาพส่วนใหญ่เห็นด้วยว่ามาตรการดังกล่าวสนับสนุนการดำเนินงานแบบบูรณาการการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน อย่างไรก็ตามพวกเขาเห็นว่ามาตรการทั้ง 6 ข้อนี้เพียงพออย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพของการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบัน ข้อเสนอแนะ ได้แก่ การสนับสนุนนโยบายอย่างเข้มแข็ง การเพิ่มงบประมาณ การปรับปรุงรายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ การสร้างสมรรถนะบุคลากรสุขภาพ แนวทางการบูรณาการที่ดีขึ้น และการให้ความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและบริการที่มีอยู่

คำสำคัญ: การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนปัจจุบัน บูรณาการการบริการ

Abstract

This action research aimed to (1) develop a model for integrating Thai traditional and conventional medicine within public health facilities, and (2) describe opinions of health providers about the model and how to improve Thai traditional medicine services. The participants were 127 health personnel who provided Thai traditional medicine services at community hospitals and primary care units in Lamphang province. Results: The model of integrated Thai and conventional medicine consisted of two components (1) service integration guidelines, and (2) six supporting measures. The majority of health personnel agreed that the measures supported the implementation of the integrated Thai and conventional medicine services. However, they opined that these six measures alone did not suffice the effective integration of current Thai and conventional services. Recommendations included strong policy support, improved budgets, improved national herbal medicine list, health personnel capacity building, better guidelines for better integration, and public education about Thai traditional medicine and existing services.

Keywords: Thai traditional medicine, conventional medicine, integrated services

¹ พว. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำปาง

² พว. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

บทนำ

ปัจจุบันการแพทย์แผนไทยกำลังได้รับความนิยมและเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายจากประชาชน ทำให้มีความพยายามในการผลักดันให้การแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์กระแสหลักของชาติไทย ในปี พ.ศ.2549 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยการเพิ่มสิทธิประโยชน์มากขึ้น ทำให้ประชาชนหันมาให้ความสำคัญกับการแพทย์แผนไทย โดยมีกรมการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานขับเคลื่อนระบบการแพทย์แผนไทยให้พัฒนาและสอดคล้องเข้าไปในระบบบริการของรัฐ โดยจัดให้มีบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลประจำอำเภอ และโรงพยาบาลประจำจังหวัด เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึง^(1,2)

จังหวัดลำปาง โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ได้กำหนดมาตรการ สนับสนุนให้สถานบริการจัดบริการการแพทย์แผนไทย มาตั้งแต่ปี 2544 โดยคำนึงถึงความพร้อมของสถานบริการที่ได้มาตรฐาน 5 ด้านตามเกณฑ์ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด⁽¹⁾ ได้แก่ 1)มาตรฐานด้านโครงสร้างสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ 2)มาตรฐานด้านบุคลากร 3)มาตรฐานด้านคุณภาพบริการ 4)มาตรฐาน ด้านขั้นตอนการปฏิบัติงาน และ 5)มาตรฐานด้านการจัดการบริการ ซึ่งสถานบริการในจังหวัดลำปาง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 12 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 142 แห่ง รวมทั้งสิ้น 155 แห่ง มีการเปิดให้บริการการแพทย์แผนไทยทั้ง 155 แห่ง ทั้งนี้รูปแบบการจัดบริการการแพทย์แผนไทยบูรณาการกับการแพทย์แผนปัจจุบันในสถานบริการของรัฐ จังหวัดลำปาง แตกต่างกันไปตามความพร้อมของ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ยา (สมุนไพร) ส่งผลให้การขับเคลื่อนการนำองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยไปสู่การบริการสุขภาพแก่ประชาชนไม่ประสบความสำเร็จในแง่การเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย

ของประชาชน ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยและพัฒนารูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพประชาชนของสถานพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการและการดำเนินงานการจัดบริการการแพทย์แผนไทยให้เกิดเป็นรูปธรรมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพประชาชนของสถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่จังหวัดลำปาง
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรสุขภาพต่อมาตรการส่งเสริมสนับสนุนการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพประชาชน ของสถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่จังหวัดลำปาง

วิธีการวิจัย
การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ เดือนมกราคม 2560 – มีนาคม 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ บุคลากรของสถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ที่ให้บริการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 643 คน ทำการศึกษาโดยการส่งแบบสอบถามออนไลน์ โดยมีผู้ตอบแบบสอบถามออนไลน์จำนวน 127 คนคิดเป็นร้อยละ 19.75

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามออนไลน์ที่พัฒนาโดยผู้วิจัย เพื่อประเมินความคิดเห็นของบุคลากรที่ให้บริการแพทย์แผนไทยต่อมาตรการสนับสนุนการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพประชาชน จำนวน 8 ข้อ สอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการบูรณาการฯ โดยรวม จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) และ ความเหมาะสมและเพียงพอของมาตรการทั้ง 6 จำนวน 1 ข้อ และมีคำถามปลายเปิดให้กลุ่มตัวอย่างแสดง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

ความคิดเห็นต่อการจัดบริการแพทย์แผนไทย

ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1. วิเคราะห์สถานการณ์ ครอบคลุมประเด็นการจัดบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง การเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย และ ปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการแพทย์แผนไทย โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการกำกับติดตามและการนิเทศงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง โดยดำเนินการระหว่างเดือน มกราคม 2560

ระยะที่ 2. นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับผลการทบทวนวรรณกรรมมากร่างรูปแบบการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพประชาชน พร้อมทั้งจัดทำคู่มือ และเอกสารประกอบการดำเนินงานดำเนินกิจกรรมการพัฒนาตามรูปแบบที่ได้กำหนดไว้และนำรูปแบบไปใช้กับหน่วยงานในสังกัดที่ให้บริการแพทย์แผนไทย โดยดำเนินการระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2560 – ธันวาคม 2560

ระยะที่ 3. ประเมินการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยของผู้รับบริการ และ ความคิดเห็นของบุคลากรที่ให้บริการแพทย์แผนไทย โดยดำเนินการในเดือน มกราคม 2561 นำผลการประเมินที่ได้จากข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพมาพัฒนาข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแบบให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ คือ ความถี่ ร้อยละ ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษา

1. การจัดบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง การเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย และ ปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการแพทย์แผนไทย โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการกำกับติดตามและการนิเทศงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง พบว่า สถานบริการมีการจัดบริการยาสมุนไพรจำนวน 155 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 แต่จำนวนรายการยา

สมุนไพรในสถานบริการแต่ละแห่ง และแต่ละระดับมีจำนวนรายการยาที่ไม่เท่ากัน เช่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนใหญ่จะมีแต่ยาสมุนไพรเดี่ยว เฉลี่ย 3-10 รายการ ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง มีทั้งรายการยาสมุนไพรเดี่ยวและสมุนไพรตำรับ แต่มีจำนวนรายการยา 6-25 รายการซึ่งไม่เป็นไปตามมาตรฐานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด คือสถานบริการระดับโรงพยาบาลต้องมีจำนวนรายการยาขั้นต่ำ 30 รายการ ทั้งนี้สถานบริการส่วนใหญ่ โดยเฉพาะระดับโรงพยาบาลมีมูลค่าการส่งใช้ยาสมุนไพรในอัตราที่ต่ำ โดยพบว่า ร้อยละมูลค่ายาสมุนไพรเทียบกับยาแผนปัจจุบันในปี 2559 คิดเป็นร้อยละ 0.82 สำหรับสถานบริการที่มีการจัดบริการ นวด อบ ประคบสมุนไพร ระดับโรงพยาบาล ครบทั้ง 13 แห่ง แต่ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีเพียง 43 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 30.28 ทั้งนี้ข้อมูลการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยของผู้ป่วยนอก พบว่าร้อยละของผู้ป่วยนอกที่รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยเทียบกับผู้ป่วยนอกทั้งหมด ตั้งแต่ปี 2557-2559 คิดเป็นร้อยละ 9.06, 10.69 และ 13.01 ตามลำดับ ซึ่งยังเป็นอัตราที่ต่ำกว่าเป้าหมายที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนดคือร้อยละ 18.5 (เป้าหมายปี 2560) โดยมีปัจจัยดังต่อไปนี้

1.1 ขาดบุคลากรผู้มีความรู้ความสามารถในการตรวจวินิจฉัย และสั่งการรักษา โดยในปี พ.ศ. 2557 มีแพทย์แผนไทยหรือแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวนทั้งสิ้น 20 คน ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั้ง 13 แห่ง (แห่งละ 1-2 คน) และ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่งๆละ 1 คน สำหรับผู้ช่วยแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติหน้าที่ให้บริการนวดแผนไทย ในสถานบริการระดับโรงพยาบาล 13 แห่ง และ รพสต. 43 แห่ง จำนวนทั้งสิ้น 116 คน โดยกระจายปฏิบัติหน้าที่ 1-14 คน/แห่ง

1.2 ขาดงบประมาณจ้างผู้ช่วยแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานด้านการนวดด้วยข้อจำกัดของเงินบำรุง

1.3 ผู้ปฏิบัติงานด้านการนวดที่มีคุณสมบัติลาออก เดินทางไปทำงานต่างประเทศและต่างจังหวัด

1.4 การสนับสนุนรายการยาสมุนไพรจาก CUP สู่ PCU ไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน (ไม่ครอบคลุมกลุ่ม

อาการของโรค มีจำนวนรายการต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด จำกัดปริมาณการเบิกจ่ายจาก CUP)

1.5 ผู้บริหารสนับสนุนเรื่องการใช้จ่ายสมุนไพรน้อย อาจเนื่องจาก ยาสมุนไพรมีราคาแพง เมื่อเปรียบเทียบกับยาแผนปัจจุบัน หากตั้งใช้มาก จะเพิ่มภาระให้กับโรงพยาบาล ซึ่งหลายแห่งประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน

1.6 บุคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยา อาทิ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ขาดความรู้ความเข้าใจในศาสตร์แผนไทยและขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนรวมทั้งขาดประสบการณ์ในเรื่องยาสมุนไพร ทำให้ไม่มั่นใจในการสั่งใช้ยาสมุนไพร

1.7 ขาดการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความรู้ ศาสตร์การแพทย์แผนไทยให้ทีมบุคลากรสหวิชาชีพและประชาชน รับรู้คุณประโยชน์ และช่องทางการรับบริการดังกล่าว

2. การพัฒนารูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์สถานการณ์มากร่างรูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันในสถานบริการ แบ่งเป็น 2 รูปแบบหลัก ได้แก่ รูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน และ รูปแบบการส่งเสริมสนับสนุนการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยใช้มาตรการเป็นตัวขับเคลื่อน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 รูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

1) รูปแบบการใช้จ่ายสมุนไพร เน้นการใช้จ่ายสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งแพทย์แผนปัจจุบันสามารถสั่งจ่ายยาสมุนไพรได้โดยตรง หรือปรึกษาแพทย์แผนไทยในสถานบริการหากมีข้อสงสัยในการใช้ยา ในส่วนของแพทย์แผนไทยสามารถปรึกษากับแพทย์แผนปัจจุบัน และเภสัชกรในกรณีที่มีการใช้ยาสมุนไพร ร่วมกับยาแผนปัจจุบัน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้

ยา และเป็นการสนับสนุนผู้รับบริการให้มีการใช้ยาสมุนไพรมากขึ้น

2) มีรูปแบบการจัดระบบบริการคลินิก ซึ่งกิจกรรมบริการประกอบด้วย ให้บริการซักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัย สั่งการรักษา การให้บริการนวดไทย การประคบสมุนไพร การอบไอน้ำสมุนไพร การทบทวนมือเกลือ ให้คำแนะนำรายบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเฉพาะโรค ให้สุขศึกษารายกลุ่มแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยให้ความรู้ สอนสาธิต ปรับพฤติกรรม ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ มีการบูรณาการร่วมกันระหว่างแพทย์แผนไทย และแพทย์แผนปัจจุบัน โดยการคัดกรอง และส่งต่อผู้ป่วยตามความเหมาะสม โดยเน้นใน 4 โรคหลักคือ ข้อเข่าเสื่อม อัมพฤกษ์ อัมพาต ภูมิแพ้ทางเดินหายใจ ไมเกรน เช่น ในผู้ป่วยอาการปวดเรื้อรังจากข้อเข่าเสื่อม หรือการฟื้นฟูร่างกายจากอัมพฤกษ์อัมพาต จะมีการวางแผนการรักษาร่วมกันทั้งการทำกายภาพบำบัด และการนวดไทย ในผู้ป่วยภูมิแพ้ทางเดินหายใจให้มีการอบไอน้ำสมุนไพรร่วมกับการรักษาทางแผนปัจจุบัน นอกจากนี้ต้องมีการติดตามผลการรักษา เพื่อประเมินประสิทธิผลของการรักษา ฟื้นฟู ตามบริการทางคลินิกที่จัดให้

2.2 รูปแบบการส่งเสริมสนับสนุนการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยใช้มาตรการเป็นตัวขับเคลื่อน ดังนี้

มาตรการที่ 1: การกำหนดให้สถานบริการทุกแห่งมีการสั่งใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ (First-line drugs) จำนวน 2 รายการ ได้แก่ ยาขมิ้นชัน และยาฟ้าทะลายโจร

มาตรการที่ 2: การกำหนดให้สถานบริการจัดบริการหัตถบำบัดเช่น นวด อบ ประคบ ดูแลหลังคลอดตามความเหมาะสม

มาตรการที่ 3: การสนับสนุนสื่อแนวทางการสั่งใช้ยาจากสมุนไพรสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่สั่งการรักษา (วางบนโต๊ะตรวจ)

มาตรการที่ 4: การสนับสนุนคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติการบริการแผนไทย

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

มาตรการที่ 5.1: การนิเทศในพื้นที่โดยทีมจังหวัด เพื่อกระตุ้นการสั่งจ่ายยาสมุนไพรและบริการหัตถบำบัดอย่างสมเหตุผล

มาตรการที่ 5.2: การสร้างช่องทางการสื่อสารเพื่อให้คำแนะนำและคำปรึกษาในกรณีที่มีข้อสงสัย หรืออุปสรรคในการปฏิบัติตามมาตรการ

มาตรการที่ 6.1: การติดตามความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ในที่ประชุมผู้บริหารทุกเดือน (การประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล: กวป.)

มาตรการที่ 6.2: การสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติงาน บริการการแพทย์แผนไทยบูรณาการกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ในการนำมาตรการลงสู่การปฏิบัติ

จากนั้นผู้วิจัยได้นำมาตรการทั้ง 6 ลงสู่การปฏิบัติ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางได้ประกาศเป็นนโยบายให้หน่วยงานดำเนินการตามมาตรการดังกล่าว

3. การประเมินผลรูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

3.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง พบว่าบุคลากรสุขภาพที่ให้บริการแพทย์แผนไทยมีทั้งแพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และ แพทย์ ส่วนใหญ่ที่ตอบแบบสอบถามเป็นผู้หญิง (72.4%) มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี (33.9%) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (92.1%) และมีประสบการณ์ในการให้บริการแพทย์แผนไทยมากกว่า 5 ปี (59.8%) โดยที่กว่าครึ่งให้บริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (56.7%) และอีกครึ่งหนึ่งให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน

3.2 การเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทย ภายหลังการนำรูปแบบและมาตรการไปสู่การปฏิบัติ พบว่าการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 23.5 เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้าพบว่าอัตราการเข้าถึงเพิ่มขึ้นร้อยละ 10

ตาราง 1 การเข้าถึงบริการก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

ผลการดำเนินงาน	บริการแผนไทย (ครั้ง)	บริการผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	ร้อยละการเข้าถึงบริการ
ก่อน	87,215	630,434	13.38
หลัง	143,681	611,432	23.50

3.3 ความคิดเห็นของบุคลากรต่อมาตรการส่งเสริมสนับสนุนรูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

ตาราง 2 ความคิดเห็นของบุคลากรต่อมาตรการส่งเสริมสนับสนุนรูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

มาตรการสนับสนุนการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างน้อยเพียงใด	ระดับความคิดเห็น N (%)					ค่าเฉลี่ย (SD)	การแปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เห็นเลย		
มาตรการที่ 1 : การกำหนดให้สถานบริการทุกแห่งมีการสั่งจ่ายยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ (First line drugs) จำนวน 2 รายการ ได้แก่ ยาขมิ้นชัน และยาฟ้าทะลายโจร	47 (37.0)	71 (55.9)	0 (0.0)	7 (5.5)	2 (1.6)	4.21 (0.83)	มาก
มาตรการที่ 2 : การกำหนดให้สถานบริการจัดบริการหัตถบำบัดเช่น นวด อบ ประคบ ดูละหลังคลอดตามความเหมาะสม	38 (29.9)	68 (53.5)	0 (0.0)	7 (5.5)	14 (11.0)	3.86 (1.22)	มาก

ตาราง 2 ความคิดเห็นของบุคลากรต่อมาตรการส่งเสริมสนับสนุนรูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทย
กับการแพทย์แผนปัจจุบัน

มาตรการสนับสนุนการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับ การแพทย์แผนปัจจุบันอย่างน้อยเพียงใด	ระดับความคิดเห็น N (%)					ค่าเฉลี่ย (SD)	การแปล ผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เห็น เลย		
มาตรการที่ 3 : การสนับสนุนสื่อแนวทางการสื่อใช้จาก สมุนไพรสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ส่งการรักษา (วางบน โต๊ะตรวจ)	28 (22.0)	81 (63.8)	0 (0.0)	16 (12.6)	2 (1.6)	3.92 (0.93)	มาก
มาตรการที่ 4 : การสนับสนุนคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติการ บริการ แผนไทย	23 (18.1)	83 (65.4)	0 (0.0)	13 (10.2)	8 (6.3)	3.79 (1.05)	มาก
มาตรการที่ 5.1 : การนิเทศในพื้นที่โดยทีมจังหวัด เพื่อ กระตุ้นการส่งใช้ยาสมุนไพรและบริการหัตถบำบัดอย่าง สมเหตุสมผล	24 (18.9)	81 (63.8)	0 (0.0)	13 (10.2)	9 (7.1)	3.77 (1.09)	มาก
มาตรการที่ 5.2 : การสร้างช่องทางการสื่อสารเพื่อให้ คำแนะนำและคำปรึกษาในกรณีที่มีข้อสงสัย หรืออุปสรรค ในการปฏิบัติตามมาตรการ	23 (18.1)	81 (63.8)	0 (0.0)	16 (12.6)	7 (5.5)	3.76 (1.06)	มาก
มาตรการที่ 6.1 : การติดตามความก้าวหน้าและผลการ ดำเนินงานตามตัวชี้วัด ในที่ประชุมผู้บริหารทุกเดือน (ประชุม กวป.)	23 (18.1)	79 (62.2)	0 (0.0)	15 (11.8)	10 (7.9)	3.71 (1.13)	มาก
มาตรการที่ 6.2 : การสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่าง ผู้ปฏิบัติงาน บริการการแพทย์ แผนไทยบูรณาการกับ การแพทย์แผนปัจจุบัน ในการนำมาตรการลงสู่การปฏิบัติ	15 (11.8)	89 (70.1)	0 (0.0)	16 (12.6)	7 (5.5)	3.70 (1.01)	มาก

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็น
ว่ามาตรการทั้ง 6 ข้อสนับสนุนการบูรณาการการแพทย์
แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันในระดับ สนับสนุน
มาก

ระดับความพึงพอใจต่อมาตรการได้ค่าเฉลี่ยอยู่
ในระดับความพึงพอใจปานกลาง โดยร้อยละ 79.5 ของ
บุคลากรคิดว่า มาตรการทั้ง 6 ที่สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดลำปางได้กำหนดไม่เพียงพอ

3.4 ข้อเสนอแนะของบุคลากรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ
รูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์
แผนปัจจุบัน พบว่า การขับเคลื่อนการบริการแพทย์แผน
ไทย จำเป็นต้องดำเนินการเพิ่มในประเด็นดังต่อไปนี้ 1)
ผู้บริหารต้องให้การสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างจริงจัง 2)
เพิ่มการสนับสนุนงบประมาณ 3) เพิ่มรายการยาสมุนไพร
ในบัญชียาหลักแห่งชาติ 4) พัฒนาศักยภาพและสมรรถนะ
บุคลากรด้านการบริการแพทย์แผนไทย 5) ปรับรูปแบบ

บริการให้เกิดการบูรณาการอย่างแท้จริง 6) ให้ความรู้แก่
ประชาชนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแผนไทยและบริการ
การแพทย์แผนไทย

สรุปและอภิปรายผล

จากการปรับใช้รูปแบบการบริการ และมาตรการ
สนับสนุนการบูรณาการระหว่างแพทย์แผนไทยและแพทย์
แผนปัจจุบันพบว่าการใช้บริการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10 อาจ
เนื่องมาจากการใช้มาตรการขับเคลื่อนการทำงาน ทำให้
บุคลากรมีความตื่นตัวในการพัฒนางานมากขึ้น ทำให้เกิด
ความรับผิดชอบต่อการทำงานมากขึ้น สอดคล้องกับ
การศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่มีผลต่อคุณภาพการ
บริการทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพ⁽³⁾ พบว่าความ
รับผิดชอบต่องานเป็นปัจจัยจูงใจที่มีผลต่อแรงจูงใจในการ
ปฏิบัติงานให้มีคุณภาพการบริการที่ดีขึ้น ซึ่งเมื่อคุณภาพใน
การบริการดีขึ้นแล้วย่อมส่งผลที่ดีต่อภาพลักษณ์ในการ

ให้บริการ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้มีผู้มาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น

ในส่วนของการคิดเห็นของบุคลากรสุขภาพนั้น มีความเห็นว่ามาตรการทั้ง 6 ข้อสนับสนุนการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันในระดับมาก แต่โดยรวมแล้วมีความพึงพอใจต่อมาตรการส่งเสริมสนับสนุนรูปแบบบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันในระดับปานกลาง ซึ่งไม่ได้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการะงานที่มากขึ้น และอาจไม่มีความยืดหยุ่นมากพอจึงไม่สามารถนำไปใช้ได้ โดยสะดวก และสอดคล้องกับงานประจำ ดังจะเห็นได้ว่าบุคลากรส่วนใหญ่เห็นว่า “มาตรการทั้ง 6 ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางได้กำหนด” ไม่เพียงพอต่อการสนับสนุนการจัดบริการการแพทย์แผนไทยบูรณาการกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ให้ประสบความสำเร็จ แสดงให้เห็นว่าการปรับรูปแบบการให้บริการจากการวิเคราะห์สถานการณ์อาจไม่เพียงพอสำหรับการนำไปปฏิบัติจริง ดังที่ ศิรินาถ ตงศิริ และคณะ (2561)⁽⁴⁾ ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่าผู้กำหนดนโยบายเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติตามได้มีส่วนร่วมต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติทุกขั้นตอน เพื่อให้มีความเข้าใจในการถ่ายทอดนโยบายทุกระดับของการปฏิบัติการ

นอกจากนี้แล้วบุคลากรสุขภาพต่างให้ข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพรูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งสามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้

1. ผู้บริหารต้องให้การสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างจริงจัง เนื่องจากในปัจจุบัน การรักษาโดยใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยยังขาดการพิสูจน์องค์ความรู้ให้เห็นเชิงประจักษ์ จนสามารถเป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ได้ ฉะนั้นเพื่อให้ผู้บริหารสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างจริงจัง ควรเริ่มจากการประกาศใช้แพทย์แผนไทยในการรักษากลุ่มอาการที่ไม่รุนแรง หรือโรคที่ง่าย ๆ และโรคที่สามารถอธิบายได้ในทางวิทยาศาสตร์ หรือมีงานวิจัยรองรับในประสิทธิผลของการรักษา⁽²⁾

2. เพิ่มการสนับสนุนงบประมาณ ผู้ให้บริการควรมีการรวบรวมข้อมูลเปรียบเทียบด้านงบประมาณในกลุ่มโรคเดียวกันในการใช้ยาแผนปัจจุบัน และยาสมุนไพรเพื่อ

การรักษา เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับให้ผู้บริหารสามารถนำมาใช้ในการตัดสินใจ ว่าการเพิ่มงบประมาณสนับสนุนด้านการให้บริการแพทย์แผนไทยในแต่ละหน่วยบริการจะเพิ่มความคุ้มค่าในภาพรวม หากมีการสนับสนุนการใช้งบประมาณเพิ่ม

3. จากข้อเสนอแนะให้มีการเพิ่มรายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ หากพิจารณาในหลักเกณฑ์การเพิ่มรายการยาหลักที่จะถูกเสนอให้มีการประกาศใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาสมุนไพรดังกล่าวจะต้องได้รับการยืนยันถึงประสิทธิผล และความปลอดภัยในการใช้ จึงจะสามารถเสนอเพื่อการประกาศใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติได้

4. พัฒนาศักยภาพและสมรรถนะบุคลากรด้านการบริการแพทย์แผนไทย โดยกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นที่ต้องการในการพัฒนาศักยภาพ และสนับสนุนให้มีการต่อยอดจากการศึกษาต่อเนื่องในศาสตร์แผนไทยที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติได้

5. การปรับรูปแบบบริการให้เกิดการบูรณาการอย่างแท้จริง ควรมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทย และแพทย์แผนปัจจุบัน ในการนำมาใช้เพื่อให้เกิดรูปแบบการบริการที่ผสมผสานศาสตร์ทั้งสองได้อย่างชัดเจน

6. ส่งเสริม และให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแผนไทยและบริการการแพทย์แผนไทยโดยปรับเปลี่ยนมุมมองให้ผู้รับบริการ เข้าใจและเห็นคุณค่าของแพทย์แผนไทยที่มีมาอย่างยาวนาน

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพประชาชนของสถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่จังหวัดลำปาง มีข้อเสนอแนะรูปแบบที่ควรจะเป็นในการบูรณาการ การแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ เพื่อนำไปสู่คุณภาพบริการและการเข้าถึงบริการของประชาชน ทั้งนี้การจะทำให้การแพทย์แผนไทยเป็นสิ่งที่น่าเชื่อถือในระดับบุคลากร สาธารณสุข ต้องได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายจากผู้บริหารอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็น

ปัจจัยสำคัญในการ สร้างการรับรู้ เชื่อมั่น ชอบและยอมรับ ในการนำบริการการแพทย์แผนไทยบูรณาการกับ การแพทย์แผนปัจจุบันในการบำบัดรักษาฟื้นฟู ส่งเสริม สุขภาพและป้องกันโรคที่เหมาะสม

2. การศึกษาการพัฒนารูปแบบการบูรณาการ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแล สุขภาพประชาชนของสถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่ จังหวัดลำปาง ควรมีการศึกษาและพัฒนาต่อไปให้ถึงขั้น นำไปใช้แก้ปัญหาเชิงระบบ บริการสาธารณสุขส่วนใหญ่ ความเหลื่อมล้ำ ของระบบบริการ ขาดการดูแลสุขภาพด้วย ตนเอง ความแออัดของผู้มารับบริการ ลดการใช้ยาแผน ปัจจุบันโดยเฉพาะยาต้านเชื้อแบคทีเรีย และการรักษา อาการเจ็บป่วยของกลุ่มอาการโรคอื่นๆ ที่แพทย์แผนไทย ดูแลรักษาได้ควบคู่กับการแพทย์พื้นบ้าน และการใช้ตำรับ ยาสมุนไพรเพื่อจะได้ใช้ศักยภาพของการแพทย์แผนไทย ได้อย่างเต็ม ความสามารถ

3. รูปแบบการจัดบริการการแพทย์แผนไทยโดย ส่วนใหญ่เป็นนโยบายโดยตรงมาจากสำนักปลัดกระทรวง สาธารณสุขโดยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก โดยกำหนดเป้าหมาย กลวิธีการ ดำเนินงานหรือโครงการต่างๆ ส่วนมากดำเนินการใน ลักษณะการนำนโยบายจากส่วนกลางไปใช้ในลักษณะ เดียวกันทุกพื้นที่ การดำเนินการในลักษณะดังกล่าว ขาด

การวิเคราะห์ความต้องการที่แท้จริงของหน่วยงานในแต่ละ พื้นที่ ซึ่งอาจมีความต้องการการรูปแบบบริการที่แตกต่าง กันจึงส่งผลให้ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการหรือ ทีมสหวิชาชีพ ในพื้นที่และส่งผลกระทบในการเข้าถึง บริการของประชาชน ดังนั้น ควรที่จะให้หน่วยงานจัดหา รูปแบบการดำเนินงานด้านต่างๆดังนี้

3.1 นำรูปแบบที่ได้มากำหนดเป็นนโยบายและ มาตรการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงระบบบริการ การแพทย์ แผนไทยการแพทย์ทางเลือกบูรณาการให้เป็นส่วนหนึ่ง ของระบบการดูแลสุขภาพ ผสมผสานนโยบายคลินิกหมอ ครอบครั

3.2 นำรูปแบบที่ได้มาพัฒนา เร่งสร้างค่านิยม แผน ไทยเฟรชส์ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ

3.3 พัฒนาเชื่อมโยงระบบข้อมูล การวิจัย นวัตกรรมด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร เพื่อใ้ เกิดประโยชน์ในระบบสุขภาพ ส่งเสริมเศรษฐกิจอย่างครบ วงจร สร้างสรรค์ต่อยอดภูมิปัญญาด้านนวัตกรรมและ เทคโนโลยี

3.4 ส่งเสริมการวิจัยการใช้บริการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านในการบำบัดรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง

3.5 การพัฒนามาตรฐานคุณภาพ ระบบบริการ แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ภายใต้กรอบของ นโยบายกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.กระทรวงสาธารณสุข.การจัดระดับบริการการแพทย์แผนไทย, 2557. [17 ตุลาคม 2560].
2. อรุณพร อรุณรัตน์. ทิศทางการวิจัยและพัฒนาการแพทย์แผนไทย: มุมมองและประสบการณ์ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ใน การพัฒนาแพทย์แผนไทยประยุกต์กับการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้ยั่งยืน สุภาวนิชการพิมพ์. กรุงเทพมหานคร.2554.
3. อุบลวรรณ เทียงบุญธรรม ญาดา อินทรประสงค์ วันเพ็ญ แก้วปาน จุฑาธิป ศีลบุตร.แรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่มีผลต่อคุณภาพการบริการ ทางกายภาพตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเครือข่ายโรงพยาบาลพญาไท กรุงเทพมหานคร. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 9(2), 2554: 143-53.
4. สิรินาถ ดงศิริ, สุภาวดี แสนศักดิ์, ชนัดดา พลอยเลื่อมแสง, วรพจน์ พรหมสัจยพรต, สุมัทนา กลางนคร. ทฤษฎีและกรอบแนวคิดของการวิจัย เพื่อนำนโยบายสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติ: การวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหากลยุทธ์การปฏิบัติตามนโยบายที่มีประสิทธิภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 12 (1). 2561: 7-26.

โปรแกรมการพัฒนาความรู้ ทักษะ การรับรู้ และพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ใน
สตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป ตำบลหนองพอก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

Development Program of Knowledge, Attitudes, Perceived and Self-Breast Cancer Screening

Behaviors among Women over 20 years old in Nong Phok sub-district,

Nong Phok district, Roi Et province

เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ¹, พัชรารวรรณ จันทร์เพชร¹, ฉัตรลดา ดีพร้อม¹

Petcherut Sirisuwan¹, Patcharawan Janpech¹, Chatlada Deeprom¹

บทคัดย่อ

ปัญหา มะเร็งเต้านม เป็นสาเหตุการคร่าชีวิตผู้หญิงมากเป็นอันดับหนึ่ง การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ ทักษะ การรับรู้ และพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองในสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป ตำบลหนองพอก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ผลของการจัดโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 100.00 จะเห็นได้ว่าการเข้าร่วมโปรแกรมทำให้สตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ได้ถูกต้อง ถูกวิธี ดังนั้น ควรมีการจัดโปรแกรมอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความตระหนักในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และให้ผู้ประสบความสำเร็จในรุ่นที่ 1 เป็นผู้ริเริ่มในการขยายผลต่อไปยังกลุ่มสตรีที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปในรุ่นต่อไป

คำสำคัญ: มะเร็งเต้านม, การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง, ความรู้, ทักษะ, การรับรู้โอกาสเสี่ยง

Abstract

Breast cancer is the number one killer of women. This study was action research. The objectives were study about effective of Development program of knowledge, attitudes, perceived and Self Breast Cancer Screening behaviors among women over 20 years old in Nong Phok sub-district, Nong Phok district, Roi Et province. Study results found after joining the program the women over 20 years old had the average score of knowledge of self-breast cancer screening increased statistically significant 0.01, had the average score of attitudes about self-breast cancer screening statistically significant 0.01, had the average score of perceived risk of breast cancer increased statistically significant 0.05 and had the average score of Self Breast Cancer Screening behaviors increased statistically significant 0.01. And had the body mass index decreased statistically significant 0.01, had fasting blood sugar decreased statistically significant 0.01. After joining the program, women over 20 years old had self-breast examination in the past month was 100.00%. The suggestion: Development program of knowledge, attitudes, perceived and Self Breast Cancer Screening behaviors help to women over 20 years old can have their own breast exams correctly in the last month. Therefore, ongoing programs should be organized to raise awareness about breast screening. And those who succeed in generation 1 are the initiators of the extension to women in their 20s and beyond.

Keywords : Breast cancer, Self-breast cancer screening behaviors, Knowledge, Attitudes, Perceived risk of breast cancer

¹ อาจารย์, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ภาควิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด 45120, petcherut@yahoo.com

บทนำ

ปัญหาเมเร็งเฒ่ามเป็นสาเหตุการคร่าชีวิตผู้หญิ๊งมากเป็นอันดับหนึ่ง โดยสถาบันวิจัยเมเร็งเฒ่านานาชาติองค์การอนามัยโลก พบผู้ปวยเมเร็งเฒ่ามทั่วโลกปีละ 1,670,000 ราย เสียชีวิตถึง 522,000 ราย สำหรับประเทศไทย พบผู้ปวยอยู่ในอันดับที่ 126 ของโลก หรืออันดับที่ 29 ของทวีปเอเชีย แต่ในปัจจุบันพบผู้หญิ๊งไทยเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งเฒ่ามรายใหม่เฉลี่ย 35 คนต่อวัน คิดเป็นอัตราปวย 28.5 ต่อแสนประชากร และเสียชีวิต 10 คนต่อวัน โดยมีผู้ปวยสะสม 102,613 ราย⁽¹⁾

สถานการณ์ผู้ปวยเมเร็งเฒ่ามในจังหวัดร้อยเอ็ดพบว่า ประชากรหญิ๊งอายุ 15-60 ปีขึ้นไป มีอัตราปวยเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปีพ.ศ. 2557 มีอัตราปวย 8.45 ต่อแสนประชากร ปีพ.ศ. 2558 มีอัตราปวย 13.59 ต่อแสนประชากร ปีพ.ศ. 2559 มีอัตราปวย 15.71 ต่อแสนประชากร และปีพ.ศ. 2560 มีอัตราปวย 15.81 ต่อแสนประชากร⁽²⁾ และสถิติการตายด้วยโรคมะเร็งเฒ่าม ในปีพ.ศ. 2557 พบอัตราตาย 8.08 ต่อแสนประชากร ปีพ.ศ. 2558 พบอัตราตาย 12.04 ต่อแสนประชากร⁽³⁾

จากข้อมูลการตรวจคัดกรองเมเร็งเฒ่ามในผู้หญิ๊งอายุ 30-70 ปี ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอกอำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ปีพ.ศ. 2557 พบว่า จากกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 2,358 คน เข้ารับการคัดกรองจำนวน 913 คน คิดเป็นร้อยละ 38.72 โดยทั้ง 913 คน ไม่เคยตรวจคัดกรองเมเร็งเฒ่ามด้วยตนเอง ปีพ.ศ. 2558 จากกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 2,241 คน เข้ารับการคัดกรองจำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 2.54 โดยทั้ง 57 คน ไม่เคยตรวจคัดกรองเมเร็งเฒ่ามด้วยตนเอง ปีพ.ศ. 2559 จากกลุ่มเป้าหมายจำนวน 2,253 คน เข้ารับการคัดกรองจำนวน 2,162 คน คิดเป็นร้อยละ 95.96 มีการตรวจคัดกรองด้วยตนเอง จำนวน 2,109 คน คิดเป็นร้อยละ 93.39 และปีพ.ศ. 2560 จากกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 2,410 คน เข้ารับการตรวจคัดกรอง จำนวน 2,251 คน คิดเป็นร้อยละ 93.40 มีการตรวจคัดกรองด้วยตนเอง จำนวน 2,059 คน คิดเป็นร้อยละ 85.44 พบมีความผิดปกติ 3 ราย⁽⁴⁾ ข้อมูลสถานการณ์ผู้ปวยเมเร็งเฒ่าม 3 ปีย้อนหลังในเขตรับผิดชอบของ

โรงพยาบาลหนองพอก พบว่าในปีพ.ศ. 2557 มีผู้ปวยสะสม 15 ราย เสียชีวิต 1 ราย ปีพ.ศ. 2558 มีผู้ปวยสะสม 14 ราย เสียชีวิต 1 ราย ปีพ.ศ. 2559 ไม่พบผู้เสียชีวิตด้วยเมเร็งเฒ่าม มีผู้ปวยสะสม 14 ราย และในปีพ.ศ. 2560 มีผู้ปวยสะสม 11 ราย เสียชีวิต 2 ราย และยังไม่มียางานสถานการณ์ผู้ปวยเมเร็งเฒ่ามรายใหม่⁽⁵⁾

โรคมะเร็งเฒ่ามสามารถรักษาให้หายได้ถึงร้อยละ 80-90 หากตรวจพบตั้งแต่ระยะเริ่มแรก การให้ความรู้ข่าวสารเกี่ยวกับเมเร็งเฒ่ามแก่ผู้หญิ๊งกลุ่มเป้าหมาย ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้หญิ๊งเกิดความตระหนัก อีกทั้งผู้หญิ๊งส่วนใหญ่ได้รับความรู้ ข่าวสาร และรู้วิธีการตรวจเฒ่ามด้วยตนเอง จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งอาจเป็นการกระตุ้นตามปกติในการดำเนินงานตามแผนงานการเฝ้าระวัง และดูแลผู้หญิ๊งไทยจากโรคมะเร็งเฒ่าม นอกจากนั้นส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลในครอบครัวปวยเป็นเมเร็งเฒ่าม ไม่เคยมีความผิดปกติที่เฒ่ามหรือไม่มีเวลา และไม่มีปัจจัยเสี่ยงจึงไม่เห็นถึงความสำคัญของการตรวจเฒ่ามด้วยตนเอง⁽⁶⁾ แม้ว่าเมเร็งเฒ่ามจะเป็นโรคที่พบมานานแล้ว หากแต่ยังมีความเข้าใจผิดบางประการเกี่ยวกับโรคมะเร็งเฒ่าม เช่น ขนาดเฒ่ามเล็กอาจมีโอกาสเสี่ยงน้อยกว่าเฒ่ามใหญ่ มีก้อนเนื้อแต่ไม่เจ็บไม่ไข้เมเร็งเฒ่าม หรือการตำรังสีจากเครื่องแมมโมแกรม ยังทำให้เสี่ยงต่อการเป็นเมเร็งเฒ่าม⁽⁷⁾

ดังนั้นการจัดโปรแกรมการพัฒนาความรู้ ทักษะการรับรู้ และพฤติกรรมตรวจคัดกรองเมเร็งเฒ่ามด้วยตนเองในสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป จะเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มเสี่ยงและหน่วยงานในพื้นที่ ใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคมะเร็งเฒ่ามต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ ทักษะการรับรู้ และพฤติกรรมตรวจคัดกรองเมเร็งเฒ่ามด้วยตนเองในสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป ตำบลหนองพอกอำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ในด้านเพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเมเร็งเฒ่าม และพฤติกรรมตรวจคัดกรองเมเร็งเฒ่ามด้วยตนเองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีการจัดโปรแกรมการพัฒนาความรู้ ทักษะ การรับรู้ และพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองในสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป ตำบลหนองพอก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ มีการวัดผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป ตำบลหนองพอก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพศหญิง จำนวน 13 คน และสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป ตำบลหนองพอก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ได้รับการแนะนำจากอสม. จำนวน 26 คน รวมทั้งสิ้น 39 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

ส่วนที่ 3 แบบวัดการทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

ส่วนที่ 4 แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

ส่วนที่ 6 แบบติดตามพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ และได้ทำการทดสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามในกลุ่มสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไปบ้านเชียงใหม่ ตำบลเชียงใหม่ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าคอนบาร์ช แอลฟา (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

สัปดาห์ที่ 1 ลงสำรวจหมู่บ้านที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก สร้างความสัมพันธ์ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ผู้นำชุมชน และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินโครงการวิจัย

สัปดาห์ที่ 2 ลงพื้นที่ดำเนินกิจกรรมให้สุศึกษาเรื่องโรคมะเร็งเต้านม และสาธิตวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม ให้แต่ละกลุ่มเข้าประจำฐาน โดยมีทั้งหมด 4 ฐาน คือ ฐานที่ 1 มะเร็งเต้านมร้าย อันตรายได้ทรวงอก ฐานที่ 2 มโนนม ฐานที่ 3 ลดความเสี่ยง เลี่ยงมะเร็งเต้านม ฐานที่ 4 3 นิ้ว 3 สัมผัสมะเร็งเต้านม โดยมีการประเมินผลความรู้ ทักษะ การรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม และพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังการอบรมได้ทำการวัดความรู้หลังการอบรม

สัปดาห์ที่ 3 - 5 กิจกรรมการกระตุ้นความรู้การตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการลงเยี่ยมบ้านผู้เข้าร่วมโปรแกรมพร้อมให้สาธิตวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองของผู้เข้าร่วมโปรแกรมเพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม จำนวน 39 คน

สัปดาห์ที่ 6 ทำการประเมินผลหลังเข้าร่วมโปรแกรม (post-test) และสรุปประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล การลงพื้นที่จัดโปรแกรมการพัฒนาความรู้ ทักษะ การรับรู้ และพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองในสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป ในบ้านปลาโค หมู่ 9 ตำบลหนองพอก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป สถิติที่ใช้อธิบาย ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม และพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ Paired Sample T-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการจด

บันทึก รายงานการจัดโปรแกรม รายงานการติดตาม
พฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง โดย
การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การจัดหมวดหมู่

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วน
ใหญ่มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี ร้อยละ 35.90 จบการศึกษา
ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.67 มีสถานภาพสมรส ร้อย
ละ 84.62 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 69.23 ไม่มีโรค
ประจำตัว ร้อยละ 71.79 ไม่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 82.05 และส่วนมากได้รับความรู้จาก
แหล่งข้อมูลที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 78.12

**ความรู้เรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย
ตนเอง** ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป มี
ความรู้เรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองอยู่
ในระดับสูง ร้อยละ 58.97 และระดับปานกลาง ร้อยละ
41.03 หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า สตรีอายุ 20 ปีขึ้นไปมี
ความรู้เรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองอยู่
ในระดับสูง ร้อยละ 100.00

**ทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม
ด้วยตนเอง** ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป มี
ทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมอยู่ใน

ระดับสูง ร้อยละ 66.67 และระดับปานกลาง ร้อยละ 33.33
หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า สตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป มี
ทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง
อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 97.44 และระดับปานกลาง ร้อยละ
2.56

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ก่อน
เข้าร่วมโปรแกรมสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป มีการรับรู้โอกาส
เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.18
ระดับปานกลาง ร้อยละ 10.26 และระดับต่ำ ร้อยละ 2.56
หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า สตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป มีการ
รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับสูง
ร้อยละ 100.00

**พฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย
ตนเอง** ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป มี
พฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองอยู่ใน
ระดับสูง ร้อยละ 56.41 ระดับปานกลาง ร้อยละ 41.03 และ
ระดับต่ำ ร้อยละ 2.56 หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า สตรี
อายุ 20 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม
ด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00

การเปรียบเทียบผลของโปรแกรม

ตาราง 1 การเปรียบเทียบผลของโปรแกรม

รายละเอียด	$\bar{X}$	S.D.	Min.	Max.	T	p – value
ความรู้เรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	8.67	0.63	6	10	5.141	.000*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	9.77	0.48	8	10		
ทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	24.92	2.91	17	30	3.182	.003*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	26.59	1.41	22	28		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	26.00	2.69	16	30	2.226	.032*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	29.36	1.14	25	30		
พฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	23.62	3.68	15	30	5.196	.000**
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	28.46	1.39	25	30		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังเข้าร่วมโปรแกรม สตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป มีความรู้เรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p -value=0.000) มีทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 97.44 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p -value=0.003) มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value=0.032) มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p -value = 0.000)

ผลการติดตามพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

ผลการติดตามพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ในสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 39 คน มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ครบทุกคน โดยมีความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ตรวจเดือนละ 1 ครั้ง หรือมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 94.87 และตรวจ 2 เดือน ต่อครั้ง ร้อยละ 5.13 ใช้วิธีการตรวจเต้านมโดยดูด้วยตา ร้อยละ 97.43 และการคลำด้วยมือ ร้อยละ 100.00 สามารถตรวจเต้านมได้ความถูกต้องโดยใช้ 3 นิ้ว 3 สัมผัส ร้อยละ 94.87 และพบความผิดปกติที่เต้านม ร้อยละ 5.13 ความผิดปกติที่พบคือ มีอาการชาบริเวณเต้านม และคลำพบก้อนแข็งบริเวณแผลเป็นจากอุบัติเหตุที่เต้านมด้านขวา

สรุปและอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป ตำบลหนองพอก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ที่เข้าร่วมโปรแกรมส่วนมากมีช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 35.90 สอดคล้องกับผลงานวิจัยของเรวดี เพชรสิริสาส์น (2553)⁽⁸⁾

รายงานวิจัยเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สำหรับสตรีวัยผู้ใหญ่ ผลการศึกษาพบว่า ช่วงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในช่วง 40-49 ปี กลุ่มควบคุม ร้อยละ 35.00 และกลุ่มทดลอง ร้อยละ 32.50 และสอดคล้องกับผลงานวิจัยของณัฐนิชา แหวนวงศ์ และคณะ (2558)⁽⁹⁾ รายงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรม ป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มแม่บ้านทำความสะอาด ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 43-45 ปี ร้อยละ 34.50

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p -value=0.000) สอดคล้องกับผลงานวิจัยของเรวดี เพชรสิริสาส์น (2553)⁽⁸⁾ ที่พบว่า ภายหลังโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับผลงานวิจัยของจันทร์จิรา สีสว่าง และปานิสรา ส่งวัฒนายุทธ (2556)⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า หลังทดลอง 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับผลงานวิจัยของสิริรัตน์ ภัทรชัยสุชา และคณะ (2554)⁽¹¹⁾ ที่พบว่า หลังการอบรม กลุ่มเป้าหมายมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม สตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p -value=0.003) สอดคล้องกับผลงานวิจัยของจันทร์จิรา สีสว่าง และปานิสรา ส่งวัฒนายุทธ (2556)⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า หลังทดลอง 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม

นมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value=0.032) สอดคล้องกับผลงานวิจัยของศิริพร จิตรเอื้อ และคณะ (2560)⁽¹²⁾ ที่พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่ไม่สอดคล้องกับผลงานวิจัยของสิริรัตน์ นัทรชัยสุธา และคณะ (2554)⁽¹¹⁾ ที่พบว่า หลังการอบรม กลุ่มเป้าหมายมีการรับรู้ความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p -value=0.000) สอดคล้องกับผลงานวิจัยของเรวดี เพชรสิริ สันท์ (2553)⁽⁸⁾ ที่พบว่า ภายหลังโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 สอดคล้องกับผลงานวิจัยของศิริพร จิตรเอื้อ และคณะ (2560)⁽¹²⁾ ที่พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ สอดคล้องกับผลงานวิจัยของสิริรัตน์ นัทรชัยสุธา และคณะ (2554)⁽¹¹⁾ ที่ พบว่า หลังการอบรม กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ข้อเสนอแนะ

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองได้

ถูกต้อง และถูกวิธี ทั้งมีความรู้ ทักษะ การรับรู้ และ พฤติกรรม การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง แต่ก็พบกลุ่มที่ไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากเหตุผลในเรื่องการขาดความตระหนัก แรงจูงใจ จึงไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม คณะผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะ ดังนี้

2. ในสตรีที่ประสบผลสำเร็จอย่างดี ควรจัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง และให้ผู้ที่ประสบความสำเร็จในรุ่นที่ 1 เป็นผู้เริ่มในการขยายผลต่อไปยังกลุ่มสตรีที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ในรุ่นต่อไป

3. ควรมีการจัดโปรแกรม เพื่อสร้างความตระหนัก ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

4. ควรมีการศึกษาวิจัย ในการจัดโปรแกรมในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน

5. การศึกษาวิจัยระยะยาว เกี่ยวกับการติดตามกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม ที่ได้รับปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการเกิดมะเร็งเต้านม

6. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงต่อ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มตัวอย่างใน บ้านปลาโด หมู่ 9 ตำบลหนองพอก อำเภอนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ดทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูล และเข้าร่วม โปรแกรมตลอดการดำเนินงาน โครงการ และนักศึกษา สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ที่ร่วมเป็นทีมในการศึกษาวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. โสภณ เมฆธน. ปัญหา มะเร็งเต้านม ยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสตรีมากเป็นอันดับ 1 ของโลก. ค้นเมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2560, จาก <http://news.ch7.com/detail/2.html>.
2. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์การป่วยโรคมะเร็งเต้านม. ค้นเมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2560, จาก <https://hdcservice.moph.go.th>.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. อัตราการตายมะเร็งเต้านมเปรียบเทียบระดับประเทศ ภาคเขต และจังหวัดปี พ.ศ. 2554-2558. ค้นเมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2558, จาก www.selaphumhospitalhdc.com/datas/download/1475211711.pdf.

4. โรงพยาบาลหนองพอก. การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในผู้หญิงอายุ 30-70 ปี ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองพอก. กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ โรงพยาบาลหนองพอก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด. 2560.
5. โรงพยาบาลหนองพอก. สถานการณ์ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 3 ปีย้อนหลัง. กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ โรงพยาบาลหนองพอก อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด. 2560.
6. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. มะเร็งเต้านมเกี่ยวกับระบบวิทยาการป้องกันและแนวทาง. ค้นเมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2560, จาก www.asianbiomed.org/201660497.pdf.
7. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. มะเร็งเต้านม ภัยร้ายของผู้หญิง. ค้นเมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2560, จาก <http://www.bangkokbiznews.com/news/detail/723049>.
8. เรวดี เพชรศิราลันท์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สำหรับสตรีวัยผู้ใหญ่. สำนักวิทยาสถาตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช. 2553.
9. ณัฐนิชา แหวนวงศ์ และคณะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มแม่บ้านทำความสะอาด. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 35 (1): 21-36; 2558.
10. จันทร์จิรา สีสว่าง และปานิสร่า ส่งวัฒนายุทธ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้ทัศนคติ และทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี. วารสารพยาบาลทหารบก, 14 (1): 17-24; 2556.
11. สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา และคณะ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมความรู้และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อความเชื่อด้านสุขภาพและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีในชุมชน. Journal of Nursing Science, 29 (3): 64-74; 2554.
12. ศิริพร จิตรเอื้อ และคณะ. ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เทศบาลเมืองขลุง อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี. วารสารศูนย์ การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 34 (1): 40-53; 2560.

ประสิทธิผลของโปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์

Effectiveness of EMSA program in reducing the severity level of elderly Osteoarthritis Kalasin province

สุรศักดิ์ ติลการยาศุพย์¹

Surasak Tilakarayasup¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนาแบบกึ่งทดลอง(Research and development by Quasi- experimental research แบบ One Group Pretest - Posttest Design) ที่มุ่งศึกษาประสิทธิผลการใช้โปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 30 คน มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 24 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนเมษายน 2560 – กันยายน 2560 เก็บข้อมูลจาก แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) และแบบประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมฉบับภาษาไทย (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index: WOMAC Scale) วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ paired t-test และ F – test แบบ repeated measure กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) อยู่ระหว่าง 20 – 35 คะแนน และระดับความปวด ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เฉลี่ยอยู่ที่ 6.09 อาการที่พบส่วนใหญ่คือ กล้ามเนื้อต้นขาอ่อนแรง ปวดข้อเข่า ข้อเข่าฝืด และกล้ามเนื้อต้นขาหดรั้งตามลำดับ ส่วนผลการเปรียบเทียบการประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภาพรวม ก่อน หลังระยะที่ 1 หลังระยะที่ 2 และหลัง โปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p เท่ากับ .000) โดยที่หลัง โปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภาพรวม ต่ำกว่าก่อนโปรแกรมฯ หลังโปรแกรมฯระยะที่ 1 และหลังโปรแกรมฯระยะที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p เท่ากับ .000 ทุกค่า) และค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนโปรแกรมฯมีค่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภาพรวม สูงกว่าหลังระยะที่ 1 หลังระยะที่ 2 และหลัง โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p เท่ากับ .000 ทุกค่า)

คำสำคัญ: โรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ

ABSTRACT

This research was Research and development by Quasi- experimental research One Group Pretest - Posttest Design. Aimed to studied Effectiveness of EMSA program in reducing the severity of elderly Osteoarthritis Kalasin province. Sample size were 30 elderly Osteoarthritis. Duration of the research were 24 weeks between April 2017 - September 2017. Data were collaged by severity level of Osteoarthritis evaluation form (Oxford Knee Score) and Thai version sign of severity level of Osteoarthritis patient evaluation form (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index: WOMAC Scale). Data were analyzed by descriptive statistic and Inferential statistic namely paired t-test and F – test by repeated measure the statistical significance level was $p < 0.05$.

The study indicated that severity level of Osteoarthritis between 20 - 35 points and pain score of elderly Osteoarthritis mean = 6.09. Most of sign were Muscular thigh weakness, Knee joint pain, Knee joint stiffness and Thigh muscles shortening. Compare effect of total elderly Osteoarthritis sign evaluation between before, after phase 1, after phase 2 and after EMSA program in reducing the severity of elderly Osteoarthritis Kalasin province were different had statistically significant at the .05 level ($p = .000$). By after EMSA program in reducing the severity of elderly Osteoarthritis Kalasin province had mean of total severity level of Osteoarthritis patient evaluation lower before, after phase 1 and after phase 2 had statistically significant at the .05 level($p = .000$ every value). And before EMSA program in reducing the severity of elderly Osteoarthritis Kalasin province had mean of total severity level of Osteoarthritis patient evaluation higher, after phase 1, after phase 2 and after had statistically significant at the .05 level ($p = .000$ every value).

Keywords: elderly Osteoarthritis

¹ นักกายภาพบำบัดชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อ.เมือง จ.กาฬสินธุ์ 46000

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม (Knee Osteoarthritis) เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก โดยอันดับแรกของโรคข้อเข่าเสื่อมทั้งหมด พบในสตรีที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป และพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ^[1] และอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มมากขึ้นตามอายุ^[2] องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า จะมีผู้ป่วยกระดูกและข้อ เพิ่มขึ้นจาก 400 ล้านคน ใน พ.ศ. 2551 เป็น 570 ล้านคน ใน พ.ศ. 2563 โดยเฉพาะโรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) ซึ่งเป็นสาเหตุอันดับ 4 ของโรค นับตามจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่กับความพิการ (Years lived with disability: YLDs)^[3] ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบอัตราอุบัติการณ์ข้อเข่าเสื่อมประมาณ 72 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2013^[1] และในประเทศไทยพบอัตราอุบัติการณ์ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 6-35^[4,5] จากการศึกษาทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของคนไทยที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานครที่มาพบแพทย์ด้วยอาการปวดเข่า พบอุบัติการณ์ของโรคร้อยละ 34.5 จากการศึกษาภาพรังสีข้อเข่า และร้อยละ 45.6 จากการศึกษาการตรวจร่างกายและซักประวัติ ซึ่งอุบัติการณ์ของโรคมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น^[6] และจากรายงานการศึกษาของ COPCAORD Study พบความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมของคนไทยที่อาศัยในชนบทร้อยละ 11.3 ซึ่งใกล้เคียงกับความชุกโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุทั่วโลกที่พบร้อยละ 9.6 ในเพศชาย และร้อยละ 18 ในเพศหญิง ซึ่งโรคข้อเข่าเสื่อมทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย ปวดเรื้อรัง พักการ มากกว่าข้อเสื่อมบริเวณอื่น ๆ^[7]

จากการศึกษาการป่วยของผู้สูงอายุที่มีอาการข้อเข่าเสื่อม จังหวัดกาฬสินธุ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ถึง พ.ศ. 2558 มีจำนวน 961 คน, 1,279 คน และ 1,505 คน ตามลำดับ^[8] การที่ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมเพิ่มจำนวนอย่างต่อเนื่อง ย่อมส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม และครอบครัวเป็นอย่างมาก^[8] ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมีหลายปัจจัย ได้แก่ 1) อายุ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด อายุที่มากขึ้นจะมีความชุกของข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น 2) โรคเมตาบอลิก เช่น โรค

เก๊าท์ โรคเก๊าท์เทียม โครงเชื่อมกระดูกแข็งขึ้นกว่าปกติ ทำให้การรับส่งแรงของข้อเข่าเปลี่ยนแปลงส่งผลทำให้พบข้อเข่าเสื่อมบ่อยขึ้น 3) โรคข้อที่มีการอักเสบ ผลจากเชื้อไขข้ออักเสบทำให้เกิดการทำลายโครงสร้างของกระดูกอ่อน เช่น ข้ออักเสบรูมาตอยด์ 4) ความอ้วน ข้อเข่ารับน้ำหนักมาก 5) การรับแรงกระทำที่ทำให้ข้อเข่าเบี่ยงเบนไป เช่น ประคบอาชีพที่ต้องใช้แรงข้อเข่ามาก ๆ การใช้งานข้อเข่าผิดวิธีซึ่งทำให้ข้อเข่าพับหรืองอมาก ๆ เช่น การนั่งขัดสมาธิ กู้เข่า นั่งยอง ๆ และนั่งพับเพียบจะทำให้เกิดแรงกดที่ข้อเข่า 6) พันธุกรรม ซึ่งมีหลักฐานการถ่ายทอดทางพันธุกรรม^[9-12] ซึ่งปัจจัยเหล่านี้นำไปสู่ความเจ็บป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ เกิดความพิการ ความวิตกกังวล เครียด และซึมเศร้า ส่งผลให้สุขภาพและคุณภาพชีวิตลดลง^[13] นอกจากนี้โรคข้อเข่าเสื่อมยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจทั้งทางตรง จากค่ารักษาพยาบาล และทางอ้อม จากการที่ไม่สามารถทำงานได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่โรคดำเนินมาถึงระยะรุนแรงที่จำเป็นต้องรักษาโดยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมซึ่งนับเป็นค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่มหาศาล^[14]

ในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมหรือชะลอการเกิดปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อมมีหลายวิธี แต่วิธีที่สำคัญได้รับการยอมรับประกอบด้วย 4 วิธี^(12, 15) คือ 1) การปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวัน และหลีกเลี่ยงการอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานาน ๆ เช่น ไม่นั่งพับเพียบ ไม่นั่งขัดสมาธิ ไม่นั่งคุกเข่า ไม่นั่งยอง ๆ 2) การลดน้ำหนัก 3) การเสริมสร้างความแข็งแรงของกระดูก 4) การออกกำลังกายและการบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่า จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีผู้นำแนวทางการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมไปประยุกต์ใช้หลายวิธี ได้แก่ การออกกำลังกาย เช่น ว่ายน้ำ^[16] ยางยืด^[17, 18] การเดิน^[19] การบริหาร^[17] และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การให้ความรู้โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ^[16] การส่งเสริมการรับรู้โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม^[20] และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม^[19] ดังนั้นในการศึกษารูปแบบการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ใช้วิธีการแก้ไขปัญหาระบบโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ 4 วิธี คือ 1) การให้

ความรู้ในการดูแลและปฏิบัติตนเองที่ถูกต้องในโรคข้อเข่าเสื่อม (Education : E) 2)การคัดดึงข้อเข่า (Mobilization : M) 3)การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อต้นขา (Stretching exercise : S) และ 4)การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา (Active exercise : A)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ก่อน ระหว่างและหลังได้รับโปรแกรม

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนาแบบกึ่งทดลอง (Research and development by Quasi-experimental research) แบบ One Group Pretest - Posttest Design ที่มุ่งศึกษาประสิทธิภาพการใช้โปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 24 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนเมษายน 2560 – กันยายน 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษานี้คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ว่าเป็นข้อเข่าเสื่อมจำนวน 1,150 คน

กลุ่มตัวอย่างบุคคลที่มีอายุ 60 - 65 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่มารับบริการที่ศูนย์โสมสุข ดาบฉนวนจารย์ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ว่าเป็นข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ไม่รุนแรง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้ 1) อายุ 60 - 65 ปี ทั้งเพศชายและหญิง 2) ไม่มีปัญหาในการมองเห็น การได้ยิน และสามารถสื่อสารได้ 3) ไม่เคยเข้ารับการผ่าตัดรักษาโรคข้อเข่า 4) ไม่มีโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ส่งผลทำให้เกิดการผิดรูปของโครงสร้างร่างกาย และไม่มีภาวะข้อเข่าขาดความมั่นคง (Knee instability) 5) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ว่าเป็นข้อเข่าเสื่อมชนิด

ปฐมภูมิ ไม่รุนแรง ระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี 6) ได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม Oxford Knee Score ระดับคะแนนที่ได้ 20 – 39 คะแนน 7) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการให้ความรู้ในการดูแลและปฏิบัติตนเองที่ถูกต้องในโรคข้อเข่าเสื่อม (Education : E) การคัดดึงข้อเข่า (Mobilization : M) การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อต้นขา (Stretching exercise : S) และการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา (Active exercise : A)

1.2 คู่มือการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์

2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) ใช้ในการประเมินเพื่อแบ่งระดับความรุนแรงของการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 12 ข้อ มี 5 ระดับคะแนน (0,1,2,3,4)

คะแนนรวมที่ได้ 0 ถึง 19 = เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง

คะแนนรวมที่ได้ 20 ถึง 29 = มีอาการโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง

คะแนนรวมที่ได้ 30 ถึง 39 = เริ่มมีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม

คะแนนรวมที่ได้ 40 ถึง 48 = ยังไม่พบอาการผิดปกติ

2.2 แบบประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมฉบับภาษาไทย (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index: WOMAC Scale) ใช้ในการประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วยคำถาม 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 คำถามระดับอาการปวดจำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2 ระดับอาการข้อฝืด จำนวน 2 ข้อ และส่วนที่ 3 ระดับความสามารถในการใช้งานข้อ จำนวน

15 ข้อ การประเมินแต่ละข้อมี 11 ระดับ (0,1,2,3,4,5,6,7,8,9,10) ระดับความปวด (0 – 10) โดย 0 หมายถึงไม่ปวดเลย และ 10 หมายถึงปวดมากจนทนไม่ได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ และคู่มือการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องในการใช้ภาษา และความสมบูรณ์ของเนื้อหาโดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ จำนวน 3 คน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการ (สัปดาห์ที่ 1 -4) มีดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre -test) โดยใช้แบบสอบถาม ในเรื่องข้อมูลทั่วไป แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) และแบบประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมฉบับภาษาไทย (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index: WOMAC Scale) เก็บข้อมูลก่อนการทดลองโดยนักกายภาพบำบัดและอาสาสมัครศูนย์โสมสุข நடหมายวันเวลาของกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าโปรแกรมในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ

สัปดาห์ที่ 2-3 อบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ความรู้และเพิ่มทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคข้อเข่าเสื่อมให้แก่อาสาสมัครศูนย์โสมสุข เพื่อให้สามารถติดตามดูแลกลุ่มตัวอย่างที่บ้านได้ตามโปรแกรมที่วางไว้

สัปดาห์ที่ 4 อบรมเพื่อให้ความรู้ในการดูแลและปฏิบัติตนเองที่ถูกต้องในโรคข้อเข่าเสื่อมให้แก่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน และผู้ดูแล 30 คน เพื่อสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานตาม โปรแกรมในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุและสามารถขอถอนตัวระหว่างการทดลอง หรือขอยุติการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการ (สัปดาห์ที่ 5 -8) มีดังนี้

สัปดาห์ที่ 5-8 การดำเนินการตามโปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ (สัปดาห์ที่ 5-8) โดยมีนักกายภาพบำบัดคัดดึงข้อเข่า สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และอาสาสมัครศูนย์โสมสุขดูแลออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อต้นขา และออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากนั้นดำเนินการวัดผลรายสัปดาห์ และปรับปรุงโปรแกรมฯ

ขั้นที่ 3 ขั้นพัฒนา (สัปดาห์ที่ 9-24)

สัปดาห์ที่ 9-12 ปรับปรุงโปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ และการดำเนินการตามโปรแกรมฯ โดยมีนักกายภาพบำบัดคัดดึงข้อเข่า สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และอาสาสมัครศูนย์โสมสุขดูแลออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อต้นขา ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา และทดลองให้อาสาสมัครศูนย์โสมสุขคัดดึงข้อเข่า สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ดำเนินการวัดผลรายสัปดาห์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และฝึกปฏิบัติ นำไปปรับปรุงโปรแกรมฯ

สัปดาห์ที่ 13 – 24 ปรับปรุงโปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ และการดำเนินการตามโปรแกรมฯ โดยมีนักกายภาพบำบัดคัดดึงข้อเข่า สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และอาสาสมัครศูนย์โสมสุขดูแลคัดดึงข้อเข่า ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อต้นขา และออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ดำเนินการวัดผลรายสัปดาห์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์

ขั้นที่ 4 ขั้นประเมินผล (สัปดาห์ที่ 24)

สัปดาห์ที่ 24 ติดตามประเมินผล โดยใช้แบบสอบถาม ในเรื่องข้อมูลทั่วไป แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) และแบบประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมฉบับภาษาไทย (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index: WOMAC Scale)

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ นำเสนอข้อมูลโดยใช้จำนวนร้อยละ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และเปรียบเทียบอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลัง เนื่องจาก ต้องเป็นการเปรียบเทียบผลหลังการดำเนินงาน รายสัปดาห์และรายเดือน แล้วนำผลที่ได้ไปปรับปรุง โปรแกรมฯ โดยทันที จึงใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อน ระหว่าง ดำเนินการ และหลังดำเนินการ โดย F – test แบบ repeated measure กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

1. ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) อยู่ระหว่าง 20 – 35 คะแนน และระดับความปวด ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เฉลี่ยอยู่ที่ 6.09 อาการที่พบ ส่วนใหญ่คือ กล้ามเนื้อต้นขาอ่อนแรง ปวดข้อเข่า ข้อเข่าฝืด และกล้ามเนื้อต้นขาแข็ง ตามลำดับ

2. คะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

หลังการดำเนินการทดลองสัปดาห์ที่ 8 ผลการเปรียบเทียบการประเมินผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลัง โปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ ค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความปวดของโรคข้อเข่าเสื่อม ระดับอาการข้อฝืด, ข้อยึด ของโรคข้อเข่าเสื่อม ระดับความสามารถในการใช้งานข้อ ของโรคข้อเข่าเสื่อม และอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภาพรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value เท่ากับ .000, .001, .000 และ .000 ตามลำดับ) ส่วนระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ไม่มีความแตกต่างกัน

หลังการดำเนินการทดลองสัปดาห์ที่ 12 ผลการเปรียบเทียบการประเมินผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลัง โปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ ค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ระดับความปวดของโรคข้อเข่าเสื่อม ระดับความสามารถในการใช้งานข้อของโรค

ข้อเข่าเสื่อม และอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภาพรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value เท่ากับ .000 ทุกค่า) ส่วนระดับอาการข้อฝืด, ข้อยึด ของโรคข้อเข่าเสื่อม ไม่มีความแตกต่างกัน

หลังการดำเนินการทดลองสัปดาห์ที่ 24 ผลการเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลัง โปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ ค่าคะแนนเฉลี่ยของ ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ระดับความปวดของโรคข้อเข่าเสื่อม ระดับอาการข้อฝืด, ข้อยึด ของโรคข้อเข่าเสื่อม ระดับความสามารถในการใช้งานข้อ ของโรคข้อเข่าเสื่อม และอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภาพรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value เท่ากับ .000 ทุกค่า)

3. ผลการเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อน หลังระยะที่ 1 หลังระยะที่ 2 และหลัง โปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีดังต่อไปนี้

3.1 ผลการเปรียบเทียบการประเมินผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อน หลังระยะที่ 1 หลังระยะที่ 2 และหลัง โปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p เท่ากับ .000) โดยที่หลัง โปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ก่อนโปรแกรมฯ หลังโปรแกรมฯระยะที่ 1 และหลังโปรแกรมฯระยะที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p เท่ากับ .000 ทุกค่า) และ หลังโปรแกรมฯระยะที่ 2 มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ก่อนโปรแกรมฯ และ หลังโปรแกรมฯระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p เท่ากับ .000 ทุกค่า) แต่ค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและ หลังโปรแกรมฯ ระยะที่ 1 ไม่มีความแตกต่างกัน (p เท่ากับ .224)

3.2 ผลการเปรียบเทียบระดับความปวด ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อน หลังระยะที่ 1 หลังระยะที่ 2 และ หลังโปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความ

3.3 ผลการเปรียบเทียบระดับอาการข้อฝืด, ข้อยึด ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อน หลังระยะที่ 1 หลังระยะที่ 2 และหลัง โปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรง ของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p เท่ากับ .000) โดยที่หลัง โปรแกรม EMSA ในการลดระดับความ รุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการข้อฝืด, ข้อยึด ต่ำกว่า ก่อน โปรแกรมฯ หลังโปรแกรมฯระยะที่ 1 และหลังโปรแกรมฯ ระยะที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p เท่ากับ .000 ทุกค่า) และ หลังโปรแกรมฯระยะที่ 2 มีค่าคะแนน เฉลี่ยอาการข้อฝืด, ข้อยึด ต่ำกว่าก่อนโปรแกรมฯ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p เท่ากับ .000) แต่ไม่ต่าง จาก หลังโปรแกรมฯระยะที่ 1 และค่าคะแนนเฉลี่ยก่อน โปรแกรมฯมีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการข้อฝืด, ข้อยึด สูงกว่า หลังระยะที่ 1 หลังระยะที่ 2 และหลัง โปรแกรมฯ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p เท่ากับ .000)

ผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถในการใช้งานข้อ สูงกว่าก่อนโปรแกรมฯ หลังโปรแกรมฯระยะที่ 1 และหลังโปรแกรมฯระยะที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p เท่ากับ .000 ทุกค่า) และ หลังโปรแกรมฯระยะที่ 2 มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถในการใช้งานข้อ สูงกว่าก่อนโปรแกรมฯ และหลังระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p เท่ากับ .000 ทุกค่า) และค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนโปรแกรมฯมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถในการใช้งานข้อ ต่ำกว่าหลังระยะที่ 1 หลังระยะที่ 2 และหลัง โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p เท่ากับ .000 , .000 และ .000ตามลำดับ)

3.5 ผลการเปรียบเทียบการประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภาพรวม ก่อน หลังระยะที่ 1 หลังระยะที่ 2 และหลัง โปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p เท่ากับ .000) โดยที่หลัง โปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภาพรวม ต่ำกว่าก่อนโปรแกรมฯ หลังโปรแกรมฯระยะที่ 1 และหลังโปรแกรมฯระยะที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p เท่ากับ .000 ทุกค่า) หลังโปรแกรมฯระยะที่ 2 มีค่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภาพรวม ต่ำกว่าก่อนโปรแกรมฯ และหลังระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p เท่ากับ .000 ทุกค่า) และค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนโปรแกรมฯมีค่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภาพรวม สูงกว่าหลังระยะที่ 1 หลังระยะที่ 2 และหลัง โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p เท่ากับ .000 , .000 และ .000ตามลำดับ)

สรุปและอภิปรายผล

การดำเนินการวิจัยและพัฒนา โปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดประสิทธิผลการใช้โปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ จากการศึกษา พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) อยู่ระหว่าง 20 – 35 คะแนน และระดับความปวด ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เฉลี่ยอยู่ที่ 6.09 อาการที่พบส่วนใหญ่คือ กล้ามเนื้อต้นขาอ่อนแรง ปวดข้อเข่า ข้อเข่าฝืด และกล้ามเนื้อต้นขาหดรัด ตามลำดับ เนื่องจากกระบวนการทางธรรมชาติของอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบภายในกระดูกอ่อนผิวข้ออย่างต่อเนื่อง เกิดการกระดูกอ่อนผิวข้อได้รับบาดเจ็บและมีการทำลายเพิ่มขึ้นซึ่งทำให้มีอาการปวดจากผิวข้อชำรุดและการอักเสบ เพื่อแก้ไขปัญหาจึงมีการสร้างความรู้ความเข้าใจกับอาสาสมัครศูนย์โฮมสุข โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ ให้ความรู้และเพิ่มทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคข้อเข่าเสื่อม การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อต้นขาและการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา ให้แก่อาสาสมัครศูนย์โฮมสุข จำนวน 10 คน เพื่อให้สามารถติดตามดูแลระดับความปวดและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ (เฉลี่ย 1 คน ต่อ ผู้ป่วย 3 คน) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 100

นอกจากนี้ยังได้ อบรมเพื่อให้ความรู้ในการดูแลและปฏิบัติตนเองที่ถูกต้องในโรคข้อเข่าเสื่อมให้แก่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน และผู้ดูแล 30 คน เพื่อสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานตาม โปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ และสามารถขอถอนตัวระหว่างการทดลอง หรือขอยุติการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง ยินยอมเข้าร่วมโครงการทั้ง 30 คน ซึ่งภายหลังจากอบรมและจัดทำโปรแกรม EMSA ใน

การลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยดำเนินการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การดำเนินการตามโปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ (สัปดาห์ที่ 5-8) ผลการศึกษา พบว่า ผลการเปรียบเทียบการประเมินผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลัง โปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ ค่าคะแนนเฉลี่ยของและอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภาพรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อจำแนกประเภทอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ระดับความปวดของโรคข้อเข่าเสื่อม ระดับอาการข้อฝืด, ข้อยึด ของโรคข้อเข่าเสื่อม ระดับความสามารถในการใช้งานข้อของโรคข้อเข่าเสื่อม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value เท่ากับ .000 , .001 , .000 และ .000 ตามลำดับ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับโปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ในการดูแลและปฏิบัติตนเองที่ถูกต้องในโรคข้อเข่าเสื่อม (Education : E) การดัดดึงข้อเข่า (Mobilization : M) การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อต้นขา (Stretching exercise : S) และการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา (Active exercise : A) ทำให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองได้รับความรู้และทักษะในการดูแลและปฏิบัติตนเองในการเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อต้นขา และสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา และผลของการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาทำให้ กล้ามเนื้อต้นขามีความแข็งแรง ส่งผลต่อการช่วยพยุงข้อเข่า และช่วยลดแรงกระทำต่อข้อเข่า ทำให้ความเจ็บปวดลดลง และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น^[27,28] รวมทั้ง การดัดดึงข้อเข่า จะทำให้ข้อเข่ามีการเคลื่อนไหวที่ลดน้อยลงจากการที่มีโครงสร้างที่เปลี่ยนไป และการมีอาการปวด การดัดดึงข้อเข่าจะทำให้ข้อเข่าสามารถเคลื่อนไหวได้เพิ่มมากขึ้น และยังช่วยเพิ่มกาไหลเวียนเลือดของข้อต่อ ทำให้ลดอาการข้อฝืด ข้อยึด และอาการปวดของข้อเข่าได้

ส่วนระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เนื่องจากการวิเคราะห์ปัญหาที่พบจากการดำเนินงานโปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ เดือนที่ 1 (สัปดาห์ที่ 5 – 8) พบว่า การคัดดึงข้อเข่า โดยนักกายภาพบำบัด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ไม่เพียงพอต่อการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ และนักกายภาพบำบัดมีไม่เพียงพอที่จะขยายเวลามาดูแลมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ที่ประชุมจึงลงความเห็นว่าต้องมีการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครศูนย์โฮมสุขซึ่งต้องให้บริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคข้อเข่าเสื่อม ด้านการออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อต้นขาและการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา ประกอบกับอาสาสมัครศูนย์โฮมสุข ยังขาดทักษะในการดูแลด้านคัดดึงข้อเข่า อยู่แล้วจึงเห็นควรให้มีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครศูนย์โฮมสุข โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ความรู้และเพิ่มทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคข้อเข่าเสื่อม การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อต้นขาและการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา และทักษะในการคัดดึงข้อเข่า (สัปดาห์ที่ 8) (รายละเอียดในภาคผนวก) และได้ปรับปรุงโปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อนำไปดูแลกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 (สัปดาห์ที่ 9 – 12) ต่อไป

ระยะที่ 2 การดำเนินการตามโปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปรับปรุงครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 9 – 12) ผลการศึกษา พบว่า ผลการเปรียบเทียบการประเมินผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลัง โปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ ค่าคะแนนเฉลี่ยของ ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ระดับความปวดของโรคข้อเข่าเสื่อม ระดับความสามารถในการใช้งานข้อของโรคข้อเข่าเสื่อม และอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภาพรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value เท่ากับ .000 ทุกค่า) ซึ่งได้อธิบายไว้ในระยะที่ 1 ส่วนระดับอาการข้อฝืด

, ข้อยึด ของโรคข้อเข่าเสื่อมไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ในการทดลองระยะที่ 2 นี้ ได้มีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครศูนย์โฮมสุขในด้านคัดดึงข้อเข่า เนื่องจากการดูแลโดยนักกายภาพบำบัด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ไม่เพียงพอต่อการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ และนักกายภาพบำบัดมีไม่เพียงพอที่จะขยายเวลามาดูแลมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยการสร้างความรู้ความเข้าใจกับอาสาสมัครศูนย์โฮมสุข โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้และเพิ่มทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อให้สามารถติดตามดูแลระดับความปวดและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yip และคณะ^[29] ที่ทำการศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมร่วมกับการออกกำลังกาย โดยกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมตามปกติ โดยได้รับเพียงคำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย เช่น การรับประทานยา การดูแลสุขภาพ หรือการออกกำลังกาย ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับคำแนะนำจากอาสาสมัครสาธารณสุขเพิ่มเติมเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมี สุขภาพร่างกายดีขึ้น อาการปวดลดลง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น ทั้งยังสามารถชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการติดตามเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครศูนย์โฮมสุขเพื่อกระตุ้นการปฏิบัติทุกสัปดาห์ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีโรคข้อเข่าเสื่อมมีความมั่นใจและสามารถออกกำลังกายเพื่อการบริหารข้อเข่าเป็นประจำ มีการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นอันตรายต่อเข่าส่งผลให้ความแข็งแรงกล้ามเนื้อขาเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา ของวิไล ชินธนศ และคณะ (2539) กล้ามเนื้อบริเวณข้อเข่าประกอบด้วย กล้ามเนื้อต้นขาส่วนหน้า (Quadriceps Muscle) และกล้ามเนื้อต้นขาส่วนหลัง (Hamstring Muscle) กล้ามเนื้อกลุ่มนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการเสริมสร้างความแข็งแรงของข้อเข่า ซึ่งกล้ามเนื้อบริเวณนี้ ช่วยยึดข้อเข่าให้แข็งแรง การบริหารกล้ามเนื้อเข่าสม่ำเสมอจะทำให้ข้อเข่าแข็งแรง จะสามารถชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมได้

นอกจากนี้ ผลการดำเนินการตามโปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของ

ผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปรับปรุงครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 9 – 12) โดยมีนักกายภาพบำบัดคัดดึงข้อเข้า สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และอาสาสมัครศูนย์โฮมสุขดูแลออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อต้นขา การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา และคัดดึงข้อเข้า สัปดาห์ละ 3 ครั้ง และจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และวิเคราะห์ปัญหาจากการดำเนินงานตามโปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ (ปรับปรุงครั้งที่ 1) พบว่า อาสาสมัครศูนย์โฮมสุข ที่ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ความรู้และเพิ่มทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคข้อเข่าเสื่อม ด้วยการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อต้นขาและการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาและทักษะในการคัดดึงข้อเข้า ยังขาดความมั่นใจในการดูแล จึงได้จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปรับแก้จุดอ่อนความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในการดูแล และจัดให้มีการออกฝึกปฏิบัติงานจริงร่วมกับนักกายภาพบำบัด จนนำไปสู่การปรับปรุงโปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ ครั้งที่ 2 เพื่อนำไปดูแลกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3 (สัปดาห์ที่ 13 – 24) ต่อไป

ระยะที่ 3 ผลการดำเนินการตามโปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปรับปรุงครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 13 - 24) ผลการศึกษา พบว่า ผลการเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลัง โปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ ค่าคะแนนเฉลี่ยของ ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ระดับความปวดของโรคข้อเข่าเสื่อม ระดับอาการข้อฝืด, ข้อยึด ของโรคข้อเข่าเสื่อม ระดับความสามารถในการทำงานของโรคข้อเข่าเสื่อม และอาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ภาพรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value เท่ากับ .000 ทุกค่า) สามารถอธิบายได้ว่า จากรูปแบบการศึกษาที่ได้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานมาเป็นระยะ และจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และวิเคราะห์ปัญหาจากการดำเนินงานตาม

โปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ (ปรับปรุงครั้งที่ 1) และได้ปรับแก้จุดอ่อนความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในการดูแล และจัดให้มีการออกฝึกปฏิบัติงานจริงร่วมกับนักกายภาพบำบัด จนนำไปสู่การปรับปรุงโปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ ครั้งที่ 2 เพื่อนำไปดูแลกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3 (สัปดาห์ที่ 13 – 24) การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครศูนย์โฮมสุขในการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยการร่วมกันวางแผนการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันกับทีมนักกายภาพบำบัด โดยการพัฒนาโปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ จากการถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ แล้ววิเคราะห์ สังเคราะห์ และปรับปรุงโปรแกรม EMSA ตามระยะการดำเนินงาน ได้สอดคล้องกับปัญหาและอุปสรรค รวมทั้งระบบการติดตามประเมินผลของอาสาสมัครศูนย์โฮมสุขที่มีการติดตามเชิงรุก ทำให้ มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และปัญหาขณะทำการบริหาร ทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่มั่นใจ มีความมั่นใจและสามารถทำการบริหารข้อและกล้ามเนื้อ รอบข้อได้ส่งผลให้อาการของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมภาพรวมของผู้สูงอายุดีขึ้น สอดคล้องกับการ ศึกษาของ สุระเพ็ญ สุวรรณสว่าง⁽³⁰⁾ พบว่าการออกกำลังกาย กล้ามเนื้อต้นขา มีประสิทธิภาพในการลดระดับความปวด ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ และการศึกษาของ จุฬารัตน์ จันตระ⁽³¹⁾ พบว่าโปรแกรมการสร้างเสริมความแข็งแรง ของข้อเข่า การออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อคอท ไครเซบัสจะช่วยสร้างความแข็งแรงของข้อเข่าสามารถ ลดความรุนแรงของโรค ลดการใช้ยา

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผลการเปรียบเทียบการประเมินผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อน หลังระยะที่ 1 หลังระยะที่ 2 และหลัง โปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยที่หลัง โปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยดีกว่า ก่อนโปรแกรมฯ หลังโปรแกรมฯระยะที่ 1 และหลังโปรแกรมฯระยะที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิด องค์ความรู้ใหม่ ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุปวดข้อเข่าและนำไปใช้ให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติของการบริการ และจะทำให้ได้แนวปฏิบัติเฉพาะเรื่องในการดูแลผู้สูงอายุปวดข้อเข่าที่สามารถดูแลได้ครอบคลุมทุกปัญหา
2. ผู้ให้บริการสามารถพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ไปทดลองศึกษาหรือปรับใช้ให้เหมาะสม ของ

แต่ละพื้นที่เพื่อให้เกิดการพัฒนาและมีการศึกษาวิจัย ที่หลากหลายมากขึ้น

3. การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุปวดข้อเข่าควรมีการเพิ่มเติมในหลักสูตรการเรียนการศึกษาเพื่อเป็นการพัฒนาหรือค้นคว้าหาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาปวดข้อเข่าให้ครอบคลุมหรือมีความเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่สามารถพัฒนาระบบการดูแลที่เชื่อมต่อในทุกระดับ ทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ

เอกสารอ้างอิง

1. Reis JG, Gomes MM, Neves TM, Petrella M, Oliveira RD, Abreu DC . Evaluation of postural control and quality of life in elderly women with knee osteoarthritis. *Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)* 54(3), 2014: 208-12..
2. Pereira, D., et al. The effects of osteoarthritis definition on prevalence and incidence estimates: a systematic review. *Osteoarthritis and Cartilage*. (19), 2011: 1270-1285.
3. World Health Organization. *The burden of musculoskeletal conditions as the start millennium: report of a WHO scientific group*. (2003).
4. Walke JM, Helewa A. Physical rehabilitation in arthritis. St. Louis Saunders, 2004.
5. Fransen M, Simic M, Harmer AR. Determinants of MSK health and disability: Lifestyle determinants of symptomatic osteoarthritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 28(3) 2014: 435-60.
6. Kuptniratsaikul, V., Tosayanonda, O., Nilganuwong, S., Thamalikitkul, V. The epidemiology of osteoarthritis of the knee in elderly patients living an urban area of Bangkok. *Journal of Medical Association of Thailand*, 85(2), 2002: 154-161
7. National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases [NIAMS]. **Osteoarthritis**. Retrieved January 15, 2009, from http://www.niams.nih.gov/Health_Info/Osteoarthritis/default.asp
8. Kalasin Provincial Health Office. Annual Report last 3 years in Kalasini, 2558.
9. Botha-Scheepers SA, Iain Watt I, Slagboom E, Meulenbelt I, R.Rosendaal F, C.Breedveld F, et al. Influence of familial factors on radiologic disease progression over two years in siblings with osteoarthritis at multiple sites: a prospective longitudinal cohort study. **American College of Rheumatology** 57(4), 2007: 626-632.
10. Thai Rheumatism Association. **Guideline for the Treatment of Osteoarthritis of Knee**. Retrieved from www.thairheumatology.org; 2549.
11. Veenhof C, Huisman P, Barten, J., Takken, T., & MF.Pisters. Factors associated with physical activity in patients with osteoarthritis of the hip or knee: a systematic review. **Osteoarthritis and Cartilage** 20: 2012: 6-12.
12. ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชวรวิหารเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี. คู่มือการดูแลตนเองโรคข้อเข่าเสื่อม ฉบับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยสาขาวิชาชีพ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
13. Kim, I. J., Kim, H. A., Y.I., Jung, Y.O., Song, Y.W., Prevalence of knee pain and its influence on quality of life and physical function in the Korean elderly population: a community based cross-sectional study. **Journal of Korean Medical Science**, 26(9), 2011: 1140-6
14. Koolvisoot, A. Arthritis: What should be done after the year of bone and joint decade?. **Siriraj Medical Journal**, 62(5), 2010: 226-227
15. สมชาย เอื้อรัตนวงศ์. **แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม**. กรุงเทพฯ: สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย, 2549.
16. ปรีชาดิ ศัตย์วรภัทร์, ณัฐจารพร พิชัยณรงค์ และสมชายโชติ ปิยวัชรเวลา. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยทุวงต่อการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้ที่มีภาวะอ้วนในตำบลบรือ อำเภอบรือ จังหวัดมหาสารคาม. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**, 7(3), 2557: 8-13.
17. วิไลลักษณ์ ปีกษา. **ผลการฝึกด้วยน้ำหนักของร่างกายและด้วยยางยืดที่มีต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2553.

18. สกุรัตน์ อศวโกสินชัย, จารุวรรณ แสงเพชร, วรากรณ์ รุ่งสาย. ผลของการส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อการทรงตัว. **วารสารศูนย์การศึกษาแพทยคลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า**, 28(2), 2554: 110-123.
19. วชิราภรณ์ มาลัย. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2554.
20. ธนบดี ชุ่มกลาง และรุจิรา ดวงสงค์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยการประยุกต์ใช้ ทฤษฎี ความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการบรรเทาความปวดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารวิจัยมข.**, 12(1), 2555: 46-56.
27. Rangsiya N, Janet R, Jill R. Effect of exercise on pain, and physical function score in patients with knee osteoarthritis in community. **Nursing Journal** . 32(2): 2010;136-146.
28. Sangkrajang S, Pakdevong N,Varin BinhosenV. Eff ects of Self-Effi cacy Promotion Program on Health Behaviors, Body Weight and Health Status in Persons with Knee Osteoarthritis. **Journal of Nursing and Health Care**. 33 (3), 2014: 101-109.
29. Yip YB, et al. Effects of self-management arthritis program with an added exercise component for osteoarthritis knee: randomized controlled trail. **Journal of Advanced Nursing**. 59(1), 2007; 20-8.
30. สุระเพ็ญ สุวรรณสว่าง. ผลของการใช้โปรแกรมการ ออกกำลังกายแบบเน้นด้านข้อต่อความระดับความปวด ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวช ปฏิบัติชุมชน นครศรีธรรมราช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2551
31. จุฑารัตน์จันตระ.ผลของโปรแกรมการเสริมสร้าง ความแข็งแรงของข้อเข่าต่อความเจ็บปวดและความ สามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พิษณุโลก. มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2550

ภาวะสุขภาพ และการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
Health Status and Self-management of Patients with Hypertension

สุพัตรา บัวที¹, ขนิษฐา รักษาเคน²
Supatra Buatee¹, Khanittha Raksaken²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 108 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ เครื่องมือในการตรวจร่างกาย ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต และแบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 57.3 กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายสูงกว่า 22.9 ร้อยละ 68.3 ความดันโลหิตตัวบนสูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 66.7 คะแนนการจัดการตนเองโดยรวมเฉลี่ย 3.07 (SD = 0.43) ประกอบด้วย 1) การปรับการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.02 (SD = 0.66); 2) ด้านการควบคุมตนเอง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.79 (SD = 0.94); 3) ด้านการติดตามตนเอง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.43 (SD = 1.20); 4) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับทีมสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้อง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.24 (SD = 0.89); และ 5) การปฏิบัติตามแนวทางการดูแล คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 (SD = 0.66)

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง การควบคุมระดับความดันโลหิต การจัดการตนเอง

Abstract

The aim of this cross-sectional survey study was to explore health status and self-management among 108 patients with hypertension. Data was collected using instruments: personal and health status data form, weight scale measure, digital sphygmomanometer, and self-management questionnaire. The study revealed that the duration of illness of patients with hypertension was between 1-5 years (57.3%). The participants had body mass index more than 22.9 (68.3%), systolic blood pressure >140 mmHg (66.7%). Mean of total dimension of self-management score = 3.07 (SD = 0.43); 1) mean of self-integration score = 3.02 (SD=0.66); 2) mean of self-regulation score = 2.79 (SD = 0.94); 3) mean of self-monitoring score = 2.43 (SD= 1.20); 4) interaction with health professionals and significant others = 2.24 (SD= 0.89); and 5) mean of adherence to recommendation score = 3.75 (SD= 0.66)

Keywords: Hypertension, Blood pressure control, Self-management

¹ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, Ph.D

² อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงทวีความรุนแรงและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ดังจะเห็นได้จากสถิติสาธารณสุขที่พบว่าอัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ (primary hypertension) โดยมีอัตราการป่วยทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2557 สูงถึง 7,115 ต่อแสนประชากร และเป็นสาเหตุการตายในอัตรา 10.95 ต่อแสนประชากร⁽¹⁾ เมื่อเปรียบเทียบกับจากปี 2544 และปี 2554 พบอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 5 เท่า (4.99 เท่า)^(2,3,4) ซึ่งประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ 1,938 ต่อแสนประชากร และพบว่าอัตราการตายจากสาเหตุโรคความดันโลหิตสูงในอัตรา 8.92 ต่อ 100,000 ประชากร¹ โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับการขาดความยืดหยุ่นของหลอดเลือดแดง ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเสื่อมหน้าที่ และการเสื่อมของจอประสาทตา โรคเหล่านี้เป็นภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียสุขภาพ และทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ได้เต็มศักยภาพ เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องใช้ทรัพยากรมหาศาลในการจัดการดูแล และมักเกิดความเสี่ยงเล็กน้อย เนื่องจากไม่สามารถช่วยให้อวัยวะที่เสื่อมสภาพเป็นอย่างมากกลับคืนสู่ภาวะปกติ ดังนั้นการจัดการดูแลควรให้ความสำคัญกับการควบคุมระดับความดันโลหิตเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้มีความสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากข้อจำกัดของจำนวนบุคลากรที่จะให้การช่วยเหลือดูแล และทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ⁽⁵⁾ จากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นดังกล่าวข้างต้น การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตประจำวันได้เป็นปกติ ชะลอความก้าวหน้าของโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ในทางกลับกันหากมีการควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี จะทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยสูญเสียสุขภาพ หรืออาจมีภาวะทุพพลภาพได้

โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีข้อจำกัดในการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยพบว่าควบคุมได้เพียงร้อยละ 10⁽⁶⁾ ซึ่งหากผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเพียงเล็กน้อยแต่ยังไม่มีการทำลายของอวัยวะสำคัญ เช่น สมอง หลอดเลือดหัวใจ ไต และตา หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตภายใน 7-10 ปีจะมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน⁽⁷⁾ การควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จะทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular diseases) โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) และโรคไต (kidney diseases) ซึ่งนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี คุณภาพชีวิตลดลง และเสียชีวิตในที่สุด^(8,9) การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมจะช่วยลดอัตราการป่วย ชะลอความก้าวหน้าของโรค และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้⁽¹⁰⁾ ซึ่งการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้จะทำให้อัตราการเจ็บป่วยสูงขึ้น ส่งผลให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายไปกับปัญหาที่สามารถป้องกันได้⁽¹¹⁾ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการหาแนวทางเพื่อการสนับสนุนให้ผู้ป่วยการจัดการกับโรคโดยให้มีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการควบคุมโรคความดันโลหิต

การควบคุมระดับความดันโลหิตที่สำคัญมีด้วยกัน 2 แนวทาง คือ 1) แบบใช้ยา และ 2) แบบการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต⁽¹²⁾ ซึ่งการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด คือ ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการรักษาด้วยยาควบคุมระดับความดันโลหิตช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง (atherosclerosis)⁽¹³⁾ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การบริโภคอาหารที่เหมาะสมยังช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดความเสี่ยงของหลอดเลือดหัวใจ คงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไต และป้องกันตาบอดในผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับความดันโลหิต การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตต้องเป็นไปอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และอาศัยการจัดการตนเองของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

การจัดการตนเองหมายถึงผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย⁽¹⁴⁾ การจัดการตนเองเพื่อควบคุมการดำเนินของโรคจะช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตประจำวันได้เป็นปกติ ชะลอความก้าวหน้าของโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ในทางกลับกันหากควบคุมโรคได้ไม่ดีจะทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยสูญเสียปีสุขภาวะ หรืออาจมีภาวะทุพพลภาพได้ ดังเช่นในกรณีของโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ภายใน 7-10 ปีจะมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน⁽⁷⁾ การควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้จะทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular diseases) โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) และโรคไต (kidney diseases) ซึ่งนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี คุณภาพชีวิตลดลง และเสียชีวิตในที่สุด^{8,9} การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลของระดับความดันโลหิตที่สูงเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้หากผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ก็จะชะลอความก้าวหน้าของโรค และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากระดับความดันโลหิตที่สูงกว่าปกติ

การจัดการตนเองที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้ผู้ป่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลของระดับความดันโลหิตที่สูงเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้หากผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ก็จะชะลอความก้าวหน้าของโรค และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากระดับความดันโลหิตที่สูงกว่าปกติ ดังนั้นผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาภาวะสุขภาพ และการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำข้อมูลที่ได้นำมาส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่ง มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ยินดีเข้าร่วมในโครงการวิจัย จำนวน 108 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่กระทบต่อการได้รับการรักษาพยาบาล และการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม หากกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงลงลายมือชื่อในเอกสารการเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรประกอบไปด้วยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม มีคุณสมบัติได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย . สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

การศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 108 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยสอบถาม

เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว สิทธิการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าความดันโลหิต ระยะเวลาการเจ็บป่วย ยาที่ได้รับ โรคร่วม ผลการตรวจไขมันในเลือด

2. แบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ แบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ถามเกี่ยวกับการปรับการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการเจ็บป่วย (self-integration) การกำกับการปฏิบัติเพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิต (self-regulation) การมีปฏิสัมพันธ์กับทีมสุขภาพ (interaction with health professional and significant others) การเฝ้าระวัง และติดตามระดับความดันโลหิต (self-monitoring) และ การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (adherence to recommended regimen) ทั้งหมด 40 ข้อ และมีลักษณะคำตอบเป็นการประเมินความถี่ในการปฏิบัติ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีความหมายดังนี้

- 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ
- 2 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง
- 3 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง
- 4 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ

ประเมินไม่ได้ หมายถึง การปฏิบัติไม่เข้ากับวิถีการดำเนินชีวิต

การแปลผลคะแนนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดจากการแบ่งคะแนนรวมทั้งหมด ออกเป็น 3 ระดับ คือ เหมาะสมมาก เหมาะสมปานกลาง และเหมาะสม

- 1-1.9 หมายถึง เหมาะสมน้อย
- 2-2.9 หมายถึง เหมาะสมปานกลาง
- 3-4 หมายถึง เหมาะสมมาก

3. เครื่องมือในการตรวจร่างกาย ประกอบด้วย เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก

3.1 เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิทัลที่ใช้ในการชั่งน้ำหนักเป็นกิโลกรัม ในการชั่งน้ำหนัก ผู้ที่ชั่งน้ำหนักไม่สวมเสื้อผ้าหลายชั้น ไม่มีสิ่งของติดตัว และไม่สวมรองเท้า ค่าส่วนสูงเป็นเซนติเมตรที่ได้จากแถบวัดมาตรฐานและ

น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม วัดโดยผู้วิจัย หรือพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก นำน้ำหนักและส่วนสูงที่ได้มาคำนวณดัชนีมวลกายตามสูตร น้ำหนักตัว (กก.) / ความสูง² (เมตร) ดัชนีมวลกายที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 18.50-22.90 กก./ม² ¹⁸

3.2 เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติที่มีการปรับความเที่ยงจนได้ค่าความคลาดเคลื่อนจากเครื่องมือวัดความดันโลหิตชนิดอ่านค่าปรอทไม่เกิน 5 มิลลิเมตรปรอท วัดค่าความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างในงานนี้ วัดโดยผู้วิจัย หรือพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังจากนั้นได้แก้ไขแบบสอบถามตามคำแนะนำและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 30 คน ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และ การจัดการตนเองโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และหาค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดจำนวน 108 คน ผลวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.0 กลุ่มอายุเฉลี่ย 62.25 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคืออายุ 61-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.6 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปี ร้อยละ 29.7 ส่วนใหญ่ มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 55.6 รองลงมาหม้าย ร้อยละ 30.6 ค่ากลางของรายได้คือ 4,500 บาท จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 70.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 32.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 31.5 ส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี ร้อยละ 85.2 มีสิทธิการรักษาเป็นแบบประกันสุขภาพ ร้อยละ 69.4

ภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีดัชนีมวลกายเกินกว่า 22.9 ร้อยละ 68.3 มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5

ร้อยละ 5.6 ส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตตัวบน น้อยกว่า 140 ร้อยละ 66.7 และมีความดันโลหิตตัวล่างน้อยกว่า 90 ร้อยละ 86.7 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 1-5 ปี ร้อยละ 57.3

การจัดการตนเอง การจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างรายข้อ (ทั้งหมด 40 ข้อ ยกตัวอย่างเป็นบางข้อ) พบว่า ด้านด้านการปรับการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองในด้านนี้ทั้งหมด 13 ข้อมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.10-3.33 2 ด้านการควบคุมตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองในด้านนี้มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.20-3.24 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากร และผู้เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยที่ต่ำ 3 อันดับแรกคือ 1.87, 1.92, 1.99 ด้านการกำกับติดตามตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองในด้านนี้ทั้งหมด 4 ข้อมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.51-2.52 ด้านการปฏิบัติตามแนวทางการรักษามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.37-3.9

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละด้าน

การจัดการตนเอง	X	SD	ระดับความเหมาะสม
- ด้านการปรับการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการเจ็บป่วย	3.02	0.66	มาก
- ด้านการควบคุมตนเอง	2.79	0.94	ปานกลาง
- ด้านการกำกับติดตามตนเอง	2.43	1.20	ปานกลาง
- ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากร และผู้เกี่ยวข้อง	2.24	0.89	ปานกลาง
- ด้านการปฏิบัติตามแนวทางการรักษา	3.75	0.36	มาก
ภาพรวม	3.07	0.43	มาก

โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองจัดอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.07 เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่าจัดอยู่ในระดับเหมาะสมมากในด้าน Self-integration และ ด้าน Adherence to recommendation รองลงมาจัดอยู่ในระดับปานกลาง ในด้าน Self-regulation, ด้าน Self-monitoring และ ด้าน Interaction with health professional and significant others

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาระยะสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัย ตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเกี่ยวข้องกับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.0 มีอายุระหว่าง 61 – 80 ปี อายุเฉลี่ย 62.25 ปี ทั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาอื่นที่พบว่าเพศชายป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิง อาจเกิดจากมีจำนวนเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่าเพศหญิง เป็นผลจากการที่เพศชายเข้ารับการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะความดันโลหิตสูงน้อยกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการสำรวจข้อมูลสุขภาพประชาชนไทยที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศชายไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยมาก่อนถึงร้อยละ 60 สูงกว่าเพศหญิงที่พบเพียงร้อยละ 40 ที่ไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยมาก่อน⁽¹⁵⁾ และจากรายงานสถิติสาธารณสุขพบว่า ผู้ป่วยเพศชายป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและตายจากโรคนี้สูงกว่าเพศหญิง⁽¹⁶⁾ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องมาจากระดับความดันโลหิตจะสูงขึ้นเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาของ Alexander⁽¹⁷⁾ พบโรคความดันโลหิตสูงในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น การเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตเป็นผลมาจากความเสื่อมของหลอดเลือดที่ทำให้ขาดความยืดหยุ่นส่งผลให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็งเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่พบได้เกิดการเสื่อมสภาพตามวัย (aging process) เข้ามาเกี่ยวข้องโดยผนังหลอดเลือดจะเปราะและแข็ง

กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาทซึ่งเป็นรายได้ที่ต่ำกว่ารายได้ประชากรเฉลี่ยประชาชาติของคนไทย ในปี พ.ศ. 2557 คือ 11,1564 บาทต่อเดือน⁽¹⁸⁾ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 70.4 และ ไม่ได้ประกอบอาชีพ และ

ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยของคนไทย จากการมีรายได้น้อยเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงสูงจากการดำเนินชีวิตของโรคที่รุนแรงขึ้น จากความจำเป็นของการดำเนินชีวิตที่ต้องระมัดระวังเรื่องการใช้จ่าย ทำให้ต้องเลือกรับประทานอาหารที่มีการปรุงโดยการทอด และมีการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง⁽¹⁹⁾ นอกจากนี้ส่วนใหญ่สูงอายุซึ่งมีความเสื่อมของร่างกายเกิดขึ้นดังนั้นจึงทำให้มีโอกาสในการเกิดความเสี่ยงของโรค และ การเกิดภาวะแทรกซ้อน

การดำเนินชีวิตของโรคมีแนวโน้มที่จะมีความรุนแรงมากขึ้นทั้งนี้เนื่องจาก หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นไปตามเป้าหมาย สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา⁽²⁰⁾ โดยที่ระดับความดันโลหิตตัวบนของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 30.6 เกินกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งสอดคล้องกับหลายๆการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีปัญหาในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นไปตามเป้าหมาย⁽²¹⁾ ทั้งนี้อาจเกิดจากผู้ป่วยเป็นโรคนี้มานานกว่า 5 ปี ร้อยละ 42.3 (48 คน) ประกอบกับส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุที่ทำให้การยืดหยุ่นของเส้นเลือดลดลงดังกล่าวแล้วข้างต้น การควบคุมระดับความดันโลหิตไม่เป็นไปตามเป้าหมายเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease)⁽²²⁾

2. ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเสี่ยงที่จะเผชิญกับภาวะการดำเนินชีวิตของโรคที่รุนแรง และมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคร่วมเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างยังมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เลือดเล็ดแดงแข็งเพิ่มขึ้นจากการมีไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 27.8 ดัชนีมวลกายที่สูงกว่าเกณฑ์ปกติ (BMI) ถึงร้อยละ 68.3 ซึ่งการมีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน หรือมีน้ำหนักเกินมาตรฐานเป็นปัจจัยที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งการมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและรอบเอวที่เกินมาตรฐานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้น⁽²³⁾ การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือ หัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนเสี่ยงที่จะเกิดโรคไตเสื่อมหน้าที่เพิ่มมากขึ้น^(24,25)

การมีโรคร่วมทำให้การควบคุมระดับความดันโลหิตไม่เป็นไปตามเป้าหมาย⁽²⁶⁾ ซึ่ง การศึกษาครั้งนี้พบว่า มีผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ร้อยละ 25.9 (28 คน) ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมาเช่น โรคไตเสื่อมหน้าที่เรื้อรัง ทั้งนี้เนื่องจากภาวะความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นทำให้น้ำเลือดเพิ่มมากขึ้น เกิดแรงดันขึ้นภายในหลอดเลือด⁽²⁰⁾ นอกจากนี้เมื่อเป็นโรคไตเสื่อมหน้าที่เรื้อรังจะทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น⁽²⁷⁾ การมีโรคร่วมทำให้การควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นไปตามเป้าหมายเป็นไปได้ยาก ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือหัวใจวาย⁽²⁸⁾

การมีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ดังผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.73 ส่วนใหญ่สูงกว่า 22.90 ร้อยละ 73.00 ซึ่งถือว่าดัชนีมวลกายสูงกว่ามาตรฐานของคนเอเชียซึ่งค่าปกติ อยู่ระหว่าง 18.50-22.90^(28,29) น่าจะเป็นผลมาจากการรับประทานอาหารในกลุ่มไขมันสูง การมีดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ระดับความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure) ของกลุ่มตัวอย่างมี ซึ่งถือว่าเกินกว่าระดับความดันโลหิตที่แสดงว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ คือให้ต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท⁽³⁰⁾ ซึ่งจากแนวปฏิบัติของการควบคุมความดันโลหิต คือ การลดน้ำหนักลง 10 กิโลกรัม จะทำให้ความดันโลหิตตัวบนลดลง 5-10 มิลลิเมตรปรอท⁽¹²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุปราณี วงศ์ปาลี⁽³¹⁾ พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีดัชนีมวลกายสูงจะไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

3. การจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ความสำเร็จของการควบคุมการดำเนินชีวิตของโรคเรื้อรังขึ้นอยู่กับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมที่การจัดการตนเองที่เหมาะสม^(32,33) ส่วนปัญหาในการจัดการตนเองเป็นปัจจัยที่ขัดขวางการควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นไปตามเป้าหมาย^(34,35) การควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความดันโลหิต ได้แก่ การลดน้ำหนักตัว การจำกัดการรับประทานโซเดียม การออกกำลังกายจำกัดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ขึ้นอยู่กับการจัดการตนเอง (self-manage) ของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่⁽³⁶⁾ ซึ่งการจัดการตนเอง

(Self-management) นั้นมีความหลากหลาย ทั้งในส่วนของ การเรียนรู้เพื่อปฏิบัติทักษะในการเฝ้าระวัง เช่น ในผู้ป่วย เบาหวาน เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลใน เลือด หรือการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง หรือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร⁽³⁷⁾ ซึ่ง ในการศึกษาครั้งนี้ พบประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการจัดการ ตนเอง ดังนี้

การจัดการตนเองด้านการปรับการดำเนินชีวิตให้ สอดคล้องกับการเจ็บป่วย (Self- integration) ผลการศึกษา ครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยใน ด้านนี้ เท่ากับ 3.02 จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน ซึ่งเป็น คะแนนเฉลี่ยที่มากกว่าร้อยละ 75 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วย สามารถปรับการดำเนินชีวิตได้ในระดับที่ดี ดังจะเห็นได้ จากภาวะสุขภาพของผู้ป่วยส่วนใหญ่ดี มีภาวะแทรกซ้อน จากโรคความดันโลหิตสูงน้อย ซึ่งการปรับตัวเข้ากับโรค ได้มีความสำคัญกับการควบคุมระดับความดันโลหิต ทำให้ มีความต้องการที่จะวางแผนการดูแลตนเอง และเพื่อให้ บรรลุเป้าหมายที่ตนเองได้วางไว้⁽³⁸⁾ ซึ่งการสามารถควบคุม หรือ การจัดการการดำเนินชีวิตช่วยให้สามารถควบคุมโรค ได้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง⁽³⁷⁾

การจัดการตนเองด้านการควบคุมตนเอง (Self- regulation) เป็นองค์ประกอบสำคัญของการจัดการตนเอง เพื่อควบคุมโรค⁽³⁸⁾ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จากการประเมินการ จัดการตนเองด้านการควบคุมตนเอง ข้อที่ได้คะแนน ต่ำ เกี่ยวข้องกับการรับรู้อาการ ของความดันโลหิตต่ำ (2.20) และการรับรู้อาการของความดันโลหิตสูง (2.80) การรับรู้ อาการเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมตนเอง (Self- regulation)⁽⁴⁰⁾ ได้ดี ทั้งนี้เนื่องมาจากหากบุคคลรู้ว่ อาการที่เกิดแสดงถึงความผิดปกติก็จะควบคุมตนเองเพื่อ ป้องกันความผิดปกติที่แสดงออกเป็นอาการนั้นๆ นอกจากนี้ความรู้ และความเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิด อาการ และมีการตั้งเป้าหมายในการควบคุมจะช่วยให้ ผู้ป่วยมีการควบคุมตนเอง (Self-regulation) เพิ่มขึ้น⁽⁴¹⁾

คะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการตนเองในส่วนของ การ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากร และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Interaction with health professional and significant others) ในข้อ ที่เกี่ยวข้องกับการต่อรอง และการแสวงหา

ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 1.92, 1.99 และ 1.87 ตามลำดับ ซึ่งค่อนข้างต่ำ ดังนั้น ทำให้เป็นไปได้ว่าผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง อาจมีข้อจำกัดในการพัฒนาทักษะ ใหม่เพื่อนำมาใช้ในการควบคุมโรค ซึ่งหลายๆการศึกษา พบว่าการจัดการตนเองด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับทีม สุขภาพ และกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สามารถพัฒนาทักษะ และทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการ ควบคุมโรค⁽⁴²⁾ การขาดการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เป็นอุปสรรคในการพัฒนาการจัดการตนเองของกลุ่มผู้ป่วย ที่เจ็บป่วยเรื้อรังหลายโรค⁽⁴³⁾

การจัดการตนเองด้านการติดตามตนเอง (Self- monitoring) เป็นองค์ประกอบสำคัญของการจัดการตนเอง เพื่อควบคุมโรค⁽³⁹⁾ การจัดการตนเองด้านการติดตามตนเอง ของผู้ป่วยคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 2.43 ซึ่งเป็นคะแนนที่ต่ำเป็น อันดับ 2 เมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ ทั้งนี้การติดตามตนเอง (Self-monitoring) เป็นการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรค เรื้อรังที่ส่งผลให้มีการควบคุมโรคได้ดี เช่น ในการศึกษา ในโรคความดันโลหิตสูง⁽⁴⁴⁾ และพบว่าการติดตามตนเอง เป็นปัจจัยทำนายของการปฏิบัติตามแนวทางการรักษา⁽³³⁾ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า เนื่องจากในประเทศไทย ระบบการ ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังไม่ได้มีการส่งเสริมให้ ผู้ป่วยมีอุปกรณ์สำหรับการวัดระดับความดันโลหิตซึ่ง แตกต่างจากการศึกษาในอเมริกาดังกล่าวข้างต้นที่ผู้ป่วยมี ความพร้อม และมีอุปกรณ์ที่จะใช้ในการติดตามระดับ ความดันโลหิต

แนวทางการควบคุมระดับความดันโลหิตมีทั้ง แบบใช้ยาและไม่ใช้ยา (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่ง ประเทศไทย, 2551) การจัดการตนเองด้านการปฏิบัติตาม แนวทางการดูแลรักษา (Adherence to recommendation) ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.37-3.9 ซึ่งข้อที่ได้คะแนน เฉลี่ยสูงสุด คือ การรับประทานยาตามขนาดที่แพทย์สั่ง แต่ ข้อที่ได้คะแนนต่ำสุด คือข้อที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตโดยไม่ใช้ยา ทั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาในอเมริกาที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูงจำนวนน้อยที่ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่าง สมบูรณ์และต่อเนื่อง^(20,41)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการปรับกลยุทธ์ในการคัดกรองที่ส่งเสริมการเข้าถึงบริการที่มีความเหมาะสมกับบริบทตลอดจนการดำเนินชีวิตของกลุ่มผู้ป่วย เช่น การคัดกรองในสถานประกอบการ ตลาดนัด โคกระบือ หรือ ตลาดนัด เพื่อเป็นการให้บริการกับกลุ่มคนวัยทำงานเพื่อค้นหาผู้ป่วยและให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา

2. ส่งเสริม และดูแลการควบคุมน้ำหนักตัวโดยทำในรูปแบบของการออกกำลังกายแบบแอโรบิก หากน้ำหนักตัวลดลงก็จะช่วยให้ระดับความดันโลหิตลดลง

3. โรงพยาบาลมีนโยบาย และ อำนวยความสะดวกในการจัดตั้ง และการดำเนินงานของคลินิกที่ส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยมีการทำงานของพยาบาล

ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต

4. พัฒนาแนวทางที่จะทำให้เกิดความต่อเนื่องในการจัดการดูแลประสานงาน ดำเนินการในการเพิ่มแหล่งทรัพยากรและสร้างเครือข่ายเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตที่เหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

5. จัดตั้งกลุ่มส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อให้เกิดความยั่งยืนและต่อเนื่องในการควบคุม

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนจากงบประมาณแผ่นดิน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปี 2557

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข ปี 2558. URL <http://bps.moph.go.th/index.php?mod=bp&doc=5> สืบค้นเมื่อ 29 กุมภาพันธ์ 2559
- สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2547.
- สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2550.
- สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2553.
- ชาลี ชะวร และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. การประเมินผลการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงชาวยุ สาขาโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 3(2),1-13, 2553.
- Gu, D., et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in China. **Hypertension**. 40: 920-927, 2002.
- วิทยา ศรีมาดา. ตำราอายุรศาสตร์ 4. พิมพ์ครั้งที่ 3. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร, 2558.
- Fang, X., H., et al. Subtype hypertension and risk of stroke in middle-aged and older Chinese: A 10- year follow up study. **Stroke**. 37: 38-43, 2006.
- National Institute of Neurological Disorder and Stroke. **Stroke: Hope through research**, 2006. Retrieved 12 March, 2016 from URL http://www.ninds.nih.gov/disorders/stroke/detail_stroke.htm.
- Hajjar I., & Kotchen T.A. Trends in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the United States, 1988-2000. **Journal of American Medical Association**. 290 (2): 199-206, 2003.
- Hill, M.N., et al. on behalf of the American Society of Hypertension Writing Group. ASH Position Paper: Adherence and persistence with taking medication control high blood pressure. **Journal of the American Society of Hypertension**. 5(1): 56-63, 2011.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติ พ.ศ. 2551URL <http://www.kcn.ac.th/dmht/download/doc.20110805.pdf> สืบค้นเมื่อ 31 กรกฎาคม 2557
- Yusuf, S., et al. Telmisartan, raipril, or both in patients at high risk for vascular events. **England Journal of Medicine**. 358 (15): 1547, 2008.
- Lorig, K.R., & Holman, H. Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanism. **Annual Behavioral Medicine**. 26 (1): 1-7, 2003.

15. วิชัย เอกพลากร. (บรรณาธิการ). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ในปี 2551-2552. บริษัท เดอะกราฟิโกซิส เต็มส์ จำกัด ถนนพหลโยธิน, 2553
16. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข ปี 2541-53 URL <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5> สืบค้นเมื่อ 31 กรกฎาคม 2557
17. Alexander, L.M. Desirable therapeutic characteristics of an optimal antihypertensive agent. **Drugs**. 66 (9): 1239-1252, 2006.
18. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายได้ประชาชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2557 แบบปริมาณลูกโซ่. URL <http://www.nesd.go.th/Default.aspx?tabid=94> สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2559
19. สุพัตรา บัวทิ และสุรชาติ สิทธิปกรณ์. การบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเส้นหัวใจพิการ. **วารสารพยาบาลกองทัพบก**. 12 (2): 23-29, 2554.
20. Eskridge, M.S. Hypertension and chronic kidney disease: The role of life style modification and medication management. **Nephrology Nursing Journal**. 37 (1): 55-60, 2010
21. Ong, K.L., et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among United States adults 1999-2004. **Hypertension**. 49: 69-73, 2007.
22. Chobanian, A.V., et al. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. **Journal of the American Medical Association**. 289 (19): 2560-2572, 2003.
23. Lakka, H., et al. The metabolic syndromes and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. **JAMA**. 288 (21): 2709-2716, 2002.
24. Kalra, P.A. Renal specific secondary hypertension. **Journal of Renal Care**. 33 (1): 4-10, 2007.
25. Schiffrin, E.L., et al. Chronic kidney disease: Effects on the cardiovascular system. **Circulation**. 116: 85-97. Doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.678342, 2007.
26. Palmer, B.F., & Fenves, A.Z. Optimizing blood pressure control in patients with chronic kidney disease. **Baylor University Medical Center Proceeding**. 23 (3): 239-245, 2010.
27. Burrows, L., & Muller, R. Chronic kidney disease and cardiovascular disease: Pathophysiologic links. **Nephrology Nursing Journal**. 34 (1): 55-63, 2007.
28. Wong, N.D., et al. Inadequate control of hypertension in US adults with cardiovascular disease comorbidities in 2003-2004. **Archive of International Medicine**. 167 (22): 2431-2436, 2007.
29. สันต์ ใจยอดศิลป์. ค่ามาตรฐานดัชนีมวลกาย (Body Mass Index-BMI). **Health. Community Thai Journal**. 1:7, 2552
30. Hansson L., et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: Principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomized trial. HOT Study Group. **Lancet**. 351: 1755-1762, 1998.
31. สุปรานี วงศ์ปาลี. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในโรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2550
32. Chodosh, J., et al. Meta- analysis: Chronic disease self-management programs for older adults. **Annals of Internal Medicine**. 143: 427-438, 2005.
33. Bosworth, H., et al. Two self-management interventions to improve hypertension control: A randomized trial. **Annals of Internal Medicine**. 151: 687-695, 2009.
34. Brownstein, J.N., et al. Community health workers as interventions in the prevention and control of heart disease and stroke. **American Journal of Prevention Medicine**. 29 (Suppl 1): 125-133, 2005.
35. Nemcek, M.A., & Sabatier, R. State of evaluation: Community health workers. **Public Health Nurses**. 20: 260-270, 2003.
36. Miller, N.H. Aggressive blood pressure management. **Journal of Cardiovascular Nursing**. 18 (2): 108-115, 2003.
37. Michie, S., et al. Patient-centredness in chronic illness: What is it and does it matter? **Patient education and Counseling**. 51: 197-206, 2003.
38. Bandura, A. **Self-efficacy: The exercises of control**. Freeman New York, 1997

39. National Kidney Foundation (NKF). **K/DOQI clinical guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification**, 2002. Retrieved 12 March, 2016 from URL <http://www.kidney.org/profssioals/KDOQI/guidelines>
40. Chen, S., et al. The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of patients with hypertension in Taiwan. **Journal of Clinical Nursing**, 18: 2234-2244, 2009.
41. Hekler, E.B., et al. Commonsense illness beliefs, adherence behaviors, and hypertension control among African Americans. **Journal of Behavioral Medicine**, 31: 391-400, 2008.
42. Kaplan, S.H., et al. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. **Medical Care**, 27: 110-127, 1989.
43. Bayliss, E.A., et al. Barriers to self-management and quality-of-life outcomes in seniors with multimorbidities. **Annals of Family Medicine**, 5 (5): 395-402, 2007.
44. Brennan, T., et al. Disease management to promote blood pressure control among African Americans. **Population Health Management**, 13 (2): 65-72, 2010.

แนวปฏิบัติที่ดีสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

GOOD PRACTICES FOR THE ELDERLY IN THAILAND

ยูวดี รอดจากภัย¹

Yuvadee Rodjarkpai¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุและแนวปฏิบัติที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุจำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ โดยแบ่งแบบสัมภาษณ์ออกเป็น 3 ส่วน คือ ด้านลักษณะบุคคล ความต้องการของผู้สูงอายุ และแนวปฏิบัติที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ มีการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการ ความรักจากบุคคลใกล้ชิด ต้องการกำลังใจจากญาติ พี่น้อง และบุคคลใกล้ชิด ต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีดูแลผู้สูงอายุและรายได้ แนวปฏิบัติที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การดูแลเมื่อเจ็บป่วยจะไปพบแพทย์เพื่อรักษา การให้คำปรึกษาจาก ญาติใกล้ชิด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล และแพทย์ เป็นที่ปรึกษาและที่พึ่งของผู้สูงอายุ การแสวงหาความรู้ ผู้สูงอายุต้องการความรู้ด้านการดูแลตนเอง วิธีการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนให้กำลังใจ และสัมพันธภาพที่ดีกับคนในครอบครัว วิธีการเผชิญความเครียด และช่วยผ่อนคลายความเครียด การปฏิบัติการดูแลรักษาสุขภาพ มีวิธีการดังนี้ การใช้สมุนไพรไทย พิงกรรม สวดมนต์ ปรับชีวิตความเป็นอยู่อย่างพอเพียง

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติที่ดี , ผู้สูงอายุ

Abstract

The purpose of this study was to explore evidences, needs of the elderly, good practices for the elderly. The participants of this study were 400 elders. Data collect consisted of interviews of elders. . The interview was divided into 3 parts: the personality, the needs of the elderly and good practices for the elderly. Descriptive statistics of percentage, mean, and standard deviation were performed. Content analysis was performed to analyze the qualitative data.

The results of the study were as follows: Needs of the elders were social support from their family, health care need and income. The good practices for the elderly were seeking medical care to treat illness ,providing consultation for elders, seeking treatment and help, providing family support, specifically emotional and social support, coping with stress and achieving relaxation, providing care for elders, including use of Thai herbs, fair hearing, chant and sufficiently fine living.

¹ รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี

บทนำ

โครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงเวลาเพียง 30 ปี ประเทศไทยมีผู้สูงอายุประมาณการณ่ว่าในปี ค.ศ. 2020 จะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 15.28 ของประชากรทั้งหมด อายุคาดเฉลี่ยของชายไทยคือ 76 ปี และผู้หญิง 83 ปี⁽¹⁾ การบรรลุความสำเร็จ คือการเพิ่มคุณภาพชีวิตพร้อมกับการมีชีวิตยืนยาว ผู้สูงอายุจะยังคงแข็งแรงและรับรู้ว่ามีคุณค่า ซึ่งการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงอยู่ที่การช่วยให้มีความสามารถสูงสุดเต็มตามศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวัน มากกว่าการมุ่งรักษาเฉพาะโรค การบริการสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ ปกป้องสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพ ควบคู่กับการดูแลรักษา และการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุและบริการสุขภาพที่เป็นอยู่มีผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจมากกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว⁽²⁾ ประชากรสูงอายุจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพในลักษณะเฉพาะ ได้แก่ กระบวนการชราที่ทำให้กำลังสำรองลดลง มีโอกาสเกิดโรคหรือภาวะทุพพลภาพสูง มักมีโรคหรือปัญหาทางสุขภาพหลาย ๆ อย่างในขณะเดียวกัน เกิดผลแทรกซ้อนจากการดูแลรักษาได้ง่าย เกิดปัญหาสังคมได้ง่าย ปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมหรือการเปลี่ยนแปลงได้ไม่ดี และทัศนคติที่ไม่ดีต่อความชราและผู้สูงอายุและผู้ดูแล และต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศ⁽³⁾

การก้าวเข้าสู่ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญทั้งในเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยที่เหมาะสมอันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้นจึงมุ่งเน้นการให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรงเพียงพอ และมีความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองโดยไม่เป็นภาระของบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้อง⁽⁴⁾ ไม่เพียงแต่จะมุ่งเพื่อให้บริการรักษาและดูแลสุขภาพในยามเจ็บป่วยเท่านั้น แม้กระนั้นก็ตามมีผู้สูงอายุจำนวนมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะประเทศไทยกำลังประสบปัญหาภาวะสุขภาพที่ไม่ดี และขาดการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลและการบริการสุขภาพต่อไปด้วย⁽⁵⁾

ด้วยเหตุที่ปัญหาของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนทั้งในด้านสุขภาพและสังคมและมีลักษณะเรื้อรังทำให้การบริการที่

มีความเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุจึงต้องเป็นการบริการที่สามารถดูแลจัดการให้ได้ครบถ้วน และจะต้องสามารถเข้าถึงชุมชนอย่างทั่วถึงโดยมีลักษณะในเชิงรุก และมีการประสานงานการบริการทั้งทางด้านสุขภาพและสังคมไปพร้อมกัน นอกจากนี้ยังต้องครอบคลุมถึงการบริการทั้งในระดับการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู โดยมีการดำเนินการที่เป็นระบบและสนับสนุนต่อเนื่องตั้งแต่ระดับ การสาธารณสุขมูลฐาน การบริการระดับปฐมภูมิ การบริการระดับทุติยภูมิ ไปจนถึงการบริการระดับตติยภูมิ ในการพัฒนาระบบบริการและหน่วยการบริการจำเป็นต้องคำนึงถึงทั้งความต้องการและความพร้อมของการให้บริการควบคู่กันไป⁽⁶⁾ และจุดมุ่งหมายที่สำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงควรมุ่งเพื่อการช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุให้มีศักยภาพในการปฏิบัติกิจกรรมและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอันจะนำไปสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น การศึกษา ความต้องการของผู้สูงอายุ และแนวทางปฏิบัติที่ดีสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญเพื่อให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุและมีการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เป็นไปได้ดี ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะวิจัยในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษา ความต้องการของผู้สูงอายุ และแนวปฏิบัติที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ

วิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาและการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 8 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี จันทบุรี ระยอง ตราด นครนายก ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว กลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi - Stage Sampling) ใช้กลุ่มตัวอย่างจากการสุ่ม จังหวัด จังหวัดละ 1 อำเภอ อำเภอละ 2 ตำบล ตำบลละ 1 หมู่บ้าน การวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบ สัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สถานที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใครบ้าง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ เป็น ความต้องการในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุ คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพร่างกาย จิตใจ เงินและสวัสดิการ มีจำนวน 19 ข้อ ข้อคำตอบเป็นมาตรา ส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 (น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด) มีเกณฑ์การพิจารณาเลือกดังนี้

น้อยที่สุด หมายถึง ผู้สูงอายุรู้สึกหรือรับรู้ถึงความ ต้องการตามข้อความนั้นน้อยที่สุด

น้อย หมายถึง ผู้สูงอายุรู้สึกหรือรับรู้ถึงความ ต้องการตามข้อความนั้นน้อย

ปานกลาง หมายถึง ผู้สูงอายุรู้สึกหรือรับรู้ถึงความ ต้องการตามข้อความนั้นปานกลาง

มาก หมายถึง ผู้สูงอายุรู้สึกหรือรับรู้ถึงความ ต้องการตามข้อความนั้นมาก

มากที่สุด หมายถึง ผู้สูงอายุรู้สึกหรือรับรู้ถึงความ ต้องการตามข้อความนั้นมากที่สุด

เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนของแบบประเมินนี้อยู่ ระหว่าง 18-90 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนนอยู่ในช่วง 18-41 แสดงว่า ผู้สูงอายุมีความ ต้องการการช่วยเหลืออยู่ในระดับน้อย

คะแนนอยู่ในช่วง 42-65 แสดงว่า ผู้สูงอายุมีความ ต้องการการช่วยเหลืออยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วง 66-90 แสดงว่า ผู้สูงอายุมีความ ต้องการการช่วยเหลืออยู่ในระดับมาก

ผลการประเมินความต้องการเป็นรายข้อคำนวณเป็น ค่าเฉลี่ย โดยนำค่าเฉลี่ยมาเทียบกับเกณฑ์ประเมินดังนี้⁽⁷⁾

คะแนน 4.50-5.00 หมายถึง มากที่สุด

คะแนน 3.50-4.49 หมายถึง มาก

คะแนน 2.50-3.49 หมายถึง ปานกลาง

คะแนน 1.50-2.49 หมายถึง น้อย

คะแนน 1.00-1.49 หมายถึง น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3. แนวปฏิบัติที่ดี ในการดูแลผู้สูงอายุ เป็น ข้อคำถามปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบประเมิน ความต้องการของผู้สูงอายุ และแนวปฏิบัติที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ ปรีกษาผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความถูกต้อง และความ เหมาะสมของภาษาที่ใช้แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไป ทดลองใช้ นำแบบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุไป ทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่เป็นกลุ่มที่มี ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ใช้วิธี Cronbach's Alpha Coefficient โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปได้ค่า ความเชื่อมั่นของแบบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ที่เป็นคำถามปลายเปิดมาจัดหมวดหมู่ข้อมูล วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดย ผู้วิจัยแนะนำตน ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย ให้กับกลุ่มตัวอย่างฟัง โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45 นาที ข้อมูลที่ได้จากการตอบ ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและจะ แสดงเป็นค่าสถิติในภาพรวมเพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัย เท่านั้น จะไม่มีผลต่อการมารับบริการของผู้สูงอายุ หากกลุ่ม ตัวอย่างไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูล สามารถยกเลิกการให้ข้อมูล ได้ โดยไม่เกิดผลเสียใดๆ โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรอง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยบูรพาตามเอกสารรับรองเลขที่ IRB 135/2558

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงร้อยละ 70.3 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-74 ปี ร้อย ละ 77.3 ผู้สูงอายุทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุดร้อยละ 57.5 สถานที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่อยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 51.0 ระดับ

การศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 78.0 การประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำ ร้อยละ 50.3 ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่เพียงพอร้อยละ 57.3 และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท มากที่สุดร้อยละ 31.0 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่อาศัยกับคนเดียวร้อยละ 92.0 อยู่กับคู่ของตนเองร้อยละ 45.8 อยู่กับลูกสาวร้อยละ 44.5 อยู่กับลูกชายร้อยละ 37.0 และอยู่กับหลานร้อยละ 44.3

2. ความต้องการของผู้สูงอายุเป็นความต้องการในเรื่อง ข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุ คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแล ผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพร่างกาย จิตใจ เงินและสวัสดิการ

ตาราง 1 ความต้องการของผู้สูงอายุ เป็นความต้องการในเรื่องข้อมูล เกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุ

ความต้องการ	เฉลี่ย	S.D.	แปลผล
ต้องการทราบข้อมูล เกี่ยวกับโรคผู้สูงอายุ	3.70	0.90	มาก
ต้องการคำแนะนำ เกี่ยวกับวิธีดูแลผู้สูงอายุ	3.78	0.84	มาก
ต้องการได้รับการตรวจ เชื่อมที่บ้าน	3.35	1.13	ปานกลาง
ต้องการความช่วยเหลือ จัดเตรียมอาหาร	2.83	1.18	ปานกลาง
ต้องการความช่วยเหลือ ดูแลสิ่งแวดล้อม	3.00	1.26	ปานกลาง
ต้องการดูแลสมาชิกอื่น เมื่อมีการเจ็บป่วย	3.34	1.17	ปานกลาง
ต้องการคนพาไปตรวจ รักษาที่สถานบริการ	3.31	1.19	ปานกลาง
ต้องการการพักผ่อนอย่าง เต็มที่	3.77	0.89	มาก
ต้องการการออกกำลังกาย	3.53	0.89	มาก
ต้องการวิธีการผ่อนคลาย ความเครียด	3.29	1.13	ปานกลาง
ต้องการผู้ให้คำปรึกษา	3.26	1.17	ปานกลาง
ต้องการให้มีบุคคลมา เยี่ยมเยือน	3.47	1.09	มาก
ต้องการกำลังใจจากญาติ พี่น้อง	3.82	1.00	มาก
ต้องการความรักจาก	3.89	0.96	มาก

ตาราง 1 ความต้องการของผู้สูงอายุ เป็นความต้องการในเรื่องข้อมูล เกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุ

ความต้องการ	เฉลี่ย	S.D.	แปลผล
บุคคลใกล้ชิด			
ต้องการได้รับการ สนับสนุนค่าใช้จ่ายใน การรักษา	3.58	1.17	มาก
ต้องการคนช่วยเหลือด้าน อาชีพการงาน	3.11	1.19	ปานกลาง
ต้องการผู้ช่วยในการดูแล ที่บ้าน	3.01	1.21	ปานกลาง
ต้องการมีสถานบริการ ดูแลผู้สูงอายุเป็นครั้ง คราว	3.61	1.04	มาก
ความต้องการโดยรวม	3.42	0.63	ปานกลาง

จากตาราง 1 พบว่า ความต้องการของผู้สูงอายุ พบว่า ค่าเฉลี่ยความต้องการในภาพรวมอยู่ในระดับปาน กลาง ($\bar{X} = 3.42, SD = 0.63$) เมื่อพิจารณาความต้องการใน แต่ละด้านพบว่า ผู้สูงอายุ มีความต้องการความรักจาก บุคคลใกล้ชิด ($\bar{X} = 3.89, SD = 0.96$) มากที่สุด รองลงมา คือ ต้องการกำลังใจจากญาติ พี่น้อง และบุคคลใกล้ชิด ($\bar{X} = 3.82, SD = 1.00$) ต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีดูแล ผู้สูงอายุ ($\bar{X} = 3.78, SD = 0.84$)

3. วิธีการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพร่างกาย จิตใจ เงินและสวัสดิการแนวปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุ จาก การเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถสรุปวิธีในการดูแลสูงอายุ ดังนี้

3.1 การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ผู้สูงอายุถ้าเจ็บป่วยไม่มาก มีอาการเล็กน้อยผู้สูงอายุจะหายากินเอง นอนพักผ่อน ถ้ามี อาการมากขึ้นจะไปพบแพทย์เพื่อรักษาต่อไป

3.2 การให้คำปรึกษาผู้สูงอายุเมื่อมีปัญหาสุขภาพ จะมีการขอคำปรึกษาหลากหลายแบบเช่น ไปพบพยาบาล และแพทย์เพื่อขอคำปรึกษาในอาการเจ็บป่วย ปรึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปรึกษาพี่น้อง ลูกสาว หลาน ภรรยา

3.3 การแสวงหาความรู้ และความช่วยเหลือในการ ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุผู้สูงอายุต้องการความรู้ด้านการ ดูแลตนเอง วิธีการดูแลสุขภาพ ต้องการความช่วยเหลือ

ด้านการเงิน ต้องการอุปกรณ์ออกกำลังกายสำหรับคนที่มีความพิการเรื่องกระดูกเสื่อม

3.4 การสนับสนุนให้กำลังใจ สัมพันธภาพกับคนในครอบครัว ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว มีลูกหลานคอยดูแลให้กำลังใจ แต่ผู้สูงอายุบางคนก็อยู่คนเดียว ไม่มีลูกหลานดูแล บางคนอยู่กับลูกหลาน ญาติ แต่ก็ไม่ได้ได้รับการดูแล

3.5 การเผชิญความเครียด และช่วยผ่อนคลายความเครียด ผู้สูงอายุบางคนไม่มีความเครียด บางคนมีความรู้สึกกังวลในเรื่องการเจ็บป่วย เรื่องเกี่ยวกับลูกหลาน, สามี และการเงิน

3.6 การปฏิบัติการดูแลรักษาสุขภาพ ผู้สูงอายุมีวิธีการดูแลสุขภาพหลากหลายวิธีดังนี้ การใช้สมุนไพรไทย พืชธรรมชาติ สวดมนต์ ปรับชีวิตความเป็นอยู่อย่างพอเพียง ทำในสิ่งที่ตนเป็นประโยชน์ต่อตนเอง คนใกล้ชิด และสังคม ทำจิตใจให้สงบ

สรุปและอภิปรายผล

ความต้องการของผู้สูงอายุ ความต้องการของผู้สูงอายุ มีความต้องการความรักจากบุคคลใกล้ชิด กำลังใจจากญาติพี่น้องและบุคคลใกล้ชิด และต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน ด้านวิธีการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของสมพล นวะกะ (2555)⁽⁸⁾ ที่ศึกษาเรื่องความต้องการได้รับสวัสดิการของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลอ่าวลึกใต้ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านบริการสังคม และด้านสุขภาพอนามัย

2. แนวปฏิบัติที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย ผู้สูงอายุถ้าเจ็บป่วยไม่มากจะหาขากินเอง นอนพักผ่อน ถ้ามีอาการมากขึ้นจึงจะไปพบแพทย์ ซึ่งเป็นลักษณะธรรมชาติของผู้สูงอายุที่ไม่ต้องการรบกวนใคร ทำให้ลูกหลานลำบาก ถ้าดูแลเบื้องต้นได้จะดูแลตนเองก่อน การให้คำปรึกษา ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะปรึกษาทั้งบุคคลในครอบครัว พยาบาล แพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ อังคณาพร สอนง่ายและคณะ (2551)⁽⁹⁾ การแสวงหาความรู้ และความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพ ต้องการความรู้ด้านการ

ดูแลตนเอง ด้านการเงิน และด้านอุปกรณ์ออกกำลังกายซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ สมพล นวะกะ (2555)⁽⁸⁾ การสนับสนุนให้กำลังใจ และสัมพันธภาพกับคนในครอบครัว ผู้สูงอายุได้รับกำลังใจและมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ พรณี สมเทศน์ (2550)⁽¹⁰⁾ การเผชิญความเครียด และช่วยผ่อนคลายความเครียด ผู้สูงอายุจะเครียดในเรื่องลูก ครอบครัว และการเงิน และมีวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการดูทีวี พูดคุยกับกลุ่มเพื่อน ทำกิจกรรมในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อังคณาพร สอนง่าย (2551)⁽⁹⁾ และ การปฏิบัติการดูแลรักษาสุขภาพ กลุ่มผู้สูงอายุจะใช้วิธี ใช้สมุนไพรไทย พืชธรรมชาติ สวดมนต์ ทำสิ่งที่ตนเป็นประโยชน์ต่อตนเอง คนใกล้ชิดซึ่งเป็นไปตามแนวทางที่ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธยึดถือและดำเนินการ

ข้อเสนอแนะ

1. ความต้องการของผู้สูงอายุในด้านคำแนะนำ วิธีการดูแลสุขภาพตนเอง นักวิชาการสาธารณสุขควรหาแนวทางในการสอดแทรกในกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว และความต้องการในการด้านการเงินของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจหาแนวทางระดมทุนในหลากหลายช่องทางเพื่อสนับสนุนผู้สูงอายุ

2. แนวปฏิบัติที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ ครอบครัวมีความสำคัญมากในการดูแลผู้สูงอายุ ควรเน้นระบบการดูแลในครอบครัวเพราะจะเป็นการดูแลในระยะยาวที่จัดให้ผู้สูงอายุ และอาจหาแนวร่วมในการดำเนินการจากเครือข่าย และชุมชน

3. ศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยและประเทศอื่น

4. สร้างรูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ ศูนย์บริการสาธารณสุข ในพื้นที่ภาคตะวันออก ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **Thai elderly, Bangkok : Department of Statistical Data and Information**, 2556.
2. Population Division, DESA, United Nations. **‘World population ageing: 1950-2050’**, 2002, viewed 14 May 2006,
<http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/index.htm>
3. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ. "การประมวล วิเคราะห์ และสังเคราะห์ผลการประชุม" เอกสารประกอบการประชุมทางวิชาการเรื่อง ระบบ
สวัสดิการแนวใหม่กับการยกระดับคุณภาพชีวิตคนไทย. ห้อง B 202 อาคารชั้นทาวเวอร์ บี กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง
ของมนุษย์. วันที่ 29-30 สิงหาคม 2546, 2546
4. Keleher, H., & Murphy, B. **Understanding health: a determinants approach**. Melbourne: Oxford University Press, 2004.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **Thai elderly, Bangkok : Department of Statistical Data and Information**, 2549.
6. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. “ปรัชญาและแผนกลยุทธ์ของการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทย” วารสารจุฬาลงกรณ์เวชสาร 2537; 38: 493-7.
7. Johnson, B., & Christensen, L. **Educational research : quantitative, qualitative and mixed approaches(2 th ed.)**. Boston : Pearson
Allyn and Bacon, 2004.
8. สมพล นะวะกะ. ความต้องการได้รับสวัสดิการของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลอ่าวลึกใต้ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่, 2555.
9. อังคณาพร สอนง่าย. การใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดพิษณุโลก, 2551.
10. พรณี สมเทศน์. การดูแลผู้สูงอายุในระดับครอบครัว กรณีศึกษาบ้านนาศรีคงเค็ง ตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น.
วิทยานิพนธ์สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย, 2550.

การพัฒนา รูปแบบการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล

Development of Grade Level Competencies Assessment Model of Nursing student

ภูษนิศา มีนาเขตร¹, สุพรรณิ อะโอกิ², วีรวุฒิ เอกะกุล³

Phusanisa Meenakate, Supannee Aoki, Theerawut Akakul

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการด้านการประเมินสมรรถนะรายชั้นปี 2) พัฒนารูปแบบการประเมิน 3) ทดลองใช้รูปแบบการประเมิน และ 4) ประเมินคุณภาพรูปแบบการประเมิน ดำเนินการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล ใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ปลายเปิด 2) สร้างรูปแบบการประเมินและตรวจสอบความสอดคล้องขององค์ประกอบและตัวบ่งชี้ ทดลองใช้ (Try out) กับนักศึกษาและอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี จำนวน 230 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ ร่างคู่มือการใช้รูปแบบการประเมิน แบบประเมินสมรรถนะรายชั้นปี 3) ทดลองใช้รูปแบบกับตัวอย่างซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จำนวน 277 คน 4) ประเมินคุณภาพของรูปแบบ ใช้แบบประเมินคุณภาพของรูปแบบการประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และสถิติที่ใช้คือค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชฐานและการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) สภาพปัญหาในปัจจุบันยังไม่มีเครื่องมือหรือรูปแบบการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาที่ชัดเจน และผู้ที่เกี่ยวข้องมีความต้องการรูปแบบการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาและเครื่องมือที่ชัดเจน มีลักษณะการประเมินแบบ 360 องศา โดยใช้วิธีการประเมินที่หลากหลาย เกณฑ์ในการประเมินควรเป็นการกำหนดโดยสถาบันการศึกษาและเปรียบเทียบกับข้อมูลเดิม 2) รูปแบบการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย นิยาม วัตถุประสงค์ สมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล 10 สมรรถนะ ผู้ทำการประเมิน ระยะเวลา เครื่องมือที่ใช้ เกณฑ์การประเมินและการให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยภาพรวมมีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในระดับมากที่สุดทุกด้าน ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องขององค์ประกอบและตัวบ่งชี้ พบว่าองค์ประกอบของสมรรถนะด้านการคิดสร้างสรรค์มีความสอดคล้องและสามารถเป็นตัวแทนในการประเมินสมรรถนะได้ในทุกชั้นปี 3) ผลการทดลองใช้รูปแบบโดยภาพรวมนักศึกษาทุกชั้นปีมีสมรรถนะอยู่ในระดับดีมาก 4) ผลการประเมินคุณภาพของรูปแบบโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากทุกด้าน

คำสำคัญ: สมรรถนะรายชั้นปี, นักศึกษาพยาบาล, รูปแบบการประเมิน

ABSTRACT

This Research was a Research and Development. The purpose of this research were to 1) Study the problematic conditions and needs, 2) Develop the assessment model, 3) Implement the assessment model and 4) Evaluate the assessment model. The research was done on 4 stages. 1) Studying the problematic conditions and needs of related people performing grade level competencies assessment of nursing student. The research instrument was open-ended structured interview, 2) Developing the assessment model and checking the consistency of the performance components and indicator. Trying out step was related to 230 student and teacher at Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University. The research instruments were the draft user guide of the assessment model and grade level competencies assessment used questionnaire, 3) Implementing the model. The subjects consisted of 277 student and teachers at Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University. The research instruments were the user guide of the assessment model and grade level competencies assessment used questionnaire and 4) Evaluating the quality of the model were the evaluation from of quality assessment model. Analytical provides was used Content analysis, mean, standard deviation, median, and structural validation with Confirm Factor Analysis. Results: 1) The current problematic conditions found that the instruments or grade level competency assessment models were unclear. The related people needed a clear grade level competency assessment model with a 360 degree evaluation using a variety of assessment methods. The criteria of evaluation

¹ นักศึกษาหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยและประเมินผลการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

² อาจารย์คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

³ รองศาสตราจารย์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

should be set by the institution and benchmarked against original data, 2) The grade level competency assessment models included definition of evaluation, purposes of evaluation, 10 grade level competencies of nursing students, an evaluating performer, evaluation period, evaluation tools, and evaluation criteria. Overall feedback was most appropriate and feasible at a high level. The results of the consistency analysis of the performance components and the indicators shown that the components of creative performance were consistent and could be represented in the competency assessment at all grade levels, 3) The overall result of implementing the grade level competency assessment model was found that the nursing students in all grades achieved very good performance and 4) The result of evaluating the quality of the model was at a high level in all aspects.

Keywords: Grade Level Competencies, Nursing student, Assessment Model

บทนำ

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีความสำคัญที่ต้องรับผิดชอบในการให้บริการด้านสุขภาพแก่บุคคลในทุกช่วงวัย ครอบคลุมในด้านการรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพ⁽¹⁾ ทั้งนี้ผู้ที่ประกอบวิชาชีพพยาบาลได้นั้นจะต้องเป็นผู้ที่ได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพจากสภาการพยาบาล โดยจะต้องสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลที่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล โดยมีสถาบันการศึกษาที่ได้รับการรับรองจำนวน 80 สถาบัน⁽²⁾

การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเป็นการพัฒนานักศึกษาพยาบาลพยาบาลให้มีคุณลักษณะของบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์และมีผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาการพยาบาล โดยมีการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จากการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะแผนการจัดการศึกษาในสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลจำนวน 15 สถาบัน (ระหว่างปีการศึกษา 2554 ถึง 2557) พบว่าส่วนใหญ่ในชั้นปีที่ 1 เป็นการจัดการเรียนที่เน้นรายวิชาหมวดศึกษาทั่วไปและกลุ่มวิชาชีพพื้นฐาน ชั้นปีที่ 2 เป็นการเรียนรู้ในกลุ่มวิชาชีพพื้นฐานและกลุ่มวิชาชีพที่มีความซับซ้อนไม่มากและเริ่มขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ชั้นปีที่ 3 จะเน้นสมรรถนะในเชิงวิชาชีพที่มีความซับซ้อนมากขึ้น และในชั้นปีที่ 4 จะเป็นรายวิชาที่ต้องใช้ทักษะทางการพยาบาลและสมรรถนะในเชิงวิชาชีพในระดับสูง และเมื่อสำเร็จการศึกษาบัณฑิตพยาบาลจะต้องเข้ารับการสอบเพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ซึ่งเป็นการสอบโดยใช้แบบทดสอบ 8

รายวิชา นอกจากนี้เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลเป็นการปฏิบัติต่อชีวิตของผู้รับบริการ สภาการพยาบาลจึงได้กำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้เป็นมาตรฐานในการให้บริการและการจัดการศึกษา⁽³⁾ จะเห็นว่าการสอบเพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลเพียงอย่างเดียวไม่สามารถประเมินสมรรถนะของบัณฑิตพยาบาลได้ อีกทั้งการสอบดังกล่าวเป็นการประเมินนักศึกษาในชั้นปีสุดท้ายหรือประเมินบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาทำให้สถาบันการศึกษาไม่สามารถนำผลจากการประเมินด้วยการสอบดังกล่าวมาพัฒนากระบวนการจัดการศึกษาให้กับนักศึกษาในระหว่างที่กำลังศึกษาได้ ดังนั้นเมื่อพิจารณาลักษณะการจัดการเรียนการสอนให้กับนักศึกษาพยาบาล จะพบว่า เป็นการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะสมรรถนะให้กับนักศึกษาอย่างต่อเนื่องตามลำดับชั้นปี จึงควรมีการประเมินนักศึกษาเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องในระหว่างการศึกษาตามระดับชั้นปี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ มยุรัตน์ รักเกียรติ และวารินทร์ บินโฮเซน (2557) ⁽⁴⁾ ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบขึ้นทะเบียนและใบประกอบวิชาชีพคือการเตรียมความพร้อมในการสอบโดยการปลูกฝังทัศนคติ ความพร้อมด้านเนื้อหาและการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทุกชั้นปี และผลจากการประเมินจะช่วยพัฒนานักศึกษาให้มีคุณลักษณะและสมรรถนะตามที่กำหนดเมื่อสำเร็จการศึกษา และสอดคล้องกับเพ็ญศรี ทองเพชร (2549) ⁽⁵⁾ ซึ่งได้ศึกษาสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2545 โดยได้ให้ข้อเสนอแนะให้มีการศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาในชั้นปีต่างๆ นอกจากนี้ผู้วิจัยพบว่ามีบางสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลได้มีการกำหนดสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษา

พยาบาล ซึ่งในแต่ละปีมีความแตกต่างกัน อีกทั้งยังไม่พบว่ามียุทธศาสตร์การประเมินรายชั้นปีที่ครอบคลุมทั้งสมรรถนะของพยาบาลที่กำหนดโดยพยาบาล และสมรรถนะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาการพยาบาลที่เป็นรูปแบบมาตรฐานสำหรับการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาและพัฒนา รูปแบบการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาลตามกรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่กำหนดโดยสภาการพยาบาล ผลลัพธ์การเรียนรู้และคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาการพยาบาล ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สมรรถนะพยาบาลอาชีวศึกษา และทักษะพยาบาลในอนาคต (Nurse of future) และพัฒนารูปแบบการประเมิน โดยประยุกต์ใช้แนวคิด Goal-based Approach โดยยึดวัตถุประสงค์ของสิ่งที่ประเมินเป็นหลัก, Stakeholder-based Approach เน้นกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการประเมิน และ Authentic Approach และประยุกต์การประเมินรูปแบบจากมาตรฐานการประเมินโครงการที่พัฒนาขึ้นโดยคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการประเมินทางการศึกษา (Joint Committee on Standards for Education) ได้แก่ มาตรฐานด้านการใช้ประโยชน์ (Utility Standards) มาตรฐานความเป็นไปได้ (Feasibility Standards) มาตรฐานความเหมาะสม (Propriety Standards) และมาตรฐานด้านความถูกต้อง (Accuracy Standards)⁽⁶⁾

ผลการวิจัยในครั้งนี้จะช่วยให้สถาบันการศึกษาที่จัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสามารถนำองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ของสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาลไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในการประเมินสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลในแต่ละชั้นปีได้เหมาะสมยิ่งขึ้น รวมทั้งสามารถนำไปวางแผนเพื่อพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาเพื่อให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ และจะส่งผลต่อระดับคุณภาพของบัณฑิตพยาบาลให้เป็นบัณฑิตที่มีคุณภาพและเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล
3. เพื่อทดลองใช้รูปแบบการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล
4. เพื่อประเมินคุณภาพของรูปแบบการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล

วิธีการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล ขั้นตอนที่ 2 สร้างรูปแบบการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาลและตรวจสอบความสอดคล้องขององค์ประกอบและตัวบ่งชี้ ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบ และขั้นตอนที่ 4 ประเมินคุณภาพของรูปแบบการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักศึกษาและอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 277 คน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดการศึกษาพยาบาล ด้านการวัดประเมินผลและด้านการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดการศึกษาพยาบาล จำนวน 4 คน โดยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการสอนสาขาการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติไม่น้อยกว่า 3 ปี ขั้นตอนที่ 2 ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการศึกษาพยาบาล ด้านการวัดและประเมินผลและด้านการศึกษา จำนวน 4 คน ทดลองใช้ (Try out) กับนักศึกษาและอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี จำนวน 230 คน ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบและ ขั้นตอนที่ 4 การประเมินคุณภาพของรูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาและอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จำนวน 277 คน ประกอบด้วย นักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน

78 คน นักศึกษาชั้นปีที่ 2 จำนวน 85 คน นักศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 62 คน นักศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 32 คน และ อาจารย์พยาบาลจำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) ปลายเปิด เกี่ยวกับองค์ประกอบของรูปแบบ สร้างตามแนวคิดการพัฒนารูปแบบการประเมินของนีโว⁽⁷⁾ (Nevo, 1983) องค์ประกอบของสมรรถนะและตัวบ่งชี้ โดยแบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้สัมภาษณ์ และตอนที่ 2 ประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์

2. แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ของรูปแบบการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล

3. แบบประเมินความเหมาะสมขององค์ประกอบ สมรรถนะ ตัวบ่งชี้ และตัวชี้วัดพฤติกรรม

4. แบบประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล โดยแต่ละชั้นปีประกอบด้วย 10 สมรรถนะ ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย 2) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการปฏิบัติการพยาบาล 3) สมรรถนะด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ 4) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม 5) สมรรถนะด้านวิชาการและการวิจัย 6) สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ 7) สมรรถนะด้านคุณลักษณะวิชาชีพ 8) สมรรถนะด้านสังคมและการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม 9) สมรรถนะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และ 10) สมรรถนะด้านการคิดสร้างสรรค์ แบบประเมินได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

แบบประเมินสมรรถนะนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .949

แบบประเมินสมรรถนะนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .982

แบบประเมินสมรรถนะนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .985

แบบประเมินสมรรถนะนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .993

จากนั้นนำมาวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างเพื่อตรวจสอบสอดคล้องขององค์ประกอบสมรรถนะรายชั้นปี และตัวบ่งชี้ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirm Factor Analysis)

5. แบบประเมินคุณภาพของรูปแบบการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบบประเมินได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .954

การวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์และสังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล การพัฒนารูปแบบการประเมิน จากนั้น สัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่ามัธยฐาน ประยุกต์เกณฑ์การแปลความหมายจาก บุญชม ศรีสะอาด (2554)⁽⁸⁾ ดังนี้

ค่ามัธยฐาน 4.51 – 5.00 หมายถึง มีความเหมาะสม หรือมีความเป็นไปได้มากที่สุด

ค่ามัธยฐาน 3.51 – 4.50 หมายถึง มีความเหมาะสม หรือมีความเป็นไปได้มาก

ค่ามัธยฐาน 2.51 – 3.50 หมายถึง มีความเหมาะสม หรือมีความเป็นไปได้ปานกลาง

ค่ามัธยฐาน 1.51 – 2.50 หมายถึง มีความเหมาะสม หรือมีความเป็นไปได้น้อย

ค่ามัธยฐาน 1.00 – 1.50 หมายถึง มีความเหมาะสม หรือมีความเป็นไปได้น้อยที่สุด

กำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบคือ มีค่ามัธยฐาน ตั้งแต่

3.51 ขึ้นไป

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการ วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กำหนด เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.76 – 5.00 หมายถึง มีสมรรถนะ อยู่ในระดับดีมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.51 – 3.75 หมายถึง มีสมรรถนะ อยู่ในระดับดี

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.26 – 2.50 หมายถึง มีสมรรถนะ อยู่ในระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.25 หมายถึง มีสมรรถนะ อยู่ในระดับต้องปรับปรุง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินคุณภาพของรูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประยุกต์ใช้เกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยของ กาญจนานา พูลผล และจินตนา รักคำ (2559)⁽⁹⁾ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.51 – 5.00 หมายถึง มีความ เหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.51 – 4.50 หมายถึง มีความ เหมาะสมอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.51 – 3.50 หมายถึง มีความ เหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.51 – 2.50 หมายถึง มีความ เหมาะสมอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.50 หมายถึง มีความ เหมาะสมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

สรุปผลและอภิปราย

1. ผลการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของ นักศึกษาพยาบาล พบว่าสภาพปัญหาในปัจจุบันยังไม่มี เครื่องมือหรือรูปแบบการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของ นักศึกษาที่ชัดเจน และผู้ที่เกี่ยวข้องมีความต้องการรูปแบบ การประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาที่มีรูปแบบ และเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีที่ชัดเจน

มีลักษณะการประเมินแบบ 360 องศา โดยใช้วิธีการในการ ประเมินที่หลากหลาย เกณฑ์ในการประเมินควรเป็นการ กำหนดโดยสถาบันการศึกษาและการเปรียบเทียบจาก ข้อมูลเดิม ผลของการวิจัยมีความสอดคล้องกับ เพ็ญศรี ทองเพชร (2549)⁽⁵⁾ ซึ่งได้ทำการวิจัย เรื่อง การประเมิน สมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2545 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ปี การศึกษา 2548 โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะของสถาบัน พระบรมราชชนก และได้มีการเสนอให้มีการศึกษา เกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของบัณฑิตในชั้นปี ต่างๆ และสอดคล้องกับ อนัญญา คูอาริยะกุล และศศิธร ชิดนาคี (2558)⁽¹⁰⁾ โดยให้ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยว่าควร มีการศึกษาสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี เพื่อ นำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะ นักศึกษาให้เหมาะสมกับระดับชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล

2. ผลการสร้างและพัฒนารูปแบบการประเมิน สมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล พบว่ารูปแบบ การประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย นิยามของการประเมิน วัตถุประสงค์ของการ ประเมิน สมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล 10 สมรรถนะ ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย 2) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล 3) สมรรถนะด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ 4) สมรรถนะ ด้านภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม 5) สมรรถนะด้าน วิชาการและการวิจัย 6) สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและ สารสนเทศ 7) สมรรถนะด้านคุณลักษณะวิชาชีพ 8) สมรรถนะด้านสังคมและการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม 9) สมรรถนะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และ 10) สมรรถนะด้านการคิดสร้างสรรค์ ผู้ทำการประเมิน ระยะเวลาในการประเมิน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน เกณฑ์การประเมิน และการให้ข้อมูลย้อนกลับ จากการ ประเมิน โดยผู้เชี่ยวชาญพบว่าโดยภาพรวมมีความ เหมาะสมและความเป็นไปได้ในระดับมากที่สุดทุกด้าน ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องขององค์ประกอบ สมรรถนะและตัวบ่งชี้ พบว่า องค์ประกอบของสมรรถนะ ด้านการคิดสร้างสรรค์มีความสอดคล้อง และสามารถเป็น

ตัวแทนในการประเมินสมรรถนะได้ในทุกชั้นปี ผลการวิจัยดังกล่าวมีประเด็นที่นำมาอภิปราย ดังนี้

2.1 นิยามของการประเมิน เป็นการให้ความหมายของการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาในครั้งนี้ เพื่อให้ผู้ทำการประเมินและผู้ที่เกี่ยวข้องได้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินสมรรถนะในทิศทางเดียวกัน โดยนิยามการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีที่กำหนดนั้นได้ให้ความหมายของการประเมินสมรรถนะที่สอดคล้องกับ บุญใจ สถิตินราทร (2555)⁽¹¹⁾ ที่ได้กล่าวสรุปว่า สมรรถนะ หมายถึง คุณลักษณะ พฤติกรรม ความรู้ ความสามารถ ความถนัด และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ให้บรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึง Devid C. McClelland (1993)⁽¹²⁾ และสอดคล้องกับ จันทนา อิสลาม, ชูติมา รักษ์บางแหลม และธมลวรรณ แก้วกระจก (2550)⁽¹³⁾ ในการวิจัยเรื่อง ความคิดเห็นของอาจารย์และนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2545 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช โดยได้กำหนดนิยามของสมรรถนะในการวิจัย หมายถึง ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมที่จำเป็นต่อการทำงานของบุคคลให้ประสบความสำเร็จสูงกว่ามาตรฐานทั่วไป อย่างไรก็ตามนิยามที่กำหนดของผู้วิจัยพบว่ามีความแตกต่างจาก เพ็ญศรี ทองเพชร (2549)⁽⁵⁾ โดยได้กำหนดนิยามของสมรรถนะของนักศึกษาในแต่ละชั้นปีแตกต่างกันตามลำดับชั้นปีตามจุดเน้นของสถาบัน

2.2 วัตถุประสงค์ของการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาลซึ่งกำหนดให้เป็นตัวกำหนดทิศทางในการประเมิน รวมถึงเป็นการตัดสินระดับสมรรถนะของนักศึกษาและเพื่อเป็นข้อมูลสารสนเทศในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาในแต่ละชั้นปี ซึ่งสอดคล้องกับ สิริชัย กาญจนวาสิ (2552)⁽⁶⁾ ที่ได้กล่าวไว้ว่า “วัตถุประสงค์ของการประเมินคือการตัดสินคุณค่าของสิ่งที่ต้องการประเมิน โดยมีเป้าหมายของการประเมินคือการพัฒนาคุณค่าของสิ่งที่มุ่งประเมิน ดังนั้นเป้าหมายสูงสุดของการประเมินจึงอยู่ที่การพัฒนาสังคม” นอกจากนี้ในการกำหนดวัตถุประสงค์ในการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาลยังได้กำหนดให้สอดคล้องกับ

ประเภทของการประเมิน คือ การประเมินความก้าวหน้า (Formative Evaluation) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบว่านักศึกษาพยาบาลมีระดับพฤติกรรมในระหว่างการศึกษาในหลักสูตรต่างๆ ในแต่ละระดับอยู่ในระดับใดเพื่อที่จะได้มีข้อมูลในการนำไปพัฒนาสมรรถนะในด้านต่างๆ ของนักศึกษา สอดคล้องกับเพ็ญศรี ทองเพชร (2549)⁽⁵⁾ ซึ่งมีความคิดเห็นว่า การประเมินสมรรถนะของบัณฑิตหาค่าการประเมินในชั้นปีสุดท้ายหรือปีที่บัณฑิตสำเร็จการศึกษาจากการประเมินไม่สามารถนำมาพัฒนากระบวนการจัดการศึกษาได้ ดังนั้นจึงควรที่จะมีการประเมินสมรรถนะในระดับชั้นปีเพื่อให้สามารถมีข้อมูลที่น่าไปใช้ในการพัฒนานักศึกษาได้

2.3 องค์ประกอบของสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล ในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดองค์ประกอบของสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาลตามกรอบของสมรรถนะผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสภาการพยาบาล⁽³⁾ เนื่องจากสภาการพยาบาลมีอำนาจหน้าที่ในการรับขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ให้ความเห็นชอบหลักสูตรการศึกษาวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในระดับอุดมศึกษา รับรองหลักสูตรต่างๆ ที่จะทำการสอนหรือฝึกอบรมในวิชาชีพการพยาบาล รับรองวิทยฐานะของสถาบันที่ทำการสอนและฝึกอบรม (พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 ,2540) สอดคล้องกับ จาริศรี กุลศิริปัญญา (2558)⁽¹⁴⁾ ซึ่งได้วิจัยเรื่องการพัฒนาเกณฑ์ประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพโดยใช้แนวคิดของสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทยมาเป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดเกณฑ์การประเมินสมรรถนะพยาบาล และสอดคล้องกับศิริวรรณ ต้นบุญ และวลัยนารี พรมา (2558)⁽¹⁵⁾ ซึ่งศึกษาการรับรู้ต่อสมรรถนะวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยเอกชนในจังหวัดปทุมธานีโดยกำหนดการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลตามสมรรถนะ 8 ด้านของสภาการพยาบาล แตกต่างจาก เพ็ญศรี ทองเพชร (2549)⁽⁵⁾ ซึ่งกำหนดองค์ประกอบของสมรรถนะนักศึกษาในแต่ละชั้นปีที่แตกต่างกันตามระดับชั้นปี โดยใช้กรอบของสมรรถนะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามที่สถาบันกำหนด แต่เมื่อพิจารณา

องค์ประกอบของสมรรถนะรายด้านในแต่ละชั้นปีพบว่า สมรรถนะที่กำหนดส่วนใหญ่สอดคล้องกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่กำหนดโดยสภาการพยาบาล และสอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา และสอดคล้องกับการกำหนดตัวบ่งชี้ในการประกันคุณภาพการศึกษาภายในระดับอุดมศึกษา⁽¹⁶⁾ โดยกำหนดในองค์ประกอบที่ 3 ระดับหลักสูตร เป็นการให้ความสำคัญกับการพัฒนานักศึกษาให้มีความพร้อมและมีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะด้านการคิดวิจารณ์และการคิดสร้างสรรค์ ดังที่ไพฑูริย์สินลาร์ตัน (2557)⁽¹⁷⁾ ได้กล่าวไว้ว่า “สังคมไทยต้องการคนรุ่นใหม่ที่มีความคิดวิจารณ์ รู้จักแยกแยะได้ว่าอะไรเหมาะสม ไม่เหมาะสม เป็นเบื้องต้น ตามมาด้วยการคิดใหม่ๆ มีจินตนาการ” และกรอบแนวคิดด้านสมรรถนะของพยาบาลในอนาคต (Nurse of the Future : NOF) โดยคณะกรรมการพัฒนา Nurse of the Future Competencies⁽¹⁸⁾ ซึ่งเป็นการกำหนดสมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพในอนาคต โดยผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในการกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการขององค์ประกอบสมรรถนะและการกำหนดตัวบ่งชี้ในการประเมิน

2.4 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ความสอดคล้องเชิงโครงสร้างขององค์ประกอบของสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล พบว่า องค์ประกอบของสมรรถนะที่มีความสอดคล้องและสามารถเป็นตัวแทนของสมรรถนะสำหรับนักศึกษาทุกชั้นปีได้นั้น คือ องค์ประกอบ ของสมรรถนะด้านการคิดสร้างสรรค์ ซึ่งสมรรถนะหรือความสามารถด้านการสร้างสรรค์นี้เป็นความสามารถที่มีได้ทุกคน สอดคล้องกับ Storm (1963)⁽¹⁹⁾ ที่ได้กล่าวว่า ทุกคนมีศักยภาพทางความคิดสร้างสรรค์ แต่อาจแตกต่างกันในระดับของความมากน้อย สอดคล้องกับประภาวัลย์ แพร่วาณิช (2543)⁽²⁰⁾ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการสอนโดยใช้แผนผังทางปัญญาเพื่อเพิ่มพูนความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการสอน นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการคิดสร้างสรรค์สูงกว่าก่อนการสอนอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาโภชนาการและสุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบการประเมินสมรรถนะรายชั้นปี พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 มีระดับสมรรถนะในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งอาจเนื่องมาจากการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาลเป็นการประเมินโดยนักศึกษาพยาบาลตนเอง และอาจารย์พยาบาลเป็นประเมินซึ่งเป็นการประเมินที่ยังไม่เป็นลักษณะของการประเมินแบบ 360 องศา หรือการประเมินในสภาพจริง ดังนั้นในการนำรูปแบบการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีไปใช้ในการประเมินในสถานการณ์จริงควรจัดให้มีผู้ประเมินในทุกระดับที่เกี่ยวข้อง เช่น เพื่อนประเมินเพื่อน ผู้รับบริการประเมินนักศึกษา รวมทั้งรูปแบบในการประเมินควรจัดให้มีความหลากหลายเนื่องจากการจัดการศึกษาทางการพยาบาลเป็นการศึกษาที่เน้นทั้งในส่วนของความรู้ ทัศนคติ และการเรียนรู้ภาคปฏิบัติ ดังนั้นจึงควรมีการจัดการประเมินในด้านการปฏิบัติทักษะที่สามารถประเมินได้ชัดเจน โดยนำแบบประเมินจากการวิจัยนี้ไปใช้ในการประเมินร่วม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความสอดคล้องกับสภาพจริงมากที่สุด

4. ผลการประเมินคุณภาพของรูปแบบการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาลจากผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้องอยู่ในระดับมากทุกด้าน ซึ่งอาจเนื่องมาจากการพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอนตามการพัฒนารูปแบบการประเมินสอดคล้องกับ บุญชม ศรีสะอาด (2557)⁽⁸⁾ ที่ได้เสนอขั้นตอนในการพัฒนารูปแบบการประเมิน และใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการประเมินที่สอดคล้องกับ Nevo (1983)⁽⁷⁾ โดยการใช้คำถามหลัก 10 ข้อคำถาม รวมถึงการกำหนดและพัฒนาตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบสมรรถนะ และได้ดำเนินการตามวิธีการพัฒนาตัวบ่งชี้ของรัตนะ บัวสนธิ์ (2550)⁽²¹⁾ โดยใช้เทคนิคการสำรวจสังเคราะห์เอกสาร (Documentary survey) การ

วิพากษ์วิจารณ์และการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญ การตรวจสอบคุณภาพตัวบ่งชี้ในเชิงประจักษ์โดยการการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis)

ข้อเสนอแนะ

1. สถาบันการศึกษาพยาบาลควรมีการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาลโดยการนำรูปแบบการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาลและคู่มือการใช้รูปแบบไปประยุกต์ใช้ซึ่งอาจปรับเปลี่ยนตัวบ่งชี้ ตัวชี้วัดพฤติกรรมให้สอดคล้องกับบริบทและจุดเน้นของหลักสูตร

2. สถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถนำรูปแบบการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีไปประยุกต์ใช้เพื่อให้ได้ข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับสมรรถนะของนักศึกษารายชั้นปีเพื่อพิจารณาการปรับรูปแบบการเรียนการสอนหรือกิจกรรมในการพัฒนานักศึกษาพยาบาลเพื่อให้มีสมรรถนะที่เป็นไปตามเกณฑ์

3. ในการนำรูปแบบการประเมินนี้ไปประยุกต์ใช้สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการในการประเมินให้มีความหลากหลายขึ้น เช่น การสังเกต การประเมินผ่านระบบออนไลน์ เพื่อให้ได้ข้อมูลสารสนเทศที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของนักศึกษาพยาบาล

4. รูปแบบการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีนี้ที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้พัฒนาตามกรอบแนวคิดที่กำหนดหาสถาบันการศึกษาที่มีจุดเน้นที่แตกต่างออกไปควรมีการนำไปพัฒนาตามจุดเน้นหรือตามอัตลักษณ์ของสถาบันนั้นๆ เช่น สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม

5. ควรมีการพัฒนา รูปแบบการประเมินสมรรถนะรายชั้นปีในรูปแบบที่หลากหลายเพื่อให้สามารถประเมินนักศึกษานักศึกษาได้ตรงตามสภาพจริง

6. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณบดีคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยราชภัฏอุบลราชธานี และคณบดีคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยอุบลราชธานีที่ให้ความอนุเคราะห์แก่ผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงอาจารย์และนักศึกษาพยาบาลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. อุดมรัตน์ สวงนศิริธรรม. การพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. หจก.โรงพิมพ์ข้างเผือก กรุงเทพฯ, 2553.
2. สภาการพยาบาล. ข้อเสนอแนะการศึกษาและหลักสูตรที่ทำการสอนวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่ได้รับการรับรองสถาบันจากคณะกรรมการสภาการพยาบาล. URL http://tnc.or.th/files/2009/12/page-38/2_1_16083.pdf. สืบค้นเมื่อ(26 ตุลาคม 2558).
3. สภาการพยาบาล. สมรรถนะผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์. สิริยอดการพิมพ์ กรุงเทพฯ, 2553.
4. มยุรัตน์ รักเกียรติ และวารินทร์ บินโฮเซ็น. “การพัฒนาสื่อการสอนอิเล็กทรอนิกส์ รายวิชา BNS403 การพยาบาลเด็กและวัยรุ่นเพื่อการเตรียมความพร้อมในการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยรังสิต”. ในการประชุมวิชาการระดับชาติ ประจำปี 2557 สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย สาขาพยาบาลศาสตร เรื่อง “การบริหารอย่างสร้างสรรค์เพื่อการบริหารสุขภาพ: บทบาทของการศึกษาพยาบาล. 51-59, 2558.
5. เพ็ญศรี ทองเพชร. การประเมินสมรรถนะรายชั้นปีของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2545 วิทาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี ปีการศึกษา 2548. วิทาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี, 2549.
6. ศิริชัย กาญจนวาสี. ทฤษฎีการประเมิน. พิมพ์ครั้งที่ 7. ห้างหุ้นส่วนจำกัดสามลดา กรุงเทพฯ, 2552.
7. Nevo, D. “The Conceptualization of Educational Evaluation: An Analytical Review of the Literatur”. **Review of Education Research**. 53(1983): 117-128, 1983.
8. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยทางการวัดผลและประเมินผล. บริษัทวิวัฒนาสาส์น จำกัด กรุงเทพฯ, 2557.

9. กาญจนานา พูลผล และจินตนา รักคำ. “รูปแบบการจัดการอย่างมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบางเจ้าฉ่า อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง” **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. 9(1): 73-81, 2559.
10. อนัญญา คูอาริยะกุล และศศิธร ชิดนาคี. “สมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์”. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์**. 7(1): 54-62, 2558.
11. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. **การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย : คุณสมบัตินักการวัดเชิงจิตวิทยา**. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ, 2555.
12. McClelland, D.C. Introduction to the concept of competency. In L.M Spencer & S.M. Spencer. **Competency at work**, Spencer. John Wiley & Son, Inc New York, 1993.
13. จันทนา อิสลาม และคณะ. **รายงานการวิจัยความคิดเห็นของอาจารย์และนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2545 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช**. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช, 2550.
14. จาริศรี กุลศิริปัญญา. “การพัฒนาเกณฑ์การประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ”. **วารสารทหารบก**. 16(2): 123-130, 2558.
15. ศิริวรรณ ตันนุกุล และคณะ. “การรับรู้ต่อสมรรถนะวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนในจังหวัดปทุมธานี”. **วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา**. 2(2): 439-445, 2558.
16. สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. **คู่มือการประกันคุณภาพการศึกษายภายใน ระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2557**. ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาคพิมพ์ กรุงเทพฯ, 2558.
17. ไพฑูรย์ สีนารัตน์. **ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ต้องก้าวให้พ้นกับดักของตะวันตก**. มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต กรุงเทพฯ, 2557.
18. Massachusetts Department of Higher Education Nursing. **Massachusetts Nurse of the Future Nursing Core Competencies**, 2016.
19. อารี พันธุ์มณี. **ฝึกให้คิดเป็น คิดให้สร้างสรรค์**. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ, 2557.
20. ประภาวดี แพร่วานิชย์. **การพัฒนารูปแบบการสอนโดยใช้แผนผังทางปัญญาเพื่อเพิ่มพูนความสามารถในการคิดอย่างสร้างสรรค์ของนักศึกษาพยาบาล**. คุยฉินิพนธ์ ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาอุดมศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
21. รัตนะ บัวสนธิ์. **ทิศทางและอาณานิคมการประเมิน**. พิมพ์ครั้งที่ 2. วีพริ้นท์ กรุงเทพฯ, 2550.

พฤติกรรมการใช้ยาที่แพทย์ไม่ได้สั่งจ่ายและอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ในโรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

Use of Medications Unprescribed by Physicians and Associated Adverse Effects in Diabetic patients
in Yangchumnoi Hospital, Sisaket Province

ทิววรรณ สกุลจันทร์¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาที่แพทย์ไม่ได้สั่งจ่ายในผู้ป่วยเบาหวาน ของโรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ และอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 230 คน คัดเลือกตัวอย่างโดยสุ่มอย่างง่าย โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มาใช้บริการโรงพยาบาลยางชุมน้อย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและที่บ้าน ดำเนินการวิจัยระหว่าง 1 พฤศจิกายน 2560 – 26 มกราคม 2561 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบของจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการใช้ยานอกเหนือจากแพทย์สั่ง จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 44.8 รายงานว่า เกิดอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น จำนวน 23 คน ร้อยละ 22.30 ของผู้ที่ใช้นอกเหนือจากแพทย์สั่ง 103 คน ผู้วิจัย ได้ประเมินอาการแพ้ยาโดยใช้แบบ Narenjo 's algorithm (มีระดับ Probable จำนวน 9 ราย ระดับ Possible จำนวน 14 ราย) พบ อาการผื่นแพ้ยา ร้อยละ 13.04 จากการได้รับยาปฏิชีวนะ ซาซัลฟานและยา Penicillin และยาผงจินดาณีนี และพบอาการแพ้ในกระเพาะอาหาร ปวดท้อง ร้อยละ 13.04 จากการใช้ยาชุด ยาถูกกลืนหมดอาหาร ยาผงสมุนไพรไม่ทราบชนิด และระดับน้ำตาลในเลือดสูง ร้อยละ 8.69 และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 4.34 จากการรับประทานยาประจำโรค ปากเซ ระยะเวลา 1 เดือน และบวมตามร่างกาย ได้อีกเสบ ร้อยละ 13.04 และผู้ป่วยมีอาการ Alcohol withdrawal ร้อยละ 4.34 จากการรับประทานน้ำสมุนไพรพญานาค ผลการตรวจพบการปนเปื้อนสเตียรอยด์ ในยา 8 รายการ

คำสำคัญ : พฤติกรรมการใช้ยานอกเหนือแพทย์สั่ง ,อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

Abstract

This study aimed to study the use of medication not prescribed in patients with diabetes. Hospital Yangchumnoi Sisaket Province and Adverse Effects in Diabetic patients in Yangchumnoi Hospital, The researchers studied a group of 230 patients were selected by simple random sampling. By interviewing the patients who came to the hospital Yang Chum Noi. Tambon Health Promotion Hospital and at home. Research conducted between November 1, 2560 - January 26, 2561 Data collected by interview. Analysis of the data in the form of a percentage of average and standard deviation.

Result : Patients with diabetes have Use of Medications Prescribed by Physicians 103 people (44.8%) adverse event occurred total of 23 (22.3%) of people who use drugs other than prescribed 103 researchers evaluated adverse drug reaction. use Narenjo 's algorithm (9 cases have a Probable possible levels of 14 patients), rash, allergic symptoms from 13.04 % received antibiotics and sulfa drugs and drug penicillin. And symptoms of peptic ulcers, abdominal pain 13.04% and drug kit Bolus military doctor Herbal drug Unknown And hyperglycemia (8.69%), and Hypertension (4.34%) out of medication pakse period of 1 month and swollen body nephritis (13.04%) and patients Alcohol withdrawal (4.34%) to eating. herbal medicine prayanak results and 8 detected Steroid in drug

Keywords: Use of Medications Prescribed by Physicians, Adverse Effects

¹ โรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

บทนำ

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทั่วโลกในปัจจุบัน รวมถึงในประเทศไทยที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ที่มีผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด จากข้อมูลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽¹⁾ ในปี 2557 กลุ่มผู้สูงอายุมี อัตราป่วยเป็นโรคเบาหวาน 1,032 ต่อแสนประชากร ความดันโลหิตสูง 1,710.89 ต่อแสนประชากร โรคหัวใจขาดเลือด 407.70 ต่อแสนประชากร โรคหลอดเลือดสมอง 352.30 ต่อแสนประชากร โรคหืด 147.25 ต่อแสนประชากร จังหวัดศรีสะเกษ มีอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวาน 820.43 ต่อแสนประชากร ความดันโลหิตสูง 1,057.86 ต่อแสนประชากร โรคหัวใจขาดเลือด 184.95 ต่อแสนประชากร โรคหลอดเลือดสมอง 219.18 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยโรคหืด 113.62 ต่อแสนประชากร⁽²⁾ การศึกษา ของสมใจ ผ่านภูวนัย (2557)⁽³⁾ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในเขตเทศบาลตำบลวาริชภูมิ ร้อยละ 28.46 เคยหรือกำลังบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ร้อยละ 91.89 ของผู้ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร รับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารวันละ 1 – 2 ครั้ง ควบคู่กับยาเบาหวานตามที่แพทย์สั่ง โดยมีเหตุผลที่ตัดสินใจซื้อ ดังนี้ ร้อยละ 53.85 รับประทานเพื่อบำรุงร่างกาย ร้อยละ 25 สามารถรักษาเบาหวานให้หายได้ และร้อยละ 21.15 ช่วยลดระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ 48.65 ซื้อจากตัวแทนขายตรง และลูกหลานซื้อมาฝาก ร้อยละ 18.92 กลุ่มตัวอย่างซื้อบริโภคเอง ร้อยละ 67.56 จากการศึกษาของสุภาวดี เปล่งชัย (2558)⁽⁴⁾ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 54.4 เคยใช้ยาแผนปัจจุบันจากแหล่งกระจายยาในชุมชน ยาที่เคยใช้มากที่สุด ร้อยละ 45.4 คือ ยาเตตราซัยคลิน และร้อยละ 42.5 คือ ยาซูด และยาประคองเบอร์ 5 ร้อยละ 42.5 ส่วนผู้ป่วยใช้ยาแผนปัจจุบัน 87 คน เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 16 คน คิดเป็นร้อยละ 18.4 ที่พบมากที่สุด คือ ภาวะ Cushing ‘ s Syndrome จากยาซูด ยาเบอร์ 5 ร้อยละ 6.3 เกิดภาวะแผลในกระเพาะอาหาร เหนื่อย ใจสั่น ง่วงนอน บวมตามร่างกาย 7 ราย และเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ 1 ราย จากการทบทวนวรรณกรรมและรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มี

โอกาสได้รับยาที่นอกเหนือจากแพทย์สั่งในโรงพยาบาล ได้รับยาหลายชนิด จากการบริโภคและซื้อารับประทานเอง ในชุมชน สิ่งตามมาคือ ผลอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ปฏิกริยากันระหว่างยา เกิดภาวะแทรกซ้อนจากเกิดขึ้นในหลายระบบของร่างกาย รวมถึงผู้ป่วยแสวงหาแนวทางการรักษาอื่น ๆ ร่วมกับการใช้ยาที่แพทย์สั่งจ่าย ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษา พฤติกรรมการใช้ยาที่แพทย์ไม่ได้สั่งจ่ายในผู้ป่วยเบาหวาน และอาการไม่พึงประสงค์ ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมของการใช้ยาที่แพทย์ไม่ได้สั่งจ่ายในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาล ยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

2. เพื่อศึกษาอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการบริโภคยาแพทย์ไม่ได้สั่งจ่ายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความรู้ในการสร้างความตระหนักอันตรายของผลิตภัณฑ์ยาในชุมชนให้ผู้ป่วย ผู้ประกอบการ คนในชุมชน

2. เพื่อให้ทราบความชุกของผลิตภัณฑ์ยาในชุมชน นำไปสู่การออกแบบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นแบบ Cross – Sectional Descriptive Study เพื่อเพื่อศึกษาพฤติกรรมของการใช้ยาที่แพทย์ไม่ได้สั่งจ่าย และศึกษาอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ระยะเวลาในการวิจัย ช่วงเวลาดำเนินการ 1 พฤศจิกายน 2560 – 26 มกราคม 2561 สถานที่ทำการศึกษาวิจัย โรงพยาบาลยางชุมน้อย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และที่บ้านผู้ป่วย

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตอำเภอยางชุมน้อย ที่ขึ้นทะเบียนไว้ที่ งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ อำเภอยางชุม

น้อย จำนวน 1,315 คน กลุ่มตัวอย่างกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ ตารางของ Krejcie & Morgan ⁽⁵⁾ ได้ขนาดตัวอย่าง 230 คน คัดเลือกตัวอย่างโดยสุ่มอย่างง่าย โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวาน ที่คิวที่มีบริการลงท้ายด้วยเลข 0 3 และ 5 ในโรงพยาบาลยางชุมน้อย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและที่บ้าน ดำเนินการวิจัยระหว่าง 1 พฤศจิกายน 2560 – 26 มกราคม 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสัมภาษณ์ซึ่งสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและทดสอบปรับปรุงก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง โดยทดลองสัมภาษณ์ ตัวอย่าง 15 คน โดยก่อนเริ่มทำการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยขออนุญาตทำการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และขออนุญาตทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางชุมน้อย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7 แห่ง

สัมภาษณ์ตัวอย่าง โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และผู้ช่วยผู้สัมภาษณ์เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 7 คน โดยก่อนการเก็บข้อมูลมีการประชุมชี้แจงแบบสัมภาษณ์ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยผู้วิจัยแนะนำด้วยตัวเองกับตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการสัมภาษณ์ สอบถามความสมัครใจ และลงนามในหนังสือยินยอมคนให้ทำการวิจัย ตามแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยไม่เร่งรัดในการตอบคำถาม ในระหว่างการสัมภาษณ์หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์เปิดโอกาสให้ซักถามประเด็นเกี่ยวกับการใช้ยาได้

ขั้นตอนการสัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยคำถามทั้งปลายปิดและปลายเปิด ผู้วิจัยและผู้ช่วยสัมภาษณ์ ข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลัง 6 เดือน แบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

1. ส่วนข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อาชีพ อายุ รายได้ สถานภาพ การศึกษา โรคประจำตัว บุคคลในครอบครัว และผู้ดูแลผู้ป่วย

2. การใช้ยาที่แพทย์ไม่ได้สั่งจ่ายในผู้ป่วยเบาหวาน ประวัติการซื้อยาแผนปัจจุบันมารับประทาน โดยใช้เครื่องมือ ไปสเตอร์ภาพยาอันตรายที่ห้ามจำหน่ายในร้านชำ โดยสัมภาษณ์ตัวผู้ป่วยและสอบถามประวัติการใช้ยาแผนปัจจุบันที่นอกเหนือจากแพทย์สั่งจ่าย โดยการให้ดูไปสเตอร์ยาอันตรายในชุมชน ขนาด 40 x 80 เซนติเมตร และให้ผู้ผู้ป่วยดูข้อมูลภาพที่ละภาพและเมื่อพบรายการยาที่ผู้ป่วยซื้อ ให้สัมภาษณ์ซื้อยา เหตุผลการใช้ยา ระยะเวลาการใช้ยา วิธีรับประทาน และแหล่งที่ซื้อยา และอาการไม่พึงประสงค์จากยา และรวมถึงยาอื่น ๆ ใช้คำถามปลายเปิด และขอคยาที่ผู้ป่วยมีที่บ้านทุกรายการ

ส่วนการใช้ยาแผนโบราณจากแหล่งกระจายในชุมชน ที่ตรวจพบสเตียรอยด์ นำข้อมูลจากเว็บไซต์ โดยใช้เครื่องมือเป็นไปสเตอร์ยาแผนโบราณ ขนาด 40 x 80 เซนติเมตร และให้ผู้ผู้ป่วยดูข้อมูลภาพที่ละภาพและเมื่อพบรายการยาที่ผู้ป่วยซื้อ ให้สัมภาษณ์ซื้อยา เหตุผลการใช้ยา ระยะเวลาการใช้ยา วิธีรับประทาน และแหล่งที่ซื้อยา และอาการไม่พึงประสงค์จากยา และรวมถึงยาอื่น ๆ ใช้คำถามปลายเปิดและขอคยาที่ผู้ป่วยมีที่บ้านทุกรายการ และมีตัวอย่างยาชุด ยาแผนโบราณ ให้นำมาตรวจโดยชุดทดสอบสเตียรอยด์ เพื่อคัดกรองเบื้องต้น มีการปนเปื้อนยาสเตียรอยด์ Dexamethazone Prednisolone

3. สัมภาษณ์อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา (ยาที่แพทย์ไม่ได้สั่งจ่าย) โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) มีตัวเลือกระบุอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยได้สอบถาม 2) ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยโดยเภสัชกรและพยาบาลวิชาชีพ ตรวจร่างกายเบื้องต้น ได้แก่ ผิวบาง มีหนอกที่คอ จ้ำเลือด ผิวหนัง ผื่นแพ้ยา ผื่นวง ภาวะบวม ฯลฯ 3) ผู้วิจัยตรวจสอบประวัติจากฐานข้อมูล Himpro ได้แก่ ประวัติการนอนรักษาตัวด้วย Adrenal insufficiency ,Steroid without syndrome, ไตวาย เมื่อพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้ประเมินการแพ้ยาใช้แบบ Narenjo 's algorithm ส่วนในรายที่ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากสเตียรอยด์ จะใช้ชุดทดสอบเบื้องต้นสเตียรอยด์ ในการตรวจยาแผนโบราณและยาชุด เพื่อตรวจสอบสาร Prednisolone และ Dexamethazone

การพิทักษ์สิทธิของตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เอกสารรับรองเลขที่ SPPH 2017 – 002 ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์ โดยอธิบายวัตถุประสงค์ประโยชน์ของการวิจัย การไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรและสังคม และพฤติกรรมการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น โดยการวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ จำนวน, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการสำรวจผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 230 คน เป็นเพศหญิง 151 คน ร้อยละ 65.7 อายุเฉลี่ย 64.4±9.4 ปี ผู้ป่วยร้อยละ 62.2 มีอายุมากกว่า 60 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 176 คน ร้อยละ 76.5 ส่วนมาก มีรายได้ต่อเดือน จำนวน 86 คน ร้อยละ 37.4 ส่วนใหญ่อำชีพเกษตรกร จำนวน 158 คน ร้อยละ 68.7 ผู้ป่วยสามในสี่ส่วน มีระดับประถมศึกษา จำนวน 205 คน ร้อยละ 89.1 เกือบครึ่งหนึ่งมีโรคประจำตัวโรคเบาหวาน จำนวน 94 คน ร้อยละ 40.9 และโรคเบาหวานร่วมภาวะโรคอื่นๆ 136 คน ร้อยละ 59.1 ส่วนมากเกินครึ่งหนึ่ง จำนวนบุคคลในครอบครัว 4-6 คน จำนวน 120 คน ร้อยละ 52.2 บุคคลหรือญาติที่ดูแลผู้ป่วยในการจัดหารับประทานยา ส่วนใหญ่ผู้ป่วยรับประทานเอง จำนวน 176 คน ร้อยละ 76.5

2. ผู้ป่วย 58 คน (ร้อยละ 56.3) ภายในระยะเวลา 6 เดือน ซื้อยาที่แพทย์ไม่ได้สั่งจ่ายจำนวน 1 - 2 ครั้ง และมีมูลค่าผลิตภัณฑ์ยาที่ซื้อ น้อยกว่า 100 บาท (ร้อยละ 53.3) และพฤติกรรมหลังการบริโภคยาที่ซื้อเอง รับประทานยาที่แพทย์สั่งจ่าย รับประทานคงเดิม (ร้อยละ 86.4) หยุดเป็น

ครั้งคราว (ร้อยละ 7.8) และรับประทานลดลง (ร้อยละ 5.8) ตารางที่ 3

3. ผลิตรักษาที่ผู้ป่วยเบาหวานใช้ยาแผนปัจจุบัน นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง และเหตุผลในการใช้ยา ผู้ป่วยเบาหวาน 103 คน ใช้ยาแผนปัจจุบันที่ผู้ป่วยใช้ นอกเหนือจากที่แพทย์สั่งมากที่สุด คือ ยากลุ่ม Piroxicam 20 mg (ร้อยละ 18.4) ยากลุ่ม Tetracyclin 250, 500 mg (ร้อยละ 14.5) และยากลุ่ม Penicillin 500,00 I.U. (ร้อยละ 8.73) และยา Diclofenac Tab (ร้อยละ 7.76) และยาชุด จำนวน 9 รายการ ตรวจสอบด้วยชุดทดสอบสเตียรอยด์เบื้องต้น พบว่า ผลการตรวจพบสารสเตียรอยด์ในยาชุด แก้วปวด จำนวน 3 รายการและยาประดงปากเซ จำนวน 1 รายการ

4. ชนิดของยาแผนโบราณที่แพทย์ไม่ได้สั่งจ่าย ผู้ป่วยเบาหวาน 103 คน ใช้ยาแผนโบราณ ที่ผู้ป่วยใช้ นอกเหนือจากที่แพทย์สั่งมากที่สุด คือ ยาน้ำสมุนไพรเมกดา ก่อน ร้อยละ 5.82 ยาลูกกลอนจินดามณี ร้อยละ 4.85 ยาน้ำพญานาค ร้อยละ 2.91 และยาผงสมุนไพรไม่ทราบชนิด ร้อยละ 2.91 ยาน้ำสมุนไพรหมอมอทวี ร้อยละ 2.91 ยาน้ำสมุนไพรโคเทียมเกวียน ร้อยละ 1.94

ยาแผนโบราณ จำนวน 12 รายการ ตรวจสอบด้วยชุดทดสอบสเตียรอยด์เบื้องต้น พบว่า ผลการตรวจพบสารสเตียรอยด์ ในยาลูกกลอนจินดามณี จำนวน 3 รายการ ยาผงสมุนไพรไม่ทราบชนิด จำนวน 2 รายการ

5. อาการไม่พึงประสงค์หลังใช้ยาที่แพทย์ไม่ได้สั่งจ่าย ในผู้ป่วยเบาหวาน 23 คน (ร้อยละ 22.33 ของผู้ที่ใช้ยา นอกเหนือจากแพทย์สั่ง 103 คน) รายงานว่า มีอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น อาการไม่พึงประสงค์ที่พบมากที่สุด อาการผื่นแพ้ยา (ร้อยละ 13.04 จำนวน 3 คนจาก 23 คน) จากการได้รับยาปฏิชีวนะ ยาซัลฟาและยา Penicillin และยาผงจินดามณี และพบอาการแพ้ในกระเพาะอาหาร ปวดท้อง ร้อยละ 13.04 (จำนวน 3 คนจาก 23 คน) จากการใช้ยาชุดยาลูกกลอนหมอมอทวี ยาผงสมุนไพรไม่ทราบชนิด และระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยการซักประวัติและตรวจสอบค่าระดับน้ำตาลในสมุดประจำตัว ร้อยละ 8.69 (จำนวน 2 คนจาก 23 คน) และความดันโลหิตสูง ร้อยละ

4.34 (จำนวน 1 คนจาก 23 คน) จากการรับประทานยา ประดงปากเซ ระยะเวลา 1 เดือน และบวมตามร่างกาย ไต อีกเสบ เกิด Cushing Syndrome และผู้ป่วยนอนรักษาที่ โรงพยาบาลยางชุมน้อยและซังประวัติยาเค็ม และ ตรวจสอบค่า GFR ผู้ป่วยมีอาการบวมตามแขนขา ร้อยละ 13.04 (จำนวน 2 คนจาก 23 คน) และผู้ป่วยมีอาการ Alcohol withdrawal ร้อยละ 4.34 (จำนวน 1 คนจาก 23 คน) จากการรับประทานยาน้ำสมุนไพรพญานาค

6. แหล่งจำหน่าย การรับทราบข้อมูล และเหตุผล ในการเลือกซื้อ ในผู้ป่วย จำนวน 103 คน ร้อยละ 43.6 ซื้อ ยาด้วยตนเอง และร้อยละ 39.3 ได้รับคำแนะนำการซื้อยา จากญาติและเพื่อน ส่วนเหตุผลการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ยา ร้อยละ 56.6 เพื่อรักษาอาการปวดขา เข่า ส่วนตัวผู้ป่วยเอง ที่มีผลต่อการตัดสินใจในการซื้อยาเป็นร้อยละ 57.3 สถานที่เลือกซื้อยาเอง ร้านชำในชุมชน ร้อยละ 41.7 ส่วน เหตุผลต่อการตัดสินใจซื้อยา สามารถหาซื้อได้ง่าย ซื้อได้ ในร้านชำ ร้อยละ 45.7

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 103 คน (ร้อยละ 44.8) ใช้นอกเหนือจากแพทย์สั่ง ยาแผนปัจจุบันที่ผู้ป่วย ใช้นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง คือยา Piroxicam 20 mg (ร้อยละ 18.4 ของผู้ป่วยที่ใช้นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง) Tetracyclin 250, 500 mg (ร้อยละ 14.5 ของผู้ป่วยที่ใช้นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง) และยากลุ่มยา Penicillin 500,000 I.U. (ร้อยละ 8.73 ของผู้ป่วยที่ใช้นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง) Diclofenac Tab ร้อยละ 7.76 ของผู้ป่วยที่ใช้นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง) ยาชุดแก้ปวด ยาชุดผัดสำแดง ยาชุดไม่ทราบชนิด ยาประดงปากเซ ยาประดง 108 ไม่มี ผลากยา ร้อยละ 8.7 ของผู้ป่วยที่ใช้นอกเหนือจากที่ แพทย์สั่ง ยาฟิฟี่ ดีคอลเจน ร้อยละ 6.79 ของผู้ป่วยที่ ใช้นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง ยาซัลฟาไดอะซิน ร้อยละ 4.85 ของผู้ป่วยที่ใช้นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง และยา Loperamide ร้อยละ 1.90 ของผู้ป่วยที่ใช้นอกเหนือจาก ที่แพทย์สั่ง สอดคล้องกับงานวิจัยของสุภาวดี เปล่งชัย (2558)⁽⁵⁾ พบว่ามีประสิทธิภาพการใช้ยาแผนปัจจุบัน จาก แหล่งกระจายยาในชุมชน ร้อยละ 45.4 และสอดคล้องกับ

งานวิจัยสุภาวดี เมลืองนนท์ (2557)⁽⁶⁾ สำรวจร้านขายของ ชำ จังหวัดปทุมธานี มียาชุดจำหน่ายในร้านขายสินค้า ทั่วไป 11 ร้าน พบยาชุด 26 ตัวอย่าง ร้อยละ 55.3 สอดคล้องกับงานวิจัยของภาณุ วิริยะนุทย์ (2558)⁽⁷⁾ พบว่า ความชุกของร้านชำที่จ่ายยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 37.0

ตัวอย่าง 103 คน ใช้แผนโบราณซึ่งเป็นยาที่ใช้ นอกเหนือจากแพทย์สั่ง ยาที่ใช้ได้แก่ ยาน้ำสมุนไพรแมก ดาก่อน (ร้อยละ 5.82 ของผู้ป่วยที่ใช้นอกเหนือจากที่ แพทย์สั่ง) ยาลูกกลอนจินดาณิ (ร้อยละ 4.85 ของผู้ป่วย ที่ใช้นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง และยาน้ำพญานาค ร้อย ละ 2.91 (ร้อยละ 2.91 ของผู้ป่วยที่ใช้นอกเหนือจากที่ แพทย์สั่ง) ยาผงสมุนไพรไม่ทราบชนิด (ร้อยละ 2.91 ของ ผู้ป่วยที่ใช้นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง) ยาน้ำสมุนไพร หมอทวี (ร้อยละ 2.91 ของผู้ป่วยที่ใช้นอกเหนือจากที่ แพทย์สั่ง) ยาน้ำสมุนไพรโคเทียมเกวียน (ร้อยละ 1.94 ของ ผู้ป่วยที่ใช้นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง) ยาลูกกลอนหมอ ทหาร (ร้อยละ 1.94 ของผู้ป่วยที่ใช้นอกเหนือจากที่ แพทย์สั่ง) ยาน้ำสมุนไพรล้างลำไส้ (ร้อยละ 0.97 ของ ผู้ป่วยที่ใช้นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง) และสมุนไพร กระชายดำผสมโสม (ร้อยละ 0.97 ของผู้ป่วยที่ใช้นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง)

ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้นอกเหนือจากแพทย์สั่ง รายงานว่า เกิดอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น จำนวน 23 คน ร้อยละ 22.30 ของผู้ที่ใช้นอกเหนือจากแพทย์สั่ง 103 คน ผู้วิจัย ได้ประเมินอาการแพ้ยาโดยใช้แบบ Narenjo 's algorithm (มีระดับ Probable จำนวน 9 ราย ระดับ Possible จำนวน 14 ราย) พบ อาการผื่นแพ้ยา ร้อยละ 13.04 จากการ ได้รับยาปฏิชีวนะ ยาซัลฟาและยา Penicillin และยาผง จินดาณิ และพบอาการแพ้ในกระเพาะอาหาร ปวดท้อง ร้อยละ 13.04 จากการใช้ยาชุด ยาลูกกลอนหมอทหาร ยา ผงสมุนไพรไม่ทราบชนิด และระดับน้ำตาลในเลือดสูง ร้อยละ 8.69 และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 4.34 จากการ รับประทานยาประดงปากเซ ระยะเวลา 1 เดือน และบวม ตามร่างกาย ไตอีกเสบ ร้อยละ 13.04 และผู้ป่วยมีอาการ Alcohol withdrawal ร้อยละ 4.34 จากการรับประทานยา น้ำสมุนไพรพญานาค สอดคล้องกับงานวิจัยของสุภาวดี

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

เปล่งชัย (2558)⁽⁵⁾ พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ายาแผนปัจจุบัน เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.4

ส่วนในรายที่ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากสเตียรอยด์ จะใช้ชุดทดสอบเบื้องต้นสเตียรอยด์ ในการตรวจยาแผนโบราณ ยาชุด พบว่า ผลการตรวจพบสารสเตียรอยด์ ในยาชุดแก้ปวด จำนวน 3 รายการและยาประคองปากเซ จำนวน 1 รายการ และพบในยาลูกกลอนจินตามณี จำนวน 3 รายการ ยาผงสมุนไพรไม่ทราบชนิด จำนวน 2 รายการ

ผู้ป่วย จำนวน 103 คน ร้อยละ 43.6 ซื้อยาด้วยตนเอง และร้อยละ 39.3 ได้รับคำแนะนำการซื้อยาจากญาติ และเพื่อน ส่วนเหตุผลการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ยา ร้อยละ 56.6 เพื่อรักษาอาการปวดขา เข้า ส่วนตัวผู้ป่วยเองที่มีผลต่อการตัดสินใจในการซื้อยาเป็นร้อยละ 57.3 สถานที่เลือกซื้อยาเอง ร้านชำในชุมชน ร้อยละ 41.7 ส่วนเหตุผลต่อการตัดสินใจซื้อยา สามารถหาซื้อได้ง่าย ซื้อได้ในร้านชำ ร้อยละ 45.7 สอดคล้องกับงานวิจัยของวีระพันธ์ เจริญผล (2558)⁽⁸⁾ พบว่าร้านชำนำยาชุดไปขาย เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับความสะดวกในการมาซื้อสินค้าหลาย ๆ ชนิดที่ต้องการจากสถานที่จำหน่ายแห่งเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยเบาหวาน มีพฤติกรรมในการซื้อยา รับประทานด้วยตนเอง จากร้านชำในชุมชน เสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อการเข้า เกสัชกรในโรงพยาบาลชุมชน ควรมีระบบการคัดกรองซักถาม ประสาน รายการยาเดิม ยาแผนปัจจุบันและยาแผนโบราณ ยาชุด ยาลูกกลอนสมุนไพร ของผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล

2. จากผลการศึกษา ทำให้ทราบมีการจำหน่ายยาแผนปัจจุบันและยาแผนโบราณ ยังมีการระบาดในชุมชน ร้านชำ และรถเร่ ควรมีการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังและตรวจสอบการจำหน่ายยาในร้านของชำ อาศัยทีมเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง กลไกการตรวจสอบโดยประชาชนมี

ส่วนร่วม ลดปัญหาการใช้ยาสเตียรอยด์ในชุมชน ลดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผล

3. จากการศึกษาผู้ป่วยบางราย มีการสั่งซื้อยาทางอินเทอร์เน็ต และทราบแหล่งที่มาของผลิตภัณฑ์จากอินเทอร์เน็ต ควรส่งเสริมให้มีการอบรมการสืบค้นข้อมูลของผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนสืบค้นผ่านเว็บไซต์ www.tumdee.org/alert/ เพื่อรายงานผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม และการรายงานผ่านแอปพลิเคชัน Tawai และ Website ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในการตรวจเครื่องหมาย อย. เพื่อเป็นการรายงานผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ถูกต้อง เชิงรุกและเชิงรับ และสามารถตรวจสอบผลิตภัณฑ์ดังกล่าวได้ทันที

4. อาการไม่พึงประสงค์จากยาที่พบมากที่สุด คือ ผื่นแพ้ยา จากการได้รับยาปฏิชีวนะ ยาซัลฟา เป็นระดับ Fixed drug Eruption และยา Penicillin ซึ่งยาดังกล่าวซื้อจากผู้ประกอบการร้านชำ ซึ่งจำหน่ายได้เฉพาะยาสามัญประจำบ้าน จึงได้นำข้อมูลดังกล่าวข้อมูลย้อนกลับให้ผู้ประกอบการ สร้างความตระหนัก และเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ส่วนยาผงจินตามณี ควรให้มีระบบคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อสเตียรอยด์ ในระดับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เป็นรายงานการจัดการความรู้ วิชาความชำนาญด้านการวิเคราะห์การจัดการด้านระบาดวิทยาในงานคุ้มครองผู้บริโภค ในการฝึกอบรมหลักสูตร ว.ภ. (คุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ) โดยได้รับการสนับสนุนทุนการศึกษาจากแผนงานพัฒนาวิชาการและกลไกคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอขอบพระคุณอาจารย์ศ.ดร.ภก.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัยในครั้งนี้ ที่ให้ความเมตตาชี้แนะแนวทางการทำการศึกษา ทวนสอบความถูกต้องของเนื้อหาและวิธีการ ตลอดจนให้ข้อเสนอที่เป็นประโยชน์ต่อตัวผู้วิจัยไว้อย่างมากมาย และยังขอบพระคุณไปยังเจ้าของเอกสารและงานวิจัยทุกท่าน ที่ผู้ศึกษาได้นำมาอ้างอิงในการทำวิจัย จนกระทั่งงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ตลอดจนบุคคลท่านอื่นๆ ที่

มิได้เอ่ยนามในที่นี้ ที่ได้เสนอข้อคิดเห็น ช่วยเหลือและให้ กำลังใจแก่ผู้ศึกษาเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. รายงานสำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุ ในประเทศไทย พ.ศ. 2550, 2550. Retrieved 6 มิถุนายน 2557, from http://service.ngo.go.th/nso/nsopublish/service/survey/rep_older50.pdf
2. สำนักงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ, 2557.
3. สมใจ ผ่านภูวณษ์ พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานในเขตเทศบาลตำบลวาริชภูมิ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานระดับชาติ ครั้งที่ 5 ณ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, กุมภาพันธ์ 2557, 2557. : 155 – 159.
4. สุภาวดี เปล่งชัย.ความชุกของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จากการบริโภคยาในชุมชน ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน, มีนาคม 2558, 11 (ฉบับพิเศษ) , 2558. : 33 – 42.
5. Robert V. Krejcie and Eayle W. Morgan. **Educational and Psychological Measurement**, 1970 : 608-609
6. กุสวดี เมื่อนันท. การสำรวจยาชุดในจังหวัดปทุมธานี. วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, มกราคม – มิถุนายน 2557, 17 (34) ,2557. : 1-13.
6. พิสนธิ์ จงตระกูล. การใช้ยาสมเหตุสมผล, คู่มือการใช้ยาสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ, 2557 : ๗1 – ๗4.
7. ภานุ วิริยานุทัย. ความชุกและลักษณะของร้านชำที่จำหน่ายยาปฏิชีวนะในเขตอำเภองาว จังหวัดลำปาง. วารสารเภสัชกรรมไทย. กรกฎาคม – ธันวาคม 2558, 7(2) : 167-177.
8. วีรพันธ์ เจริญผล. สาเหตุการตัดสินใจขายยาชุดในร้านชำเขตชนบทอำเภอเมือง จังหวัดเลย. การค้นคว้าอิสระ,มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, พฤษภาคม – มิถุนายน 2557, 59 –65.

การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A(H3) ในวัดแห่งหนึ่งจังหวัดอำนาจเจริญ เดือนตุลาคม 2560

An Outbreak Influenza A (H3) at temple somewhere in Amnatcharoen Province on October 2017

ปฐมพงศ์ ปรุโปร่ง¹, สำราญ เหล็กงาม², วารุณี นาสินพูน³

Pathompong Pruprong¹, SamranLekngam², WaruneeNasinpool³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาโดยการสอบสวนโรคทางระบาดวิทยา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิดA(H3)ในวัดแห่งหนึ่งจังหวัดอำนาจเจริญในเดือนตุลาคม 2560 ซึ่งสงสัยการระบาดไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มพระภิกษุในวัดแห่งหนึ่งที่อุปสมบทโครงการบรรพชาอุปสมบทหมู่เพื่อบำเพ็ญกุศลถวายเป็นพระราชกุศลพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตรเนื่องในโอกาสวันถวายพระเพลิงพระบรมศพ จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 6 รายคั้งนั้นทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว จังหวัดอำนาจเจริญ จึงออกสอบสวนโรคเพื่อค้นหาสาเหตุของการระบาดและดำเนินการควบคุมป้องกันโรค ในวันที่ 20-31 ตุลาคม 2560

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยรายแรกเริ่มป่วยในวันที่ 9 ตุลาคม 2560 ระหว่างป่วยไปขอรับใบรับรองแพทย์เพื่อประกอบการบรรพชาอุปสมบทในโครงการบรรพชาอุปสมบทหมู่เพื่อบำเพ็ญกุศลถวายเป็นพระราชกุศล พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร เนื่องในโอกาสวันถวายพระเพลิงพระบรมศพ โดยไม่ได้บอกประวัติการป่วยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับทราบและเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่วันที่ 13 ตุลาคม 2560 หลังจากนั้นก็มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยมีผู้ป่วยสูงที่สุดในวันที่ 19 ตุลาคม 2560 ผู้ป่วยรายสุดท้ายเริ่มป่วยวันที่ 24 ตุลาคม 2560

คำสำคัญ: การระบาด, ไข้หวัดใหญ่, ชนิดA(H3), วัด, อำนาจเจริญ

Abstract

This study was studied by investigation of epidemiology. Aimed to studied an Outbreak Influenza A (H3) at temple somewhere in Amnatcharoen Province on October 2017. Suspected outbreak 6 patients of influenza among groups of monks who ordained the ordination of the group to perform charitable donations to the charity the His Majesty King Bhumibol Adulyadej Boromnabophit on the occasion of the burial of the remains of Amnat Charoen Province. The Surveillance and Rapid Response Team in Amnatcharoen province investigated influenza on 20-31 October 2017 for the purpose of confirming the diagnosis and outbreak of influenza.

The study indicated that the first patient became ill between October 9, 2017 patients participated in the ordination of this charity project since October 13, 2017 and steadily increased afterward. The highest number of patients are on October 19, 2017 which the latest patient has the symptoms on October 24, 2017.

Keywords: Outbreak, Influenza, Type A (H3), Temple, Amnat Charoen

¹ พบ.,สม.รักษาการในตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

² สม.กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ อุบลราชธานี พบสารพันธุกรรมของไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A H3

³ วทบ.โรงพยาบาลหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ

บทนำ

โรคไข้หวัดใหญ่ เกิดจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ (Influenza Virus) โดยเชื้อไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล สามารถจำแนกออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่ ชนิดเอ บี และซี โดยที่พบมากที่สุด คือ ไข้หวัดใหญ่ ชนิดเอ (H1N1) (H3N2) รองลงมาได้แก่ ชนิด บี และซี เชื้อไวรัสที่อยู่ในเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย หรือเสมหะของผู้ป่วยแพร่ติดต่อไปยังคนอื่น ๆ ได้ง่าย เช่น การไอหรือจามรดกัน หรือหายใจเอาฝอยละอองเข้าไป หากอยู่ใกล้ผู้ป่วยในระยะ 1 เมตร บางรายได้รับเชื้อทางอ้อมผ่านทางมือหรือสิ่งของเครื่องใช้ที่ปนเปื้อนเชื้อ เช่น แก้วน้ำ ลูกบิดประตู โทรศัพท์ ผ้าเช็ดมือ เป็นต้น เชื้อจะเข้าสู่ร่างกายทางจมูก ตา ปาก ในผู้ใหญ่อาจแพร่เชื้อได้นานประมาณ 3-5 วัน นับจากเริ่มป่วย ในเด็กเล็กสามารถแพร่ได้นานกว่าผู้ใหญ่ อาจพบได้ 7-10 วัน และอาจนานขึ้นไปอีก ในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างรุนแรง อาการมักจะเกิดขึ้นทันทีทันใดด้วยอาการไข้สูง ตัวร้อน หนาว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อมาก โดยเฉพาะที่หลัง ต้นแขน ต้นขา ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คัดจมูก มีน้ำมูกใสๆ ไอแห้งๆ โดยในเด็กอาจพบอาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องร่วงได้มากกว่าผู้ใหญ่ ส่วนอาการคัดจมูก จาม เจ็บคอ พบเป็นบางครั้งในไข้หวัดใหญ่ แต่จะพบในไข้หวัดมากกว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง หายป่วยได้โดยไม่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล อาการจะทุเลาและหายป่วยภายใน 5 – 7 วัน แต่บางรายที่มีอาการปอดอักเสบรุนแรง จะพบอาการหายใจเร็ว เหนื่อย หอบ หายใจลำบาก ซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตได้⁽¹⁾

เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2560 เวลา 18.00 น. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญได้รับแจ้งจากงานระบาดวิทยาโรงพยาบาลหัวตะพานว่าพบพระภิกษุที่อุปสมบทในโครงการบรรพชาอุปสมบทหมู่เพื่อบำเพ็ญกุศลถวายเป็นพระราชกุศลพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตรเนื่องในโอกาสวันถวายพระเพลิงพระบรมศพ จังหวัดอำนาจเจริญ ณ วัดแห่งหนึ่งอำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 6 ราย เข้ารับการรักษาในเวลา 15.30 น. ด้วยอาการ ไข้ ไอ เจ็บคอ น้ำมูกใส ปวดศีรษะ ลักษณะคล้ายไข้หวัดใหญ่ เนื่องจาก

เหตุการณ์นี้เป็นเหตุการณ์ที่ผู้บริหารระดับสูงของจังหวัดอำนาจเจริญคือท่านผู้ว่าราชการจังหวัดอำนาจเจริญได้ให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาเร่งด่วนเพื่อหยุดการระบาดให้ได้ภายในเวลาที่จำกัดและป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือเสียชีวิต ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วจังหวัดอำนาจเจริญ (SRRT) ร่วมกับทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอหัวตะพานได้ดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรค ระหว่างวันที่ 20-31 ตุลาคม 2560

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่
2. เพื่อศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคไข้หวัดใหญ่ ตามบุคคล เวลา สถานที่
3. เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่
4. เพื่อดำเนินมาตรการควบคุมและป้องกันโรคที่เหมาะสม

วิธีการศึกษา

1. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

1.1 ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลหัวตะพานและทบทวนแบบบันทึกอุณหภูมิของผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่ ที่หน่วยปฐมพยาบาลเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลหัวตะพานในโรงพยาบาลพร้อมกับสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพิ่มเติม

1.2 ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในกลุ่มพระภิกษุที่อุปสมบทในโครงการบรรพชาอุปสมบทหมู่เพื่อบำเพ็ญกุศลถวายเป็นพระราชกุศลพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตรเนื่องในโอกาสวันถวายพระเพลิงพระบรมศพ จังหวัดอำนาจเจริญ ณ วัดแห่งหนึ่งอำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ โดยใช้แบบสอบถามที่ทีมสอบสวนได้จัดทำขึ้นดำเนินการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่และพระภิกษุรวมทั้งสิ้น 175 คน โดยมีนิยามดังนี้

- ผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่ (Suspect case) คือกลุ่มพระภิกษุที่อุปสมบทในโครงการบรรพชาอุปสมบทหมู่เพื่อบำเพ็ญกุศลถวายเป็นพระราชกุศลพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตรเนื่องใน

โอกาสวันถวายพระเพลิงพระบรมศพ จังหวัดอำนาจเจริญ ณ วัดแห่งหนึ่งอำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญที่มีอาการไข้ ร่วมกับอาการดังต่อไปนี้ 2 อาการ คือ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก มีเสมหะ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เชื้อบูตาอักเสบ หอบเหนื่อย อาเจียนและปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตั้งแต่วันที่ 1-31 ตุลาคม 2560

- ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) คือ ผู้ป่วย สงสัยไข้หวัดใหญ่ที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยืนยันว่าเป็นไข้หวัดใหญ่ โดยวิธี Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction (RT-PCR)

2. การสำรวจสภาพสิ่งแวดล้อม (Environmental survey) สำรวจสภาพแวดล้อมทั่วไปภายในวัดที่จัดงาน อุปสมบทในโครงการบรรพชาอุปสมบทหมู่เพื่อบำเพ็ญกุศลถวายเป็นพระราชกุศลพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตรเนื่องในโอกาสวันถวายพระเพลิงพระบรมศพ จังหวัดอำนาจเจริญสถานที่พัก สถานที่รับประทานอาหาร ห้องพยาบาล เรือนแยกผู้ป่วย สถานที่ทำกิจกรรมต่างๆ ภายในวัด พร้อมกับสังเกตการณ์กิจกรรมต่างๆ ควบคู่ไปด้วย

3. การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory investigation) สุ่มตรวจคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการไข้ ≥ 38 องศาเซลเซียส ร่วมกับอาการ ไอ หรือเจ็บคอ ภายใน 3 วัน นับจากวันเริ่มป่วย ส่งตรวจยืนยันด้วยวิธี Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) ส่งตรวจที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานี จำนวน 4 ราย

4. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ (Analytic study) ใช้รูปแบบการศึกษา แบบ Retrospective cohort study โดยประชากรที่ศึกษา ได้แก่ กลุ่มพระภิกษุที่อุปสมบทในโครงการบรรพชาอุปสมบทหมู่เพื่อบำเพ็ญกุศลถวายเป็นพระราชกุศลพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตรเนื่องในโอกาสวันถวายพระเพลิงพระบรมศพ จังหวัดอำนาจเจริญโดยสัมภาษณ์ได้ทั้งหมดจำนวน 175 รูป และใช้นิยามเช่นเดียวกับผู้ป่วยในการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

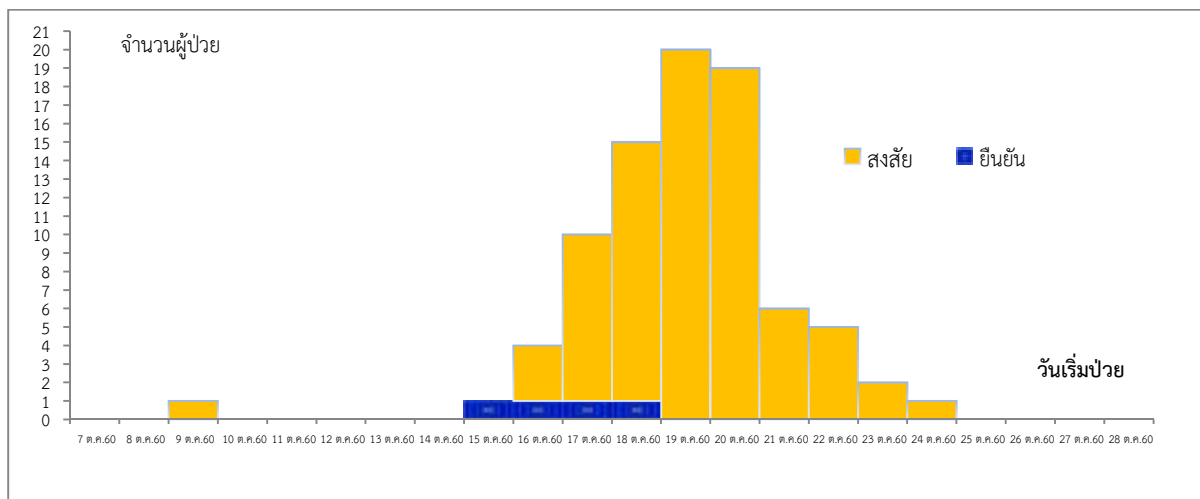
1.1 จากการสอบสวนโรคพบผู้ที่มีอาการเข้าได้กับนิยามผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ทั้งหมด 82 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยยืนยัน 4 ราย และผู้ป่วยสงสัย 78 รายจากพระภิกษุที่อุปสมบทในโครงการบรรพชาอุปสมบทหมู่เพื่อบำเพ็ญกุศลถวายเป็นพระราชกุศลพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตรเนื่องในโอกาสวันถวายพระเพลิงพระบรมศพ จังหวัดอำนาจเจริญทั้งหมด 175 รูป คิดเป็นอัตราป่วย ร้อยละ 46.86 ผู้ป่วยเป็นเพศชายทั้งหมด ค่ามัธยฐานของอายุผู้ป่วย คือ 50 ปี (พิสัย 20-77 ปี) จากผู้ป่วยทั้งหมด 82 ราย จำแนกเป็นผู้ป่วยที่ได้จากการค้นหาเพิ่มเติม (Active search) 70 ราย (ร้อยละ 85.37) และเป็นผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัย (Passive search) 12 ราย (ร้อยละ 14.63) ในกลุ่มผู้ป่วยยืนยันจำนวน 4 ราย ตรวจพบสารพันธุกรรมของไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A H3 ทั้งหมด อาการและอาการแสดงที่พบ ได้แก่ ไข้ ร้อยละ 100 รองลงมาได้แก่ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ มีเสมหะ อ่อนเพลีย และหอบเหนื่อย คิดเป็นร้อยละ 85.54, 73.49, 60.24, 28.92, 18.07, 14.46, 12.05 และ 9.64

1.2 สำหรับการระบาดครั้งนี้ มีผู้ป่วยเริ่มป่วยรายแรกในวันที่ 9 ตุลาคม 2560 จำนวน 1 ราย เป็นชายอายุ 62 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ที่ตำบลโคกก่ง อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ ระหว่างมีอาการ ไข้ ไอ เจ็บคอ มีความตั้งใจอยากจะเข้าร่วมโครงการฯ จึงชวนเพื่อนบ้านอีก 1 คน ไปเข้าร่วมกิจกรรม โดยไปขอรับใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในพื้นที่เพื่อประกอบการคัดเลือกเข้าร่วมอุปสมบทในโครงการบรรพชาอุปสมบทหมู่เพื่อบำเพ็ญกุศลถวายเป็นพระราชกุศลพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตรเนื่องในโอกาสวันถวายพระเพลิงพระบรมศพ จังหวัดอำนาจเจริญ โดยไม่ได้บอกอาการเจ็บป่วยให้เจ้าหน้าที่พยาบาลและหมอที่ออกไปรับรองแพทย์ให้ทราบเนื่องจากกลัวจะไม่ได้เข้าร่วมโครงการฯ จนกระทั่งในวันที่ 13 ตุลาคม 2560 ได้เดินทางโดยรถยนต์ส่วนตัวเข้ารายงานตัวเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมอุปสมบทพร้อมกับเพื่อนจากหมู่บ้านเดียวกันอีก 1

คนและขณะที่ทีมลงไปสอบสวนโรคผู้ป่วยรายนี้มีอาการเล็กน้อยได้ถูกคัดแยกไปพักที่เรือนพยาบาลโดยหน่วยปฐมพยาบาลเคลื่อนที่โรงพยาบาลหัวตะพานและขณะเดียวกันเพื่อนที่เดินทางมาพร้อมกับผู้ป่วยกำลังมีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ ปวดศีรษะ เริ่มป่วยในวันที่ 15 ตุลาคม 2560 จึงได้เก็บตัวอย่างจึงได้ทำการเก็บตัวอย่าง Nasopharyngeal Swab เพื่อตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ โดยวิธี RT-PCR ผลพบสารพันธุกรรมของไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A H3

การเข้าร่วมกิจกรรมอุปสมบทในโครงการบรรพชาอุปสมบทหมู่เพื่อบำเพ็ญกุศลถวายเป็นพระราชกุศลพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตรเนื่องในโอกาสวันถวายพระเพลิงพระบรมศพ จังหวัดอำนาจเจริญ มีกำหนดการให้รายงานตัวเพื่อเตรียมความพร้อมตั้งแต่วันที่ 13-15 ตุลาคม 2560 และเข้าร่วมพิธีบรรพชาอุปสมบทหมู่ในวันที่ 16 ตุลาคม 2560 ตั้งแต่เวลา 06.00 น.จนแล้วเสร็จพิธี ในวันที่ 17 ตุลาคม 2560 เวลาประมาณ 07.00 น. ซึ่งบริเวณที่จัดทำพิธีอุปสมบททั้งหมดคือโบสถ์ ซึ่งได้จัดให้เป็นที่พักสำหรับพระภิกษุที่บรรพชาอุปสมบทในโครงการฯ ด้วยเนื่องจากสถานที่พักหลังอื่นไม่สามารถรองรับได้ และในขณะที่ทำพิธีตลอดค่านั้นนั้นไม่อนุญาตให้บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องเข้าไปในบริเวณที่พักได้

พระภิกษุที่ได้อุปสมบทเรียบร้อยแล้วและกำลังจะเข้าร่วมพิธีจึงไม่มีที่พัก และได้รวมตัวกันนั่งพักบริเวณรอบๆนอกโบสถ์ ส่วนใหญ่จะไม่ได้นอนพักผ่อนอย่างเต็มที่ประกอบกับในคืนดังกล่าวมีพายุฝนตกลงมาเป็นบางช่วง และต่อมาในช่วงเช้าก็เริ่มปฏิบัติการกิจพระสงฆ์โดยออกบิณฑบาตรตอนเช้า ถิ่นภัตตาคารเช้าและร่วมปฏิบัติธรรมตามตารางปฏิบัติที่ได้จัดวางไว้ และในวันถัดมาก็เริ่มมีผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่เข้ารับการรักษาที่หน่วยปฐมพยาบาลเคลื่อนที่โรงพยาบาลหัวตะพานจึงได้ส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลหัวตะพานในรายที่มีไข้สูงการระบาดครั้งนี้พบผู้ป่วยมากที่สุดในวันที่ 19 ตุลาคม 2560 และพบผู้ป่วยรายสุดท้ายในวันที่ 24 ตุลาคม 2560 ซึ่งจากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยยืนยันที่เริ่มป่วยวันที่ 16 ตุลาคม 2560 น่าจะรับเชื้อมาจากผู้ป่วยรายแรกเนื่องจากเดินทางมาด้วยกันและนอนพักข้างกันและเป็นผู้แพร่เชื้อไปยังผู้ป่วยรายอื่นๆที่นอนข้างกันซึ่งที่นอนเป็นสิ่งที่ติดกันๆมีเพียงสัปดาห์ที่ไข้เป็นที่ยกเว้นไว้ ระยะห่างค่อนข้างน้อยและบริเวณเดียวกันบริเวณที่พักใช้เป็นที่ทำกิจกรรมของพระสงฆ์ในบางช่วงเวลาและในบริเวณที่พักและที่ทำกิจกรรมปฏิบัติธรรมมีการดื่มน้ำดื่มไว้บริการโดยวางถาดแก้วน้ำไว้ใกล้ๆ ซึ่งสังเกตว่ามีการใช้แก้วน้ำร่วมกันจึงทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อไข้หวัดใหญ่อย่างรวดเร็ว (ภาพประกอบ 1)



ภาพประกอบ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ จำแนกตามวันเริ่มในวัดแห่งหนึ่ง อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญระหว่างวันที่ 9-24 ตุลาคม 2560

1.3 กิจกรรมของโครงการบรรพชาอุปสมบทหมู่ เพื่อบำเพ็ญกุศลถวายเป็นพระราชกุศลพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตรเนื่องในวันถวายพระเพลิงพระบรมศพจังหวัดอำนาจเจริญระหว่างวันที่ระหว่างวันที่ 16-30 ตุลาคม 2560 ณ วัดแห่งหนึ่ง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดอำนาจเจริญ

กิจกรรมระหว่างวันที่ 13 – 15 ตุลาคม 2560 เริ่มรับลงทะเบียนชื่อนามานักผู้เข้าร่วมบรรพชาอุปสมบทหมู่ สามารถเข้ารายงานตัว ประชุมซักซ้อมชื่อนามานักระเบียบพิธีการปฏิบัติของผู้เข้าร่วมบรรพชาอุปสมบทหมู่ โดยทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการจะต้องพักที่วัดทั้งหมดและในวันที่ 16 ตุลาคม 2560 เวลา 06.00 น. เริ่มพิธีบรรพชาอุปสมบทหมู่ ตั้งแต่พิธีปลงผมพิธีสู่ขวัญและประกอบพิธีบรรพชาอุปสมบทตามพระธรรมวินัยจำนวนทั้งหมด 175 รูป จนแล้วเสร็จในวันที่ 17 ตุลาคม 2560 ประมาณ เวลา 07.00 น. หลังจากนั้นพระภิกษุที่บรรพชาอุปสมบทตามโครงการทุกรูปต้องปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติสำหรับผู้เข้าปฏิบัติ ของสำนักปฏิบัติธรรมประจำจังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งมีกิจวัตรประจำวัน ดังนี้ เวลา 03.30 – 04.00 น. สัตถ์ธรรมะนั่ง ตื่นนอน ทำกิจส่วนตัว เวลา 04.00 – 05.00 น. ทำวัตรเช้า เจริญสมาธิภาวนา เวลา 05.00 – 06.30 น. ออกรับบิณฑบาต เวลา 07.00 – 08.30 น. ถวายภัตตาหารเช้า ทำกิจส่วนตัว เวลา 08.30 – 11.00 น. เติมน้ำดื่ม นั่งสมาธิ เจริญภาวนา เวลา 11.00 – 13.00 น. พักผ่อนตามนัยอเนกปฏิบัติภา ทำภารกิจส่วนตัว เวลา 13.00 – 16.00 น. เติมน้ำดื่ม นั่งสมาธิ เจริญภาวนา เวลา 16.00 – 18.00 น. ถวายน้ำปานะ ถวายอาหารวิหารลานเจดีย์ เวลา 18.00 – 22.00 น. ทำวัตรเช้า สวดมนต์ ฟังธรรม เติมน้ำดื่ม เจริญภาวนา เวลา 22.00 – 03.30 น. พักผ่อนตามนัยอเนกปฏิบัติภา

2. ผลการศึกษาสิ่งแวดล้อม (Environmental survey results) สถานที่วัดที่จัดพิธีบรรพชาอุปสมบทหมู่ ในครั้งนี้เป็นวัดขนาดใหญ่ประจำอำเภอมีเนื้อที่ประมาณ 30 ไร่ และเป็นสถานที่สำหรับรองรับการปฏิบัติศาสนกิจที่สำคัญๆของจังหวัดอำนาจเจริญ เป็นสถานที่เปิดสอนปริยัติธรรมทำพิธีปริวาสกรรมสำหรับพระภิกษุสงฆ์ที่เดินทางมา

จากที่อื่นๆ และรองรับการจัดกิจกรรมทางพุทธศาสนาของอำเภอและของจังหวัดอำนาจเจริญ วัดได้จัดสถานที่ไว้เป็นสัดส่วน มีโรงอาหารขนาดใหญ่ มีที่พักสำหรับพระสงฆ์และแม่ชีที่บวชประจำ ที่พักสำหรับผู้ที่มาปฏิบัติธรรมตามโครงการต่างๆ แต่ในช่วงที่มีการบรรพชาอุปสมบทหมู่ตามโครงการดังกล่าวมี พระภิกษุจำนวนหนึ่งที่ได้เดินทางมาประกอบพิธีปริวาสกรรม ทำให้สถานที่พักสำหรับพระภิกษุที่บรรพชาอุปสมบทหมู่ตามโครงการไม่เพียงพอ กับที่พักที่ทางวัดจัดไว้ จึงใช้โบสถ์มีลักษณะ 2 ชั้นที่ใช้สำหรับประกอบพิธีสงฆ์ เป็นที่พัก โดยจัดที่พักไว้ทั้งชั้นบนและชั้นล่าง ชั้นบนสภาพโล่ง ลมโกรกแสงแดดสามารถส่องถึง ที่นอนแต่ละรูปจะปูเสื่อเรียงติดๆกันได้ประมาณ 50-60 รูป ส่วนด้านล่างจะเป็นบริเวณที่สำหรับทำพิธีสงฆ์ในบางครั้ง อากาศไม่ค่อยระบาย แสงแดดส่องถึงน้อย ใช้เป็นที่เก็บอุปกรณ์ประกอบพิธีทางศาสนา และปูพรมไว้เป็นบางส่วน สามารถพักได้โดยนอนเรียงติดๆกันได้ ประมาณ 150-200 รูป ซึ่งพระภิกษุได้ปูเสื่อนอนติดๆกันโดยมีอุปกรณ์สัมภาระส่วนตัวเป็นที่กั้นเล็กน้อย ในบริเวณที่พักยังจัดบริการน้ำดื่ม อยู่บริเวณหน้าห้องพักจำนวน 1 ตู้ บริเวณที่ลานปฏิบัติธรรม จำนวน 1 ตู้ มีถาดแก้วน้ำสำหรับรองดื่ม ประมาณ 4-6 ใบและมีถังที่บรรจุน้ำดื่มตั้งไว้บริการเป็นจุดๆพร้อมกับถาดแก้วน้ำในห้องพักจากการสังเกตพฤติกรรมการจันทน์น้ำของพระภิกษุ บางรูปมีขวดน้ำส่วนตัวไม่จันทน์ร่วมกับคนอื่นแต่มีพระจำนวนมากที่ใช้บริการตู้ น้ำดื่มโดยใช้แก้วน้ำที่วางไว้ใกล้ตู้ น้ำบริการเมื่อจันทน์น้ำเสร็จจะวางแก้วน้ำไว้ในถาดเดิม และรูปต่อมาก็จะหยิบแก้วเดิมไปรองน้ำดื่ม ซึ่งแก้วนี้จะเปลี่ยนทำความสะอาดวันละ 1 ครั้ง สำหรับการจัดหาอาหารสำหรับพระภิกษุที่บวช ภัตตาหารเช้าจัดเป็นอาหารจานเดียวเช่น ข้าวต้ม ก๋วยจั๊บสลับกับในแต่ละวัน ส่วนภัตตาหารเพล จะจัดขึ้นโต๊ะจีนจำนวนอาหารมากขึ้นอยู่กับเจ้าภาพ ในแต่ละโต๊ะภัตตาหารร่วมกันประมาณ 8-10 รูป ลักษณะอาหารจะประกอบที่โรงครัวของวัดเริ่มตั้งแต่เวลา 09.00 น. จนแล้วเสร็จในเวลาประมาณ 11.00 น. พร้อมตั้งโต๊ะถวายจากการสังเกตพระภิกษุที่รับประทานอาหารร่วมกันจะไม่ใช้ช้อนกลาง ถึงแม้ว่าทางโรงครัวจะจัดไว้ให้เพียงพอก็ตาม ส่วนที่ล้างมือสำหรับพระภิกษุ ที่อยู่บริเวณใกล้ที่พัก

บริเวณที่จัดกิจกรรมปฏิบัติธรรม แม้กระทั่งใกล้โรงครัว ไม่ได้จัดไว้ให้ ให้ไปใช้ที่ห้องน้ำซึ่งอยู่ไกลจากสถานที่ดังกล่าว ทำให้ไม่สะดวกต่อการล้างมือ ซึ่งพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมดังกล่าวทำให้มีความเสี่ยงที่จะแพร่กระจายเชื้อไวรัสหวัดใหญ่

3. ผลการศึกษาทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory investigation results) ทำการสุ่มตรวจคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการ ไข้ (อุณหภูมิ ≥ 38 องศาเซลเซียส) ร่วมกับ

อาการไอหรือเจ็บคอได้ส่งตัวอย่าง Nasopharyngeal Swab เพื่อตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ โดยวิธี RT-PCR ส่งตรวจที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานี จำนวน 4 ตัวอย่าง ผลการตรวจพบสารพันธุกรรมของไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A H3 จำนวน 4 ตัวอย่าง

4. ผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ (Analytic study results)

ตาราง 1 ปัจจัยเกี่ยวกับการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ (Univariate analysis) ในวัดแห่งหนึ่งจังหวัดอำนาจเจริญ วันที่ 9 - 24 ตุลาคม 2560 (N=715)

พฤติกรรมเสี่ยง	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ		RR	95% CI
	ป่วย	ไม่ป่วย	ป่วย	ไม่ป่วย		
1. ไม่ค่อยล้างมือ	74	73	8	20	1.76	0.96-3.23
2. ใช้ช้อนรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น	31	13	51	80	1.81	1.36-2.41
3. ดื่มน้ำแก้วเดียวกับผู้อื่น	62	17	20	76	3.77	2.51-5.66
4. ใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น	5	0	77	93	2.21	1.87-2.60
5. สัมผัสหรือนอนใกล้ชิดกับผู้ป่วย	68	19	14	74	4.91	3.00-8.04
6. ไม่สวมหน้ากากอนามัย	77	70	5	23	2.93	1.31-6.59
7. รับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย	71	18	11	75	6.24	3.56-10.94
8. ทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย	44	25	38	68	1.78	1.30-2.43

ผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสหวัดใหญ่ในวัดแห่งหนึ่งจังหวัดอำนาจเจริญ อย่างมีนัยสำคัญใน ได้แก่ พฤติกรรมรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย (RR= 6.24, 95%CI 3.56-10.94) รองลงมาคือ สัมผัสหรือนอนใกล้ชิดกับผู้ป่วย (RR= 4.91, 95%CI 1.87-2.60) การดื่มน้ำแก้วเดียวกับผู้อื่น (RR= 3.77, 95%CI 2.51-5.66) และ ไม่สวมหน้ากากอนามัย (RR= 2.93, 95%CI 1.31-6.59) ใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น (RR= 2.21, 95%CI 1.87-2.60) ใช้ช้อนรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น (RR= 1.81, 95%CI 1.36-2.41) ทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย (RR= 1.78, 95%CI 1.30-2.43) และ น้อยสุดคือคือพฤติกรรมไม่ค่อยล้างมือ (RR= 1.76, 95%CI 0.96-3.23)

5. การดำเนินการควบคุมโรค

1. มีการตรวจคัดกรองพระภิกษุด้วยการวัดอุณหภูมิกายประจำวัน และซักประวัติอาการ หากพบผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ จะให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัย ทำการงดการเข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติธรรมได้จัดแยกที่พัก (จำวัด) กับกลุ่มพระภิกษุที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ โดยแยกเป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ ให้พักในเรือนพยาบาลของวัด และกลุ่มอาการเล็กน้อย ให้พักที่อาคารแยกต่างหาก พร้อมทั้งจัดที่นั่งในการปฏิบัติธรรม ห่างจากผู้ที่ไม่ป่วยและการรับประทานอาหาร(ฉัน) แยกต่างหาก ซึ่งเป็นไปตามหลักการดำเนินควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ จำเป็นต้องแยกผู้ป่วยหรือผู้ที่สงสัยโรคไข้หวัดใหญ่ ออกจากกลุ่มที่ยังไม่ป่วย เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อให้กับผู้อื่น และควรแยกผู้ป่วยไว้ในห้องแยกโรคแต่ถ้าหากไม่สามารถดำเนินการได้ให้รวมผู้ป่วยในห้องเดียวกันกับผู้ป่วยที่มี

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

อาการป่วยเดียวกัน เมื่อมีการรวมผู้ป่วยในห้องเดียวกัน (cohorting) และควรมีพื้นที่ระหว่างเตียงพอสมควร เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางละอองเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย (droplet precautions) สำหรับโรคไข้หวัดใหญ่การแยกผู้ป่วยในห้องแยกควรทำในช่วง 5 - 7 วันแรกของการป่วย⁽¹⁾

2. ให้ความรู้และวิธีการป้องกันการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ พระภิกษุที่บวชใหม่และพระพี่เลี้ยง โดยเน้นการล้างมือบ่อยๆ มารยาทในการไอจาม การสวมหน้ากากอนามัย ให้ใช้แก้วน้ำดื่มส่วนตัว และการใช้ช้อนกลาง ในการรับประทานอาหาร เนื่องจากโรคไข้หวัดใหญ่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ โดยผ่านการไอ จามโดยไม่ได้มีการป้องกัน ซึ่งเชื้อโรคสามารถติดต่อได้จากการที่มีสัมผัสกับสิ่งของ เครื่องใช้ หรือสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วย เช่น น้ำมูก น้ำลาย เสมหะ⁽¹⁾

3. จ่ายยาต้านไวรัส Oseltamivir ขนาด 75 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 2 ครั้ง กับพระภิกษุที่มีอาการไข้ (อุณหภูมิ ≥ 38 องศาเซลเซียส) ร่วมกับ ไอ หรือ เจ็บคอ สำหรับผู้ที่มีอาการป่วยไม่ดีขึ้นภายใน 48 ชั่วโมงแต่ยังไม่เกิน 5 วัน จำนวน ทั้งหมด 72 ราย รวมทั้งมีการติดตามอาการหลังกันยาทุกวัน ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการให้ยาด้านไวรัส Oseltamivir ในกลุ่มผู้ป่วยเข้าข่ายและยืนยันโรคไข้หวัดใหญ่⁽²⁾

4. ติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยด้วยอาการไข้หวัดใหญ่รายใหม่ เป็นระยะเวลา 10 วัน จนกว่าจะไม่พบผู้ป่วยเพิ่มเติม เนื่องจากระยะเวลาของการติดต่อของโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ที่ประมาณ 3-5 วันนับจากวันเริ่มป่วยและในเด็กเล็กสามารถแพร่ได้นานกว่าผู้ใหญ่ อาจพบที่ 7-10 วัน และเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่มีระยะฟักตัวอยู่ในช่วง 1-4 วันเฉลี่ย 3 วัน⁽¹⁾ การเฝ้าระวังว่าเหตุการณ์การระบาดของโรคว่าสงบหรือไม่ จึงดำเนินการเฝ้าระวังสูงสุดคืออย่างน้อย 2 เท่าของระยะฟักตัว

5. มีการติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการ ไข้สูง (อุณหภูมิ ≥ 38 องศาเซลเซียส) เกิน 48 ชั่วโมง หลังได้รับยาต้านไวรัสหรือผู้ป่วยที่มีอาการหอบเหนื่อย หากพบอาการดังกล่าวควรส่ง

ต่อไปรับการตรวจและรักษาที่โรงพยาบาลทันที เนื่องจากผู้ป่วยติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ร้อยละ 90 มีอาการน้อยหายได้เอง และมักจะมิไข้สูงภายใน 48 ชั่วโมง หลังจากนั้นอาการจะเริ่มดีขึ้น แต่มีบางกลุ่มได้แก่ผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือมีภาวะสุขภาพที่อาจทำให้เกิดอาการรุนแรง ได้⁽²⁾

6. เสนอมาตรการในการป้องกันการเหตุการณ์ซ้ำในวัดแห่งนี้ เนื่องจากมีการรวมตัวกันของคนจำนวนมากภายในพื้นที่จำกัด ซึ่งอาจเกิดการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ หรือโรคทางเดินหายใจอื่นๆ ได้อีก โดย⁽³⁾

6.1 ให้คำแนะนำสำหรับผู้ดูแลสถานที่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาทั้งด้านการอำนวยความสะดวกในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคแก่ผู้ร่วมงาน เช่น การจัดเตรียมอุปกรณ์สิ่งของที่จำเป็นของผู้ร่วมงาน จัดทำป้ายให้คำแนะนำในการป้องกันโรค จัดหาอ่างล้างมือและอุปกรณ์ในการทำมาสะอาด หน้ากากอนามัย ให้เพียงพอ รวมทั้งมีจุดพยาบาลในการดูแลรักษาเบื้องต้นที่สามารถแยกผู้ป่วยออกจากกิจกรรมการรวมตัวนั้นได้เร็วที่สุด ทั้งอำนวยความสะดวกในการส่งกลับไปรักษาตัวที่โรงพยาบาล

6.2 ให้คำแนะนำสำหรับผู้เข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนา ทั้งด้านการปฏิบัติตามหลักสุขอนามัย การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการป่วยคล้ายไข้หวัดใหญ่

สรุปและอภิปรายผล

พบการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในวัดแห่ง ในจังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A H3 โดยผู้ป่วยรายแรกเป็นชายอายุ 62 ปีที่มีอาการป่วยด้วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ก่อนที่จะเข้าร่วมบรรพชาอุปสมบทในครั้งนี้ และเดินทางเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกับเพื่อนด้วยรถยนต์คันเดียวกันในวันที่ 13 ตุลาคม 2560 และพบเพื่อนผู้ป่วยรายแรกเป็นผู้ป่วยยืนยันหลังจากนั้นก็เริ่มพบผู้ป่วยทยอยป่วยมากขึ้นการระบาดครั้งนี้พบผู้ป่วยมากที่สุดในวันที่ 19 ตุลาคม 2560 ซึ่งจากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยยืนยันที่เริ่มป่วยวันที่ 16 ตุลาคม 2560 น่าจะรับเชื้อมาจากผู้ป่วยรายแรกเนื่องจากเดินทางมาด้วยกันและนอนพักข้างกันและเป็นผู้แพร่เชื้อไปยังผู้ป่วยรายอื่นๆ ที่นอนข้างกันซึ่งที่นอนเป็นสิ่งที่บุติดกันๆ มีเพียงสัณการะที่ใช้เป็นที่กันไว้

ระยะห่างก่อนข้างน้อยปัจจัยเสี่ยงของการป่วยคือ พฤติกรรมรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วยและการสัมผัส หรือนอนใกล้ชิดกับผู้ป่วย การดื่มน้ำแก้วเดียวกับผู้อื่นไม่สวมหน้ากากอนามัย ใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่นใช้ช้อน รับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย และน้อยสุดคือคือพฤติกรรมไม่ค่อยล้างมือการดำเนิน มาตรการป้องกันโดยให้ศึกษาเรื่องการล้างมือ การแยก ผู้ป่วย การให้ใช้แก้วส่วนตัว และการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ทำให้การระบาดสิ้นสุดลงในระยะเวลาไม่นาน โดยพบ ผู้ป่วยรายสุดท้ายวันที่ 24 ตุลาคม 2560

ซึ่งการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด เอ H3 ใน ครั้งนี้ เกิดจากคนที่เป็นแหล่งรังโรค ซึ่งคนเป็นแหล่งรัง โรคหลักของไวรัสชนิด เอ (H3N2), (H1N1) และ ชนิดบี ส่วนการแพร่กระจายโรคเกิดจากการกระจายของฝอย ละอองขนาดใหญ่ ฝอยละอองขนาดเล็ก (แพร่กระจายใน อากาศ; airborne spread) วิธีการแพร่โรคหลักโดยการไอ หรือจามจากผู้ป่วยและการติดต่อโดยการสัมผัสใกล้ชิด จากการสัมผัสโดยตรง และโดยอ้อม ซึ่งไวรัสไข้หวัดใหญ่ สามารถมีชีวิตอยู่ได้หลายชั่วโมงบนพื้นผิว โดยเฉพาะ อย่างอย่างยิ่งในที่ที่มีอากาศเย็นและความชื้นต่ำ⁽¹⁾

การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในวัดแห่งนี้ อัตรา ป่วยรวมจะสูงมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น ซึ่ง มีอัตราป่วยประมาณร้อยละ 16.8 - 25.37⁽¹⁻⁴⁾ ประกอบ ประชากรในกลุ่มที่เข้าร่วมบรรพชาอุปสมบทหมู่ในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาวไทยที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปไม่ กำหนดอายุสูงสุดซึ่งในกลุ่มนี้มีอายุสูงสุด 77 ปี อายุเฉลี่ย มัธยฐาน 47 ปี (พิสัย 20-77 ปี)ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกัน ไข้หวัดใหญ่มาก่อนเพียงร้อยละ 9.14 (16/175) จึงทำให้

เอกสารอ้างอิง

1. วรยา เหลืองอ่อน, บรรณาธิการ. คู่มือการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ปี 2554. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล กรมส่งเสริมการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2554
2. คณะทำงานด้านการรักษาพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือมือแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุขในการรักษาและดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือ อาจติดเชื้อไข้หวัดใหญ่. พ.ศ.2554
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ ในสถานที่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา พ.ศ. 2560.
4. กัลยา จงเชิดชูตระกูล, วิวัฒน์ คำพิณ, วรณา วิจิตร, บุญยา จันทรสฤทธิ, ธัญญาสุทธวงศ์, อมรา ทองหงษ์ และคณะ. การสอบสวนกลุ่ม ผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในหน่วยฝึกทหารใหม่ในจังหวัดภาคเหนือ ประเทศไทย. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาด วิทยาประจำสัปดาห์ ปี 2552; ฉบับที่ 46: 776-777

ประชากรกลุ่มนี้ไม่มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไข้หวัดใหญ่ที่ระบาด ทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย

จากผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ ด้วยวิธี RT-PCR ส่งตรวจที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 1 อุบลราชธานี จำนวน 4 ตัวอย่าง ผลการตรวจพบสาร พันธุกรรมของไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A H3 จำนวน 4 ตัวอย่าง การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ครั้งนี้จึงน่าจะเป็น การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A H3

สำหรับปัจจัยเสี่ยงจากการสอบสวนการระบาดครั้ง นี้ ได้แก่ พฤติกรรมรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย และ การสัมผัสหรือนอนใกล้ชิดกับผู้ป่วย การดื่มน้ำแก้ว เดียวกับผู้อื่น เนื่องจากเชื้ออยู่ในเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย การ แพร่กระจายเชื้อไปยังผู้อื่นนอกจากจะติดต่อทางตรง คือ การไอหรือจามรดกัน ก็ยังสามารถติดต่อจากทางอ้อม เช่น แก้วน้ำได้ ร่วมกับพฤติกรรมไม่ค่อยล้างมือ ทำให้มีความ เสี่ยงที่จะติดเชื้อไข้หวัดใหญ่เพิ่มขึ้นด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าอาวาสวัด/เจ้าคณะตำบลกลุ่ม พระภิกษุกลุ่มพระภิกษุที่อุปสมบทโครงการบรรพชา อุปสมบทหมู่เพื่อบำเพ็ญกุศลถวายเป็นพระราชกุศล พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรม นาถพิตรเนื่องในโอกาสวันถวายพระเพลิงพระบรมศพ จัง หวัดอำนาจเจริญ และ เจ้าหน้า ที่ ของ สำนัก พระพุทธศาสนาจังหวัดอำนาจเจริญ ทีมเฝ้าระวังสอบสวน เคลื่อนที่เร็วอำเภอด่านช้างที่ให้การสนับสนุนและให้ ความร่วมมือเป็นอย่างดี ทำให้การศึกษาสำเร็จลุล่วงไป ด้วยดี

การพัฒนาแบบการจัดการปัญหาอุบัติเหตุภายใต้การจักระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอลำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of accident management model under the management of district health system Khammuang

District, Kalasin Province

ฉวีวรรณ ชมภูเข¹, กฤตเมธ อุตภูมิ¹

Chaweewan Chompookhao¹, Krittamath Auttapoom¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแบบการจัดการปัญหาอุบัติเหตุภายใต้การจักระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอลำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาการจัดการปัญหาอุบัติเหตุภายใต้การจักระบบสุขภาพอำเภอ จำนวน 40 คน 2) กลุ่มประเมินผลลัพธ์ คือประชาชนอำเภอลำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ใช้รถใช้ถนน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 360 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ข้อมูลเชิงปริมาณ 1) แบบประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนด้านการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 10 ข้อ และ 2) แบบสอบถามการดำเนินการตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของศูนย์อำนวยความสะดวกทางถนนอำเภอลำม่วง จำนวน 30 ข้อ 3) รายงานอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากโปรแกรมบันทึกข้อมูลอุบัติเหตุโรงพยาบาล ข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลโดยการถอดบทเรียนการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางการจราจรภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2559 – เดือนพฤษภาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบอัตราการการเกิดอุบัติเหตุและเสียชีวิตทางถนน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา การพัฒนาแบบการป้องกันการเสียชีวิตและลดอุบัติเหตุทางถนนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอลำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์สรุปเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1. ขึ้นวางแผน ประกอบด้วย (1) การจัดตั้งคณะกรรมการจัดการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ และการกำหนดบทบาทหน้าที่ (2) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และวิเคราะห์จุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน (3) การจัดทำแผนพัฒนาการป้องกันการเสียชีวิตและลดอุบัติเหตุทางถนน 2. ขึ้นปฏิบัติ ประกอบด้วย 9 กิจกรรม ได้แก่ (1) การจัดการข้อมูล การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาด้านการบาดเจ็บ (2) การสอบสวนการบาดเจ็บอุบัติเหตุทางการจราจร (3) การจัดการสิ่งแวดล้อมด้านวิศวกรรมจราจร (4) การจัดตั้งด่านชุมชน (5) การดำเนินงานมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางการจราจร (6) การบังคับใช้กฎหมาย (7) การสื่อสารความเสี่ยงและ (8) การส่งเสริมความปลอดภัยทางสุขภาพด้านการป้องกันอุบัติเหตุ (9) การคืนข้อมูล ขั้นที่ 4 การประเมินผลการดำเนินงาน การวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จและถอดบทเรียน จากการดำเนินงานดังกล่าวส่งผลให้การดำเนินงานการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนอยู่ในระดับดีเยี่ยม ความคิดเห็นของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยอำเภอลำม่วงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.58 S.D. = 0.64) และอัตราการเกิดอุบัติเหตุ ปี 2560 ในช่วงเดือนมกราคม - พฤษภาคม ร้อยละ 73.14 ลดลงร้อยละ 16.75 เมื่อเปรียบเทียบกับ ปี 2559 ในช่วงเวลาเดียวกัน และไม่มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

คำสำคัญ การจัดการอุบัติเหตุทางถนน, การมีส่วนร่วม, ระบบสุขภาพอำเภอ

Abstracts

Research and Development aims To develop a management model for the accident under management of district health system Khammuang District, Kalasin Province. Population, and the sample was divided into 2 groups: 1) Group of stakeholders in the development, management, accident management system under the Health District 40 people. 2) Evaluate the results. Is the Khammuang District, Kalasin Province. The road Selected by simple random sample of 360 people. Instruments used in research Quantitative data: 1) Assessment district for Disease Control strong sustainable prevention of road accidents number 10 and 2) Were implementing policies to reduce accidents on the roads of the Center for Road Safety Khammuang District number 30. 3) Report the rate of deaths and injuries from the accident data recorder hospital. Qualitative data collected by the Lessons in Preventing injuries from traffic accidents under the district health system. Data were

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

collected during the month of November 2016 - the month of May 2017, quantitative data analysis by descriptive statistics include percentage, mean, standard deviation. Compare rates of accidents and deaths on the roads. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Result: The study developed a model to prevent deaths and reduce road accidents under the health Khammuang District, Kalasin Province concluded a four-step process: 1. Plannig (1) the establishment of a committee on road safety levels district and defining roles and responsibilities, (2) analysis of the problem and analyze the risk of road accidents (3) develop a plan to prevent deaths and reduce road accidents 2. Practice comprises nine activities: (1) information management Surveillance Epidemiology of Injury (2) to investigate injury accidents, traffic (3) Environmental management and traffic engineering (4) establish the Community (5) implementation of measures and Traffic Safety (6). Law enforcement (7) risk communication, and (8) the promotion of health intelligence for the Prevention of accidents (9) recovery Step 4. Evaluation of the implementation. Analysis of success factors and lessons learned. The operating result in such operations to prevent injuries from road accidents is excellent. The Commission's Security Operations Center Khammuang District were at a moderate level ($\bar{x} = 3.58$ $SD = 0.64$), and the accident rate in 2017 during the months of January to May of 73.14 percent decline to 16.75 compared. During the same year 2016 And no deaths from road accidents.

บทนำ

อุบัติเหตุจากการจราจรทางถนน เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก จำนวนผู้บาดเจ็บ ผู้พิการ และผู้เสียชีวิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูล Global Status on Road Safety 2015 ขององค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นอันดับ 2 ของโลก โดยมีอัตราตาย 36.2 ต่อแสนประชากร^[1] และจากข้อมูลบูรณาการ 3 ฐาน (สาธารณสุข ตำรวจ และบริษัทกลาง ฯ) พบว่า คนไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนมากถึงปีละ 23,000 – 24,000 คน หรือชั่วโมงละ 3 คนบาดเจ็บไม่ได้นอนโรงพยาบาลนับล้านคน และนอนรักษาตัวโรงพยาบาลเกือบสองแสนคนต่อปี พิการอีกปีละกว่า 7,000 คน คิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจกว่า 2 แสนล้านบาทต่อปี^[2]

จากรายงานการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2559 พบว่า จำนวนผู้บาดเจ็บ ทุพพลภาพ และเสียชีวิต จากอุบัติเหตุทางถนนมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2559 มีจำนวนผู้บาดเจ็บและทุพพลภาพสูงที่สุด คือ จำนวนผู้บาดเจ็บ 332,465 ราย ทุพพลภาพ 1,095 ราย และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 10,363 ราย ซึ่งคิดเป็นอัตราการบาดเจ็บ เท่ากับ 504.25 ต่อแสนประชากร และอัตราตายเท่ากับ 15.71 ต่อแสนประชากร^[3]

สถานการณ์ของจังหวัดกาฬสินธุ์ พ.ศ. 2555-2559 พบว่า จำนวนผู้บาดเจ็บทางถนนมีแนวโน้มสูงขึ้น คือ

2,371, 2,312, 2,255 2,783 และ 2,911 ราย ตามลำดับ ซึ่งในปี 2559 มีผู้บาดเจ็บทางถนนสูงสุด^[4] สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอกำแพง พ.ศ. 2554-2558 มีจำนวนผู้บาดเจ็บทางถนน เท่ากับ 64, 64, 62, 93 และ 86 ราย ตามลำดับ และจำนวนผู้เสียชีวิต เท่ากับ 3, 5, 9, 3 และ 4 ราย และเมื่อเปรียบเทียบจำนวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตทางถนน ปี พ.ศ. 2559 กับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2554-2558) พบว่า จำนวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตทางถนนของอำเภอกำแพง มีค่าสูงกว่าค่ามัธยฐาน^[5]

อุบัติเหตุทางถนนจึงเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อประเทศอย่างต่อเนื่องยาวนาน และสมควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนจริงจัง^[6] ซึ่งคณะรัฐมนตรี มีมติเมื่อวันที่ 29 กันยายน 2552 เห็นชอบให้ดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนเป็นวาระแห่งชาติและกำหนดให้ปี 2554-2563 เป็นปี “ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน” (Decade of Action for Road Safety) กำหนดเป้าหมายตามมาตรฐานสากลให้สามารถลดอัตราให้สามารถลดอัตราการเสียชีวิตของคนไทยจากอุบัติเหตุทางถนนลงในอัตราที่ต่ำกว่า 10 คนต่อแสนประชากรคน^[7] ภายใต้แนวทาง “ประชารัฐ” เพื่อให้ทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และภาคประชาสังคม ได้เข้ามาร่วมรับผิดชอบต่อกระบวนการขับเคลื่อนภารกิจป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย ทั้งร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมกำหนดแนวทาง ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผลการดำเนินงาน

นโยบายการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ถือได้ว่าเป็นกลไกหลักในการดำเนินงานของรัฐบาลและหน่วยงานภาครัฐในการที่จะลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ลดการสูญเสียในชีวิตและทรัพย์สินให้น้อยลง แม้ว่าที่ผ่านมา อำเภอมีศูนย์อำนวยการปลอดภัยทางถนน ดำเนินการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนน แต่ยังไม่สามารถลดการเสียชีวิตลงได้ เนื่องจากการดำเนินงานตามภารกิจของแต่ละหน่วยงาน ขาดพลังของการมีส่วนร่วมในการแก้ไขด้วยทิศทางเดียวกัน จากการถอดบทเรียนของคณะกรรมการ สปถ. อำเภอคำม่วง พบว่า จุดอ่อนของการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาคือการขาดการบูรณาการวิเคราะห์ข้อมูล ขาดการวิเคราะห์จุดเสี่ยงร่วมกัน และขาดการประสานงานระหว่างภาคีเครือข่าย ดังนั้นการเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนนในชุมชน โดยการบูรณาการเครือข่ายต่าง ๆ โดยใช้หลักการดำเนินงานที่มุ่งเน้นให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมชุมชนให้เกิดกระบวนการจัดการตนเองของชุมชน (Community Self-Managed) และภาคีหุ้นส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน และภาคประชาสังคมบนฐานการจัดการและเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Management/Learning) เพื่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และลดพฤติกรรมเสี่ยงทั้งระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน (Safe Community) จึงน่าจะเป็นยุทธวิธีที่สำคัญในการขับเคลื่อนเพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบท และสถานการณ์อุบัติเหตุ อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษากระบวนการจัดการปัญหาอุบัติเหตุภายใต้การจัดการระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ด้านการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ทดลองใช้ และประเมินผลรูปแบบการจัดการ

ปัญหาอุบัติเหตุภายใต้การจัดการระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้วิธีการศึกษาทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ ตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล

ประชากร คือ องค์กรภาคีเครือข่ายในพื้นที่ระดับอำเภอ เช่น นายอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.), สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.), โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.), องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.), วัด โรงเรียน หน่วยงานเอกชน หัวหน้าส่วนราชการ และภาคประชาสังคม ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง จำนวน 34 คน ซึ่ง ประกอบด้วย นายอำเภอ 1 คน ปลัดอำเภอ 2 คน. นายก อบต./อปท. 8 คน พัฒนาการอำเภอ 1 คน สาธารณสุขอำเภอ 1 คน ผอ. รพช. 1 คน ผอ. โรงเรียน 3 คน ท้องถิ่นอำเภอ 1 คน ปลัดตัวอำเภอคำม่วง 1 คน ผอ. กสน. 1 คน ผอ.รพ.สต. 6 คน กำนันทุกตำบล 6 คน สัสดีอำเภอคำม่วง 1 คน ผู้กำกับสถานีตำรวจภูธร 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับ การศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงาน

1.2 การดำเนินการตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ภายใต้ยุทธศาสตร์หลัก 5 ด้าน (5 Es) คือด้านการบังคับใช้กฎหมาย ด้านวิศวกรรมจราจร ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ด้านการให้ความรู้ และการประชาสัมพันธ์ ด้านการประเมินผลและสารสนเทศ โดยมีลักษณะ การตอบคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) และมีระดับการดำเนินงาน 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

1.3 แบบประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ด้านการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข) จำนวน 10 ข้อ การวัดและประเมินผล คือ (1) ระดับดี (Good) ดำเนินการได้ 6 กิจกรรม (2) ระดับดีมาก (Excellent)

ดำเนินการได้ 7 กิจกรรม (3) ระดับดีเยี่ยม (Advanced)
ดำเนินการได้ 8 กิจกรรม

1.4 รายงานอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจาก
โปรแกรมบันทึกข้อมูลอุบัติเหตุโรงพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบ
สังเกตพฤติกรรมในการปฏิบัติงานตามแผนที่จาก การ
วางแผนแบบมีส่วนร่วมแบบประเมินผล และติดตาม ผล
การดำเนินงานอุปกรณ์เสริมที่ช่วยในการเก็บรวบรวม
ข้อมูล ซึ่งได้จากการสังเกต การสนทนากลุ่ม และการ
สัมภาษณ์ซึ่งวิธีการที่หลากหลายจะช่วยให้ผลงานวิจัยมี
ความสมบูรณ์มากขึ้น

ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content
Validity) ผู้ศึกษานำแบบสอบถาม ที่สร้างขึ้นเสนอ
ผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา
ปรับปรุงแก้ไข แล้วนำไปเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณา
ความถูกต้อง เที่ยงตรง ครอบคลุมเนื้อหาในเรื่อง ที่จะวัด
ตรวจสอบรายละเอียดและแก้ไขแบบสอบถาม

ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของ
เครื่องมือโดยผู้ศึกษานำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้ (Try-
out) กับคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอสมเด็จ
จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น
แบบสอบถาม โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอน
บาช(Cronbach Coefficient Alpha)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นการวางแผน

1.1 การจัดตั้งคณะกรรมการจัดการความ
ปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ

1.2 ศึกษาข้อมูลทั่วไป และศึกษาข้อมูลเฝ้าระวัง
จากรายงานอุบัติเหตุของอำเภอลำปาง

1.3 การวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงาน
แบบเดิม และการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

1.4 จัดประชุมคณะกรรมการจัดการความ
ปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ ร่วมกันกำหนดกลยุทธ์และ
จัดทำแผนปฏิบัติการการป้องกันการเสียชีวิตและลด
อุบัติเหตุทางถนน

2. ขั้นปฏิบัติการ ดำเนินการตามแนวทางและ
แผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ในขั้นที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย 3
กลยุทธ์ 9 กิจกรรม

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้าน
อุบัติเหตุทางถนน มี 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) การจัดการ
ข้อมูล การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาด้านการบาดเจ็บ 2)
การสร้างเครือข่ายข้อมูลข่าวสารด้านอุบัติเหตุในระดับ
อำเภอ 3) พัฒนาศักยภาพทีมสอบสวนการบาดเจ็บทาง
ถนนในระดับตำบล

กลยุทธ์ที่ 2 การขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมี
ส่วนร่วมของทีมระบบสุขภาพอำเภอการแก้ไขจุดเสี่ยง
อุบัติเหตุ ได้แก่ 1) การปฏิบัติการค้นหาจุดเสี่ยง โดยการ
สร้างแผนที่จุดเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่ จากนั้น
ระดมความคิดว่าในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมาอุบัติเหตุเกิดขึ้นใน
อำเภอลำปางตรงไหนบ้าง โดยให้ปภ.หมุดลงบนแผนที่จุด
เสี่ยง กำหนดให้สีแดง เป็นบริเวณที่เมื่อเกิดอุบัติเหตุแล้วมี
คนตาย สีเหลือง เป็นพื้นที่เมื่อเกิดอุบัติเหตุแล้วบาดเจ็บ
สาหัส สีเขียว เป็นบริเวณที่ผู้ประสบอุบัติเหตุได้รับ
บาดเจ็บเพียงเล็กน้อย 2) การเลือกจุดเสี่ยงที่เห็นว่าควร
ปรับปรุงแก้ไขอย่างเร่งด่วน 3) การวิเคราะห์จุดเสี่ยง ระดม
ความคิดร่วมกันค้นหารูปแบบอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นบ่อย
บริเวณจุดเสี่ยง ปัจจัยด้านคน รถ ถนน ตามลักษณะบุคคล
เวลาและสถานที่ 4) วางแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขจุดเสี่ยง
อันตราย และปฏิบัติการกำจัดจุดเสี่ยงอันตราย 5) การ
สะท้อนข้อมูลสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนทุกเดือนใน
การประชุมคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ

กลยุทธ์ที่ 3 การส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพ
ด้านการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน 1) การอบรมให้ความรู้
ความฉลาดทางสุขภาพด้านการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน
2) การสื่อสารความเสี่ยงอุบัติเหตุทางถนน

3. ขั้นการติดตามและประเมินผล

3.1 ประเมินผลกระบวนการโดยการสังเกตการ
มีส่วนร่วมและสะท้อนผลของการปฏิบัติของ
คณะกรรมการจัดการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ
ในแต่ละระยะของการศึกษา

3.2 สรุปผล วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

4. ขั้นตอนการปรับปรุง

การสะท้อนผลการปฏิบัติงานจากการจัดประชุม คณะกรรมการจัดการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ โดยการถอดบทเรียน วิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนจากข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนการปฏิบัติมาวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อหาแนวทางในการปฏิบัติและปรับปรุงรูปแบบ การสะท้อนการปฏิบัติ โดยกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทำให้การพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบเป็นวงจรขึ้นต่อเนื่องกันไป ในการประชุมแต่ละครั้งจะมีการปรับปรุงและกระตุ้นให้สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของชุมชน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่เป้าหมายไว้

ผลการศึกษา

บริบททั่วไป อำเภอลำปางตั้งอยู่ทางทิศเหนือของ จังหวัดกาฬสินธุ์ ห่างจากตัวจังหวัดประมาณ 84 กิโลเมตร มีพื้นที่ 621 ตารางกิโลเมตร หรือ ประมาณ 388,125 ไร่ แบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 6 ตำบล 71 หมู่บ้าน 11,445 หลังคาเรือน ลักษณะภูมิประเทศ พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบและภูเขา รวมทั้งเป็นแหล่งต้นน้ำลำธาร และยังเป็นแหล่งต้นน้ำลำธาร และยังเป็นป่าไม้เขตอุทยานแห่งชาติภูพาน ป่าสงวนเขตภูพาน และป่าตามมติคณะรัฐมนตรี ด้านสังคมและประชากร โครงสร้างทางสังคม มีความเป็นสังคมชนบทชอบอยู่เป็นกลุ่ม ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพ การเกษตร มีความเป็นอยู่อย่างเรียบง่าย สังคมไม่สลับซับซ้อน ไม่ชอบการเคลื่อนย้าย มีความยึดมั่นในขนบธรรมเนียมประเพณีที่มีอยู่เดิม จำนวนประชากรทั้งสิ้น 50,271 คน ปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของอำเภอลำปางที่ผ่านมามีว่าอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน มีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากการดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นการดำเนินงานตามภารกิจของแต่ละหน่วยงาน ขาดการมีส่วนร่วมในการแก้ไขด้วยทิศทางเดียวกัน

จากกระบวนการในการดำเนินการวิจัย มีการจัดประชุมผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์การจัดการปัญหาอุบัติเหตุภายใต้การจัดการระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอลำปาง จังหวัดกาฬสินธุ์ และจัดทำแผนแก้ไขปัญห จำนวน 3 กลยุทธ์ 10 กิจกรรม ดำเนินการภายใต้คณะกรรมการระบบ

สุขภาพอำเภอ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก และปรับเป็นกระบวนการ 5 ส. ดังนี้ 1) สารสนเทศ (Information) การจัดการข้อมูล และการสอบสวนการบาดเจ็บจากการจราจร (Investigation) 2) จุดเสี่ยง (Focus on priority problem) การชี้เป้าจุดเสี่ยง กลุ่มเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยง 3) สุดคุ้ม (Cost effective) การกำหนดมาตรการที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า 4) สหสาขา (Multidisciplinary approach) ขับเคลื่อนโดยสหสาขาวิชาชีพ 5) ส่วนร่วม (Stakeholder & Community participation) การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนากระบวนการป้องกันการเสียชีวิตและลดอุบัติเหตุทางถนนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอลำปาง จังหวัดกาฬสินธุ์สรุปเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1. ขั้นวางแผน ประกอบด้วย (1) การจัดตั้งคณะกรรมการจัดการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ และการกำหนดบทบาทหน้าที่ (2) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และวิเคราะห์จุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน (3) การจัดทำแผนพัฒนาการป้องกันการเสียชีวิตและลดอุบัติเหตุทางถนน 2. ขั้นปฏิบัติ ประกอบด้วย 9 กิจกรรม ได้แก่ (1) การจัดการข้อมูล การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาด้านการบาดเจ็บ (2) การสอบสวนการบาดเจ็บอุบัติเหตุทางจราจร (3) การจัดการสิ่งแวดล้อมด้านวิศวกรรมจราจร (4) การจัดตั้งด่านชุมชน (5) การดำเนินงานมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางจราจร (6) การบังคับใช้กฎหมาย (7) การสื่อสารความเสี่ยงและ (8) การส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพด้านการป้องกันอุบัติเหตุ (9) การคืนข้อมูล ขั้นที่ 4 การประเมินผลการดำเนินงาน การวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จและถอดบทเรียน

การดำเนินการตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน อำเภอลำปาง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวม พบว่า คณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอ เห็นว่าการดำเนินการตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน อำเภอลำปาง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.58$) เมื่อ

พิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ามีการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก 4 ด้าน คือ ด้านการบังคับใช้กฎหมาย ($\bar{X} = 3.82$) ด้านการให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ ($\bar{X} = 3.54$) ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ($\bar{X} = 3.63$) ด้านการประเมินผลและสารสนเทศ ($\bar{X} = 3.58$) และมีการดำเนินการอยู่ในระดับปานกลางอีก 1 ด้าน คือ ด้านวิศวกรรมจราจร ($\bar{X} = 3.35$) ดังตาราง และผลการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ด้านการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน อยู่ในระดับดีเยี่ยม

ตาราง 1 การดำเนินการตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวม

ที่	การดำเนินการตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการดำเนินงาน
1.	ด้านการบังคับใช้กฎหมาย	3.82	0.61	มาก
2.	ด้านวิศวกรรมจราจร	3.35	0.87	ปานกลาง
3.	ด้านการให้ความรู้และการประชาสัมพันธ์	3.54	0.93	มาก
4.	ด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	3.63	0.88	มาก
5.	ด้านการประเมินผลและสารสนเทศ	3.58	0.77	มาก
	โดยรวม	3.58	0.64	มาก

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการดำเนินการจัดการปัญหาอุบัติเหตุภายใต้การจัดการระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ การเปิดโอกาสและสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอน ตลอดจนการติดตามและประเมินผล ส่งผลให้การ

ดำเนินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน อยู่ในระดับดีเยี่ยม ตามเกณฑ์ประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้านอุบัติเหตุ อัตราการเกิดอุบัติเหตุ ปี 2560 ในช่วงเดือนมกราคม - พฤษภาคม ร้อยละ 73.14 ลดลงร้อยละ 36.75 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2559 ในช่วงเวลาเดียวกัน และไม่มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน การจัดการจุดเสี่ยงที่มีอยู่ในอำเภอรวม 10 จุด จากทั้งหมด 26 จุด

จากผลการศึกษากการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนผ่านระบบสุขภาพอำเภอ (DHS-RTI) อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลศึกษานำมาอภิปรายตามข้อสรุป ดังนี้

1. ระดับการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนผ่านระบบสุขภาพอำเภอ (DHS-RTI) อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เพราะอำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาลในการที่จะป้องกันและแก้ไขปัญหาคอขวด ทางถนนของจังหวัด โดยได้มีการจัดตั้งศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนในระดับอำเภอเพื่อดำเนินการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน และได้นำยุทธศาสตร์ 5 ด้าน มาเป็นยุทธศาสตร์หลัก ในการดำเนินงานมีเป้าหมายเพื่อยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ ลดจำนวนการเกิดอุบัติเหตุและความสูญเสียในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนให้น้อยลงตามนโยบายของรัฐบาล เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการบังคับใช้กฎหมาย ด้านการให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ ด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และด้านการประเมินผลและสารสนเทศ อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านวิศวกรรมจราจร อยู่ในระดับปานกลาง สามารถอภิปรายผลเป็นรายด้านได้ดังนี้

1.1 ดำเนินการดำเนินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนผ่านระบบสุขภาพอำเภอ (DHS-RTI) อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้านการบังคับใช้กฎหมาย อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ท่านคิดว่าการบังคับใช้กฎหมายจราจรอย่างเข้มงวดมีความสำคัญต่อการลดอุบัติเหตุทางถนน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ทั้งนี้เป็นเพราะการเกิดอุบัติเหตุทางถนนส่วนใหญ่เกิดจากการไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร การบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดจะช่วย

ลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนนสอดคล้องกับงานวิจัยของ กาญจนา ชังขาว และสุทธิลักษณ์ หนุรอด (2547 : บทคัดย่อ) ทำการศึกษาประเมินผลมาตรการแก้ไขปัญห อุบัติเหตุจราจรทางบก พบว่าสถานการณ์และ แนวโน้ม ปัญหาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร มีลักษณะคล้ายกัน คือผู้บาดเจ็บลดลงแต่ผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นสำหรับสาเหตุของ การบาดเจ็บส่วนใหญ่มีความเห็นว่าจะเกิดจากปริมาณ รถเพิ่มขึ้น ถนนสภาพดีและมีโครงข่ายเชื่อมต่อกันมาก ขึ้น มีการดำเนินการตามมาตรการแต่ไม่ต่อเนื่องการ ดำเนินงานขึ้นอยู่กับนโยบายของจังหวัด ระยะเวลาและ ความถี่ในการดำเนินงาน ตามมาตรการ ตรวจจับการฝ่าฝืน กฎหมาย ไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาจึงควรมีมาตรการ ทางกฎหมายเพิ่มเติม

1.2 ดำเนินการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจาก อุบัติเหตุทางถนนผ่านระบบสุขภาพอำเภอ (DHS-RTI) อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้านวิศวกรรมจราจรอยู่ ใน ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีการนำ ข้อมูลจุดที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยมาหาสาเหตุการเกิดเพื่อ วางแผน แก้ไข ทั้งนี้คณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอคำ ม่วง ได้มีการนำข้อมูลจุดที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยมาหาสาเหตุ และ ทำการปรับปรุงถนนและช่องทางจราจรอยู่เป็นประจำ ทำให้จำนวนอุบัติเหตุที่เกิดในบริเวณเดียวกัน อยู่ในระดับ มาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทบวงมหาวิทยาลัย (2545 : 6-9) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุ พบว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุมาอีกประการหนึ่ง ได้แก่ สภาพถนน คือความสมบูรณ์ของถนนมีความไม่ เหมาะสมกับการใช้งานหรือมีขอบกพร่อง เช่น ผิวถนนมี ความเสียดทานน้อย ถนนเป็นหลุมเป็นบ่อ ถนนขาด และ ถนนกำลังซ่อมบำรุง เป็นต้น ขอบกพร่อง ต่าง ๆ เหล่านี้ อาจเป็นสาเหตุให้เกิดอุบัติเหตุ สภาพพื้นผิวถนน คือ สภาพผิวทางขณะเกิด อุบัติเหตุ เช่น ถนนลื่น มีโคลน ทราย ดิน หรือน้ำมัน บนผิวจราจร อันเป็นผลมาจากทั้ง ธรรมชาติและจากมนุษย์ สิ่งกีดขวางจราจรคือ วัตถุที่ขวาง หล่นบนผิวจราจร รถจอดกีดขวาง และสอดคล้องกับ ผล การสำรวจปัญหา ด้านการจราจรภายในมหาวิทยาลัยบูรพา ของสถาบันและสารสนเทศ กองแผนงาน สำนักงาน อธิการบดี มหาวิทยาลัยบูรพา (2546 : บทคัดย่อ) พบว่า

มหาวิทยาลัยบูรพามีปัญหาด้านการจราจร คือ ถนน บริเวณวงเวียนมีกรวดทรายบนผิวถนนมาก ทำให้เกิด อันตรายเวลาขับขี่ในวงเวียนหรือ เมื่อต้องเบรกอย่าง กะทันหัน

1.3 การดำเนินการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บ จากอุบัติเหตุทางถนนผ่านระบบสุขภาพอำเภอ (DHS-RTI) อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้านการให้ความรู้และ ประชาสัมพันธ์ อยู่ใน ระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็น รายข้อ พบว่า การประชาสัมพันธ์ทางสื่ออย่างต่อเนื่องจะกระตุ้น สร้างแรงจูงใจให้ปฏิบัติตาม มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ทั้งนี้เป็น เพราะดำเนินการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจาก อุบัติเหตุทางถนนผ่านระบบสุขภาพอำเภอ (DHS-RTI) อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีการ ประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับโทษที่เกิดจากอุบัติเหตุทางถนนอย่างต่อเนื่องตาม ช่องทางการกระจายเสียง ทางวิทยุท้องถิ่น สอดคล้องกับ งานวิจัยส่วนใหญ่ที่เสนอว่าการที่จะป้องกันอุบัติเหตุให้มี ประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพนั้น จะต้องจัดอบรมให้ ความรู้เกี่ยวกับการขับขี่รถให้ถูกต้องและปลอดภัย พิทักษ์ พงษ์ ครอบชนม์ (2545 : บทคัดย่อ) ได้ระบุว่าหาก ประชาชนผู้ใช้รถใช้ถนนยังขาดความสำนึกในการเคารพ กฎจราจร ดังนั้นการให้การศึกษาอบรม ได้แก่ การให้ การศึกษาอบรม เผยแพร่ความรู้ทางด้านกฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิและหน้าที่ พลเมืองขั้นพื้นฐาน ในเรื่องการใช้รถใช้ถนน จึงเป็น หนทางที่ดีที่สุดเพื่อให้ประชาชนผู้ใช้รถใช้ถนนเกิดนิสัย ปฏิบัติตน ให้ปลอดภัยและมีจิตสำนึกปลอดภัยไว้ก่อน

2. ปัจจัยและเงื่อนไขที่นำไปสู่ความสำเร็จ ปัจจัย แห่งความสำเร็จในการดำเนินงานครั้งนี้เกิดจาก ผู้บริหาร ให้ความสำคัญและสนับสนุนอย่างจริงจัง มีการกำหนด นโยบายและประเด็นในการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุในพื้นที่ ชัดเจน มีระบบการจัดการข้อมูลที่ดี มุ่งเน้นการมีส่วนร่วม ของทุกภาคส่วน และมีการกำกับติดตามที่มีประสิทธิภาพ ของผู้บริหาร

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาด้านชุมชนให้เป็นด้านชุมชนคุณภาพ

2. ท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการลดอุบัติเหตุทางถนน ให้มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน ครอบคลุม และเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย

เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และสามารถสร้างความตระหนักในการขับอย่างปลอดภัยและต่อเนื่อง

3. ขยายผลไปยังพื้นที่ระดับตำบล หมู่บ้าน โดยการทำข้อตกลงร่วมกัน (MOU)

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization **Global status report on road safety 2015**. . [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2560] <http://www.searo.who.int/thailand/areas/gsr-thai.pdf?ua=1>
2. WHO, ed. (2015). **"WHO Report 2015: Data tables"** (PDF) (official report). Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015
3. หน่วยเฝ้าระวังและสะท้อนสถานการณ์ทางถนน. [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2560] สถานการณ์อุบัติเหตุในภาพรวม. <http://trso.thairoads.org/statistic/national/N-SPI-A>
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากทางจราจร ปี 2555-2559 . กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ อัดสำเนา; 2560
5. กฤตเมธ อัดภูมิ. รายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนอำเภอคำม่วง ปี 2555-2559. [วิเคราะห์จากฐานข้อมูลโปรแกรม IS WIN]; 2560
6. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการประเมินการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน **DHS-RTI**. กรุงเทพมหานคร: เอ.พี. กราฟิค ดีไซน์และการพิมพ์; 2559
7. ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน. แผนที่ทางเชิงกลยุทธ์ ศตวรรษแห่งความปลอดภัยทาง ถนน [Internet]. [สืบค้นเมื่อ ธันวาคม 2560]. แหล่งข้อมูล: [http:// www.roadsafetythailand.com/main/files/data/strategic_map.pdf](http://www.roadsafetythailand.com/main/files/data/strategic_map.pdf)

กาญจนา ยังขาว และสุทธิลักษณ์ หนูรอด. ประเมินผลมาตรการแก้ไขปัญหารถจักรยานตก. นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช, 2547.

ทพวงมหาวิทยาลัย. เอกสารประกอบการฝึกอบรมโครงการอบรมนิสิตอาสาสมัครรักษาความปลอดภัยด้านการจราจร (สปจร). กรุงเทพฯ : ทพวงมหาวิทยาลัย, 2545.

สถาบันและสารสนเทศ กองแผนงาน สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยบูรพา. รายงานประจำปี 2546. ชลบุรี : อินฟินิตี้กราฟฟิกส์, 2546.

พงษ์พิทักษ์ กรองชนม์. ทักษะและพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในเขตเทศบาลเมืองบางละมุง จังหวัดชลบุรี. ปัญหาพิเศษ ปร.ม. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา, 2545

การพัฒนาความผูกพันองค์กรของบุคลากร ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

The Development of Staff Engaged in Ubon Ratchathani Provincial Health Office.

พิบูลย์ พิมพ์จำปา¹, วิรติ ปานศิลา และสุพร ลอยหา

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากประสบการณ์การปฏิบัติ (Practical Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาความผูกพันองค์กรของบุคลากร ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเป้าหมาย คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 255 คน ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2559 ถึง 30 กันยายน 2559 โดยใช้เครื่องมือเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการพัฒนาความผูกพันองค์กรครั้งนี้ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ 1) ประชุมชี้แจงคณะทำงาน 2) ค้นหาประเด็นปัญหาที่สำคัญ 3) ประชุมวางแผนการดำเนินงาน 4) ดำเนินการแก้ปัญหาตามแผน 5) การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผล 6) ประชุมคณะทำงานสรุปผลถอดบทเรียน 7) คืนข้อมูลให้บุคลากร จาก 7 ขั้นตอน นี้ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมาย มีระดับความผูกพันองค์กรเพิ่มขึ้นหลังการพัฒนา จากร้อยละ 67.12 เป็นร้อยละ 76.79 ซึ่งประเด็นความผูกพันของบุคลากรต้องมากที่สุด คือ สภาพแวดล้อมในการทำงานที่เหมาะสม ร้อยละ 84.71 รองลงมา คือ ภาวะผู้นำและวัฒนธรรมในองค์กรที่ชัดเจน ร้อยละ 80.16 และความพร้อมในการบริหารทรัพยากรบุคคล ร้อยละ 79.03

คำสำคัญ : ความผูกพันองค์กร; การพัฒนาองค์กร; การมีส่วนร่วม.

Abstract

This research was a practical action research. The Action Research aim was the development of staff engaged in Ubon Ratchathani Provincial Health Office. The target groups in this research were 255 people, from stakeholders who studied during July to September, 2016. The data collected was both quantitative and qualitative. The quantitative data analyses described was by percentage, mean and qualitative data and was analyzed by using content analysis.

The results showed that the development model of staff engaged in Ubon Ratchathani Provincial Health Office. Consists of seven steps: 1) A Working Group Meeting, 2) Finding the important issues, 3) Planning by the Working Group, 4) Implementation of the plan, 5) Collecting data and analyzing the results, 6) Working Group Meeting Summary of lessons learned. 7) Restore data to the stakeholders. The seven steps were affected by increases of engagement and development from 67.12 percent to 76.79 percent. However, 84.71 percent of participants had the consensus of the staff engagement issue in the organization that focused on the relevant working environments at the highest level, 80.16 percent of them had consensus in a point of leadership and organizational culture Meanwhile, 79.03 percent of participants had consensus in the point of comments on human resource management.

Keywords: Engagement; Organization Development; Participation.

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จ. มหาสารคาม 44150 E-mail: pimjampa.n@hotmail.com

บทนำ

ความสามารถของประเทศที่จะบริหารจัดการทรัพยากรคนเงินของที่มีอยู่ทั้งหมด ให้บรรลุเป้าหมาย คือ ประชาชนในประเทศมีสุขภาพดีนั้น จำเป็นจะต้องมีการบริหารทรัพยากรที่เหมาะสม⁽¹⁾ ซึ่งทรัพยากรที่สำคัญที่สุดในการขับเคลื่อนองค์กร คือ ทรัพยากรมนุษย์ การลงทุนด้านทรัพยากรมนุษย์ จึงเป็นเรื่องที่ต้องวางแผนความคุ้มค่า เพื่อให้ได้ทรัพยากรบุคคลที่ดี และมีคุณภาพเข้าทำงานในองค์กร นับตั้งแต่ขั้นตอนการสรรหา คัดเลือก บรรจุ แต่งตั้ง ฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพในด้านต่าง ๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และสมรรถนะ ที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน เมื่อลงทุนด้านทรัพยากรบุคคลแล้ว การธำรงรักษามูลค่าจึงเป็นสิ่งที่จะต้องคำนึงถึงอยู่เสมอ ในปัจจุบันองค์กรส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากรมากกว่าการธำรงรักษามูลค่า⁽²⁾

สิ่งที่ต้องธำรงรักษามูลค่าให้อยู่กับองค์กรไปนาน ๆ คือ ความผูกพันต่อองค์กร⁽³⁾ เนื่องจากความผูกพันต่อองค์กรมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างมากต่อการลาออกจากงานหรือการเปลี่ยนงาน และคุณภาพการปฏิบัติงาน⁽⁴⁾ ซึ่งการศึกษาถึงความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กรของบริษัทที่ปรึกษาด้านทรัพยากรมนุษย์ Hewitt Associates ในประเทศแคนาดาจาก 120 องค์กร และพนักงานมากกว่า 8,000 ราย พบว่า องค์กรที่ติดอันดับในกลุ่มผู้ว่าจ้างที่ดีที่สุด (Best Employers) จำนวน 50 องค์กร โดยเฉลี่ยมีบุคลากรที่มีความผูกพันต่อองค์กรสูงกว่าองค์กรที่ไม่ติดอันดับกลุ่มผู้ว่าจ้างที่ดีที่สุดถึง ร้อยละ 21 และมีอัตราการเจริญเติบโตของรายรับสูงถึง ร้อยละ 16.1 เปรียบเทียบกับการเจริญเติบโตรายรับขององค์กรที่ไม่ติดอันดับกลุ่มผู้ว่าจ้างที่ดีที่สุด ซึ่งคิดเป็น ร้อยละ 6.1 จะเห็นได้ว่าองค์กรที่ติดอันดับผู้ว่าจ้างที่ดีที่สุดนั้น จะมีระดับของความผูกพันขององค์กรของบุคลากร สูงกว่าองค์กรที่ไม่ติดอันดับผู้ว่าจ้างที่ดีที่สุด และมีอัตราการเจริญเติบโตสูงกว่าเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร เป็นตัวแปรสำคัญตัวหนึ่งที่จะสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มของความสำคัญขององค์กร และมีทิศทางที่สอดคล้องกันมา⁽⁵⁾ ปัจจุบันปัญหาที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากความผูกพันต่อ

องค์กรของบุคลากรในระดับต่ำ คือการลาออกจากงานหรือการทำงานอย่างไม่เต็มความสามารถ ซึ่งทำให้เกิดความสูญเสียแก่องค์กรในหลายด้าน และเสียเวลาในการฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรใหม่เพื่อมาทดแทน⁽⁶⁾ สอดคล้องกับผลสำรวจจากสถาบันวิจัยแรงงานและการจ้างงานแห่งสหรัฐอเมริกาที่ระบุว่า อัตราการเปลี่ยนงานทำให้องค์กรมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ทั้งค่าใช้จ่ายในการสรรหา และอบรมพนักงานใหม่เพื่อทดแทนพนักงานในตำแหน่งเดิมถึง ร้อยละ 150 ของเงินเดือนที่จ่าย และยังส่งผลต่อผลิตผลขององค์กรเป็นอย่างมาก⁽⁷⁾ ที่สำคัญ คือ ความล้มเหลวในการเดินทางมุ่งสู่เป้าหมายที่องค์กรวางไว้ เนื่องจากสมาชิกไม่สามารถปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายได้

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เป็นองค์กรบริหารมีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมกำกับงาน และให้การสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐาน โดยบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขเป็นผู้ปฏิบัติงาน การที่บุคลากรจะมีความมุ่งมั่นที่จะใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ในการปฏิบัติงาน เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายขององค์กรความผูกพันต่อองค์กรจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก จากข้อมูลความผูกพันองค์กรของบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ค่าเฉลี่ยความผูกพันองค์กรของบุคลากร ปีพ.ศ.2556 - 2558 เท่ากับ ร้อยละ 58.57, 61.58, 67.12 ตามลำดับ⁽⁸⁾ ดังนั้นจึงต้องมีการปรับปรุงการดำเนินงานเกี่ยวกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรให้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งในปีงบประมาณ 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ได้กำหนดเป้าหมายไว้คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ซึ่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรเป็นอย่างมาก จึงได้ให้แนวทางในการดำเนินงานไว้ว่า “งานได้ผล คนเป็นสุข”

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะค้นหาแนวทางการพัฒนาความผูกพันองค์กรของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่เหมาะสม ซึ่งผู้วิจัยได้นำรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากประสบการณ์การปฏิบัติ (Practical Action Research) โดย

ประยุกต์ใช้วงจร PAOR ของ Kemmis & McTaggart (1988)⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) มาเป็นกรอบในการดำเนินกระบวนการแก้ปัญหา เพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางที่ดีในการพัฒนาความผูกพันองค์กรของบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี อันจะนำไปสู่เป้าหมายสูงสุดขององค์กร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการพัฒนาความผูกพันองค์กรของบุคลากร ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาความผูกพันองค์กรของบุคลากร ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาความผูกพันองค์กรของบุคลากร ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
4. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จการพัฒนาความผูกพันองค์กรของบุคลากร ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จากประสบการณ์การปฏิบัติ (Practical Action Research) ซึ่งได้ประยุกต์ใช้วงจร PAOR ของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม 2559 ถึง 30 กันยายน 2559 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัย จำนวน 255 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. โปรแกรมประเมินความผูกพันองค์กร (ข้อคำถามจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข) พัฒนาเป็นโปรแกรมออนไลน์ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
2. แบบฟอร์มสรุปการประชุมกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

3. แบบฟอร์มแผนพัฒนาความผูกพันองค์กรของบุคลากร ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

4. แผนปฏิบัติการ “การพัฒนาความผูกพันองค์กรของบุคลากร ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี”

5. แบบฟอร์มถอดบทเรียนการพัฒนาความผูกพันองค์กรของบุคลากร ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

6. แบบสอบถามปัจจัยความสำเร็จของบุคลากรต่อการพัฒนาความผูกพันองค์กรของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (คำถามปลายเปิด)

7. แบบบันทึกประจำวันของผู้วิจัย

8. แบบฟอร์มสรุปการถอดเทปบันทึกเสียง จากโปรแกรมบันทึกเสียง (Recorder) จากคอมพิวเตอร์ หรือโทรศัพท์มือถือ (Smart Phone)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้ว มาตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง และเนื้อหาของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือทุกชุดไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ที่มีประสบการณ์ด้านการงานเกี่ยวกับการพัฒนาความผูกพันองค์กร ตรวจสอบความถูกต้อง การใช้ภาษา ความครอบคลุมครบถ้วน และสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ตรงตามกรอบแนวคิดของการวิจัย และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

ขั้นตอนการวิจัย

ผู้วิจัยได้จัดทำแผนปฏิบัติการ “การพัฒนาความผูกพันองค์กรของบุคลากร ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี” ที่เกิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมให้เป็นตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ รายละเอียดมีดังต่อไปนี้

1. ประชุมชี้แจงคณะทำงาน เพื่อให้ทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ของการวิจัย รับทราบปัญหาาร่วมกัน และแนวทางการดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล: แบบฟอร์มสรุปการประชุมฯ, แบบฟอร์มสรุปการถอดเทปบันทึกเสียง

2. ค้นหาประเด็นปัญหาที่สำคัญ ผ่านเวที “คุ้มโฮมพี่น้อง สสจ.” เพื่อให้บุคลากรทั้งหมดมีส่วนร่วมในการ

เสนอประเด็นปัญหาร่วมกันการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล: แบบฟอร์มสรุปการประชุมฯ, บัตรกิจกรรมถอดอะไรใส่กล่อง, แบบสรุปการถอดเทปบันทึกเสียง

3. ประชุมวางแผนการดำเนินงาน เพื่อกำหนดประเด็นปัญหา และร่วมกันพิจารณาแนวทางการพัฒนาความผูกพันองค์กร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จากข้อมูลความผูกพันองค์กรที่มีอยู่ และประเด็นปัญหาที่ได้จากเวที “ดื่มโฮม ฟัน้อง สสจ.” ครั้งที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล: แบบฟอร์มแผนพัฒนาความผูกพันองค์กรของบุคลากร, แบบฟอร์มสรุปการประชุมฯ, แบบสรุปการถอดเทปบันทึกเสียง

4. ดำเนินการแก้ปัญหาตามแผน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล: โปรแกรมประเมินความผูกพันองค์กร, แบบบันทึกประจำวันของผู้วิจัย

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผล เพื่อให้ได้ข้อมูลความผูกพันองค์กรของบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ในการสะท้อนผลการปฏิบัติต่อไป เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล: แบบฟอร์มสรุปการประชุมฯ, บัตรกิจกรรมถอดอะไรใส่กล่อง, แบบสรุปการถอดเทปบันทึกเสียง

6. ประชุมคณะทำงานสรุปผลถอดบทเรียน เพื่อให้คณะกรรมการพัฒนาความผูกพันองค์กร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ร่วมกันถอดบทเรียนในแต่ละกิจกรรม (จากแผนพัฒนาความผูกพันองค์กร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล: แบบฟอร์มถอดบทเรียนการพัฒนาความผูกพันองค์กรของบุคลากร, แบบฟอร์มสรุปการประชุมฯ, แบบสรุปการถอดเทปบันทึกเสียง

7. คืนข้อมูลให้บุคลากร เพื่อให้บุคลากรทั้งหมดรับทราบการสรุปบทเรียนในแต่ละกิจกรรม ในการพัฒนาความผูกพันองค์กร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีที่ผ่านมา พร้อมทั้งเก็บข้อมูลปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินการครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล: แบบสอบถามปัจจัยความสำเร็จของบุคลากรต่อการพัฒนาความผูกพันองค์กร, แบบฟอร์มสรุปการประชุมฯ, แบบสรุปการถอดเทปบันทึกเสียง

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติ

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูล และแสดงผลของข้อมูลสำเร็จรูป ในรูปแบบของสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้เคารพสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยยึดหลักปฏิบัติอย่างเคร่งครัด โดยการนำเสนอเค้าโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม ซึ่งได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม ความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยได้ เลขที่ PH036/2559 ลงวันที่ 30 มิถุนายน 2559 หลังจากได้รับอนุมัติแล้วผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย กระบวนการ และขั้นตอนในการวิจัยให้แก่ผู้ร่วมวิจัยจนเป็นที่เข้าใจ ขออนุญาตถ่ายภาพและบันทึกเสียง ผู้ร่วมวิจัยสามารถซักถาม หรือออกจากการศึกษาในเวลาที่ใดก็ได้ และผู้ร่วมวิจัยลงนามเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ผลการวิจัย

1. กระบวนการพัฒนาความผูกพันองค์กรของบุคลากร ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 ประชุมชี้แจงคณะทำงาน มีผู้เข้าร่วมประชุม และร่วมเป็นคณะทำงานจากกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ รวมทั้งสิ้น จำนวน 11 คน ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย นำเสนอข้อมูลความผูกพันองค์กร พร้อมทั้งแนวทางการปฏิบัติงานพอสังเขปและได้ให้คณะทำงานซักถามในประเด็นที่สงสัยเกี่ยวกับการดำเนินงาน

1.2 ค้นหาประเด็นปัญหาที่สำคัญ ผ่านเวที “ดื่มโฮม ฟัน้อง สสจ.” เพื่อให้บุคลากรทั้งหมดมีส่วนร่วมในการเสนอประเด็นปัญหาร่วมกัน การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา โดยให้เขียนสิ่งที่ปัญหาหรือสิ่งที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ใส่ในบัตรกิจกรรม “ถอดอะไรใส่กล่อง” ซึ่งสรุปประเด็นสำคัญได้ ดังนี้ อยากให้มี

กิจกรรมพัฒนาองค์กรนอกสถานที่ (Organization Development: OD) สภาพแวดล้อมในการทำงานไม่ปลอดภัย การสื่อสารของบุคลากรในองค์กรมีน้อย อยากให้มีตลาดนัดสีเขียว ผักปลอดสารพิษ ราคาถูกขายในสำนักงาน ผลการตรวจสอบสุขภาพประจำปีไม่ค่อยดี อยากให้มีการออกกำลังกาย เมื่อได้ประเด็นความต้องการของบุคลากรแล้ว ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลที่ได้นำมาพิมพ์ไว้ในรูปแบบของไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ เพื่อนำเสนอในที่ประชุมคณะทำงานพัฒนาความผูกพันองค์กร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ในการวางแผนการดำเนินงานต่อไป

1.3 ประชุมวางแผนการดำเนินงาน เพื่อกำหนดประเด็นปัญหา และร่วมกันพิจารณาแนวทางการพัฒนาความผูกพันองค์กร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จากข้อมูลความผูกพันองค์กรที่มีอยู่ และประเด็นปัญหาที่ได้จากเวที “ตุ้มโฮม พี่น้อง สสจ.” ได้แก่

1) กิจกรรมพัฒนาองค์กรนอกสถานที่ (Organization Development: OD) ได้มอบหมายให้กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุขจัดกิจกรรมการพัฒนาองค์กร (Organization Development: OD) โดยวิทยากรกระบวนการที่มีความสามารถ ในการทำกิจกรรมพัฒนาองค์กร ผลที่คาดว่าจะได้รับ บุคลากรมีความสุขในการปฏิบัติงาน มีทัศนคติที่ดีต่องาน มีพฤติกรรมที่ดีต่อผู้บริหาร หัวหน้าเพื่อนร่วมงาน ผู้มาใช้บริการ พร้อมทั้งมีความสามัคคีในองค์กร

2) สภาพแวดล้อมในการทำงาน ได้มอบหมายให้กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย จัดกิจกรรมการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงาน บูรณาการร่วมกับการทำ 5 ส ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มงานบริหารงานทั่วไปดำเนินการปรับกระบวนงานลดระยะเวลาการคอยการซ่อมแซมวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ

3) การสื่อสารของบุคลากรในองค์กรมีน้อย จึงจัดให้มีกิจกรรมย่อย 2 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมการคุย

กันในกลุ่มงานยามเช้าก่อนเริ่มงาน (Morning Talk) และ 2) กิจกรรม “ตุ้มโฮม พี่น้อง สสจ.”

4) อยากให้มีตลาดนัดสีเขียว ผักปลอดสารพิษ ราคาถูกขายในสำนักงาน โดยการจัดพื้นที่ให้เอื้อต่อกิจกรรม “ตลาดนัดสีเขียวยามเช้า” โดยส่งเสริมให้บุคลากรที่มีผลิตภัณฑ์ทางการเกษตร เช่น ข้าวสาร พืชผักสวนครัว ตลอดจนอาหารพร้อมรับประทานมาวางขายบริเวณหน้าห้องประชาสัมพันธ์ ชั้น 1 อาคาร 1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผลที่คาดว่าจะได้รับ บุคลากรได้บริโภคผักปลอดสารพิษ และมีรายได้เสริมจากการนำสินค้าทางการเกษตรมาขาย

5) ผลการตรวจสอบสุขภาพประจำปีไม่ค่อยดี อยากให้มีการออกกำลังกาย ได้มอบหมายให้กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพจัดกิจกรรม “การออกกำลังกายตามอัธยาศัยทุกวัน พุธ 15.30 – 16.30 น.”

1.4 ดำเนินการแก้ปัญหาตามแผน

1.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผล เพื่อให้ได้ข้อมูลความผูกพันองค์กรของบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ในการสะท้อนผลการปฏิบัติต่อไป

1.6 ประชุมคณะทำงานสรุปผลถอดบทเรียน เพื่อให้คณะกรรมการพัฒนาความผูกพันองค์กร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ร่วมกันถอดบทเรียนในแต่ละกิจกรรม

1.7 คืบข้อมูลให้บุคลากร เพื่อให้บุคลากรทั้งหมดรับทราบการสรุปบทเรียนในแต่ละกิจกรรม ในการพัฒนาความผูกพันองค์กร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีที่ผ่านมา พร้อมทั้งเก็บข้อมูลปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินการครั้งนี้

2. ผลการดำเนินงานกระบวนการพัฒนาความผูกพันองค์กรของบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

2.1 ผลการดำเนินงานกระบวนการพัฒนาความผูกพันองค์กรของบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตาราง 1 กระบวนการพัฒนาความผูกพันองค์กรของบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เปรียบเทียบ
ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา

กิจกรรม	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
1) ประชุมชี้แจงคณะทำงาน	- มีผู้รับผิดชอบงานทำงานเพียงคนเดียว	- มีคณะทำงาน จำนวน 11 คน มีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาความผูกพันองค์กร
2) ค้นหาประเด็นปัญหาที่สำคัญ	- ไม่มีเวทีในการสื่อสารองค์กร - ไม่มีช่องทางในการสื่อสารระหว่างบุคลากรในองค์กร	- มีเวทีในการสื่อสารองค์กรในภาพรวม - บุคลากรมีช่องทางในการสื่อสารกับผู้บริหาร ทั้งการเสนอปัญหาที่พบจากการทำงาน และสิ่งที่อยากเสนอให้ผู้บริหารทราบ
3) ประชุมวางแผนการดำเนินงาน	- การจัดทำแผนงาน โครงการ และกิจกรรม ดำเนินการโดยผู้รับผิดชอบ - ไม่มีโครงการรองรับเกี่ยวกับการพัฒนาความผูกพันองค์กร	- คณะทำงานร่วมกันคิดแผนงานโครงการ จากปัญหาที่ได้จากบุคลากร และข้อมูลความผูกพันองค์กรที่มีอยู่ - มีการบรรจุโครงการ ในแผนปฏิบัติการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
4) ดำเนินการแก้ปัญหาตามแผน	- คณะทำงานไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานอย่างเต็มรูปแบบ - บุคลากรไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินการ - แนวทางการดำเนินงานไม่ชัดเจน	- คณะทำงานมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ และพัฒนาในส่วนที่ตนได้รับมอบหมาย - มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน
5) การเก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ผล	- เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้เครื่องมือขึ้นเดียว	- เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ - มีการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล โดยใช้เครื่องมือหลายชิ้น
6) ประชุมคณะทำงานสรุปผลถอดบทเรียน	- ไม่มีการถอดบทเรียน - ผลที่ได้ไม่นำมาตอบข้อชี้วัดเท่านั้น	- มีการนำผลการดำเนินงานเข้าที่ประชุมเพื่อถอดบทเรียน และวางแผนการพัฒนาในปีถัดไป
7) คืนข้อมูลให้บุคลากร	- ไม่มีการสะท้อนผลการดำเนินงาน	- มีการสะท้อนผลการดำเนินงาน ให้บุคลากรทราบ

2.2 ผลการพัฒนาความผูกพันองค์กรของบุคลากร ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตาราง 2 ร้อยละความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กรจำแนกรายด้านเปรียบเทียบระหว่างก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา

ประเด็น	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา
	ปี 2557 (N=260)	ปี 2558 (N=259)	ปี 2559 (N=230)
1. ความคิดเห็นเกี่ยวกับงานในความรับผิดชอบ	65.95	70.96	74.25
2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน	63.63	73.67	84.71
3. ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะผู้นำและวัฒนธรรมในองค์กร	66.15	73.98	80.16
4. ความคิดเห็นเกี่ยวกับค่าตอบแทนและสวัสดิการ	59.83	63.10	68.45
5. ความคิดเห็นเกี่ยวกับโอกาสและความก้าวหน้าทางอาชีพในองค์กร	59.06	62.61	73.16
6. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาคุณภาพระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว	58.93	60.20	77.77
7. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรบุคคล	57.49	65.31	79.03
ค่าเฉลี่ย	61.58	67.12	76.79

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

จากตาราง 2 พบว่า ร้อยละของความผูกพันองค์กรของบุคลากรเฉลี่ยในภาพรวม ปี 2557 – 2559 เท่ากับร้อยละ 61.58, 67.12 และ 76.79 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าหลังเสร็จสิ้นกระบวนการพัฒนาความผูกพันองค์กรทั้ง 7 ขั้นตอนนี้ ส่งผลให้ความผูกพันองค์กรของบุคลากร ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีเพิ่มขึ้นทุกประเด็น ซึ่งประเด็นความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กรมากที่สุด คือ ความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน ร้อยละ 84.71 รองลงมา คือ ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะผู้นำและวัฒนธรรมในองค์กร ร้อยละ 80.16 รองลงมา คือ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรบุคคล ร้อยละ 79.03 และอันดับสุดท้าย คือ ความคิดเห็นเกี่ยวกับค่าตอบแทนและสวัสดิการ ร้อยละ 68.45

ข้อมูลจากการสังเกตและสนทนา (การแสดงออกของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัย จากการสังเกตและสนทนา ที่ทำให้ทราบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความผูกพันต่อองค์กรมากขึ้น) คือ บุคลากรมีการกล่าวถึงองค์กรในด้านบวก เมื่อผู้วิจัยได้ทักท้วงถึงด้านลบขององค์กร บุคลากรพยายามแก้ต่างให้องค์กร และมีการแสดงท่าทีไม่

พอใจกับการทักท้วงด้านลบนี้ พร้อมทั้งการตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากร หรือการแก้ไขปัญหา อย่างรวดเร็วทำให้บุคลากรรู้สึกว่าการดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันในองค์กร สุดท้าย คือ สิ่งที่เกิดขึ้นในสังคมออนไลน์ บุคลากรได้เขียนข้อความเกี่ยวกับการทำงานในเฟสบุ๊ค (Facebook) ทางด้านบวก

ความคิดเห็นและการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น (กิจกรรมที่ควรปรับปรุงหรือเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกิดความผูกพันต่อองค์กร) คือ ควรคำนึงถึงห้วงเวลาในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม และควรคำนึงถึงภาระงานของบุคลากรในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง

บันทึกเพิ่มเติม คือ ระหว่างการศึกษามีพนักงานกระทรวงสาธารณสุขลาออก จำนวน 2 คน เนื่องจากความก้าวหน้าในสายอาชีพ (Career Path) และความมั่นคงในหน้าที่การงาน และตลอดช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษาไม่มีการโยกย้ายตำแหน่งของข้าราชการในหน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

2.3 การพัฒนาความผูกพันองค์กรของบุคลากร ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตาราง 3 สรุปภาพรวมการพัฒนาความผูกพันองค์กรของบุคลากร ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

สภาพปัญหา	กิจกรรม/กระบวนการ	ผลการพัฒนา
1. ความคิดเห็นเกี่ยวกับงานในความรับผิดชอบ (70.96%)	กิจกรรมการคุยกันในกลุ่มงานยามเช้าก่อนเริ่มงาน (Morning Talk)	บุคลากรมีการสื่อสารกันมากยิ่งขึ้น และปรึกษาหารือเรื่องงานก่อนเริ่มทำงาน (74.25%)
2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน (73.67%)	กิจกรรมการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงาน บูรณาการร่วมกับการทำ 5 ส	บุคลากรได้ทราบถึงความเสี่ยงที่อาจจะได้รับ และปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้น่าอยู่ น่าทำงานมากยิ่งขึ้น (84.71%)
3. ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะผู้นำและวัฒนธรรมในองค์กร (73.98%)	1) กิจกรรมการคุยกันในกลุ่มงานยามเช้าก่อนเริ่มงาน (Morning Talk) 2) กิจกรรม “คุ้มโสมพี่น้อง สสจ.”	บุคลากรมีความสุขในการปฏิบัติงาน มีการสื่อสารระหว่างกันที่ดีขึ้น มีกล่าวถึงองค์กรในด้านบวกด้วยสีหน้าท่าทางภาคภูมิใจ และชื่นชมเกี่ยวกับกิจกรรมใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น (80.16%)
4. ความคิดเห็นเกี่ยวกับค่าตอบแทนและสวัสดิการ (63.10%)	กิจกรรม “ตลาดนัดสีเขียวยามเช้า”	บุคลากรมีพื้นที่จำหน่ายสินค้า และซื้อสินค้าที่มีคุณภาพ ราคาถูกกว่าท้องตลาด (68.45%)
5. ความคิดเห็นเกี่ยวกับโอกาสและความก้าวหน้าทางอาชีพในองค์กร (62.61%)	ไม่สามารถจัดกิจกรรมหรือกระบวนการสนับสนุนได้เนื่องจากเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับระเบียบข้อบังคับ	มีพนักงานกระทรวงสาธารณสุขลาออก 2 คน เนื่องจากได้งานใหม่ที่ดีกว่า (73.16%)
6. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาคุณภาพระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว (60.20%)	1) กิจกรรมการพัฒนาองค์กร (Organization Development: OD) 2) กิจกรรม “ตลาดนัดสีเขียวยามเช้า”	เกิดชมรมออกกำลังกายต่าง ๆ (77.77%)

สภาพปัญหา	กิจกรรม/กระบวนการ	ผลการพัฒนา
7. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหาร ทรัพยากรบุคคล (65.31%)	3) กิจกรรม “การออกกำลังกายตามอวัยวะทุกวัน พุธ 15.30 – 16.30 น.”	ไม่มีการโยกย้ายข้าราชการช่วงที่ทำการศึกษา (79.03%)

3. ปัจจัยความสำเร็จการพัฒนาความผูกพันองค์กรของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ปัจจัยความสำเร็จของบุคลากรต่อการพัฒนาความผูกพันองค์กรของบุคลากรมากที่สุด คือ การสนับสนุนจากผู้บริหารจำนวน 210 คน คิดเป็นร้อยละ 91.30 รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมของบุคลากรจำนวน 197 คน คิดเป็นร้อยละ 85.65 รองลงมา คือ การแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพจำนวน 195 คน คิดเป็นร้อยละ 84.78 และน้อยที่สุด คือ การได้รับทรัพยากรที่พอเพียง จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 กิจกรรมที่บุคลากรมีความต้องการให้จัดเป็นประจำทุกปี ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดแรงจูงใจ สร้างความรักความสามัคคี ความผูกพันองค์กร คือ 1) กิจกรรมการพัฒนาองค์กร (Organization Development: OD) นอกสถานที่ 2) กิจกรรมปีใหม่ 3) กิจกรรม “ตุ้มโฮม พี่น้องสสจ.” (เวทีการสื่อสารระหว่างผู้บริหาร และบุคลากรอย่างไม่เป็นทางการ)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา กล่าวคือได้ข้อสรุปแนวทางการดำเนินงานที่ดี มีผลการพัฒนาที่เป็นรูปธรรม มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่วางไว้ และทราบถึงสิ่งที่ทำให้การดำเนินงานลุล่วงไปได้ด้วยดี พร้อมทั้งเปรียบเทียบที่นำจดจำในการนำไปพัฒนาขึ้นตอน และกิจกรรมให้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้เกิดจาก กระบวนการพัฒนาความผูกพันองค์กรของบุคลากร ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ซึ่งกระบวนการพัฒนาดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับหลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ต้องตระหนักอยู่เสมอ คือ กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญต่อกระบวนการดำเนินการวิจัย นั่นคือ การวิจัยชนิดนี้ไม่ควรจะทำตามลำพังและควรใช้วงจรของกระบวนการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติการสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ เพื่อนำมาปรับปรุงแผนงานแล้วดำเนินกิจกรรมที่ปรับปรุงใหม่ จะมีลักษณะการดำเนินการเป็นบันไดเวียน (Spiral) กระทำซ้ำ

ตามวงจร จนกว่าจะได้ผลปฏิบัติการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พร้อมกับต้องบันทึกผลในทุก ๆ ขั้นตอนที่สำคัญ⁽¹⁰⁾

ผลการพัฒนาความผูกพันองค์กร ผลจากโปรแกรมประเมินความผูกพันองค์กร แสดงให้เห็นว่าร้อยละของความผูกพันองค์กรของบุคลากรเฉลี่ยในภาพรวม ปี 2557 – 2559 เท่ากับร้อยละ 61.58, 67.12 และ 76.79 ตามลำดับ ในปี 2559 แสดงให้เห็นว่ามีการเพิ่มขึ้นอย่างมากจากปีที่ผ่านมา ซึ่งประเด็นความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กรมากที่สุด คือ ความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในการทำงานร้อยละ 84.71 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กนกวรรณ ชูชีพ (2551)⁽⁴⁾ พบว่า ความผูกพันองค์กร และคุณภาพชีวิตการทำงานมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างมาก โดยคุณภาพชีวิตจะกล่าวถึงระดับของชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์ในเรื่องของปัจจัยพื้นฐาน ทั้งภายในและภายนอก กล่าวคือสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่ทำให้ชีวิตมีคุณภาพ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรัญญา ไชยสร (2556)⁽¹¹⁾ พบว่าบรรยากาศขององค์กรและความผูกพันต่อองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 รองลงมา คือ ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะผู้นำและวัฒนธรรมในองค์กรร้อยละ 80.16 สอดคล้องกับการศึกษาของโชติรส คำรณานัน (2554)⁽¹²⁾ พบว่าในการขับเคลื่อนองค์กร ผู้นำมีความสำคัญที่สุดในการจูงใจ และใช้กลยุทธ์การสื่อสาร ที่สอดคล้องกับความต้องการของคนเก่ง รองลงมา คือ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรบุคคลร้อยละ 79.03 สอดคล้องกับผลการศึกษาของรุจิรา พัทธรัตน์ และคณะ (2557)⁽³⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กร ได้แก่ การบริหารทรัพยากรมนุษย์ ($r = .355, p < .001$) วัฒนธรรมองค์กร ($r = .442, p < .001$) แรงจูงใจในการทำงาน ($r = .433, p < .001$) และความพึงพอใจในการทำงาน ($r = .669, p < .001$) และอันดับสุดท้าย คือ ความคิดเห็นเกี่ยวกับค่าตอบแทนและสวัสดิการร้อยละ 68.45 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ของธัญชนก ศรีสวัสดิ์ (2556)⁽¹³⁾ พบว่า ด้านระบบบริหาร ค่าตอบแทนสวัสดิการ สิทธิประโยชน์อยู่ในเกณฑ์ไม่ค่อยพึงพอใจ และปัญหาอุปสรรคในการธำรงรักษาบุคลากรที่มีสมรรถนะสูง มีอยู่ 3 ด้าน ได้แก่ ปัญหาด้านค่าตอบแทน ปัญหาด้านสวัสดิการ และปัญหาด้านความยุติธรรมในการเลื่อนตำแหน่ง

จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการพัฒนาความผูกพันองค์กรที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา ในแบบบันทึกประจำวันของผู้วิจัย พบว่า กิจกรรมที่ทำให้คนในองค์กรมีความห่วงแหน เกิดการยอมรับเป้าหมายค่านิยมขององค์กร เต็มใจที่จะทำประโยชน์ให้องค์กร และเกิดความรู้สึกต้องการคงอยู่เป็นสมาชิกขององค์กรต่อไป คือ กิจกรรมการพัฒนาองค์กร (Organization Development: OD) และกิจกรรม “ตุ้มโฮม พี่น้อง สสจ.” สอดคล้องกับผลการศึกษาของกันทิมา คุณาวงศ์ และคณะ (2555)⁽¹⁴⁾ พบว่า กิจกรรมที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานสำนักงานคณะกรรมการการเลือกตั้ง คือ กิจกรรมที่มีความสร้างความตระหนักว่าตนมีความสำคัญต่อองค์กร และการมีส่วนร่วมในการบริหารกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งทำให้รู้สึกว่าคุณค่าของตนเองมีความสำคัญสำหรับองค์กร และพยายามจนสุดความสามารถ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร

ปัจจัยความสำเร็จการพัฒนาความผูกพันองค์กรของบุคลากร ในครั้งนี้ อันดับที่ 1 คือ การสนับสนุนจากผู้บริหารจำนวน 210 คน คิดเป็นร้อยละ 91.30 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปาริชาติ จำเริญ และกรมล ทองธรรมชาติ (2555)⁽¹⁵⁾ พบว่า 1 ใน 9 ปัจจัยที่มีผลกับความผูกพันต่อองค์กรของอาจารย์มหาวิทยาลัยราชภัฏ ผลการศึกษา ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ภาวะผู้นำของผู้บริหารระดับสูง แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของผู้บริหารที่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กรของบุคลากร ผู้บริหารควรมีนโยบายการดำเนินงานด้านความผูกพันองค์กรที่ชัดเจน และแสดงให้เห็นบุคลากรทราบถึงความเอาใจใส่ในทุกรายละเอียดในการธำรงรักษาบุคลากร รองลงมา คือ การมีส่วนร่วมของบุคลากรจำนวน 197 คน คิดเป็นร้อยละ 85.65 สอดคล้องกับผลการศึกษาของกันทิมา คุณาวงศ์ และคณะ (2555)⁽¹⁴⁾ พบว่า การมีส่วนร่วมในการบริหาร

ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานสำนักงานคณะกรรมการการเลือกตั้ง กล่าวคือ เป็นการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการคิด ร่วมตัดสินใจ และร่วมแสดงความคิดเห็น รองลงมา คือ การแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ จำนวน 195 คน คิดเป็นร้อยละ 84.78 และน้อยที่สุด คือ การได้รับทรัพยากรที่พอเพียง จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 และกิจกรรมที่บุคลากรมีความต้องการที่จะให้องค์กรจัดให้เป็นประจำทุกปี ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดแรงจูงใจ สร้างความรักความสามัคคี ความผูกพันองค์กร คือ กิจกรรมการพัฒนาองค์กร (Organization Development: OD) นอกสถานที่, กิจกรรมปีใหม่ และกิจกรรม “ตุ้มโฮม พี่น้อง สสจ.” (เวทีการสื่อสารระหว่างผู้บริหาร และบุคลากรอย่างไม่เป็นทางการ) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กันทิมา คุณาวงศ์ และคณะ (2555)⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานสำนักงานคณะกรรมการการเลือกตั้ง พบว่า พนักงานส่วนใหญ่ต้องการมีส่วนร่วมตามความเหมาะสมเพื่อแลกเปลี่ยนทัศนคติในการทำงานระหว่างพนักงานกับผู้บริหารเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาองค์กร ควรจัดให้มีการพบปะสังสรรค์กันภายในองค์กร เพื่อสร้างความรักความสามัคคี อันจะก่อให้เกิดความผูกพันกัน ในหมู่พนักงาน นอกจากนั้นผู้บังคับบัญชาควรให้ความชื่นชมและยอมรับในความสามารถของพนักงานที่มีผลการปฏิบัติงานที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้พนักงานเกิดความรู้สึกว่าตนทรงคุณค่าและมีประโยชน์ต่อองค์กร

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารควรให้การสนับสนุนกิจกรรมขององค์กร และมีการสื่อสารกับบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความเข้าใจ ให้กำลังใจในการปฏิบัติงาน ตลอดจนสร้างความเชื่อมั่นที่จะทำให้บุคลากรคงอยู่กับองค์กรตลอดไป

2. ควรเปิดโอกาสให้บุคลากรทุกภาคส่วนขององค์กรได้มีส่วนร่วมในการคิด ร่วมตัดสินใจ และแสดงความคิดเห็นให้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้บุคลากรรู้สึกว่าคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญยิ่งต่อองค์กร

3. ควรมีการแก้ไขปัญหอย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากร อันจะนำมาซึ่งความผูกพันองค์กรของบุคลากร
คุ้มค่า รวดเร็ว เพื่อตอบสนองต่อความต้องการเร่งด่วน

เอกสารอ้างอิง

1. สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ. 2557. <http://www.hsri.or.th/researcher/media/issue/detail/5440>. 10 มีนาคม.
2. ชิดรัตน์ บุญทรง. การพัฒนาโปรแกรมประเมินความผูกพันองค์กรของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. รายงานผลงานดีเด่น R2R. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. 2555.
3. รุจิรา พัทธรัตน์, สักคีนรินทร์ หลิมเจริญ และอัญญา แจ่มแสงทอง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 25(1), 2557. 64-77.
4. กนกวรรณ ชูชีพ. คุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการในจังหวัดชายแดนภาคใต้. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. 2551.
5. พนิดา จงคำแก้ง. การสร้างความผูกพันต่อองค์กร กรณีศึกษา โรงเรียน ABC. การศึกษาค้นคว้าปัญหาการบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย. 2551.
6. ศรีญา แสงลิ้มสุวรรณ, สุพจน์ นาคสวัสดิ์, พูลพงศ์ สุขสว่าง และกาญจนา แสงลิ้มสุวรรณ. การพัฒนาโมเดลความผูกพันของพนักงานต่อองค์กรของพนักงานในบริษัทสัญชาติญี่ปุ่นในประเทศไทย. วารสารพฤติกรรมศาสตร์, 19(2), 2555. 77-94.
7. พิรินทร์ชา สมานสินธุ์. การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างความผูกพันของพนักงาน: ศึกษาเฉพาะกรณีบริษัท เบสท์ เพอร์ฟอร์แมนซ์ เอ็นจิเนียริง จำกัด. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองปัญหาการบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย. 2554.
8. กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ. ความผูกพัน (ความผูกพันองค์กร) บุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. 2558.
10. Kemmis, S. and McTaggart, R. **The Action Research Reader**. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press. 1988.
11. อริญา ไชยสร. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพ บรรยากาศขององค์กร ความผูกพันต่อองค์กรกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของครูโรงเรียนอาชีวศึกษาเอกชนในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้, 6(1), 2556. 59-66, มกราคม-มิถุนายน.
12. โชติรส คำรงสานติ. การให้สิ่งจูงใจที่ไม่ใช่ตัวเงินและกลยุทธ์การสื่อสารของผู้นำที่มีผลต่อความรักและพลังขับเคลื่อนองค์กรของคนเก่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. 2554.
13. ชัยชนก ศรีสวัสดิ์. การศึกษาแนวทางปฏิบัติในการธำรงรักษานักบุคลากรที่มีสมรรถนะสูง : กรณีศึกษาสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. วารสารวิทยบริการ, 25(3), 2556. 47-58, กรกฎาคม-กันยายน.
14. กันทิมา คุณวงศ์, ปภาวดี มนต์วิวัฒน์ และอริศร ศันสนียัตยกุล. ความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานสำนักงานคณะกรรมการการเลือกตั้ง. วารสารการจัดการสมัยใหม่, 11(1), 2555. 83-94, มกราคม-มิถุนายน.
15. ปาริชาติ ขำเรือง และกระมล ทองธรรมชาติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรของอาจารย์มหาวิทยาลัยราชภัฏ. วารสารสมาคมนักวิจัย, 17(1), 2555. 90-101.

ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการนวดเท้าเพื่อลดอาการเท้าชาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

EFFECT OF BEHAVIORAL PROGRAM OF FOOT MASSAGE TO REDUCE FOOT
NEUROPATHY AMONG THE TYPE 2 DIABETES MELLITUS PATIENTS, KALASIN
HOSPITAL

ศิริพร แสงกุล¹, นิรมล เมืองโสม²

Siripron Seangkulung¹, Niramon Muangsom²

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการนวดเท้าเพื่อลดอาการเท้าชาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการจัดโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการนวดเท้าเบาหวาน ซึ่งเป็นการศึกษาทดลองที่มีการทดสอบ 2 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อน-หลัง (Quasi-Experimental Two Group Pretest-posttest) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวนทั้งสิ้น 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 ราย ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมตามที่กำหนด ส่วนผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบได้รับกิจกรรมตามปกติจากเจ้าหน้าที่ของคลินิกเบาหวาน ระยะเวลาในการศึกษาข้อมูล 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired Simple t-test และ Independent Simple t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้อาการเท้าชาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ในกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลการตรวจสุขภาพเท้าดีขึ้นอยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำหรือปกติ คิดเป็นจำนวนร้อยละ 83.33 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานการดูแลสุขภาพเท้าเบาหวานด้วยตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเอง เรื่องการดูแลสุขภาพเท้าเบาหวานของตนเอง พฤติกรรมการปฏิบัติตนการนวดเท้า มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่า p-value<0.001 จากผลการวิจัยนี้แสดงว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาจัดโปรแกรมสุขภาพมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานการดูแลสุขภาพเท้าด้วยตนเองและการรับรู้คุณค่าในการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพเท้าเบาหวานเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นได้

คำสำคัญ: การนวดเท้า, ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่สอง

Abstract

This study aimed to advice and train patients suffering from type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) to care properly for their feet in order to prevent numbness and gangrene. The theoretical background of the study was related to Self-efficacy and social support. The quasi-experimental study was conducted at the Kalasin Hospital and included 60 patients divided into two groups each. The experimental group was received the special health education program while the control group were treated according to the regular procedures of the diabetes clinic. The study was run for 12 weeks and was evaluated by interviews and observation. Data were analyzed by using descriptive statistics to describe general information and the scores of knowledge were compared between groups with Paired Simple t-tests and Independent Simple t-tests with a significance level of 0.05.

The study was successful in that the diabetes patients of the experimental group had low-risk for diabetes side effects or had normal numbness. This did apply for 83.33 percent of the participants. The experimental group was more knowledgeable about diabetes than the control group and learned how to take care of their feet and trusted their ability to treat their feet better than the control group with a p-value<0.001 of statistically significance. In conclusion, this study showed that Self-efficacy and social support can be to support and improve knowledge and ability of type 2 diabetic patients to take care of themselves in the future.

Keyword: Foot Massage, The TYPE 2 Diabetes mellitus patients

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต(สุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่สองนับว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ เป็นโรคเรื้อรังที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย เป็นภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงทั้งต่อครอบครัว และต่อหน่วยงานภาครัฐที่ต้องใช้งบประมาณในการดูแล ส่งเสริมป้องกันทั้งประชาสังคมโลก⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2025 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น 380 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งร้อยละ 80 ของผู้เสียชีวิตพบในประเทศกำลังพัฒนา และ 1 ใน 7 ของผู้เสียชีวิตปี ค.ศ. 2030 มาจากโรคเบาหวาน⁽²⁾ ยังมีอีกกว่าร้อยละ 46 ของประชากรโลกที่ยังไม่ทราบว่าตนเป็นเบาหวาน หรืออยู่ในภาวะกลุ่มเสี่ยง และปัจจุบันพบว่าประชากรมากกว่า 316 ล้านคน มีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาปัจจุบันมีอัตราผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่สองในประเทศไทยเพิ่มขึ้นทุกปี สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค⁽³⁾ มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานสะสม ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2555 จำนวน 1,799,977 ราย อัตราความชุก 2,800.80 ต่อประชากรแสนคน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2556)⁽⁴⁾ รายงานว่า จากฐานข้อมูล ปี 2555 มีจำนวนผู้ป่วยในรายบุคคล ตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว ทั้ง 12 เขตบริการสาธารณสุข (ยกเว้น กรุงเทพมหานคร) มีอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานจำนวน 698,720 คน ของประชากร 64.62 ล้านคน คิดเป็น 1081.25 ต่อแสนประชากร และยังมีอัตราการป่วยเพิ่มของผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นประมาณอัตราร้อยละ 1.02 ต่อปี ที่ต้องเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยใน แยกตามเขตพื้นที่บริการสาธารณสุข พบว่า เขตบริการสาธารณสุขที่ 7 ประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ มีอัตราของผู้ป่วยในเบาหวานสูงที่สุดในประเทศ ที่จำนวน 75,188 คน คิดเป็น 1497.19 ต่อแสนประชากร ซึ่งนับว่าเป็นรายงานสถิติที่น่ากังวลในเขตพื้นที่ การเป็นโรคเบาหวานสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต ช่องปาก ระบบประสาทส่วนปลาย เป็นต้น มักพบในรายผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุการเกิด

โรค 5 ปีขึ้นไป⁽⁵⁾ โรคเบาหวานก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนปลายที่เส้นประสาทเดินทางไปหล่อเลี้ยงการทำงานของร่างกาย ซึ่งโรคเบาหวาน ทำให้เกิดพยาธิสภาพเป็นอาการปลายประสาทอักเสบแบบ Distal symmetrical polyneuropathy ทำให้มีอาการชา ปวดแสบ ปวดร้อนตามปลายมือปลายเท้า โดยทำเป็นอวัยวะเสี่ยงที่สุด การเกิดอาการชาทำเป็นปัญหาสำคัญที่อาจส่งผลให้เกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยและผลที่ตามมาคือการตัดขาและเท้า ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียอวัยวะ จากรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ในปี พ.ศ. 2554 ของประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมทั้งรายเก่าและรายใหม่ จำนวน 1,025,337 รายพบมีภาวะแทรกซ้อนทางระบบปลายประสาท 11,302 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.43 มีภาวะแทรกซ้อนต้องตัดอวัยวะของร่างกาย 33 ราย ร้อยละ 0.01 ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ 179,597 ราย แต่พบแนวโน้มภาวะแทรกซ้อนทางระบบปลายประสาทถึง 2,791 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.48 ของผู้ป่วยรายใหม่⁽⁶⁾

การให้บริการคลินิกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางปลายประสาทร่วมกับคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หลังจากการตรวจประเมินเท้าเบาหวานแล้วพบมีอาการชา ซึ่งในปัจจุบันสถิติผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (2557)⁽⁷⁾ ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานสะสมทั้งสิ้น 7,869 ราย จากการตรวจประเมินสุขภาพเท้าเบาหวานมีการตรวจพบภาวะแทรกซ้อนทางปลายประสาทในผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 378 ราย ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดผลเบาหวาน ที่อาจส่งผลให้ต้องตัดอวัยวะตามมา ทั้งนี้ในปัจจุบันได้มีการดูแลผู้ป่วยแบบทุกสาขาสหวิชาชีพ และมีการให้ศึกษาในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานครบทุกมิติตามมาตรฐานการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติดูแลสุขภาพของตนเองที่บ้าน แต่สิ่งสำคัญที่สุดคือพฤติกรรมปฏิบัติตนของผู้ป่วยเบาหวานที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อจะสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ การนัดเท้าเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยกระตุ้นระบบประสาทและระบบไหลเวียนเลือดที่ขาและเท้าได้ ทั้งนี้ได้มีผู้เคยทำการศึกษาวิจัยผลของการนัดเท้ากับผู้ป่วยเบาหวานไว้ ซึ่งการศึกษา

ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญไปที่พฤติกรรม การดูแลสุขภาพเท้า และการประยุกต์กรอบแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ของ Bandura (1977 อ้างถึงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2554) ในการรับรู้ความสามารถในการจัดการพฤติกรรม การดูแลสุขภาพเท้าของตนเองร่วมกับแนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981)⁽⁸⁾ โดยมีอิทธิพลจากคนรอบข้างภายในครอบครัว ผู้ที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับผู้วิจัยในการให้การสนับสนุน กระตุ้นเตือน แนะนำ และติดตามผลการพัฒนาพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลสุขภาพเท้าด้วยการนวดเท้าด้วยตนเอง (15 ท่า) เพื่อช่วยลดอาการชาเท้า และยังช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น เท้าดำ มีเชื้อรา และเกิดแผลที่เท้า เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลเท้าและใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดอาการชาเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่สองให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ก่อนและภายหลังได้รับ โปรแกรมการนวดเท้าด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ร่วมกับการรับรู้ความสามารถของตนเองแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวาน
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของการเปลี่ยนแปลงของระดับความชาเท้าเบาหวาน จากการนวดเท้าด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ภายหลังได้รับ โปรแกรมการนวดเท้าด้วยตนเองร่วมกับการรับรู้ความสามารถของตนเองแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวาน
3. เพื่อศึกษาพฤติกรรม การปฏิบัติตนการนวดเท้าของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลอง (จากการสังเกต กระตุ้นเตือนของผู้ดูแล (Caregiver) ที่ได้รับ โปรแกรมการนวดเท้าด้วยตนเองร่วมกับการรับรู้ความสามารถของตนเองแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวาน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ที่มีอาการชาเท้าที่มารักษา ณ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์และคลินิก

เบาหวาน โรงพยาบาลภูพาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2558 – พฤษภาคม พ.ศ. 2559 ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยกลุ่มละ 12 สัปดาห์

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีผลการตรวจประเมินเท้าเบาหวาน โดยเจ้าหน้าที่พยาบาลวิชาชีพตามแบบฟอร์มมาตรฐานของคลินิกเบาหวาน ซึ่งพบภาวะแทรกซ้อนทางปลายประสาทมีอาการชาเท้ามากกว่า 1 จุดขึ้นไป โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงมีคุณสมบัติดังนี้ มีดังนี้ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่มีผลการตรวจประเมินเท้าเบาหวาน พบภาวะแทรกซ้อนทางปลายประสาทมีอาการชาเท้ามากกว่า 1 จุดขึ้นไป สามารถควบคุมระดับน้ำตาลจากการติดตามผลต่อเนื่องกัน 3 ครั้ง ไม่เกิน 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตรอายุระหว่าง 50-70 ปี เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามปกติที่คลินิกเบาหวานมากกว่า 1 ปีขึ้นไป ไม่มีความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน และการพูด สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ปกติ ไม่เป็นปัญหาต่อการปฏิบัติทำการนวดเท้าเบาหวานตามโปรแกรม 15 ท่า มีผู้ดูแลและอยู่ด้วยตลอดการศึกษาวิจัย มีความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

ในการศึกษาค้างครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำนวนเท่ากัน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย กลุ่มเปรียบเทียบ 30 ราย โดยใช้สูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่างมีสูตรดังนี้

$$n/\text{กลุ่ม} = \frac{2\sigma^2(Z_2 + Z_\beta)^2}{\Delta^2}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลลักษณะประชากรส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น
2. แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ในเรื่องการเกิดโรคเบาหวานทั่วไป

3. แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเท้าเบาหวานด้วยตนเอง ที่เคยได้รับรู้หรือศึกษาหรือความรู้

4. แบบสัมภาษณ์ความเชื่อในความสามารถของตนเองเรื่องการดูแลสุขภาพเท้าเบาหวานด้วยตนเอง ในลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)

5. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการปฏิบัติตนการนวดเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน ในลักษณะการนำความรู้ที่ได้มาปฏิบัติเองที่บ้าน เพื่อดูแลสุขภาพเท้า กำหนดค่าเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)

6. แบบประเมินสุขภาพเท้าในผู้ป่วยเบาหวานตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยการตรวจประเมินของพยาบาลวิชาชีพ แล้วนำผลการประเมินมาแบ่งตามเกณฑ์

7. แบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตนการดูแลเท้าและนวดเท้าของกลุ่มทดลอง ที่เก็บข้อมูลโดยผู้ดูแลผู้ป่วยจากการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่บ้าน

นำเครื่องมือที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยวิธีการตามแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ ที่เกณฑ์มาตรฐานความเที่ยงเท่ากับ 0.80

การดำเนินการวิจัย

1. ทำแบบสัมภาษณ์ก่อนการทดลอง (Pre-test) ความรู้เกี่ยวกับความเชื่อ พฤติกรรม ก่อนเข้าร่วมโครงการ

2. ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์การดูแลเท้าและการนวดเท้าด้วยตนเอง พร้อมกับการฝึกทักษะการดูแลเท้าและการนวดเท้าด้วยตนเอง 15 ท่าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง ซึ่งจะต้องมีผู้ดูแลเข้าร่วมการฝึกทักษะและคอยช่วยเหลือร่วมด้วยเพื่อช่วยสังเกตการณ์และกระตุ้นเตือนดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พร้อมกับแจกสื่อโปสเตอร์ แผ่นซีดี และชุดอุปกรณ์การดูแลเท้า เพื่อนำไปใช้ที่บ้าน

3. ระหว่างสัปดาห์ที่ 1 ถึง สัปดาห์ที่ 4 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับความรู้และฝึกทักษะ นำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติที่บ้านทุกวัน ภายใต้การสังเกตการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วย

4. สัปดาห์ที่ 4 หลังการฝึกทักษะและฝึกพฤติกรรม การนวดเท้าและดูแลเท้าด้วยตนเองนัดพบการกลุ่มทดลองเพื่อเข้ากลุ่มทบทวนการปฏิบัติตนการนวดเท้า วิเคราะห์ปัญหาร่วมกันภายในกลุ่มผู้ป่วย การกระตุ้นเตือนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีพฤติกรรมปฏิบัติตนที่ดีถูกต้อง ทักษะการนวดถูกต้อง ให้การแนะนำการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน

5. สัปดาห์ที่ 4 ถึง สัปดาห์ที่ 12 ผู้ดูแลผู้ที่บ้านทำการบันทึกผลพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง และผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามข้อมูลกับผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลที่บ้าน

6. สัปดาห์ที่ 12 นัดผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำการตรวจประเมินสุขภาพเท้าโดยใช้ Monofilament เป็นเครื่องมือในการประเมินจากพยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติ

7. สรุปกิจกรรม ชักถามปัญหาอุปสรรค เปิดโอกาสให้สมาชิกที่เข้าร่วมโครงการแลกเปลี่ยนข้อมูล และการเก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์หลังการทดลอง ยกเว้นข้อมูลทั่วไป

8. มอบเกียรติบัตรแก่ผู้เข้าร่วมโครงการทุกท่าน และมอบรางวัลพิเศษสำหรับผู้ที่มีผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพเท้าด้วยตนเองดีเยี่ยม รางวัลที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ ให้เป็นแกนนำในการนวดเท้าเบาหวานด้วยตนเอง เพื่อป้องกันและลดอาการขาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% CI

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 43.33 อายุเฉลี่ย 60.13 ปี (S.D. = 7.69) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 80.00 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 90.00 และส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 33.33) มีระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 46.67 เฉลี่ย 13.73 ปี (S.D.= 10.18) ผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน คือ สามีหรือภรรยา ร้อยละ 56.67 มีน้ำหนักมากกว่า 60 กิโลกรัมขึ้นไป ร้อยละ 50.00 น้ำหนักเฉลี่ย 59.27 กิโลกรัม (S.D.=10.96) ส่วนใหญ่มีส่วนสูงน้อยกว่า 151 เซนติเมตร ร้อยละ 40.00 ส่วนสูงเฉลี่ย 154.57 เซนติเมตร (S.D.= 7.86) ส่วนใหญ่เคยมีประวัติการขาดเท้า ร้อยละ 93.33 และเคยมีประวัติการเกิดแผลที่เท้า ร้อยละ 66.67 ซึ่งส่วนมากมีระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ระดับไม่ดี (>180 มก.ดล.) ร้อยละ 30.00 มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 169.23 มก.ดล. (S.D.= 71.05)

2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พบว่า ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 12.83 (S.D.= 1.58) และกลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 11.60 (S.D.= 1.61) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.004)

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการดูแลสุขภาพเท้าเบาหวานด้วยตนเอง พบว่า ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 13.03 (S.D.= 1.40) และกลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 11.77 (S.D.= 2.18) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย

คะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.010)

4. ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบความเชื่อในความสามารถของตนเองเรื่องการดูแลสุขภาพเท้าเบาหวานด้วยตนเอง พบว่า ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยของคะแนนไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 33.77 (S.D.= 2.31) และกลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 34.77 (S.D.= 2.06) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.000)

5. ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนการนัดเท้า พบว่า ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนนไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 32.83 (S.D.= 1.97) และกลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากับ 29.80 (S.D.= 2.30) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.000)

6. ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบผลการประเมินสุขภาพเท้า พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับผลการประเมินสุขภาพเท้า มีจำนวนและร้อยละของผลการประเมินสุขภาพเท้าที่ดีขึ้นอยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 83.33 ระดับเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 10 และระดับเสี่ยงสูง 6.67 คงเดิม มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งภายหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีจำนวนและร้อยละของผลการประเมินสุขภาพเท้ามีระดับความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 20 ระดับเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 63.33 ระดับเสี่ยงสูง 16.67 และระดับเสี่ยงสูงมากเพิ่มขึ้นร้อยละ 6.67 เนื่องจากพบแผลที่เท้าเพิ่มขึ้น 2 รายจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

7. ผลการวิเคราะห์แบบสังเกตพฤติกรรมปฏิบัติตนการดูแลเท้าและนัดเท้าจากผู้ดูแลผู้ป่วย จากผลการศึกษา

กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติการนัดทำเบาหวานด้วยตนเองที่บ้านระยะเวลา 12 สัปดาห์รวม 91 วัน ด้วยแบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตนการดูแลเท้าและนัดทำจากผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า มีจำนวนวันการปฏิบัติการดูแลเท้าและนัดทำตนเอง ร้อยละ 85.79 และมีจำนวนวันไม่ปฏิบัติร้อยละ 14.21 มีความถูกต้องของการปฏิบัติการดูแลเท้าและนัดทำตนเอง ร้อยละ 87.08 และมีจำนวนการปฏิบัติไม่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 12.92 พฤติกรรมการปฏิบัติดูแลเท้าและนัดทำตนเองโดยไม่ต้องเตือน ร้อยละ 88.35 และจำนวนการเตือนให้ปฏิบัติ ร้อยละ 11.65

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการณ์นัดทำ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-efficacy theory) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อลดอาการเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ภายหลังการทดลองความรู้เรื่องโรคเบาหวานกลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.000$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 เพราะผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโครงการได้รับความรู้เพิ่มขึ้นโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการณ์นัดทำ ที่เป็นการเพิ่มเติมและทบทวนความรู้ความเข้าใจทางการพยาบาลตามปกติ และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับข้อมูลของโรคเบาหวานที่ตนป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1977)⁽⁹⁾ ที่ว่าการรับรู้ความสามารถตนเองสูงจะส่งผลต่อความสำเร็จของบุคคลสูงแม้ต้องเผชิญปัญหาต่างๆ ที่ยากและแม้กระทั่งล้มเหลว แต่มีความพยายามจนสำเร็จ การรับรู้ความสามารถตนเองได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ ภาธิมาขอม (2554)⁽¹⁰⁾ ได้วิจัยศึกษาผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการณ์

ดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ผลวิจัยพบว่า 1) กลุ่มผู้รับบริการที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพัฒนาการการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 2) ไม่พบปฏิสัมพันธ์ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และ 3) การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

2. ภายหลังการทดลองความรู้การดูแลสุขภาพเท้าเบาหวานด้วยตนเอง กลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงความรู้การดูแลสุขภาพเท้าเบาหวานด้วยตนเอง มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}= 0.003$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 เพราะผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโครงการได้รับความรู้เพิ่มขึ้นโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการณ์นัดทำ ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเกิดจากการที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเท้าเบาหวานด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1977)⁽⁹⁾ ที่ว่าการรับรู้ความสามารถตนเองสูงจะส่งผลต่อความสำเร็จของบุคคลสูงแม้ต้องเผชิญปัญหาต่างๆ ที่ยากมีความพยายามจนสำเร็จ ด้วยการรับรู้ความสามารถตนเองได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนร่วมกับแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support) House (1981)⁽¹¹⁾ ถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน และสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ (2554)⁽¹²⁾ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนช่วยที่สำคัญในการดูแลเบาหวานและทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ที่ป่วยเบาหวานในระยะยาว ทั้งด้านการแผนการดำเนินชีวิตตลอดจนการลดระดับน้ำตาลในเลือดและพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของสมาชิกในครอบครัวรวมถึงเพื่อนเพื่อช่วยเหลือสนับสนุนผู้ที่ป่วยเบาหวานด้วยกันให้สามารถดูแลตนเองได้ในระยะยาว

3. ภายหลังการทดลองระดับความเชื่อในความสามารถของตนเองเรื่องการดูแลสุขภาพเท้าเบาหวานด้วยตนเอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงระดับความเชื่อในความสามารถของตนเองเรื่องการดูแลสุขภาพเท้าเบาหวานด้วยตนเอง มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.000$) และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทัศนคติดังกล่าวให้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโครงการได้รับความรู้เพิ่มขึ้นโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมกรนวดเท้า ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเกิดจากการที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับข้อมูลของการดูแลสุขภาพเท้าเบาหวานด้วยตนเอง มากกว่าการรอรับแต่การรักษาเพียงอย่างเดียว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1977)⁽⁹⁾ การรับรู้ความสามารถตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support) House (1981)⁽¹¹⁾ ที่สนับสนุนบุคคลให้มีพฤติกรรมสุขภาพทางบวกด้วยการรับรู้ความสามารถตนเองได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน และสอดคล้องกับการศึกษาของลักษมี สูดดี (2551)⁽¹³⁾ ได้ศึกษาผลของ แรงจูงใจในการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร กับความสุขในการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลทั่วไป เขตภาคกลาง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 378 คน พบว่า 1) ความสุขในการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลทั่วไป เขตภาคกลาง อยู่ในระดับสูง ที่ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.51 2) แรงจูงใจในการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($r=0.50, 0.38, \text{ และ } 0.64$ ตามลำดับ) 3) ตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์ความสุขในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจในการทำงาน โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ความสุขในการทำงาน ร้อยละ 48.2

4. ภายหลังการทดลองพฤติกรรมกรนวดเท้า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรนวดเท้า มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนน

เท่ากับ 2.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.93 และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนน เท่ากับ -0.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.22 แสดงว่า พฤติกรรมกรนวดเท้าก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.000$) จากการให้ความรู้เรื่องการนวดเท้าที่สามารถช่วยลดอาการชา และป้องกันการเกิดแผลที่เท้าได้ ด้วยทำนวดที่ง่ายต่อการปฏิบัติเพียง 15 ท่า ร่วมกับการดูแลสุขภาพเท้าตามปกติที่ผู้ป่วยได้รับจากเจ้าหน้าที่การพยาบาล และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social support) House (1981)⁽¹¹⁾ ถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมมาจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน โรคเบาหวาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นตัวกระตุ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของประยูร โกวิทช์ และคณะ (2553)⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาผลของการนวดเท้าด้วยตนเอง 15 ท่า เพื่อลดภาวะ poor monofilament ในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จากการสรุปผลการศึกษา พบว่า การนวดเท้ามีผลต่อการลดลงของจำนวนจุดชาเท้า ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ศึกษา ร่วมกับการรับยาวิตามิน B1-6-12 และจำนวนครั้งในการนวด ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการนวดเพื่อลดภาวะชาเท้าที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

5. ภายหลังการทดลองผลการประเมินสุขภาพเท้า พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับผลการประเมินสุขภาพเท้า มีจำนวนและร้อยละของผลการประเมินสุขภาพเท้าที่ดีขึ้นมีความเสี่ยงในการสูญเสียความรู้สึกระดับความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 83.33 ระดับเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 10 และระดับเสี่ยงสูง 6.67 คงเดิม มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองมีจำนวนและร้อยละของผลการประเมินสุขภาพเท้ามีระดับความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 20 ระดับเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 63.33 ระดับเสี่ยงสูง 16.67 และระดับเสี่ยงสูงมากเพิ่มขึ้นร้อยละ 6.67 เนื่องจากพบแผลที่เท้าเพิ่มขึ้น 2 รายจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งก่อนทดลองไม่มีผู้มีแผลที่เท้าทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งนอกจากการนวดจะช่วยลดอาการชาเท้าและป้องกันการเกิด

แปลที่เท่า ยังช่วยป้องกันผิวแห้งแตกลอก ลดการเกิดเชื้อราที่เท้าได้ด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ทักษิณาร์ ไกรราช และคณะ (2556)⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาวิจัยผลของการเหยียบแผ่นไม้มะกรูดเพื่อลดอาการขาปลายเท้าของผู้สูงอายุที่มีอาการขาปลายประสาทจากเบาหวาน จากการประเมินภาวะสุขภาพเท้ากลุ่มตัวอย่างด้วยการจำแนกความรู้สึกของปลายเท้าเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ความรู้สึกหาระดับ 1, 2, 3 และ 4 ก่อนการทดลองและหลังการทดลองทุกสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกหาระดับ 1 ร้อยละ 16.66 ระดับ 2 และ 3 ร้อยละ 26.67 และระดับ 4 ร้อยละ 30 หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 93.33 อาการขาปลายเท้าหายไป ร้อยละ 6.67 ที่มีอาการขาปลายเท้าระดับ 4 ลดลงอยู่ในระดับ 2 และผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 1-6 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6. จากการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตนการดูแลเท้าและนวดเท้าจากผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตามคำแนะนำเบาหวานด้วยตนเองที่บ้านระยะเวลา 12 สัปดาห์ รวม 91 วัน พบว่า มีจำนวนวันการปฏิบัติตามดูแลเท้าและนวดเท้าตนเอง ร้อยละ 85.79 และมีจำนวนวันไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 14.21 มีความถูกต้องของการปฏิบัติตามดูแลเท้าและนวดเท้าตนเอง ร้อยละ 87.08 และมีจำนวนการปฏิบัติไม่ถูกต้อง ร้อยละ 12.92 พฤติกรรมการปฏิบัติตามดูแลเท้าและนวดเท้าตนเองโดยไม่ต้องเตือน ร้อยละ 88.35 และจำนวนการเตือนให้ปฏิบัติ ร้อยละ 11.65 ซึ่งจะพบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามการดูแลเท้าและนวดเท้า แม้จะต้องมีการเตือนให้ปฏิบัติและปฏิบัติไม่ถูกต้องบ้างในช่วงแรก สามารถปฏิบัติตามการดูแลเท้าด้วยตนเองได้ จนเกิดความชำนาญสามารถแนะนำผู้อื่นได้ สอดคล้องกับแนวคิดของการรับรู้ความสามารถตนเอง⁽⁹⁾ คือ การประสบความสำเร็จ ที่เกิดจากการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง จากประสบการณ์โดยตรงที่ประสบความสำเร็จ ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social support) House (1981)⁽¹¹⁾ การสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนในที่นี้หมายถึงแรงสนับสนุนทางสังคมมาจากบุคคลในครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาพบว่า การจัดกิจกรรมดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยมีการตระหนักรู้ กระตุ้นเตือนให้มีการปฏิบัติ และรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานด้วยตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นไปตามการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองได้อย่างเหมาะสม

2. จากการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้วิจัย บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล รวมถึงแพทย์แผนไทย และที่สำคัญบุคคลในครอบครัว ด้วยการให้กำลังใจ กระตุ้นเตือน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตนเองและช่วยเพิ่มการดูแลเอาใจใส่กันภายในครอบครัวมากขึ้น

3. การเลือกใช้สื่อที่เหมาะสมมีผลสำคัญในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่อาจมีปัญหาในการสื่อสาร ซึ่งผู้วิจัยใช้โปสเตอร์ และสื่อวีดิทัศน์ ร่วมกับบุคลากรและผู้ดูแลผู้ป่วยในการให้สุขศึกษา ที่ง่ายต่อการเข้าใจ จนผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และเชื่อมั่นในการปฏิบัติด้วยตนเอง

4. ควรมีการศึกษาผลของระดับน้ำตาลในเลือดร่วมด้วยว่าการนวดเท้าจะสามารถช่วยกระตุ้นการปรับเปลี่ยนของระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้หรือไม่ ถ้าไม่มีข้อจำกัดในเรื่องของระยะเวลาและงบประมาณ

5. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการประยุกต์ทฤษฎีอื่นร่วมด้วย เพราะจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเบาหวาน มีความรู้ในเรื่องเบาหวานแต่ยังไม่ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยอาจเหตุผลต่างๆ หวังเพียงแต่ให้บุคลากรทางการแพทย์ช่วยให้ตนมีสุขภาพดีขึ้นมากกว่าการป้องกันโรค หรือเมื่อเกิดแผลและมีการดัดอวัยวะ จึงหันมาให้ความสำคัญ จนทำให้โรคเบาหวานเป็นปัญหาอันดับหนึ่งของประเทศในปัจจุบัน

6. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรกำหนดนโยบายในการสนับสนุนการให้ความรู้เรื่องการนวดเท้า แก่ผู้ป่วยเบาหวานทุกคน เป็นหนึ่งในเกณฑ์การให้สุขศึกษาที่ควรรู้สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ รศ. ดร. จุฬารักษ์ โสตะ ดร. เจตนิพิฐ สมมาตรย์ และที่สำคัญที่ปรึกษา ศศ. ดร. นิรมล เมืองโสม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำทางด้านวิชาการและกำลังใจ ตลอดจนนำไขข้อบกพร่องของงานวิจัยให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ เรียบร้อย และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ในคณะสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น ทุกท่านที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ดร. ถัดดา อะโนศรี ดร. กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์ นายแพทย์ประมวล ไทยงามศิลป์ ที่กรุณาให้คำแนะนำตลอดจนคำชี้แนะในการวิจัย ขอบขอบคุณคุณมนัรัตน์ ศรีรักษา และเจ้าหน้าที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลภูผินารายณ์ ในการเก็บข้อมูลกลุ่มเปรียบเทียบที่ให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือในการวิจัยมาด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Silink, M. **Obesity, diabetes and cardiovascular disease**. 2009. Retrieved October 1, 2013, from <http://sydney.edu.au/medicine/research/odcd/>
2. World Health Organization [WHO]. **Diabetes fact sheet No. 312**. 2013. Retrieved October 1, 2013, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
3. อมรา ทองหงษ์. **สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2555: โรคเบาหวาน**. 2555. ค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2559, จาก http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2012/main/AESR55_Part1/file11/5955_Diabetes.pdf
4. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **จำนวนและอัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อประชากร 100,000 คน (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) ปี พ.ศ. 2550-2556 จำแนกชายจังหวัด เขตบริการสาธารณสุขและภาพรวมประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร)**. กรุงเทพฯ: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2556.
5. **โรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน**. 2557. ค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2559, จาก http://www.siamhealth.net/public_html/Disease/endocrine/DM/complication3.html#. VEHgURZb3t0
6. อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพพิทธา, และภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์. **รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2554. วารสารรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์**, 44(10), 2556. 145-152.
7. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. **สถิติผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2557**. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (เอกสารอัดสำเนา). 2557.
8. จุฬารักษ์ โสตะ. **แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2554.
9. Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, 84(2), 1977. 191-215.
10. พรทิพย์ภา ธิมาขอม. **ผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2554.
11. House, J.S. **Work stress and social support**. Reading, MA: Addison-Wesley. 1981.
12. อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ. **แรงสนับสนุนทางสังคม บังคับสำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน**. **รามารับดีพยาบาลสาร**, 61(2), 2554. 309-322.
13. ลักขมี สุดดี. **แรงใจในการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร กับความสุขในการทำงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลทั่วไป เขตภาคกลาง**. **วารสารเกื้อการุณย์**, 19(2), 2551. 42-59.
14. ประยูร โกวิทย์, กิตติศักดิ์ ดำนิบลย์, พนรัตน์ กิตติสุกรพงศ์, สุดาพร ศิริวังนพร, รั้งสรรค์ หม่องสร้อย, กุลนิษฐ์ สาดี, และคณะ. **ผลของการนัดพบด้วยตนเอง 15 นาทีเพื่อลดอาการขาเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น**. **วารสารวิชาการสาธารณสุข**, 21(6), 2555. 1182-1191.
15. ทักษิณาร์ ไกรราช, ดิษฐพล ใจเชื้อ, นวลจันทร์ มายภูธร, ชาลี ศิริพิทักษ์ชัย, และกานต์รวี โบราณมูล. **ผลของการเขียนแผนไม่ระบุโรคเพื่อลดอาการขาปลายเท้าของผู้สูงอายุที่มีอาการขาปลายประสาทจากเบาหวาน**. **วารสารการพยาบาลและการศึกษา**, 6(2), 2556. 64-72.

การพัฒนาแนวทางการประสานบริการของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี และโรงพยาบาลบริการด้านโรคมะเร็ง ในนครหลวงเวียงจันทน์

Development of service coordination guidelines for Udon Thani Cancer Hospital

and Cancer Hospital in Vientiane Capital

ชลีรัตน์ สารรัตน์¹ สุวิญญา ธนสีลังกูร² ชลการ ทรงศรี³

Chuleerat Sararat, Suwinya Dhanasilangkura, Cholakarn Songsri

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งระหว่างโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีและโรงพยาบาลด้านโรคมะเร็งในเขตนครหลวงเวียงจันทน์ การดำเนินการ ประกอบด้วย การพัฒนาแนวทางการประสานบริการ และการประเมินแนวทางการประสานบริการ การประเมินความพึงพอใจผู้ใช้บริการ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงประกอบด้วย บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในโรงพยาบาลที่ให้บริการรักษาพยาบาลโรคมะเร็งที่อยู่ในเขตนครหลวงเวียงจันทน์ 25 คน บุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีจำนวน 25 คน ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องจำนวน 11 คน ผู้รับบริการด้านโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จำนวน 52 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามความเหมาะสมของแนวทางการประสานบริการของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีและโรงพยาบาลบริการด้านโรคมะเร็งในนครหลวงเวียงจันทน์ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 และค่าความเชื่อมั่น ของครอนบาช เท่ากับ 0.79 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการมีความความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินการตามขั้นตอนของจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เนื้อหา ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของเนื้อหาและนำมาจัดหมวดหมู่ และสรุปความ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ในปี 2558 พบมีจำนวนผู้ป่วยส่งต่อจากสาธารณสุขประจำชาติไปโดยประชาชนลาวจำนวน 143 คน ซึ่งเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.32 เพศชายร้อยละ 28.67 พบสถิติสูงสุดคือ ผู้ป่วยเกี่ยวกับมะเร็งที่ปากมดลูกและเนื้องอกในมดลูกร้อยละ 30.76 มะเร็งและความผิดปกติที่เต้านมร้อยละ 21.67 มะเร็งที่หลอดคอร้อยละ 7.69 มะเร็งโพรงจมูกเป็นร้อยละ 7.69 มะเร็งตับและมะเร็งลำไส้ใหญ่ร้อยละ 5.48 การพัฒนาแนวทางการประสานบริการของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีและโรงพยาบาลบริการด้านโรคมะเร็งในนครหลวงเวียงจันทน์ ได้คู่มือประสานการบริการด้านโรคมะเร็งระหว่างโรงพยาบาลด้านโรคมะเร็ง ซึ่งประกอบด้วยการประสานเพื่อส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประสานเรื่องการจ่ายยาและการประสานเพื่อการส่งต่อมารับการรักษาต่อเนื่อง การประเมินความเหมาะสมของแนวทางการประสานบริการโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.51$, $SD=0.54$) หลังจากพัฒนาคู่มือการประสานงาน มีจำนวนผู้ป่วยส่งต่อจากสาธารณสุขประจำชาติไปโดยประชาชนลาวจำนวน 143คน ส่วนใหญ่ยังพบว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม ส่วนความพึงพอใจโดยรวมของผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.72$, $SD=0.77$)

คำสำคัญ: แนวทางการประสานบริการ ของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี โรงพยาบาลบริการด้านโรคมะเร็งในนครหลวงเวียงจันทน์

Abstract

This action research aimed to Development of service coordination guidelines for Udon Thani Cancer Hospital and Cancer Hospital in Vientiane Capital. The study was conducted to developed and evaluate of service coordination, satisfaction survey. The sample was purposive sampling consisted of 25 healthcare providers from Udon Thani Cancer Hospital and 25 healthcare providers from Cancer Hospital in Vientiane Capital. 11 Professionals and 52 service recipients at Udon Thani Cancer Hospital. Research instrument were service coordination questionnaire (IOC 0.6-1, Cronbach's alpha coefficient 0.79), satisfaction questionnaire (Reliability 0.75), descriptive statistics were used to analyze the data.

Result were as follows 143 cancer patients refer from Cancer Hospital in Vientiane Capital. Most of them were female (71.32) mostly cervical cancer (30.76) Breast cancer (21.67) Head and neck cancer (7.69) Nasopharyngeal cancer (7.69) and colorectal cancer (5.48). The development of

¹M.A. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

²M.N.S. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

³Ph.D. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

service coordination guidelines for Udon Thani Cancer Hospital and Cancer Hospital in Vientiane Capital Manual consists of 3 part 1) Price list for pathology 2) Drug use evaluation guideline and 3) Referrals guideline. The Evaluation of the suitability of the manual had a very high level ($\bar{X} = 4.51$, $SD. = 0.54$). After developing service coordination guidelines, there were 143 patients who were transferred from the Lao People's Democratic Republic. Most of them were found cervical cancer and breast cancer, satisfaction survey of the patients had high level ($\bar{X} = 3.72$, $SD=0.77$)

Key Words: The guidelines of service coordination for Udon Thani Cancer Hospital, Cancer Hospital in Vientiane Capital

บทนำ

โรคมะเร็ง (Cancer หรือ Malignant tumor) โรคมะเร็ง คือ โรคซึ่งเกิดมีเซลล์ผิดปกติขึ้นในร่างกาย และเซลล์เหล่านี้มีการเจริญเติบโตรวดเร็วเกินปกติ ร่างกายควบคุมไม่ได้ ดังนั้นเซลล์เหล่านี้ จึงเจริญลุกลามและแพร่กระจายได้ทั่วร่างกาย ส่งผลให้เซลล์ปกติของเนื้อเยื่อ/อวัยวะต่างๆทำงานไม่ได้ จึงเกิดเป็นโรค และมีอาการต่างๆขึ้น และเมื่อเป็นมะเร็งของอวัยวะสำคัญ หรือ มะเร็งแพร่กระจายเข้าอวัยวะสำคัญ อวัยวะเหล่านั้นจึงล้มเหลว ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เป็นสาเหตุให้เสียชีวิตในสำหรับสถานการณ์โรคมะเร็งทั่วโลก โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลกโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายมากที่สุดอันดับหนึ่ง ในปี 2550 มีรายงานพบมีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็ง 18 ล้านคนและทุกปีจะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 9 ล้านคนโดยคาดการณ์ว่าปี 2563 ประชากรทั่วโลกจะตายด้วยโรคมะเร็ง 11 ล้านคน ซึ่งทั่วโลกมะเร็งที่พบบ่อยมี 6 ชนิด ได้แก่ มะเร็งปอด,มะเร็งกระเพาะอาหาร,มะเร็งเต้านม,มะเร็งลำไส้ใหญ่,มะเร็งตับ,มะเร็งปากมดลูก ส่วนมะเร็งที่มีอัตราการตายแต่ละปีมากที่สุด คือ มะเร็งปอด,มะเร็งตับ, มะเร็งลำไส้ใหญ่,มะเร็งเต้านม ส่วนร้อยละของและ องค์การอนามัยโลก หรือ WHO ได้รายงาน ว่า ในทุกปีมีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเพิ่มขึ้นทุกปี โดยการตรวจพบมะเร็งได้เพิ่มสูงขึ้นจาก 12.7 ล้านคน ในปี 2008 เพิ่มมากกว่า 14 ล้านคน ในปี 2012 และสาเหตุการเสียชีวิตที่เกิดจากมะเร็งเพิ่มจาก 7.6 ล้านคน เป็น 8.2 ล้านคน ซึ่ง WHO ได้คาดการณ์ว่าตัวเลขของผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกจะมีสูงกว่า 19 ล้านคนต่อปีก่อนปี 2025⁽¹⁾

การรักษาโรคมะเร็งมีหลายวิธี ได้แก่การรักษาด้วยวิธีทางศัลยกรรม (ผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออก) รังสีรักษา (ฉายแสงบริเวณที่มีเซลล์มะเร็งอยู่เป็นการรักษาแบบเฉพาะที่ เช่นเดียวกับวิธีของศัลยกรรม) เคมีบำบัด (การรักษาหรือการ

ทำลายเซลล์มะเร็งทั้งที่ต้นตอและที่กระจายไปตามทางเดินน้ำเหลือง กระแสเลือดหรืออวัยวะอื่นของร่างกาย เป็นการรักษามะเร็งแบบทั้งตัวของผู้ป่วยมะเร็ง โดยการรับประทานยาที่มีความสามารถในการฆ่า หรือทำลายเซลล์มะเร็ง นิโคตินทางหลอดเลือดดำหรือแดง เป็นต้น) การรักษาโดยใช้ฮอร์โมน เนื่องจากมะเร็งบางชนิดมีความไวต่อการรักษาด้วยฮอร์โมน และการรักษาโดยการเพิ่มภูมิคุ้มกันให้กับร่างกาย เพื่อที่จะได้กำจัดเซลล์มะเร็งให้หมดไปจากร่างกาย เนื่องจากการรักษาโดยการเพิ่มภูมิคุ้มกันให้กับร่างกายนี้ยังอยู่ระหว่างการศึกษายู่ต้องการข้อมูลอีกมากเพื่อยืนยันว่าได้ผลในการรักษามะเร็ง การเลือกใช้วิธีการรักษาจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง ระยะความรุนแรงของโรค สภาพร่างกายของผู้ป่วย ความเห็นของแพทย์ และการตัดสินใจของผู้ป่วย ความสำเร็จของการรักษาโรคมะเร็งขึ้นอยู่กับ การเลือกใช้วิธีการรักษา แนวทางการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็ง การให้ยาเคมีบำบัดเสริมหรือร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่นมีผลช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยมะเร็งระยะต้นหลายชนิดจึงได้รับการยอมรับให้เป็นการรักษามาตรฐานในปัจจุบัน แต่ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์เมื่อโรคอยู่ในระยะลุกลาม หรืออยู่ในระยะที่ไม่สามารถบำบัดรักษาด้วยวิธีของศัลยกรรมและรังสีรักษาได้ เพราะเซลล์มะเร็งได้มีการกระจายตัวไปตามส่วนต่างๆ ของร่างกายแล้ว ดังนั้นการรักษาหลักที่สำคัญในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามหรือแพร่กระจายนี้จึงได้แก่ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว โดยเห็นได้ชัดจากผลการศึกษาวินิจฉัยทางคลินิกในมะเร็งชนิดต่างๆ รวมถึงความก้าวหน้าในการรักษาด้วยยากลุ่ม molecularly targeted therapy ซึ่งมีประสิทธิภาพในการยับยั้งเซลล์มะเร็งระดับโมเลกุลอย่างเฉพาะเจาะจง⁽²⁾

โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีเป็นสถาบันเฉพาะทางในสังกัด กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบงาน

วิชาการและให้บริการเฉพาะทางโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี รับผิดชอบงานระดับตติยภูมิด้านโรคมะเร็ง ประสานเชื่อมต่อการบริการในระบบส่งต่อ จังหวัด คือ อุดรธานี หนองคาย สกลนคร นครพนม กาฬสินธุ์ หนองบัวลำภู เลย ขอนแก่น มหาสารคาม และบึงกาฬ โดยให้บริการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด ผ่าตัด รังสีรักษา และการดูแลแบบประคับประคอง ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบและจัดระบบการให้บริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่ง ซึ่งดำเนินงานภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ พัฒนาสถาบันกรรมการแพทย์สู่ความเป็นเลิศทางวิชาการ(Center of Excellence/ National Institutes) เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ สร้างความเข้มแข็งและเชื่อมโยงเครือข่ายบริการสุขภาพเพื่อยกระดับสถานบริการสุขภาพให้มีศักยภาพด้านบริหารจัดการบริการ และวิชาการ รวมทั้งเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับเหตุฉุกเฉินและภัยพิบัติต่าง ๆ โดยมีนโยบายคุณภาพขององค์กร คือการมุ่งสู่การยกระดับมาตรฐานงานบริการให้สูง ขึ้น ดังรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550 มาตรา 51 บัญญัติไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสุขภาพที่เหมาะสมและได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาล ส่วนกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ดำเนินการภายใต้วิสัยทัศน์“การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบองค์รวมนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี” ภายใต้เป้าประสงค์เพื่อให้ผู้รับบริการมีความเชื่อมั่น และปลอดภัยในบริการพยาบาลที่ได้รับตามเกณฑ์มาตรฐาน วิชาชีพ และการพัฒนางานวิชาการ วิจัย องค์ความรู้ทางการพยาบาลโรคมะเร็ง แก่บุคลากรพยาบาลทั้งในและ นอกโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดผลงานทางวิชาการพยาบาลเฉพาะทาง และเป้าประสงค์การสร้างความร่วมมือด้านวิชาการและบริการทางการพยาบาลโรคมะเร็งร่วมกับประชาคมอาเซียนและสุขภาพโรค โดยมีการเพิ่มประสิทธิภาพโครงการถ่ายทอดทางการพยาบาลสู่ประชาคมอาเซียน (สาธารณรัฐประชาธิปไตย ประชาชนลาว)โดยเฉพาะการเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลด้านการรับ – ส่งต่อสู่ประชาคมอาเซียน (สาธารณรัฐประชาธิปไตย ประชาชนลาว) สำหรับข้อมูลของผู้ป่วยโรคมะเร็งจาก สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ที่เดินทาง มารักษา

ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีปี 2555-2557 จำนวน 55, 77, 124 ราย ตามลำดับ⁽³⁾ โดยมาเองและแพทย์ส่งมา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ปัญหาพบว่าข้อมูลที่ประกอบการรักษาไม่พอเพียงต่อการให้การรักษาย่างต่อเนื่อง รวมทั้งข้อมูลความต้องการยาและเวชภัณฑ์รักษาโรคมะเร็งไม่ชัดเจน ส่งผลกระทบให้ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งที่มารักษาเสียโอกาสและต้องใช้เวลา นานกว่าปกติ กระทั่งต่อภาวะเศรษฐกิจอีกด้วยเนื่องจากค่าใช้จ่ายสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการข้ามพรมแดนของผู้ป่วยชาวลาวในโรงพยาบาลรัฐของประเทศ ไทยของ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์⁽⁴⁾ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาใช้บริการในประเทศไทยของผู้ป่วยชาวลาว คือ ความเชื่อมั่นและความศรัทธาต่อคุณภาพของบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย เนื่องจากการใช้บริการในประเทศไทยไม่สอดคล้องกับลักษณะความรุนแรงของโรคหรือความซับซ้อนทางด้านการรักษา และโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่และให้การดูแลเฉพาะด้านมะเร็งเป็นสถานบริการสุขภาพหนึ่งที่ประชาชนลาวเดินทางหรือถูกส่งต่อมาเพื่อการรักษาโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง และส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการมักมีอาการซับซ้อนหรือรุนแรงในขณะเดียวกันข้อมูลที่จำเป็นในการส่งต่อยังไม่ครบถ้วนทำให้ที่ผ่านมาต้องใช้เวลา นานในการเริ่มต้นตรวจและวินิจฉัยส่งผลกระทบที่ตามมาคือผู้ป่วยต้องมีการใช้จ่ายค่าบริการที่สูงมากและจากการศึกษาจะสะท้อนผู้วิจัยให้เห็นว่าการบริหารจัดการในระดับโรงพยาบาลสามารถลดความรุนแรงผลกระทบจากการใช้ บริการของผู้ป่วยชาวลาวได้ไม่ว่าจะเป็นด้านความปลอดภัย ด้านคุณภาพบริการ ด้านเศรษฐกิจ โดยควรมีแนวทางในการบริหารจัดการสถานการณ์ในบริบทต่างๆของแต่ละ โรงพยาบาล และ เสนอแนะแนวทางสำหรับการจัดการเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพต่อไปในอนาคต

จากการจัดกลุ่มประเทศอาเซียนที่ต้องมีการร่วมมือด้านการดูแลสุขภาพ โรงพยาบาลมะเร็งได้ตระหนักถึง ความสำคัญดังกล่าว ประกอบกับปัญหาโรคมะเร็ง เป็น ปัญหาในการคร่าชีวิตของประชากรโลก นำสู่การสูญเสีย ค่าใช้จ่ายในการรักษา มิใช่เป็นเพียงปัญหาส่วนบุคคลเท่านั้น หากยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบ และการคุกคามที่สำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมของโลก ประกอบ

กับจังหวัดอุดรธานี มีบริเวณพื้นที่ เขตชายแดนติดกับ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ทำให้มีผู้ป่วย โรคมาเลเรียจากสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เข้ามา รับการรักษาในโรงพยาบาลมาเลเรียอุดรธานีทั้งที่ตนเอง และมีการส่งต่อ ซึ่งจากรายงานทะเบียนมาเลเรียโรงพยาบาลมาเลเรีย อุดรธานี และจากสถิติแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นกลุ่มภารกิจ โรงพยาบาลมาเลเรียนั้นมีบทบาทสำคัญในการคัดกรอง และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนรับการรักษาเพื่อให้การปฏิบัติงานไปอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นกลุ่มภารกิจด้านการ พยาบาลโรงพยาบาลมาเลเรียจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนา กลุ่มมือในการประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยมาเลเรียของ โรงพยาบาลมาเลเรียและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชน ลาวโดยเฉพาะโรงพยาบาลในเขตนครหลวงเวียงจันทน์ ซึ่ง “กระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย” นี้เป็นส่วนหนึ่งใน กระบวนการให้บริการผู้ป่วยที่สำคัญ เพื่อให้การรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้ระบบการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยมีความ รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิด ความปลอดภัยกับผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อในที่สุด นอกจากนี้ ผู้ปฏิบัติงานในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยยังสามารถใช้คู่มือนี้ สำหรับเป็นเครื่องมือในการถ่ายทอด ฝึกอบรมทั้งภายใน หน่วยงานและนอกหน่วยงาน ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา เครือข่ายความร่วมมือในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมาเลเรีย ระหว่างประเทศ ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยโรคมาเลเรียที่มี แนวทางเดียวกันอันจะเป็นประโยชน์ต่อเศรษฐกิจ และ สุขภาพของประชาคมโลกได้ นำสู่การพัฒนากระบวนการ สุขภาพของประเทศในอาเซียนต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคมาเลเรีย ระหว่างโรงพยาบาลมาเลเรียอุดรธานีและโรงพยาบาลด้าน โรคมาเลเรียในเขตนครหลวงเวียงจันทน์ สาธารณรัฐ ประชาธิปไตยประชาชนลาว

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาแนวทางประสานบริการของโรงพยาบาล มาเลเรียอุดรธานีและโรงพยาบาลด้านโรคมาเลเรียในนครหลวง เวียงจันทน์จังหวัดอุดรธานี โดยขอบเขตการวิจัยคือศึกษา แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคมาเลเรียอุดรธานีและ โรงพยาบาล

มิตรภาพ 103 โรงพยาบาลแม่และเด็ก โรงพยาบาลมโหสถ โรงพยาบาลไชยเสด็จฯ รวมทั้งสถานบริการด้านโรคมาเลเรีย ภาคเอกชนที่อยู่ในเขตนครหลวงเวียงจันทน์ สาธารณรัฐ ประชาธิปไตยประชาชนลาว ดำเนินการระหว่างเดือน พฤษภาคม 2558 ถึงเดือน กันยายน 2559 มีการดำเนินการ ประกอบด้วยการพัฒนาแนวทางการส่งต่อ และการประเมิน แนวทางการส่งต่อโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องหลังจากการ ใช้แนวทางมีการประเมินความพึงพอใจผู้ให้บริการ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นการได้มาโดยการ คัดเลือกแบบเจาะจงประกอบด้วย

1. การศึกษาสภาพการณ์และการพัฒนาแนวทาง ประสานบริการของโรงพยาบาลมาเลเรียอุดรธานี และ โรงพยาบาลบริการด้านโรคมาเลเรียในนครหลวงเวียงจันทน์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมาเลเรีย ในโรงพยาบาลที่ ให้บริการรักษาพยาบาลโรคมาเลเรียที่อยู่ในเขตนครหลวง เวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ประกอบด้วย โรงพยาบาลมิตรภาพ 103, โรงพยาบาลแม่และ เด็ก, โรงพยาบาลมโหสถ โรงพยาบาลไชยเสด็จฯ จำนวน 25 คน 2) บุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลมาเลเรียอุดรธานี จำนวน 25 คน โดยประกอบด้วยแพทย์ จำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 9 คน เภสัชกรจำนวน 1 คน นัก เทคนิคการแพทย์ และนักเซลล์วิทยาจำนวน 2 คน รังสี การแพทย์จำนวน 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน นักบริหาร นักวิเคราะห์ข้อมูลและพนักงานกลุ่มสนับสนุน อำนวยการจำนวน 5 คน

2. การประเมินแนวทางประสานบริการของ โรงพยาบาลมาเลเรียอุดรธานีและ โรงพยาบาลบริการด้าน โรคมาเลเรียในนครหลวงเวียงจันทน์ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 11 คน เป็นแพทย์จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน เภสัชกรจำนวน 1 คน เทคนิคการแพทย์ และ นักเซลล์วิทยา จำนวน 2 คน นักรังสีการแพทย์ จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน นักบริหาร นักวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 2 คน

3. การประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการจากการใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้นโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลในเขตนครหลวงเวียงจันทน์ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2559 ถึงเดือนธันวาคม 2559 มีจำนวนทั้งหมด 146 คน ทั้งนี้มีผู้รับบริการโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีในช่วงเวลาดังกล่าวที่เต็มใจและสะดวกในการให้ข้อมูลจำนวน 52 คน เนื่องด้วยมีข้อจำกัดด้านภาษาและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามการพัฒนาแนวทางประสานบริการของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีและโรงพยาบาลบริการด้านโรคมะเร็งในนครหลวงเวียงจันทน์โดยผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม และลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ เครื่องมือผ่านตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Validity) โดยค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-objective Congruence: IOC) และผลค่าดัชนีความสอดคล้อง ของข้อคำถามทุกข้ออยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 และค่าความเชื่อมั่น ของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลวิเคราะห์หาค่าความความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 0.79 และแบบสอบถามความพึงพอใจโดยรวมของผู้ใช้บริการจากการใช้แนวทางประสานบริการของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีและโรงพยาบาลบริการด้านโรคมะเร็งในนครหลวงเวียงจันทน์และลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยค่าความเชื่อมั่น ของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลวิเคราะห์หาค่าความความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 0.75

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพมีการวิเคราะห์เนื้อหาโดยการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของเนื้อหาและนำมาจัดหมวดหมู่ และสรุปความ ข้อมูลเชิงปริมาณสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานพบว่ามีสถิติจำนวนผู้ป่วยด้านโรคมะเร็งที่ถูกส่งต่อจากประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวเพื่อทำการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีใน พ.ศ. 2558 พบมีจำนวนผู้ป่วยส่งต่อจากสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 143 คน ซึ่งเป็นเพศหญิงจำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 71.32 เพศชาย จำนวน 41 คนคิดเป็นร้อยละ 28.67 ในจำนวนนี้ พบสถิติสูงสุดคือ ผู้ป่วยถูกส่งต่อมารับการรักษาเกี่ยวกับมะเร็งที่ปากมดลูกและเนื้องอกในมดลูกจำนวน 44 รายคิดเป็นร้อยละ 30.76 มะเร็งและความผิดปกติที่เต้านม จำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.67 มะเร็งระบบทางเดินอาหารจำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.48 มะเร็งหลอดคอ 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.69 มะเร็งโพรงจมูกจำนวน 11 รายคิดเป็นร้อยละ 7.69 มะเร็งตับและมะเร็งลำไส้ชนิดละรวม 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.48 และนอกจากนี้ยังพบมีมะเร็งชนิดอื่นๆเช่น มะเร็งที่ช่องปาก ลิ้น ทอนซิลต่อมไทรอยด์ ต่อมน้ำลายและอื่นๆ จำนวน 13 ราย ปัญหาที่พบจากการมารับการรักษาส่วนใหญ่พบว่า การส่งต่อไม่มีการประสานงานกันอย่างเป็นรูปธรรม และอีกทั้งไม่มีแบบฟอร์มการส่งต่อที่ชัดเจน และขาดข้อมูลที่เป็นข้อมูลไม่ครบถ้วนไม่เพียงพอต่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งพบว่าความต้องการยาและเวชภัณฑ์รักษาโรคมะเร็งไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสและต้องใช้เวลาในการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งทำให้ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นตามมา

2. การพัฒนาแนวทางประสานบริการของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีและโรงพยาบาลบริการด้านโรคมะเร็งในนครหลวงเวียงจันทน์ โดยการสนทนากลุ่มและการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในโรงพยาบาลที่ให้บริการรักษาพยาบาลโรคมะเร็งที่อยู่ในเขตนครหลวงเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ประกอบด้วย โรงพยาบาลมิตรภาพ 103, โรงพยาบาลแม่และเด็ก, โรงมโหสถ และ โรงพยาบาลไชยเสด็จ รวมทั้งสิ้นจำนวน 25 คน บุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลมะเร็ง

อุดรธานี ประกอบด้วยสหวิชาชีพจำนวนทั้งสิ้น 25 คน โดยแยกเป็น แพทย์ จำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 9 คน เภสัชกรจำนวน 1 คน เทคนิคการแพทย์ และนักเซลล์วิทยาจำนวน 2 คน นักรังสีการแพทย์ จำนวน 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน นักบริหาร นักวิเคราะห์ข้อมูลและพนักงานกลุ่มสนับสนุนอำนวยการจำนวน 5 คน ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทำการสนทนากลุ่มพบว่าสภาพการณ์ที่พบจากการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลที่ดูแลด้านโรคมะเร็งในนครหลวงเวียงจันทร์ทั้ง 5 แห่ง โดยมีการวางแผนการ ประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การแก้ไขปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยด้านโรคมะเร็ง และระดมความคิดเห็นเพื่อกำหนดแนวทางการสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วย โดยมีขอบเขต ดังนี้ คือการร่วมอภิปรายสภาพปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยและการรับผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อเนื่องของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีจากโรงพยาบาลในเขตนครหลวงเวียงจันทร์ และหลังจากนั้นทำการประชุมเชิงปฏิบัติการในวันที่ 24- 26 มิถุนายน 2558 เพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาและระบบบริการที่จำเป็น โดยกำหนดกลไกและเครื่องมือในการส่งต่อผู้ป่วย และผลผลักดันให้เกิดการนำแนวทางไปสู่การปฏิบัติ โดยได้ร่วมกันทำการพัฒนาระบบการรับ – ส่งต่อผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผ่านเครือข่าย แพทย์ พยาบาล ของโรงพยาบาลมิตรภาพ, โรงพยาบาลมโหสถ, โรงพยาบาลไชยเสศฐา, โรงพยาบาลแม่และเด็กและการประสานความร่วมมือในการจัดหาและเวชภัณฑ์รักษาโรคมะเร็ง และการสังเคราะห์ขึ้นเนื้อ โดยสภาพปัญหาส่วนใหญ่ที่พบคือประเด็นแบบบันทึกเพื่อการประสานส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการการประสานเรื่องการส่งจ่ายยาและการประสานเพื่อการส่งต่อในการรักษา

และผลการพัฒนาคือร่วมกันได้คู่มือประสานการบริการด้านโรคมะเร็งระหว่างโรงพยาบาลด้านโรคมะเร็งร่วมกับโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ซึ่งประกอบด้วย การประสานเพื่อส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประสานเรื่องการจ่ายยาและการประสานเพื่อการส่งต่อมารับการรักษาต่อเนื่อง ทั้งนี้ได้มีการจัดตั้งศูนย์ประสานการส่งต่อและประกาศใช้แนวทางและวิธีการปฏิบัติการส่งต่อโดยมีขั้นตอนในการประสานการส่งต่อผู้ป่วย มีบุคลากรในการ

ปฏิบัติงานประจำตลอด 24 ชั่วโมง และสามารถใช้นโยบายปฏิบัติในการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการตัดสินใจเพื่อส่งต่อผู้ป่วย มีการรวบรวมข้อมูลการส่งต่อ เพื่อการประเมินคุณภาพการส่งต่อสำหรับการเตรียมการก่อนรับผู้ป่วยต่อของสถานพยาบาลต้นทาง (pre transfer care) มีการเตรียมความพร้อม ให้ผู้ป่วยและญาติก่อน มีระบบสารสนเทศเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสม การดำเนินการระหว่างการส่งต่อ (during transfer care) มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อเป็นรายโรค/รายประเภทการรักษา/ระดับอาการผู้ป่วย มีแนวทางปฏิบัติประสานและขอคำปรึกษา เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาระหว่างการส่งต่อ ส่วนการดำเนินการหลังการส่งต่อ (Post transfer care) มีแนวทางปฏิบัติในการรับผู้ป่วย การส่งข้อมูลเอกสารต่อจากโรงพยาบาลต้นทาง มีแนวทางในการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเมื่อถึงโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ส่วนการติดตามและประเมินผล(Monitoring & Evaluation) มีการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล การสะท้อนกลับข้อมูลการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลด้านโรคมะเร็งในประเทศลาวร่วมกับโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เพื่อการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยทั้งนี้ในระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม 2559 ถึงเดือนธันวาคม 2559 มีผู้รับบริการ โรคมะเร็งที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลในเขตนครหลวงเวียงจันทร์มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี มีจำนวนทั้งหมด 146 คน ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก มะเร็งคอมดลูกและอวัยวะสืบพันธุ์หญิง จำนวน 51 ราย รองลงมาคือมะเร็งเต้านม จำนวน 26 ราย ผู้ป่วยมะเร็งหลอดคอและกล่องเสียงจำนวน 13 คน ผู้ป่วยมะเร็งในช่องปาก (ลิ้น ปาก ต่อม้ำลาย ทอนซิล) จำนวน 12 คน มะเร็งโพรงจมูก 11 คน มะเร็งระบบผิวหนังและกล้ามเนื้อ (skin melanoma connective tissue) จำนวน 9 คน มะเร็งตับ มะเร็งถุงน้ำดี 6 คน คนมะเร็งกระเพาะอาหาร ลำไส้และทวารหนักจำนวน 6 คน มะเร็งต่อมลูกหมากและอวัยวะสืบพันธุ์ชาย 4 คน และมะเร็งระบบอื่นๆอีก 10 คน

2. การประเมินประสิทธิภาพของคู่มือเป็นการประเมินความเหมาะสมของคู่มือประสานการบริการจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 11 คน โดยแยกเป็น แพทย์ จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน เภสัชกรจำนวน 1 คน เทคนิคการแพทย์ และนักเซลล์วิทยา จำนวน 2 คน นักรังสี

การแพทย์ จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน นักบริหาร นักวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 2 คน และนอกจากนี้มีการประเมิน ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการจากการใช้แนวทางประสานบริการของ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีและโรงพยาบาลบริการด้านโรคมะเร็งในนครหลวง

เวียงจันทน์ ทั้งนี้มีผู้รับบริการโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีในช่วงเวลาดังกล่าวยินดีและสะดวกในการให้ข้อมูลการวิจัยจำนวน 52 คน เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านภาษาและวัฒนธรรมที่แตกต่าง แสดงดังตารางดังนี้

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการประเมินความเหมาะสมแนวทางประสานบริการของ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีและโรงพยาบาลบริการด้านโรคมะเร็งในนครหลวงเวียงจันทน์

รายการประเมินความเหมาะสมของแนวทางประสานบริการ	$\bar{X}$	SD	ระดับความเหมาะสม
1.ด้านปัจจัยนำเข้า	4.52	0.55	มากที่สุด
2.ด้านเนื้อหา การเตรียมส่งต่อ การส่งต่อ หลังการส่งต่อ	4.40	0.63	มาก
3.ด้านการประสานบริการเพื่อส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ	4.55	0.51	มากที่สุด
4.ด้านการประสานบริการเพื่อส่งจ่ายยา	4.71	0.46	มากที่สุด
5.ด้านการประสานบริการเพื่อส่งผู้ป่วยมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	4.56	0.57	มากที่สุด
6.ด้านผลลัพธ์การให้บริการผู้ป่วยมะเร็ง	4.47	0.53	มาก
7.ด้านนโยบายดำเนินงานของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี	4.48	0.50	มาก
รวม	4.51	0.54	มากที่สุด

จากตารางพบว่าการประเมินความเหมาะสมของแนวทางประสานบริการของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีและโรงพยาบาลบริการด้านโรคมะเร็งในนครหลวงเวียงจันทน์ มีความเหมาะสมโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดโดยมีค่าเฉลี่ยที่ 4.51 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.54 ($\bar{X} = 4.51, SD=0.54$) ซึ่งผลวิจัยพบว่ามีความเหมาะสม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านการประสานบริการเพื่อส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ด้านการประสานบริการเพื่อส่งจ่ายยา ด้าน

การประสานบริการเพื่อส่งผู้ป่วยมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.52, SD=0.55$) ($\bar{X} = 4.55, SD=0.51$) ($\bar{X} = 4.71, SD=0.46$) ($\bar{X} = 4.56, SD=0.57$) และการประเมินความเหมาะสมด้านเนื้อหา ด้านผลลัพธ์การให้บริการผู้ป่วยมะเร็ง ด้านนโยบายดำเนินงานของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.40, SD=0.63$) ($\bar{X} = 4.47, SD=0.53$) ($\bar{X} = 4.48, SD=0.50$)

ตาราง 2 ระดับความพึงพอใจโดยรวมของผู้ใช้บริการจากการใช้แนวทางประสานบริการของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีและโรงพยาบาลบริการด้านโรคมะเร็งในนครหลวงเวียงจันทน์

รายการประเมิน	$\bar{X}$	(SD)	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านความสะดวกในการเข้ารับการรักษา	3.54	0.95	มาก
2. ด้านความรวดเร็ว	3.90	0.64	มาก
3. ด้านข้อมูลที่เกี่ยวข้อง	3.76	0.58	มาก
4. ด้านคุณภาพบริการของการรักษาพยาบาล	3.85	0.55	มาก
รวม	3.72	0.77	มาก

จากตาราง พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมของผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.72, SD=0.77$) โดยแยกเป็นความพึงพอใจด้านความรวดเร็วมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.90$) รองลงมาคือความพึงพอใจด้านคุณภาพบริการ ($\bar{X} =$

3.85) ด้านข้อมูล ($\bar{X} = 3.76$) และความสะดวก ($\bar{X} = 3.54$) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

จากข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานพบว่า มีสถิติจำนวนผู้ป่วยด้านโรคมะเร็งที่ถูกส่งต่อจากประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวเพื่อทำการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีใน พ.ศ. 2558 พบสถิติสูงสุดคือ ผู้ป่วยถูกส่งต่อมารับการรักษาเกี่ยวกับมะเร็งที่ปากมดลูกและเนื้องอกในมดลูกจำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.76 มะเร็งและความผิดปกติที่เต้านม จำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.67 มะเร็งระบบทางเดินอาหารจำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.48 มะเร็งหลอดคอ 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.69 มะเร็งโพรงจมูกจำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.69 มะเร็งตับและมะเร็งลำไส้ชนิดละรวม 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.48 และนอกจากนี้ยังพบมีมะเร็งชนิดอื่นๆ เช่น มะเร็งที่ช่องปาก ลิ้น ทอนซิลต่อมไทรอยด์ ต่อมน้ำลายและอื่นๆ จำนวน 13 ราย อธิบายได้ว่าอุบัติการณ์การเป็นมะเร็งเป็นไปตามสถานการณ์มะเร็งของโลกที่มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากทั่วโลกเป็นอันดับที่สอง⁽⁵⁾ และพบมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 1 ของสตรีทั่วโลก โดยพบถึงร้อยละ 33 ของมะเร็งในสตรี และเป็นสาเหตุ การเสียชีวิตถึงร้อยละ 20 ของสตรีที่ เสียชีวิตจากมะเร็ง⁽⁶⁻⁷⁾ และในสหรัฐอเมริกา มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญเป็นอันดับที่สองของมะเร็งทั้งหมดในเพศชายและหญิง⁽⁸⁾ และในประเทศไทย มะเร็งตับชนิด hepatocellular carcinoma (HCC) เป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่งในผู้ชายและพบเป็นอันดับสองในผู้หญิง โดยมีอุบัติการณ์ประมาณ 40.5 คนต่อแสนต่อปี⁽⁹⁾ ปัญหาที่โรงพยาบาลมะเร็งพบจากการมารับการรักษาส่วนใหญ่พบว่า การส่งต่อไม่มีการประสานงานกันอย่างเป็นรูปธรรม และอีกทั้งไม่มีแบบฟอร์มการส่งต่อที่ชัดเจน และขาดข้อมูลที่จำเป็นข้อมูลไม่ครบถ้วนไม่เพียงพอต่อการรักษาอย่างต่อเนื่องซึ่งอธิบายได้ว่า กระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่มีหน่วยงานเกี่ยวข้องหลายหน่วยงาน กระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย กระบวนการหลักดังต่อไปนี้ กระบวนการรับแจ้งและประสานงาน กระบวนการตรวจสอบข้อมูล กระบวนการประเมินผู้ป่วย กระบวนการรับผู้ป่วย⁽¹⁰⁾ เนื่องจากกระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย มีผลกระทบต่อการปลอดภัย

ของผู้ป่วย ภาพรวมของกระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยควรชัดเจนจาก จุดเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ จึงจะเกิดการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสและต้องใช้เวลาในการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งทำให้ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นตามมาสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการให้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวยในประเทศ⁽¹¹⁾ และนำสู่การพัฒนาแนวทางประสานบริการของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีและโรงพยาบาลบริการด้านโรคมะเร็งในนครหลวงเวียงจันทน์ ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทำการสนทนากลุ่มพบว่าสภาพการณ์ที่พบจากการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลที่ดูแลด้านโรคมะเร็งในนครหลวงเวียงจันทน์ทั้ง 5 แห่ง โดยการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การแก้ไขปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยด้านโรคมะเร็ง และระดมความคิดเห็นและได้คู่มือประสานการบริการด้านโรคมะเร็งระหว่างโรงพยาบาลด้านโรคมะเร็งร่วมกับโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ซึ่งประกอบด้วยการประสานเพื่อส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประสานเรื่องการจ่ายยาและการประสานเพื่อการส่งต่อมารับการรักษาต่อเนื่อง โดยในคู่มือมีการกำหนดรายละเอียดของศูนย์ประสานงานที่ชัดเจน มีการจัดหาบุคลากรผู้รับผิดชอบประจำศูนย์ มีการกำหนดวิธีปฏิบัติปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการตัดสินใจในการส่งต่อ การประสานข้อมูลที่จำเป็นและช่องทางการสื่อสารที่สะดวกและรวดเร็ว นอกจากนี้ยังมีวิธีแนวปฏิบัติขณะส่งต่อการตัดสินใจเมื่อมีเหตุการณ์ฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือการใช้อุปกรณ์สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพในขณะที่ส่งต่อ และหลังจากการส่งต่อก็มีแนวทางปฏิบัติในการรับมอบผู้ป่วย และส่งข้อมูลเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษร มีการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยก่อนและขณะส่งต่อเมื่อมาถึงโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีเพื่อการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยของกรมการแพทย์¹¹ จากการใช้คู่มือการประสานงานการส่งต่อ ตั้งแต่ มกราคม-ธันวาคม 2559 มีผู้รับบริการโรคมะเร็งที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลในเขตนครหลวงเวียงจันทน์มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี มีจำนวนทั้งหมด 146 คน ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่ยังเป็นผู้ป่วย

มะเร็งปากมดลูกและอวัยวะสืบพันธุ์หญิง รองลงมาคือมะเร็งเต้านม มะเร็งหลอดคอและกล่องเสียง มะเร็งในช่องปาก มะเร็งโพรงจมูก มะเร็งระบบผิวหนังและกล้ามเนื้อ (skin melanoma connective tissue) มะเร็งตับ มะเร็งถุงน้ำดี มะเร็งกระเพาะอาหาร ลำไส้และทวารหนัก มะเร็งต่อมลูกหมาก และอวัยวะสืบพันธุ์ ส่วนผลการประเมินความเหมาะสมของกลุ่มประสานบริการจากผู้ทรงคุณวุฒิ และทำการสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการจากการใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลในเขตนครหลวงเวียงจันทน์ที่เต็มใจและสะดวกในการให้ข้อมูล การประเมินความเหมาะสมของแนวทางประสานบริการของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีและโรงพยาบาลบริการด้านโรคมะเร็งในนครหลวงเวียงจันทน์ มีความเหมาะสมโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งผลวิจัยพบว่าความเหมาะสม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านการประสานบริการเพื่อส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ด้านการประสานบริการเพื่อส่งจ่ายยา ด้านการประสานบริการเพื่อส่งผู้ป่วยมารับการรักษาต่อ อยู่ในระดับมากที่สุด และการประเมินความเหมาะสมด้านเนื้อหา ด้านผลลัพธ์การให้บริการผู้ป่วยมะเร็ง ด้านนโยบายดำเนินงานของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านความพึงพอใจโดยรวมของผู้ใช้บริการจากการใช้แนวทางประสานบริการของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีและโรงพยาบาลบริการด้านโรคมะเร็งในนครหลวงเวียงจันทน์พบว่าความพึงพอใจโดยรวมของผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก ทั้งด้านความรวดเร็วด้านคุณภาพบริการ ด้านข้อมูล และด้านความสะดวก

อธิบายผลการวิจัยได้ว่าแนวทางการประสานการส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมในการที่จะนำไปเป็นคู่มือในการประสานการส่งต่อผู้ป่วยด้านโรคมะเร็งให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพิ่มศักยภาพทางด้านบริการสุขภาพระหว่างสถานบริการสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับการรักษาดูแลเหมาะสมปลอดภัย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน และการประสานร่วมมือกันในการวางแผนบริหารจัดการเกี่ยวกับระบบการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยโดยจัดให้มีเครือข่ายในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยการจัดหาคู่มือการปฏิบัติงานการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานเป็นแนวทางเดียวกันโดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์สูงสุด

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประเมินผลการดำเนินการประสานบริการการส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางในคู่มือประสานบริการด้านโรคมะเร็งระหว่างโรงพยาบาลบริการด้านโรคมะเร็ง ที่พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่องและนำผลการประเมินสู่การพัฒนาให้มีความสมบูรณ์นำสู่การได้ประโยชน์สูงสุดในส่วนผู้ป่วยและสถานบริการสุขภาพ
2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการใช้คู่มือประสานการบริการด้านโรคมะเร็ง
3. ควรมีการร่วมมือกันพัฒนานาระบบคัดกรองผู้ป่วยด้านโรคมะเร็งก่อนการส่งต่อเพื่อลดการส่งต่อที่ไม่จำเป็น และการส่งต่อที่เหมาะสมและให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และสามารถลดค่าใช้จ่ายระดับประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. World Cancer Report 2014. Geneva, Switzerland: World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, WHO Press, 2015.
2. ภาควิชาภาควิชาอายุรศาสตร์คณะแพทยศาสตร์. ศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็งสาขามะเร็งวิทยา. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา. สืบค้นใน <http://hoccc.medicine.psu.ac.th/team.html> เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2560.
3. โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. รายงานสรุปผลการดำเนินงานโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีประจำปี 2559. เอกสารอัดสำเนา, อุดรธานี. 2559.

- 4.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. การใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวยในประเทศไทย. สืบค้นใน <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3836?locale-attribute=th> เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2560.
- 5.Bosch FX, Manos MM, Munoz N, Sherman M, et al. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. J Natl Cancer Inst 1995; 87:798.
- 6.Bland KI, Beenken SW, Copeland EM. The Breast. In: Brunicardi FC, Andersen DK, BilliarTR, et al. Schwartz's principles of surgery 8 Ed. New York: McGraw-Hill; 2005; p.453-99.
- 7.Arcom C. Breast. In: Thiravud K, Petcharin S, Hutch S, et al. editors. Cancer in Thailand V.IV.Bangkok: National Cancer Institute; 2007; p.4850.
- 8.Woolf SH. Public health perspective: the health policy implications of screening for prostate cancer. J Urol 1994;152:1685
- 9.อนุชิต จูทะพุทธิ. การตรวจเฝ้าระวังมะเร็งเรื้อรังระดับปฐมภูมิ. จุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย 2542; 34(7): 100-107
- 10.คณะกรรมการจัดทำคู่มือปฏิบัติงานระบบการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์. คู่มือปฏิบัติงานระบบการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์. สำนักงานการแพทย์. นนทบุรี. 2555.
- 11.สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. การใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยชาวลาวยในประเทศไทย :กรณี ศึกษาผลกระทบต่อโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย. เครือสถาบันสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี. 2555.

การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC)

Development of self-care model to prevent stroke in hypertensive patients with AIC Technique

สาโรช สมชอบ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง ดำเนินการวิจัย 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่1: การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง การประยุกต์ใช้กระบวนการ Appreciation Influence Control (AIC) และเลือกใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม 6 ขั้นตอน 1) การนำเสนอข้อมูลสภาพปัญหา 2) การกำหนดเป้าหมาย 3) การค้นหากิจกรรมการพัฒนา 4) จัดลำดับความสำคัญ 5) วางแผนหาผู้รับผิดชอบ 6) จัดทำแผน/กิจกรรม/โครงการ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือ ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลเชิงใน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 58 คน ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย การประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมใน 6 ขั้นตอน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และสถิติพรรณนา ขั้นตอนที่2: การเปรียบเทียบพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเอง ระดับความดันโลหิต(BP) ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 58 คน โดยเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองและแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Paired t-test ผลการศึกษา พบว่า (1) รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองด้วยกระบวนการ AIC มี 2 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาติหรือผู้ดูแลประกอบด้วย การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้ป่วย 4 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการอารมณ์ 2) รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย การประเมิน ติดตาม พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้เห็นคุณค่าในตนเองและมีความตระหนักรวมทั้งมีพลังอำนาจในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ประสบความสำเร็จ (2) ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านการบริโภคอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต(BP) ก่อน-หลังเข้าร่วม พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และไดแอสโตลิก ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง 8 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การดูแลสุขภาพตนเอง, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC

Abstract

The purposes of this participatory action research were to develop a self-care model to prevent cardiovascular disease of hypertensive patients, and compare self-care behaviors before and after using the self-care model. Two steps were taken: Step1: develop a self-care model applying Appreciation Influence Control (AIC), and participatory planning techniques in six steps: (1) Finding problems (2) Targeting (3) Finding development activity (4) Prioritizing (5) Planning responsibility and (6) Planning activity/ project. The samples were 58 relatives or caregivers of high blood pressure patients, public health volunteers responsible for the Chronic Disease Clinic at Khueang Nai Hospital purposively selected for the study. The research tools included application of AIC process and participative planning process in 6 steps. The data were analyzed using content analysis and descriptive statistics. Step 2: compare self-care behaviors, blood pressure (BP) before and after use of self-care patterns. The samples were 58 hypertensive patients purposively selected. The research tools were a Self-care

¹ พบ., วว.(เวชศาสตร์ป้องกัน)

model for hypertensive patients, evaluation form on knowledge about hypertension and stroke and health behavior Paired t-test. The data were analyzed using descriptive statistics and comparison of paired-t-test averages. The results showed: (1) the Self-care model with AIC process had 2 forms: 1) self-care model of hypertensive patients and relatives or caregivers consisted of four self-report behaviors: food consumption, exercising, taking medication, and emotional management; 2) self-care model for multidisciplinary team including assessment and follow-up of health behaviors of the patients which is a holistic health care and social support for hypertensive patients to have self-esteem and awareness, as well as empowerment in decision-making to control blood pressure levels successfully. (2) After use of the self-care model, the hypertensive patients have self-care behaviors in food consumption, taking medication, exercising and emotional management higher than before using the self-care model with statistical significance at .05 level. On comparing samples' pre-postoperative means of systolic and diastolic BP, they were significantly different at .01 level before and after 8 weeks of use.

Key words : Development of Model, Self-care, Hypertensive Patients, AIC Technique

บทนำ

อัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นควบคู่ไปกับโรคหลอดเลือดสมองที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกันกับในจังหวัดอุบลราชธานีพบว่า ในช่วงปี พ.ศ.2554 – 2556 มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 1,209.76, 1,274.64 และ 1,314.33 ต่อแสนประชากร และพบ ผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราตาย 21.89, 25.2, และ 30.03 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁽¹⁾ โรคความดันโลหิตสูงเปรียบเสมือนภัยเงียบเนื่องจากในระยะแรก ๆ จะไม่มีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของหลอดเลือดชัดเจน⁽²⁾ ผู้ป่วยโรคนี้จึงมักขาดความตระหนักที่จะให้ความสนใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต แต่การปล่อยให้มีระดับความดันโลหิตสูงอยู่เป็นระยะเวลานาน ประกอบกับการมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ หากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนไปยังอวัยวะที่สำคัญ โดยเฉพาะที่สมองทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดหรือภาวะเลือดออกในสมอง^(3,4,5) และเมื่อเป็นโรคนี้แล้ว ผู้ป่วยที่แม้ว่าจะรอดชีวิตมักมีความบกพร่องหรือมีความพิการของร่างกายตามมาต้องเป็นภาระแก่ครอบครัวส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ความเป็นอยู่และสังคมของผู้ป่วย รวมถึงครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแล ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก^(6,7)

จากสถิติผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาของโรงพยาบาลเชิงใน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดเป็นอันดับ 1 โดยในปี พ.ศ. 2556-2558 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 5238 ,5280 และ 5,429 ราย ตามลำดับ โดยในจำนวนนี้ไม่สามารถ

ควบคุมความดันได้ จำนวน 2,200 , 1,890 , 892 ราย ตามลำดับจากการคัดกรองโอกาสเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเป็นอัมพฤกษ์ และอัมพาตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มนี้ ในปี พ.ศ.2558 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตอยู่ในระดับสูงปานกลาง จำนวน 52 ราย (ร้อยละ 5.82) และอยู่ในระดับสูง จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 2.69) และจากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค การดูแลตนเองและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงยังไม่เพียงพอ ขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง และยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ภายในอำเภอ ยังไม่มีกิจกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน ในขณะที่เป้าหมายและความสำเร็จของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่ที่การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ ซึ่งนอกจากการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์แล้ว ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองอย่างเหมาะสมตลอดจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปพร้อม ๆ กัน เพื่อควบคุมปัจจัยต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพราะในปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีว่า ยังไม่มีวิธีใดที่จะสามารถจัดการกับโรคนี้ได้ ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด^(7,8)

ดังนั้นผู้วิจัย และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกันพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลเชิงใน จังหวัดอุบลราชธานี โดยการนำแนวคิดแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2554

- 2563 ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ เพื่อใช้เป็นกรอบ
ชี้แนะทิศทางการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างบูรณาการ
โดยมีเป้าหมายหลักในการพัฒนา คือ ลดปัญหาการ เกิดโรค
ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการพิการ ลดการตาย และลดภาระ
ค่าใช้จ่าย ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การ
จัดการอารมณ์ และการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา (5.อ.2.ส.) และการ
รับประทานยาโดยใช้กระบวนการเทคนิคการวางแผนแบบมี
ส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: AIC) ซึ่งเป็น
กระบวนการที่สนับสนุนให้บุคคลหรือตัวแทน เข้ามามีส่วน
ร่วมรับผิดชอบ กำหนดทิศทาง ร่วมตัดสินใจและร่วมรับ
ประโยชน์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบท ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยป้องกัน ภาวะ
สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด
สมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยกระบวนการ AIC
3. เพื่อประเมินผลการปฏิบัติตามกิจกรรมการป้องกันการ
เกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วน
ร่วม (Participatory Action Research: PAR) กลุ่มตัวอย่างในการ
วิจัย 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คัดเลือกตัวอย่างแบบ
เจาะจงโดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองโอกาสเสี่ยงเบื้องต้น
ต่อการเป็นอัมพฤกษ์ และอัมพาต ในปี พ.ศ.2558 อยู่ในระดับ
ปานกลาง ระดับสูง และมีความสนใจเข้าร่วมการพัฒนา
รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 58 ราย และผ่านการ
พิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน
มนุษย์ ของโรงพยาบาลเชียงใหม่ 2) กลุ่มตัวอย่างที่ร่วมพัฒนา
รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองด้วย กระบวนการวางแผนแบบ
มีส่วนร่วม AIC ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 58 คน
ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 58 คน
อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ที่
รับผิดชอบดูแล ติดตาม ผู้ป่วย ผู้รับผิดชอบงานคลินิกโรค
ความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็น
หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) ของโรงพยาบาล
เชียงใหม่ จำนวน 4 แห่ง และมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอาศัยอยู่

ในพื้นที่รับผิดชอบ จำนวน 20 คน ทีมสหสาขาวิชาชีพที่
รับผิดชอบดูแลติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 8
คน ประกอบด้วยแพทย์ เกษัชกร พยาบาลวิชาชีพ นัก
โภชนาการ และนักกายภาพบำบัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ
ตนเองด้วยกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC 6
ขั้นตอน คือ 1) เข้าใจสถานการณ์ สภาพที่แท้จริง 2) สร้าง
วิสัยทัศน์ สภาพที่คาดหวังในอนาคต 3) คิดค้นหา กลวิธี 4)
จัดความสำคัญจำแนกกิจกรรม 5) วางแผนหาผู้รับผิดชอบ 6)
จัดทำแผน/กิจกรรม/ โครงการ ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพ
ตนเองที่พัฒนาขึ้น ด้วยกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม
AIC แล้ว นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อที่ประชุมใหญ่และ
ลงมติเลือกรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความ
ดันโลหิตสูง โดยจากการลงมติของที่ประชุมใหญ่ ได้รูปแบบ
การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ประกอบด้วย 1) การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมโดย
ทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาล , หน่วยบริการปฐมภูมิ,
อาสาสมัครสาธารณสุข, ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย 2) คู่มือบันทึก
พฤติกรรมสุขภาพประจำตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 3)
คู่มือประเมินพฤติกรรมสุขภาพสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ
โรงพยาบาล และ 4) คู่มือประเมินพฤติกรรมสุขภาพสำหรับ
หน่วยบริการปฐมภูมิ และอาสาสมัครสาธารณสุข

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
ได้แก่ แบบสอบถามวัดพฤติกรรมรับประทานอาหาร
แบบสอบถามวัดพฤติกรรมออกกำลังกายแบบสอบถามวัด
พฤติกรรมรับประทานยา และแบบสอบถามวัดพฤติกรรม
การจัดการอารมณ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือ
ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก กองสุกศึกษา กรมสนับสนุน
บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยหาความเชื่อมั่น
(Reliability) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index
of Item Objective Congruence : IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.6 -1
แบบสอบถามวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ของ
แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำ
แบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูง จำนวน 30 คนโดยคำนวณหา ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ด้วยวิธีของครอนบาค (Cronbach) ได้ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.859 0.764 0.752 และ 0.858

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 เตรียมการเป็นการสร้างทีมงานร่วมดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) ทีมวิจัยภาคสนาม ทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แสดงความคิดเห็น วิเคราะห์วางแผน ร่วมการดำเนินกิจกรรมให้ความช่วยเหลือ และประเมินผลการปฏิบัติ 2) คณะทำงานในชุมชน มีบทบาทหน้าที่ตรวจสอบและเพิ่มเติมข้อมูลให้มีความสมบูรณ์ ร่วมจัดทำแผนกิจกรรมให้ความช่วยเหลือ และประเมินผล โดยผู้วิจัยได้เข้าพบบุคคลดังกล่าว เชิญเป็นทีมวิจัยภาคสนามและคณะทำงานในชุมชน จากนั้นได้จัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเพื่อเตรียมความพร้อมของทีม

ระยะที่ 2 การดำเนินการใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสำรวจความคิดเห็น แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบคำถามการสนทนากลุ่ม แนวทางการสังเกต และแนวทางการทำแผนที่ จากนั้นผู้วิจัยหลัก ทีมวิจัยภาคสนาม และคณะทำงานในชุมชนประชุม ร่วมสรุปประเด็นที่ควรมีการจัดการปัญหา และคัดเลือกกิจกรรมให้ความช่วยเหลือ ซึ่งที่ประชุมเห็นควรให้ดำเนินการ 2 กิจกรรม คือ 1) อบรมให้ความรู้ เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง 2) จัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 3 ปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นรูปแบบในการจัดกิจกรรม มี 4 องค์ประกอบ คือ ประสพการณ์ สะท้อนความคิด อภิปราย ความคิดรวบยอด และทดลองหรือประยุกต์แนวคิด จัดกิจกรรม 6 ครั้ง มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้าร่วมกิจกรรม 58 คน มีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ระยะแลกเปลี่ยนประสบการณ์เดิมเดิมความรู้ สะท้อนความคิดและอภิปราย ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ได้แก่ จัดกิจกรรมพูดคุยแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์การเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพ เรียนรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองจากเรื่องเล่า เส้นทาง การเจ็บป่วยจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของตนเองพร้อมหาแนวทางป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรมครั้งที่ 2 ระยะสร้างความคิดรวบยอด ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 ได้แก่ ทบทวนความรู้ พุดคุยแลกเปลี่ยนการทดลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กิจกรรมเรียนรู้เรื่องอาหารและการออกกำลังกาย สาธิตการทำอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม และการคำนวณปริมาณเกลือโซเดียมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ฝึกทักษะการออกกำลังกายโดยใช้สมาธิบำบัดแบบ SKT ในเทคนิคที่ 1 นั่งผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต เทคนิคที่ 2 ยืนผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต และเทคนิคที่ 3 นั่งยืด -เหยียดผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต

กิจกรรมครั้งที่ 3 ระยะทดลองปฏิบัติ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3 เป็นการติดตามผลการทดลองปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ ติดตามผลการทดลองปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทบทวนความรู้ พุดคุยแลกเปลี่ยนการทดลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ฝึกปฏิบัติออกกำลังกายด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT

กิจกรรมครั้งที่ 4 ระยะติดตามผลการปฏิบัติครั้งที่ 1 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 4 ได้แก่ ติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทบทวนความรู้ พุดคุยแลกเปลี่ยนการทดลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ฝึกปฏิบัติออกกำลังกายด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT

กิจกรรมครั้งที่ 5 ระยะติดตามผลการปฏิบัติครั้งที่ 2 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 6 ได้แก่ ติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ฝึกปฏิบัติออกกำลังกายด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ทบทวนความรู้ ข้อเสนอแนะทั้งหมดที่ได้จากกลุ่มแลกเปลี่ยนการนำเสนอแนะดังกล่าวไปลองปฏิบัติ นัดหมายการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 6 ระยะสิ้นสุดกระบวนการเรียนรู้ ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 7 ประเมินผลการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายโดยติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ประกอบด้วย ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และระดับความดันโลหิต (BP) ก่อน-หลังเข้าเข้าร่วมกระบวนการโดยใช้สถิติการทดสอบสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired-t test) และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของระดับความดันโลหิต (BP) ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 4 และ 8 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ Repeated measure one-way ANOVA

ผลการวิจัย

1. บริบท ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1.1 ผลการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการกลุ่มผู้ให้บริการ จากการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบันส่วนใหญ่จะเน้นการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่แล้วส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและรักษาตามขั้นตอน เน้นการดูแลจากเจ้าหน้าที่มากกว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเองและผู้ป่วยยังขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองคิดว่าการกินยาอย่างเดียวก็เพียงพอแล้ว ทำให้ไม่สามารถควบคุมและแก้ปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้ จึงควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ชัดเจน เช่น การสาธิตอาหารที่เหมาะสมกับโรค การจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อนช่วยเพื่อน การสาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การเข้าค่ายทำกิจกรรมร่วมกันทั้ง ผู้ป่วยและผู้ดูแล การอบรมให้ความรู้และติดตามประเมินผล การสร้างแรงจูงใจโดยการให้รางวัล การแจกสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวและการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรในท้องถิ่น

1.2 ผลการศึกษาสภาพปัญหาในกลุ่มผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.24 อายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 55.17 อายุเฉลี่ย 65 ปี ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 72.41 และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 43.17 และมีโอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูงปานกลาง ร้อยละ 56.83 ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงพอ โดยมีค่าคะแนนความรู้เฉลี่ย 6.87 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน และพบว่า ร้อยละ 68.96 ไม่ทราบว่าผู้ที่มีญาติสายตรง (พ่อหรือแม่/พี่หรือน้อง)ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะเพิ่มโอกาสต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองจากการสัมผัสผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเรื่องการเข้าถึงบริการ พบว่าผู้ป่วยทุกคนที่เข้ารับการตรวจรักษาจะได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตจากเจ้าหน้าที่และได้รับการจะอธิบายสิ่งที่ตรวจพบให้ผู้ป่วยเข้าใจทุกครั้ง และผู้ป่วยทุกคนเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการดูแลสุขภาพตนเองขณะเจ็บป่วย ส่วนใหญ่จะได้รับการอธิบายจากบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 91.67 และผู้ป่วยทุกคนต้องการได้รับความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะหัวข้ออันตรายต่ออวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ร้อยละ 83.33 โดยต้องการให้จัดกิจกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองโดยการให้เจ้าหน้าที่บรรยาย การนำตัวแบบที่ดีมาเล่าสู่กันฟัง การจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการดูจากสื่อ เช่น แผ่นซีดี หรือวิดีโอ เป็นต้น ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังมีการรับประทานอาหารรสเค็มหรือเติมน้ำปลาเกลือรส ในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว และขาดควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วนและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทุกวัน ผู้ป่วยมีการดื่มสุรา เบียร์ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสมรวมถึงการไม่ไปตรวจรักษาตามวันเวลาที่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่นัดทุกครั้ง และยังมีผู้ป่วยที่หยุดยาเองเมื่อไม่มีอาการผิดปกติ และผู้ป่วยยังขาดความสนใจและพยายามหาความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัว โดยการอ่านหนังสือ วารสาร ฟังวิทยุ ดูทีวี หรือสื่ออื่น ๆ

2. รูปแบบการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยกระบวนการ AIC ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 การเตรียมการ และการพัฒนาคู่มือการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.2.1 เพื่อให้การติดตามพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้เป็นระบบเชิงประจักษ์ผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาล ทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุข ได้ร่วมกันพัฒนาคู่มือเพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้บันทึกพฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองปฏิบัติในแต่วันช่วงมื้ออาหารถึงพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ของผู้ป่วย

2.2.2 คู่มือประเมินสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาล ทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุข จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคู่มือประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างดี จึงจะสามารถนำไปใช้และแนะนำให้ผู้ป่วยให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้อง และสามารถประเมินพฤติกรรมที่ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยสูงขึ้น รวมทั้งร่วมวางแผนการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และร่วมวางแผนการรักษาผู้ป่วยร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ในการติดประเมินเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อให้การประเมินมีประสิทธิภาพ ทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาล ทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำเป็นต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจคู่มือบันทึกพฤติกรรมสุขภาพประจำตัวผู้ป่วยและคู่มือประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

3. การประเมินผลการปฏิบัติตามกิจกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3.1 การประเมินผลเชิงกระบวนการ

กิจกรรมครั้งที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ เรื่องโรคความดันโลหิตสูงตามประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง มีบางรายเท่านั้นที่ทราบว่ามีการมีระดับความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยสามารถ

วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งส่วนใหญ่จะมีปัจจัยเสี่ยง คือ น้ำหนักเกิน และรับประทานอาหารรสเค็ม ออกกำลังกายไม่เพียงพอ และกลุ่มสรุปแนวทางการป้องกันว่า ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ งดดื่ม แอลกอฮอล์ และควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

กิจกรรมครั้งที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยเริ่มมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ แต่บางส่วนมีปัญหาในการปฏิบัติ เนื่องจากไม่ได้เป็นผู้ประกอบอาหารเอง และทางกลุ่มได้ช่วยกันหาแนวทางแก้ไขทำให้ได้วิธีที่จะช่วยลดปริมาณเกลือโซเดียมให้สมาชิกได้นำไปทดลองปฏิบัติ ผู้ป่วยได้ให้ความสนใจอย่างมากในกิจกรรมการสาธิตอาหาร และการออกกำลังกายโดยใช้สมาธิบำบัดแบบ SKT แต่ส่วนใหญ่ยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง

กิจกรรมครั้งที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยได้นำเทคนิคและข้อแนะนำจากกลุ่มไปทดลองปฏิบัติ โดยลดปริมาณการใช้เครื่องปรุงรสลง แต่ผู้ป่วยบางส่วน รู้สึกว่าอาหารรสชาติไม่ค่อยกลมกล่อม เนื่องจากยังรู้สึกยังไม่ชิน ในด้านการฝึกออกกำลังกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มฝึกการหายใจในเทคนิคที่ 1 ได้ถูกต้อง เริ่มเรียนรู้การฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT ในเทคนิคที่ 2 และ 3 แต่ยังไม่ชำนาญ

กิจกรรมครั้งที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าต่อเนื่อง เรียนรู้เทคนิคการลดปริมาณเกลือโซเดียมจากการรับประทานอาหารเช้าที่ซื้อจากร้านค้า โดยนำข้อเสนอแนะจากกลุ่มไปลองปรับใช้กับตนเอง ฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT ในเทคนิคที่ 1, 2 และ 3 ซึ่งส่วนใหญ่เริ่มที่จะปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมครั้งที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าและการออกกำลังกายต่อเนื่อง มีความเห็นว่าทุกข้อเสนอแนะสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง โดยการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้น ต้องขึ้นกับความมุ่งมั่นของแต่ละคนเป็นสำคัญ ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้ถูกต้อง และสะท้อนว่าหลังจากที่ได้ฝึกปฏิบัติมาระยะหนึ่งรู้สึกกระปรี้กระเปร่า ผ่อนคลาย ไม่เวียนศีรษะ และคิดว่าจะฝึกปฏิบัติต่อไปเพื่อสุขภาพของตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 6 ประเมินผลการปฏิบัติโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกคนมีความพึงพอใจและคิดว่ากิจกรรมที่จัดขึ้นตรงกับความต้องการ และยังคงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การออกกำลังกายด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT ฝึกปฏิบัติร่วมกับการออกกำลังกายแบบเดิมที่เคยปฏิบัติอยู่เป็นประจำ และพบว่า

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 4 ราย ไม่ได้ออกกำลังกายด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ยังคงมีการออกกำลังกายด้วยวิธีการแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ แต่ได้เพิ่มระยะเวลาให้นานขึ้นเป็นอย่างน้อย 30 นาที ต่อครั้ง ปฏิบัติอย่างน้อย 3-4 วัน ต่อสัปดาห์

3.2 การประเมินผลลัพธ์ของกิจกรรม

ตาราง 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการ

ความรู้	n	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ก่อน	58	20	13.73	3.10	23.49	0.000*
หลัง	58	20	18.76	4.03		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางพบว่า ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง จากการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการ

พบว่า ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างหลังจากเข้าร่วมกระบวนการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการ

พฤติกรรม	n	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
การรับประทานอาหาร						
ก่อน	58	1.67	0.04	57	-4.01	0.000*
หลัง	58	2.25	0.57	57		
การรับประทานยา						
ก่อน	58	2.02	0.71	57	-3.77	0.000*
หลัง	58	2.72	0.60	57		
การออกกำลังกาย						
ก่อน	58	2.04	0.64	57	-2.11	0.046*
หลัง	58	2.50	0.85	57		
การจัดการอารมณ์						
ก่อน	58	2.20	0.50	57	-3.71	0.001*
หลัง	58	2.70	0.55	57		
ภาพรวม						
ก่อน	58	1.98	0.47	57	-10.583	0.000*
หลัง	58	2.54	0.64	57		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนและหลังได้รับรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยกระบวนการ AIC โดยภาพรวม พบว่า ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการ พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหลังเข้าร่วม สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกระบวนการ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม

การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วม
กระบวนการเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม
การรับประทานอาหาร พฤติกรรมรับประทานยา
พฤติกรรมออกกำลังกาย และพฤติกรรมจัดการ
อารมณ์ ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการ โดยใช้สถิติ

ทดสอบที (Paired-t test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพตนเอง หลังเข้าร่วมกระบวนการสูงกว่า
คะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกระบวนการ อย่างมีนัยสำคัญที่
ระดับ .05 คี

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่าง
ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 4 และ 8 สัปดาห์

ตัวแปรที่วัด	n	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
ความดันซิสโตลิก(mmHg)						
ก่อน	58	169.84	17.17	57	-1.412	0.689
หลัง 4 สัปดาห์	58	144.57	15.63	57	-0.260	0.796
หลัง 8 สัปดาห์	58	126.10	11.57	57	-4.978	0.005
ความไดแอสโตลิก(mmHg)						
ก่อน	58	94.76	9.86	57	-0.398	0.689
หลัง 4 สัปดาห์	58	79.42	9.71	57	-0.705	0.796
หลัง 8 สัปดาห์	58	75.73	7.84	57	-3.861	0.010

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย
ระดับความดันโลหิต(BP) ก่อน-หลังเข้า ทดลองโดยใช้
สถิติการทดสอบทีของสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน

(Paired-t test) พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและได
แอสโตลิก ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง 8
สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 4 ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของระดับความดันโลหิตของค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิก

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ความดันซิสโตลิก					
ภายในกลุ่ม	12451.18	2	6225.59	41.65	0.000*
ความคลาดเคลื่อน	5978.16	55	149.45		
ความดันไดแอสโตลิก					
ภายในกลุ่ม	3977.36	2	1988.68	32.89	0.000*
ความคลาดเคลื่อน	2417.97	55	60.45		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และ
ไดแอสโตลิกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05 (F=41.656 และ F=32.89 ตามลำดับ)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยกระบวนการ AIC

เป็นการดูแลโดยใช้คู่มือประจำตัวผู้ป่วยเป็นเครื่องมือ
ในการทำกับ ติดตามพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง
โดยมีญาติเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือในการบันทึกพฤติกรรม
ที่ได้ปฏิบัติ ผู้ป่วยจึงเกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง
(Self-care) และเกิดพฤติกรรมรับรู้ความสามารถของ
ตนเอง (Self-Efficacy) จากการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ

ทุกครั้ง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ก่อน และหลังได้รับรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยกระบวนการ AIC โดยภาพรวม พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังเข้าร่วม สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกระบวนการ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมารับประทานอาหาร พฤติกรรมรับประทานยา พฤติกรรมออกกำลังกาย และพฤติกรรมจัดการอารมณ์ ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองทั้ง 4 ด้าน หลังเข้าร่วมกระบวนการสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกระบวนการ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 เพราะโอเริม⁽¹⁰⁾ กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) เป็นการ กระทำกิจกรรมในภาวะปกติของมนุษย์ เพื่อให้การทำหน้าที่และพัฒนาการเป็นไปตามปกติ และยังเป็นสิ่งที่จะ นำไปสู่การคงไว้ซึ่งเงื่อนไขภายนอก และภายใน การดูแลตนเองถือเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้มีใช้สิ่งที่ คิดควมตั้งแต่เกิดบุคคลเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมาจากความเชื่อ อุปนิสัย และวิถีการดำเนินชีวิตของกลุ่ม คนในสังคม นอกจากนั้นปัจจัยส่วนบุคคลเกี่ยวกับอายุ ระยะพัฒนาการและภาวะสุขภาพล้วนเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อ ขอบเขตของกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติได้ ในขณะที่การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เกิดจากการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน โดยมีบุตรหลาน ญาติหรือบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแล จึงเป็นส่วนสำคัญที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก ประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับแนวคิดของเบนดูรา⁽¹¹⁾ กล่าวว่าไว้ว่าการส่งเสริมประสบการณ์ที่ประสบ ความสำเร็จ (Enactive Mastery Experience) เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่จะทำให้บุคคลพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพราะสภาพที่เป็นจริงเกี่ยวกับความรอบรู้หรือความชำนาญในสิ่งที่ทำได้สำเร็จ ทำให้ได้รับความสำเร็จ ที่เข้มแข็งเกี่ยวกับความสามารถของบุคคล และถ้าคนเราได้รับความสำเร็จก็จะคาดหวังว่าจะได้รับผลที่เกิดขึ้น จากการ

ได้รับประสบการณ์โดยการเผชิญกับปัญหาอุปสรรคและการใช้ความพากเพียรพยายาม

รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการ AIC 4 ด้านประกอบด้วย การรับประทาน อาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์เมื่อนำมาทดลองใช้กับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองด้าน การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายและการจัดการอารมณ์ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมทดลองรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้น จึงส่งผลให้ สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ประสบผลสำเร็จ โดยการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิต(BP) ก่อน-หลังเข้าทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง 8 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเกิดจากผลของเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการ AIC ส่งผลให้เกิดความตระหนักและรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมที่บันทึกข้อมูลในการดูแลสุขภาพตนเอง

ข้อเสนอแนะ

การนำรูปแบบการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยกระบวนการ AIC จำเป็นจะต้องมีการติดตาม โดยทีมสุขภาพโรงพยาบาล ทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาลตามรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองที่พัฒนาจากกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC โดยทีมสุขภาพโรงพยาบาลเป็นผู้กำหนดที่สำคัญ คือ การเตรียมผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย ต้องสมัครใจ และได้รับการสนับสนุนจากญาติเป็นอย่างดี มีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาในการวิจัย และควรวางแผนจัดเตรียมสถานที่ที่ใช้ ในการร่วมกิจกรรม การติดตามที่โรงพยาบาล และเตรียมทีมสุขภาพโรงพยาบาลให้พร้อมในการดำเนิน การวิจัย การนัดหมาย

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน ควรไปตรงตามเวลาที่นัดหมาย เพื่อของผู้ป่วย
ไม่ให้เป็นการ เสียเวลาในการหารายได้ และความตั้งใจ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขที่สำคัญจังหวัดอุดรราชธานี. อุดรราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรราชธานี; 2559.
2. สุรเกียรติ์ อชานานุภาพ. ตำราการตรวจโรคทั่วไป. กรุงเทพฯ: ลิขสิทธิ์ฉบับลิขสิทธิ์ จากัด; 2553.
3. กิ่งแก้ว ปาจารย์. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทย์ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
4. จรรยา สันตยากร. การจัดการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน. พิษณุโลก: โรงพิมพ์ตระกูลไทย; 2554.
5. เจียมจิต แสงสุวรรณ. โรคหลอดเลือดสมอง การวินิจฉัยและการจัดการทางการแพทย์. ขอนแก่น: ศิริรักษ์ออฟเซต; 2541.
6. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือความรู้เรื่องอัมพาต สำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2550.
7. พิระ บุณกิจเจริญ. โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2553.
8. นิพนธ์ พวงวรินทร์. โรคหลอดเลือดสมอง (ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2554.
9. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563. 2557. สืบค้นเมื่อ 27 ม.ค. 57 จาก URL: http://www.moph.go.th/oic/data/20110316100703_1_.pdf.
10. Orem, D.E. **Nursing : Concepts of practice** . 2 nd . ed ., New York : McGraw – Hill Book Company, 1980.
11. Bandura, A. **Self-Efficacy: The Exercise of Control**. New York: W.H. Freeman and company. 1997).

การพัฒนาทักษะการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

DEVELOPEMENT OF COMMUNITY-BASED INTERVENTION PROGRAM ON SELF CARE FOR NUTRITION CONTROL IN HYPERTENSIVE PATIENTS.

วัชนาภรณ์ ศรีไพวรรณ¹ อรสา กงตาล²

Wachanapon Sripaiwan¹ Orasa Kongtalin²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน และพัฒนาทักษะการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคร่วมและไม่มีการแทรกซ้อนจำนวน 14 ราย เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพจำนวน 3 ราย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนจำนวน 16 ราย โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมอาหาร โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลตนเองเกี่ยวกับเรื่องอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน 2) การวางแผนกิจกรรมร่วมกัน ได้แก่กิจกรรมพัฒนาทักษะการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 3) ดำเนินงานตามแผนและสะท้อนผลการปฏิบัติ 4) ประเมินผล มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมในเรื่องของการรับประทานอาหารเค็ม ได้รับปริมาณโซเดียมในอาหารมากกว่าที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรได้รับ 4.5-9 เท่าต่อวัน ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกราย สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ คือไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท แต่ยังไม่สามารถควบคุมปริมาณโซเดียมในอาหารได้ คือผู้ป่วยได้รับโซเดียมเกินกว่าที่ควรได้รับ 4-8 เท่าต่อวัน เพราะการสร้างความรู้ความตระหนักเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่องที่ยากและต้องอาศัยระยะเวลาพอสมควร

คำสำคัญ : การดูแลตนเอง, การควบคุมอาหาร, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ABSTRACT :

The purpose of this action research was to analyze the situation of self-care behavior among patients with hypertension in the community and to improve self-care practices for dietary controlling. The informants were 14 hypertensive patients who show no hypertensive complications, 3 health service providers and 16 community members. Empowerment process was utilized in order that the patients became aware of the need to change their behavior to control dietary their diet. The study was conducted in four phases: 1) study and analyze the situation of self-care behavior 2) plan activities to promote skills of self-care on dietary controlling among hypertensive patients 3) take actions and reflect 4) evaluate. Data were collected using interview and focused group methods. The quantitative data were analyzed using descriptive statistic and the qualitative data using content analysis. The situational analysis revealed that the patients lack knowledge and understanding about hypertension and demonstrated inappropriate behavior in consuming salty diet with 4.5 to 9 times higher than the daily sodium intake for hypertensive patients. After the empowerment process, the patients were able to control hypertension level, not exceeding normal blood pressure of 140/90 mmHg. Nevertheless, they were not able to control the amount of daily sodium intake, 4 to 8 times higher. This is probably because normally it takes reasonable time to raise awareness and to change behavior. Results suggested that with supports from family and local shops in the community, patients can change their diet successfully. Therefore, it is important to raise awareness of the patient caretakers and the shops located in the community. This can control hypertension and prevent future hypertensive complication.

Keyword : self-care management, nutrition control, hypertension patient

¹ *นักศึกษาลัทธิสุตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ** PhD ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยด้วย โดยประชากร 1 ใน 3 คน จะมีภาวะความดันโลหิตสูง จะเห็นได้จาก รายงานการเฝ้าระวังโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังของสำนัก ระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2556 2557 และ 2558 พบมีผู้ป่วย 1,725,719 ราย 1,997,700 ราย และ 3,398,412 ราย ตามลำดับ ความชุก 2,709.06, 3,112.60 และ 5,288.01 ต่อประชากรแสนราย (สำนักระบาดวิทยา, 2556)

ในสังคมอีสานที่เช่นเดียวกัน โรคความดันโลหิตสูงยังเป็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจากประชาชนมีพฤติกรรมชอบรับประทานปลาร้า อาหารที่มีรสเค็ม มีการใช้น้ำปลาเกลือ ผงชูรส เป็นเครื่องปรุงรสหลัก ซึ่งล้วนแล้วแต่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบ อันเป็นสาเหตุให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงตามมา (นิธย์ ทศนิยมและสมพันธ์ ทศนิยม, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้ผลประกอบไปด้วยปัจจัยหลายด้าน ได้แก่การรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การลดการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยต่างๆดังกล่าวร่วมกัน จึงจะได้ผลดี ซึ่งมีการศึกษาในทุกปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว โดยจากการศึกษาการดูแลโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง พบประเด็นที่ยังเป็นปัญหาและยังดำเนินการไม่สำเร็จคือเรื่องของควบคุมอาหาร เนื่องจากการที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นเรื่องที่

ค่อนข้างยาก และต้องอาศัยระยะเวลา จึงเป็นประเด็นที่สนใจสำหรับการศึกษาค้นคว้า

ผู้ป่วยยังมีความไม่เข้าใจในเรื่องของคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ทราบว่าให้ลดการกินเค็ม ลดเกลือ ลดอาหารมัน แต่ปัญหาคือยังไม่เข้าใจคำว่าเค็มคืออะไร ต้องรสชาติประมาณไหนที่ไม่เรียกว่าเค็ม อาหารที่รับประทานอยู่ทุกวันเค็มหรือไม่ ต้องใส่เกลือ น้ำปลา ผงชูรส น้ำปลาร้าเท่าไรถึงจะไม่เค็ม ไม่รู้จักคำว่าโซเดียม ไม่ทราบปริมาณโซเดียมที่ควรได้รับในแต่ละวัน ทำให้เห็นว่าการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน ยังไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง การให้คำแนะนำเรื่องอาหารถือเป็นอีกเรื่องที่จะสนับสนุนให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเกณฑ์ นอกจากนี้บางครอบครัวมีลูกหลานที่บ้านเป็นคนประกอบอาหารให้รับประทาน จึงไม่สามารถที่จะลดการกินเค็มได้ และมีการซื้ออาหารปรุงสำเร็จจากร้านค้าในชุมชนมารับประทาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องการรับประทานอาหารนับเป็นเรื่องที่มีความสำคัญและยากที่จะสื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจ แต่ถ้าหากผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนเกิดความตระหนักมองเห็นความสำคัญของผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูง ก็จะมีแรงบันดาลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการดูแลตนเองในเรื่องอาหารเป็นสิ่งที่ต้องการความรู้และความเข้าใจอย่างแท้จริง จนสามารถนำไปปฏิบัติได้ การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้สามารถดูแลตนเองได้ จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดที่จะนำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้ผล โดยจุดเน้นของการให้คำแนะนำเพื่อต้องการสร้างความตระหนัก เพราะเชื่อว่าความตระหนักจะเป็นจุดแรก และเป็นจุดสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาศานการณการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

2. เพื่อพัฒนาทักษะการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชน

วิธีดำเนินงานวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ กลุ่มที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) เป็นผู้ให้ข้อมูล มี 3 กลุ่ม ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด จำนวน 14 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว ไม่มีโรคร่วม และไม่มีภาวะแทรกซ้อน

- 2) เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ จำนวน 3 ราย ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนแดง พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข

- 3) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน 2 ราย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 14 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2) แนวคำถามการสนทนากลุ่มสำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน 3) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และอาจารย์เชี่ยวชาญด้านโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ และแนวคำถามในการสนทนากลุ่มเท่ากับ .91 .89 และ .90 ตามลำดับ ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้กับประชากรที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ระดับความดันโลหิตก่อนและหลังทำกิจกรรม ปริมาณโซเดียมที่ได้รับก่อนและหลังทำกิจกรรม

วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยตารางแจกแจงความถี่ และร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) หลังจากได้ข้อมูลที่ซ้ำ ๆ กันจนไม่พบข้อมูลประเด็นใหม่ถือว่ามีความอิ่มตัวของข้อมูล จัดระเบียบข้อมูลโดยจัดเก็บเป็นรหัส และนำข้อมูลมาใช้ในการสรุปตีความหมายของข้อค้นพบและนำเสนออย่างเป็นระบบ

ความเชื่อถือได้ของงานวิจัยนี้ได้ยึดหลักการพิจารณาความน่าเชื่อถือหรือคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย ความน่าเชื่อถือ ความเหมาะสม มีการตรวจสอบและยืนยันข้อมูลของการศึกษา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE592324 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้ที่เข้าร่วมวิจัยทุกราย โดยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัย ด้วยการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีดำเนินการ การเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งประโยชน์ที่ได้จากการศึกษา ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดช่วงดำเนินการวิจัย และนำเสนอผลในภาพรวม

ผลการศึกษา

1.ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมดำเนินการวิจัย

- 1) กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 14 ราย เป็นเพศชาย 7 ราย เพศหญิง 7 ราย อายุเฉลี่ย 65 ปี อายุมากที่สุด 81 ปี และอายุน้อยที่สุด 47 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาทั้งหมด ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 100 รายได้เฉลี่ย 1000-5000 บาทต่อเดือน โดยมีรายได้จากเบี้ยผู้สูงอายุ รายได้จากการประกอบอาชีพ และลูกหลานให้ สิทธิการรักษาโดยใช้บัตรทองทั้งหมด ผู้ป่วยทำอาหารรับประทานเองจำนวน 8 ราย ร้อยละ 57.14 และมีผู้ดูแลทำอาหารให้รับประทานจำนวน 6 ราย ร้อยละ 42.86

- 2) กลุ่มเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ จำนวน 3 คน พบว่าเป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุระหว่าง 29-50 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 100 มีประสบการณ์ในการ

ทำงาน 7-25 ปี และมีประสบการณ์ในการรับผิดชอบงานเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด 10 ปี และน้อยที่สุด 3 ปี การดำรงตำแหน่งประกอบด้วย หัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข

3) กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน จำนวน 16 ราย พบว่าเป็นเพศชาย 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.75 เพศหญิง 13 ราย ร้อยละ 81.25 มีอายุระหว่าง 32-55 ปี อายุเฉลี่ย 42 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษาจำนวน 11 ราย ร้อยละ 68.75 มัธยมศึกษา 4 ราย ร้อยละ 25 ปริญญาตรี 1 ราย ร้อยละ 6.25 การดำรงตำแหน่งเป็นผู้ใหญ่บ้าน 1 ราย ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 1 ราย และเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 14 ราย

จากการศึกษาผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพียงโรคเดียวที่ไม่มีโรคร่วม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่อาศัยอยู่ในชุมชนทั้งหมดจำนวน 14 ราย พบว่าผู้ป่วยได้รับโซเดียมอยู่ระหว่าง 9,000 – 18,000 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งสูงเกินปริมาณโซเดียมที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรได้รับ ประมาณ 4.5-9 เท่า การศึกษาครั้งนี้สามารถแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ซึ่งหมายถึงกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท และกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ หมายถึงกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป มีรายละเอียดดังนี้

1) กลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มีจำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.57 มี BMI เกินจำนวน 2 ราย ระยะเวลาการป่วย 4 และ 11 ปี และ BMI ปกติ จำนวน 9 ราย ระยะเวลาการป่วย 4-20 ปี

2) กลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.43 มี BMI เกินจำนวน 1 ราย ระยะเวลาการป่วย 4 ปี และ BMI ปกติจำนวน 2 ราย ระยะเวลาการป่วย 4 และ 11 ปี

2.สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

ประชาชนส่วนใหญ่ในหมู่บ้านจะประกอบอาหารรับประทานเอง อาหารส่วนใหญ่จะหาได้ในท้องถิ่น เช่นปลูกผักรับประทานเอง ผลไม้ส่วนใหญ่จะเป็นกล้วยน้ำว้า จะมีการซื้ออาหารบ้าง ภายในชุมชนมีร้านขายของชำและของเบ็ดเตล็ดจำนวน 5 ร้าน มีร้านขายอาหารปรุงสำเร็จจำนวน 3 ร้าน เช่นขายอาหารถุงที่รับมาจากตลาด ส้มตำ ก๋วยเตี๋ยว ลูกชิ้นทอด น้ำปั่น มีรถเร่เข้ามาขายอาหารในหมู่บ้าน นอกจากนี้ยังมีตลาดนัดทุกวันพุธ และวันศุกร์ ที่วัดโนนแดงเหนือ ซึ่งมีทั้งของสด ของแห้ง ของใช้ในครัวเรือน

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ พบว่ามีการให้คำแนะนำรายบุคคลแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างการตรวจเวลาผู้ป่วยมารับยา มารับการตรวจตามนัด ในเรื่องของการรับประทานอาหาร แต่ยังไม่ครอบคลุม และยังไม่ได้ลงรายละเอียดมากนัก เนื่องจากภาระงานและจำนวนผู้ป่วยที่มาก มีการจัดการให้สุขศึกษารายกลุ่มรวมทั้งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน การให้ความรู้เรื่องอาหาร จะให้ความรู้เรื่องอาหารแลกเปลี่ยน แต่ยังไม่ได้มีการสอนเฉพาะเป็นรายโรค มีการจัดอบรมโดยใช้เงินงบประมาณปี 2559 โดยการให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปเข้าค่ายอบรม 3 วัน ในโครงการหมอเขียวแพทย์วิถีธรรม

จากการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน พบว่ายังไม่มีกิจกรรมที่ชัดเจนเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะมีเพียงการให้คำแนะนำเวลาที่ไปรับยาตามนัด แต่ก็ไม่ได้ลงรายละเอียด ผู้ป่วยอาจจะยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับเรื่องของการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง “เพิ่มมีแต่บอกคนไข้ว่าอย่ากินเค็ม อย่ากินมันเค็ม สำหรับฉันกะยังบ่เข้าใจอยู่ว่าเค็มคืออหยัง สำได้จั่งลิเิ้นว่าเค็ม ต้องกินสำได้จั่งลิพอดิ ฉันกะคิดว่าคนไข้ความดันกะน่าลิบเข้าใจลิกัน เพิ่นเลยกินบ่ถึก ความดันมันเลขขึ้น” (FG.COM, 7 มี.ค. 60)

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ ยังไม่มีกิจกรรมส่งเสริมการดูแลตนเอง และการพัฒนาทักษะของผู้ป่วยเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่เป็นการดำเนินการเชิงรุก จะเป็นการตั้งรับใน รพ.สต. โดยมีการให้สุศึกษาเป็นรายกรณี ขณะทำการตรวจ มีการให้สุศึกษาเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้คำแนะนำเรื่องอาหารให้ลดกินเค็ม กินมัน แต่ยังไม่มีการจัดกิจกรรมเฉพาะโรคที่เป็นรูปธรรม

ผู้ป่วยในชุมชนได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมื่อไปรับการตรวจตามนัด ได้แก่ เรื่องอาหาร การควบคุมน้ำหนักตัว การออกกำลังกาย การลดการดื่มแอลกอฮอล์ การผ่อนคลายความเครียด พบปัญหาในเรื่องของคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยทราบว่าให้ลดการกินเค็ม ลดเกลือ ลดอาหารมัน แต่ปัญหาคือยังไม่เข้าใจคำว่าเค็มคืออะไร ต้องรสชาติประมาณไหนที่ไม่เรียกว่าเค็ม “เค็มคือกินจาง กินจืด กินพอดี แต่บู้ว่ากินสำได้จั้งเอ็นว่าบ่เค็ม” (In.Pt.HT04, 1 มี.ค. 60) อาหารที่รับประทานอยู่ทุกวันเค็มหรือไม่ ต้องใส่เกลือ น้ำปลา ผงชูรส น้ำปลาร้าเท่าไรถึงจะไม่เค็ม สะท้อนให้เห็นว่าการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยยังไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง นอกจากนี้ บางครอบครัวมีผู้ดูแล ได้แก่ ภรรยาเป็นคนประกอบอาหารให้รับประทาน จึงไม่สามารถที่จะลดการกินเค็มได้ และมีการซื้ออาหารปรุงสำเร็จจากร้านค้าในชุมชนมารับประทาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังไม่รู้จักคำว่าโซเดียมในอาหาร และไม่ทราบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรได้รับโซเดียมในแต่ละวันปริมาณเท่าไร

พฤติกรรมการรับประทานอาหารส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะปรุงอาหารที่หาได้ในท้องถิ่น เช่น ปลา จะมีการถนอมอาหารไว้ เช่น การทำปลาร้า ปลาแดกเคียว ประเภทอาหารส่วนใหญ่จะเป็นปิ้ง ต้ม ปั่น ถ้ามีงานบุญถึงจะได้รับประทานอาหารประเภทผัด ประเภทแกงที่ใส่กะทิ จะมีการกินผักสดทุกวัน ผักส่วนใหญ่ปลูกกินเอง ถ้ามีปริมาณมากก็ทำผัก

ดองไว้กิน ผลไม้ที่รับประทานประจำคือกล้วยน้ำว้า เพราะมีอยู่ในท้องถิ่น จะมีการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ มีการดื่มน้ำอัดลม ในช่วงมีงานบุญงานบวช หรือช่วงเทศกาลสงกรานต์ ปีใหม่ และพบว่าผู้ป่วยมีการดื่มน้ำทุกวัน วันละ 2 กระป๋อง ผู้ป่วยทั้งหมด 14 ราย ไม่สูบบุหรี่ อาหารที่สำเร็จรูป เช่น บะหมี่ อาหารกระป๋องนานๆจะกินที เนื่องจากไม่ถูกปาก เครื่องปรุงรสที่ใช้เป็นประจำ ได้แก่ เกลือ น้ำปลา ผงชูรส รสดี ปลาร้า ซอสปรุงรส ซิอิ๊ว

3.สรุปประเด็นปัญหา

จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ทั้งจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน พบว่า

- 1) ผู้ป่วยยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
- 2) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับเรื่องของการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ยังไม่เข้าใจความหมายของคำว่าเค็ม ไม่รู้จักคำว่าโซเดียม ไม่ทราบปริมาณโซเดียมที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรได้รับในแต่ละวัน มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม มีการใช้เครื่องปรุงรสที่มีส่วนผสมของโซเดียม เช่น เกลือ น้ำปลา ผงชูรส รสดี ซอสปรุงรส ซิอิ๊ว และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนได้รับปริมาณโซเดียมในอาหารต่อวันสูงกว่าที่ควรจะได้รับ 4.5-9 เท่า ซึ่งมีส่วนทำให้ผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาในอนาคต

ผู้วิจัยมีการนำเสนอสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองเรื่องการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข โดยให้ช่วยกันเลือกปัญหาที่ต้องการให้มีการพัฒนา มีการวางแผน และเลือกแนวทางแก้ปัญหา โดยผู้วิจัยสรุป

ปัญหาและกิจกรรมที่จะดำเนินการพัฒนา เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

มีการออกแบบบริการตามความต้องการของผู้ป่วย และชุมชน โดยเน้นการสนับสนุนการดูแลตนเอง และการเสริมสร้างพลังอำนาจในระดับบุคคลที่ตัวผู้ป่วยก่อน เพื่อให้เกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการจัดโครงการพัฒนาทักษะการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรมอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีการใช้สื่อได้แก่วีดิโอ เอกสารคู่มือ โมเดลอาหาร มีการปรุงอาหารร่วมกัน พัฒนาทักษะในการลดการบริโภคเค็ม บอกปริมาณโซเดียมที่ควรบริโภคในแต่ละวัน คำนวณปริมาณโซเดียมในส่วนประกอบของอาหารที่รับประทานเป็นประจำ เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นภาพชัดเจน และจัดกิจกรรมกลุ่ม 3 ครั้ง ให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และแสดงความคิดเห็นในประเด็นเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปแยกการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในเกณฑ์ มีการรับประทานอาหารรสเค็มตามวิถีของชาวอีสาน เน้นปรุงรสโดยการใส่ปลาร้า มีการใช้เครื่องปรุงที่มีส่วนประกอบของโซเดียม เช่นเกลือ น้ำปลา ผงชูรส รสดี และจากวิถีชีวิตที่เร่งรีบบางครั้งก็มีการซื้ออาหารจากร้านอาหารสำเร็จรูปจากร้านค้าในหมู่บ้าน และรถเร่มารับประทานบ้าง ผู้ป่วยยังไม่เห็นความสำคัญของการควบคุมอาหาร ยังไม่เกิดเห็นความสำคัญในเรื่องของ

อาหารการกิน ในผู้ป่วยบางรายผู้ดูแลเป็นคนทำอาหารให้ จึงต้องกินรสชาติตามที่คนปรุงให้ บางครั้งผู้ป่วยมีการซื้ออาหารจากร้านค้าในหมู่บ้าน ซึ่งรับมาขายอีกทอดหนึ่ง รสชาติส่วนใหญ่จะต้องเข้มข้น จึงจะขายได้กับลูกค้าทุกกลุ่ม จึงยากที่จะควบคุมเรื่องความเค็ม ความมัน ความ膩

จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับประทานอาหารที่หลากหลาย ไม่ได้รับประทานอาหารที่เป็นเฉพาะโรค ส่วนมากจะทำอาหารอีสาน อาหารที่กินส่วนใหญ่ก็เป็นอาหารที่หาได้ในท้องถิ่น เช่นปลา ผัก ส่วนใหญ่จะปลูกผักกินเอง ทำให้กินผักเป็นประจำ ส่วนผลไม้ที่กินเป็นประจำคือกล้วยน้ำว้า เพราะปลูกทุกบ้าน ผลไม้ตลาดก็ซื้อมารับประทานบ้าง เช่นส้มเขียวหวาน มะขามหวาน บางครอบครัวผู้ป่วยปรุงอาหารกินเอง แต่บางครอบครัวผู้ดูแลเป็นคนทำให้อีก ยังมีการดื่มเครื่องดื่มปรุงรสต่างๆ เช่นปลาร้า น้ำปลาเกลือ ผงชูรส รสดี เพื่อให้อาหารมีรสแซ่บ 膩 อาหารที่กินส่วนใหญ่ จะเป็นประเภทต้ม แกง ปิ้ง เวลาถึงงานบุญหรือเทศกาลต่างๆ ถึงจะมีการกินอาหารประเภทผัด อาหารไทย อาหารที่มีกะทิ มีการดื่มเหล้า เบียร์ น้ำอัดลมบ้าง

จากการลงสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่บ้าน และการสังเกต พบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะปรุงอาหารที่หาได้ในท้องถิ่น เช่นปลา จะมีการถนอมอาหารไว้ เช่นการทำปลาร้า ปลาแดดเดียว ประเภทอาหารส่วนใหญ่จะเป็นปิ้ง ต้ม ปั่น ถ้าถึงงานบุญถึงจะได้รับประทานอาหารประเภทผัด ประเภทแกงที่ใส่กะทิ จะมีการกินผักสดทุกวัน ผักส่วนใหญ่ปลูกกินเอง ถ้ามีปริมาณมากก็ทำผัดคองไว้กิน ผลไม้ที่รับประทานประจำคือกล้วยน้ำว้า เพราะมีอยู่ในท้องถิ่น จะมีการดื่มแอลกอฮอล์ เช่นเหล้า เบียร์ มีการดื่มน้ำอัดลม ในช่วงถึงงานบุญงานบวช หรือช่วงเทศกาลสงกรานต์ ปีใหม่ และพบว่าผู้ป่วย 1 ราย มีการดื่มกาแฟทุกวัน วันละ 2 กระป๋อง ผู้ป่วยทั้งหมด 14 รายไม่สูบบุหรี่ อาหารถึงสำเร็จรูป เช่นบะหมี่

อาหารกระป๋องนานๆจะกินที เนื่องจากไม่ถูกปาก เครื่องปรุงรสที่ใช้เป็นประจำ ได้แก่เกลือ น้ำปลา ผงชูรส รสดี ปลาแร่ ซอสปรุงรส ซิอิ้ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา¹ เรื่องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยมุ่งศึกษาในกลุ่มของผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม เช่น มีการเค็มเกลือปริมาณมากในขณะปรุงอาหารแต่ละมื้อ เค็มเครื่องปรุงที่มีรสเค็มจัดในอาหารระหว่างการรับประทาน รับประทานเนื้อสัตว์ที่แปรรูปเป็นประจำ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับเกลือโซเดียมจากเครื่องปรุงในการปรุงอาหาร 12,000 - 15,000 มิลลิกรัมต่อวัน และสอดคล้องกับการศึกษา² เรื่องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน พบว่าผู้ป่วยยังไม่เห็นความสำคัญในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และไม่ตระหนักถึงอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน มีความเคยชินกับการปฏิบัติตัวแบบเดิมๆ รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม และปรุงอาหารด้วยผงชูรส ในเรื่องของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยในชุมชนได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมื่อไปรับการตรวจตามนัด ได้แก่ เรื่องอาหาร การควบคุมน้ำหนักตัว การออกกำลังกาย การลดการดื่มแอลกอฮอล์ การผ่อนคลายความเครียด แต่ไม่ได้ลงในรายละเอียดต่างๆ พบปัญหาในเรื่องของคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยทราบว่าให้ลดการกินเค็ม ลดเกลือ ลดอาหารมัน แต่ปัญหาคือยังไม่เข้าใจคำว่าเค็มคืออะไร ต้องรสชาติประมาณไหนที่ไม่เรียกว่าเค็ม อาหารที่รับประทานอยู่ทุกวันเค็มหรือไม่ ต้องใส่เกลือ น้ำปลา ผงชูรส น้ำปลาแร่เท่าไรถึงจะไม่เค็ม สะท้อนให้เห็นว่าการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยยังไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ³ เกี่ยวกับการสร้างความตระหนักในการลดการบริโภคเกลือในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติตัวตาม

คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขได้ โดยผู้ป่วยทราบว่าต้องลดอาหารเค็ม แต่ยังไม่เข้าใจคำว่าเค็มหมายถึงอะไร ยังไม่ทราบว่าอาหารที่รับประทานเป็นประจำถือว่าเค็มหรือไม่ นอกจากนี้บางครอบครัวมีผู้ดูแล ได้แก่ภรรยาเป็นคนประกอบอาหารให้รับประทาน จึงไม่สามารถที่จะลดการกินเค็มได้ และมีการซื้ออาหารปรุงสำเร็จจากร้านค้าในชุมชนมารับประทาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังไม่รู้จักคำว่าโซเดียมในอาหาร ไม่ทราบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรได้รับโซเดียมในแต่ละวันปริมาณเท่าไร

จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ทั้งจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน พบว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้ความเข้าใจ และยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับเรื่องของการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษา⁴ เรื่องการพัฒนาการดูแลโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในเรื่องของการรับประทานอาหาร

2. การพัฒนาทักษะการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

งานวิจัยครั้งนี้มีการออกแบบบริการโดยเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ระดับบุคคลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ไม่มีโรคร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นความสำคัญ เกิดความตระหนักที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ คือไม่เกิน 140/90 mmHg เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทั้ง 14 ราย เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทราบปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย มีการสอบถามการรับประทานอาหารในรอบ 24

ชั่วโมงที่ผ่านมาเพื่อนำมาคำนวณปริมาณโซเดียมที่ผู้ป่วยได้รับจริงในแต่ละวัน เพราะโซเดียมในอาหารมีผลให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา⁵ ที่ว่าการลดการรับประทานอาหารรสเค็มและอาหารที่มีโซเดียมสูง จะช่วยลดความดันโลหิตและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ มีการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในเรื่องต่างๆ ได้แก่ มีการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษา และภาวะแทรกซ้อน โดยมีการใช้สื่อวีดิโอโรคความดันโลหิตสูง และมีหนังสือคู่มือ แผ่นพับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงประกอบให้ผู้ป่วยได้อ่าน มีการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหารตามแนวทาง DASH diet การลดการกินเค็ม ทำความรู้จักกับคำว่าโซเดียม มีการใช้โมเดลอาหารประกอบ มีการสาธิตการตวงเครื่องปรุงรสแต่ละประเภทให้ผู้ป่วยได้เข้าใจ และเห็นภาพยิ่งขึ้น จัดให้มีการกิจกรรมการออกกำลังกาย การนวดเพื่อผ่อนคลาย มีการจัดให้ผู้ป่วยมีการรับประทานอาหารร่วมกัน เมนูคือก๋วยเตี๋ยวหมูเส้นเล็กโดยมีการจัดเครื่องปรุงรส ได้แก่ น้ำตาล น้ำปลา ซอสพริก น้ำส้มสายชู พริกป่น ให้ผู้ป่วยได้ลองปรุงรส ตวงเครื่องปรุง ระหว่างการทำกิจกรรมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้สะท้อนคิดสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมครั้งนี้ มีการติดตามประเมินผลหลังทำกิจกรรมอีก 3 ครั้ง โดยการสนทนากลุ่ม ให้ผู้ป่วยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร สะท้อนคิด และหาแนวทางแก้ไข สอดคล้องกับการศึกษา⁶ แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูงในชุมชน พบว่าการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กลุ่มเสี่ยงได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และแสดงความคิดเห็นในเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พัฒนาทักษะในการลดการบริโภคอาหารรสเค็มและบอกปริมาณโซเดียมที่ควรบริโภคในแต่ละวัน คำนวณปริมาณโซเดียมในส่วนประกอบของอาหารที่รับประทานเป็นประจำ เป็นการกระตุ้นให้เกิด

ความตระหนักในการป้องกันความดันโลหิตสูง และมีการติดตามเยี่ยมหลังดำเนินกิจกรรมครบ 1 เดือน เพื่อคำนวณปริมาณโซเดียมที่ผู้ป่วยได้รับจริงต่อวันหลังดำเนินกิจกรรม จากการศึกษาโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องของการรับประทานอาหาร โดยเกิดความตระหนักและมีความมุ่งมั่นว่าจะปฏิบัติตัวเพื่อให้สามารถควบคุมอาหารต่อไปเรื่อยๆ เห็นความสำคัญของการรับประทานอาหารตามแนวทาง DASH Diet รู้จักและเข้าใจคำว่าโซเดียม มีการตวงและลดการใช้เครื่องปรุงในการประกอบอาหาร เช่นเกลือ น้ำปลา ผงชูรส ปลาร้า รสดี สอดคล้องกับการศึกษา⁷ เรื่องผลของการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงพบว่าหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการเลือกรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงหรือลดอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เลือกอาหารที่ควรบริโภคมากขึ้น และจากการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยทุกรายสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ได้ คือไม่เกิน 140/90 mmHg แต่ระดับความดันโลหิตมีทั้งค่าความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกที่เพิ่มขึ้นและลดลง ถ้าหากผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคตได้ และจากการศึกษายังพบว่า ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะเกิดความตระหนักจนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องของการควบคุมอาหาร แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยได้รับปริมาณโซเดียมต่อวันในอาหารมากกว่าที่ควรได้รับ 4-8 เท่า จากการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโภชนาการและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในงานผู้ป่วยนอก⁸ พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องโภชนาการ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องของการรับประทานอาหารเป็นเรื่องยากสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จึงควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง มีการเข้าไปกระตุ้นผู้ป่วยเป็นระยะๆ

จากการศึกษาครั้งนี้การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self management support) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญตามรูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง เป็นประเด็นสำคัญที่บุคลากรยังทำไม่สำเร็จ อาจจะเนื่องมาจากยังไม่เข้าใจบริบทวิถีชีวิต ไม่เข้าใจพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ซึ่งสิ่งที่จะเป็นฐานไปสู่การพัฒนาการออกแบบระบบบริการ(Delivery System Design) และนำไปใช้ในการพัฒนาระบบข้อมูลให้เป็นปัจจุบันและทันสมัย

การสนับสนุนการดูแลตนเอง มุ่งเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจในระดับบุคคล(Individual Empowerment) เริ่มสร้างความตระหนักให้เกิดขึ้นที่ตัวผู้ป่วยก่อน โดยทำกิจกรรมกลุ่มในบุคคลที่มีปัญหา ร่วมกัน คือในกลุ่มผู้ป่วยที่โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคร่วม มีการพัฒนาทักษะการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมองเห็นความสำคัญของปัญหา นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร โดยมีการนำเอาชุมชนเข้ามาช่วยในการสนับสนุนการดูแลตนเองด้วย ได้แก่ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมุ่งหวังจะพัฒนาไปสู่การเสริมสร้างพลังอำนาจให้เกิดขึ้นในระดับชุมชนต่อไป

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ นอกจากการควบคุมเรื่องการรับประทานอาหารแล้ว ยังต้องควบคุมปัจจัยอื่นๆควบคู่กันไปด้วย ได้แก่การรับประทานยา การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น ซึ่งสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย,2558 กล่าวว่าการศึกษาโรคความดันโลหิตสูงประกอบด้วยการรักษาโดยการให้ยา และการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่การลดน้ำหนัก การใช้ DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension diet) การจำกัดเกลือในอาหาร การลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการออกกำลังกาย

สรุปผลการวิจัย

จากการตรวจวัดความดันโลหิต พบว่าผู้ป่วยทุกรายมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติหลังทำกิจกรรมคือไม่เกิน 140/90 mmHg ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องของการรับประทานอาหาร โดยเกิดความตระหนัก และมีความมุ่งมั่นว่าจะปฏิบัติตัวเพื่อให้สามารถควบคุมอาหารต่อไปเรื่อยๆ เห็นความสำคัญของการรับประทานอาหารตามแนวทาง DASH Diet รู้จักและเข้าใจคำว่าโซเดียม มีการตวงและลดการใช้เครื่องปรุงในการประกอบอาหาร เช่นเกลือ น้ำปลา ผงชูรส ปลาแร่ รสดี ซิอิ้ว ซอสปรุงรส ซึ่งหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องก็จะส่งผลให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังไม่สามารถลดการบริโภคโซเดียมให้อยู่ในเกณฑ์ที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรได้รับในแต่ละวันได้ จากการศึกษานี้ผู้ป่วยยังได้รับปริมาณโซเดียมในอาหาร 8,000-16,000 มิลลิกรัมต่อวัน คือได้รับเกิน 4-8 เท่าต่อวัน

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษานี้ทำให้ผู้วิจัยได้รูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคร่วมในชุมชน ที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน เพื่อให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จึงต้องมีการส่งต่อข้อมูลให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะต่อไป ได้แก่การจัดตั้งชมรมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยทั้งรายเก่าและรายใหม่ ได้ร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน มีการช่วยเหลือกันในลักษณะของกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ควรนำกระบวนการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ

2. ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ควรมีการสร้างเสริมความตระหนักให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและร้านค้าในชุมชนด้วย

3.ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญในการทำงานวิจัยครั้งนี้ คือ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มเป้าหมาย

4.การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในทางที่ดี เช่นระดับความดันโลหิตที่ลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิด

ความคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างถาวร เป็นแรงจูงใจที่สำคัญ เนื่องจากเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยโดยตรง

เอกสารอ้างอิง

1. จิตติมา ศรีสวัสดิ์. (2554). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. สุกัญญา ศักดิ์คำดวง. (2552). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. นิตย์ ทศนิยม, & สมพนธ์ ทศนิยม. (2555). การสร้างเสริมสุขภาพ: การสร้างพลังอำนาจ. ขอนแก่น:คลังนานาวิทยา
4. พรพิมล พงษ์สุวรรณ. (2553). การพัฒนาการดูแลโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
5. ชिरานี โหมขุนทด, และสุนิดา ปรีชาวงษ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2552; 32(3): 19-28.
6. สารทิ แสงเดช. แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูงในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2555; 35(1): 39-47
7. ณัฐธราภรณ์ บุญจันทร์ และคณะ. ผลของการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2554; 29(2): 93-102.
8. Nguyen H., Olaide A., Rangaswami J., & Amanullah A. (2013). A Review of Nutritional Factors in Hypertension Management. International Journal of Hypertension, USA.: Hindawi Publishing Corporation.

การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ENHANCING VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS' ABILITIES TO PREVENT OPISTHORCHIASIS

รัชนิวรรณ ราชพลแสน¹ เกษราวัฒน์ นิลวรังกุล²

Ratchaneewan Ratchaponsan¹ Kessarawan Nilvarangkul²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลวิธีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับหลังดำเนินการวิจัย พื้นที่ที่ศึกษาเป็นหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน การรวบรวมข้อมูลทั่วไปโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลเชิงคุณภาพรวบรวมโดยการสนทนากลุ่มและการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษพบว่า 1) การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนน้อยไม่เคยให้คำแนะนำ ส่วนใหญ่ให้คำแนะนำไม่ครอบคลุม 2) ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานคือ งบประมาณมีไม่เพียงพอ สื่ออุปกรณ์มีไม่เพียงพอ ในส่วนของผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่มประชาชนพบว่า บางส่วนรับประทานปลาดิบ เช่น ก้อยปลา ปลาต้ม ปลาจ่อม และปลาร้าดิบ เป็นต้น ส่วนน้อยกลัวเป็นมะเร็งจึงไม่กินปลาดิบ และทุกคนถ่ายอุจจาระในห้องส้วม

กลวิธีในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้เริ่มต้นจากผู้วิจัยและผู้ร่วมดำเนินการวิจัยร่วมกันค้นหาปัญหาในสถานการณ์ที่เป็นจริง โดยการสนทนากลุ่มจากนั้นคืนข้อมูลเพื่อร่วมกันอภิปรายและสะท้อนคิดให้เกิดความเข้าใจถึงสถานการณ์และสาเหตุของปัญหา นำไปสู่การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจ การวางแผน ปฏิบัติตามแผน ดำเนินการและการประเมินผล ซึ่งแผนการดำเนินการประกอบด้วย การอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การพัฒนาคู่มือสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่มประชาชน ภายหลังการดำเนินการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถให้คำแนะนำในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ครอบคลุมมากขึ้น ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่มประชาชนลดการกินก้อยปลา ปลาต้ม ปลาจ่อม ดิบ และกินปลาร้าหมักนานเกิน 6 เดือน

คำสำคัญ : การพัฒนาศักยภาพ, การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, วิจัยเชิงปฏิบัติการ

Abstract

This action research aimed to identify practicing Opisthorchiasis prevention situations of village health volunteers, develop strategy to strengthen their practicing abilities on Opisthorchiasis prevention, and assess their practicing abilities of Opisthorchiasis prevention after conclusion of the project. Setting of the study was a village in Kalasin province. Purposive sampling was applied to recruit ten village health volunteers, 20 people in the village age more than 35 years old, one health personal from health promoting hospital, and one village headman. General information was collected by questionnaire and qualitative data were gathered via focus groups and participant observation. Percentage, mean, and standard deviation were used to analyze quantitative data and content analysis was used to analyze qualitative data.

The results of the study demonstrated that practicing situations to prevent Opisthorchiasis: 1) A few of village health volunteers had never provided suggestion of Opisthorchiasis prevention and most of them provided the suggestion but not cover all details about the disease. 2) The problems of village health volunteers' practicing Opisthorchiasis prevention were insufficient budget and media of the disease

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

prevention. Among villagers who participated in the study, the data illustrated that villagers ate raw fish menu such as koi fish, pickled fish and raw preserved fish. Some of them did not eat raw fish because they were afraid of cancer and all of them defecated in toilets.

The study produce a strategy to strengthen village health volunteers' abilities in Opisthorchiasis prevention comprised of participants and researchers participated in identifying, discussing and reflecting to understand Opisthorchiasis prevention problems and cause of the problems After that they prioritized problems, plan for action, implement the action plan and evaluated their implementation. The activities of action plan which were implemented were conducting training on Opisthorchiasis prevention and developing the disease prevention handbooks for village health volunteers. The volunteers also provided suggestion about Opisthorchiasis prevention for villagers who participated in the study. After conducting the project, village health volunteer could provide suggestion about Opisthorchiasis prevention properly and villagers who participated in the study reduced koi fish and pickled fish consumption and most of the villagers ate raw preserved fish which was fermented more than six months.

Keywords: Strengthening ability, Opisthorchiasis prevention, village health volunteer, action research

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับโรคพยาธิใบไม้ตับ และโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่สำคัญและระบุว่าโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุที่สำคัญในการสร้างสารก่อมะเร็งที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในปี พ.ศ. 2551 องค์การอนามัยโลกได้รายงานเกี่ยวกับสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยมี 13.7 ล้านราย ในจำนวนนี้เสียชีวิต 7.6 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 13 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด พบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งตับรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 564,000 รายต่อปีจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2554 พบว่าคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีและตับจำนวน 14,314 ราย พบสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือคือ 7,539 ราย รองลงมาคือภาคเหนือจำนวน 2,638 ราย⁽¹⁾ จากสาเหตุโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชน 19 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่า เสียชีวิตปีละ 28,000 ราย เฉลี่ยวันละ 76 ราย จังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุด คือ สกลนคร ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ มหาสารคาม อุดรธานี ยโสธร นครพนม อำนาจเจริญ และ 1 จังหวัดภาคเหนือ คือ แพร่ จากการสำรวจพบว่าความชุกของการเกิดโรคมะเร็งดังกล่าวในประเทศไทยยังพบมากที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งส่วนหนึ่งมาจากการป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ⁽²⁾ จะเห็นได้ว่าโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดี ดังนั้นการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับจึงเป็นการลดอัตราการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีหน้าที่ในการรับผิดชอบการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนให้มีความสุขดี แต่จำนวนเจ้าหน้าที่ดังกล่าวมีอยู่อย่างจำกัด ทำให้การดูแลสุขภาพทั่วถึงเป็นไปได้ยาก ดังนั้นระบบสาธารณสุขไทยจึงมีการจัดระบบอาสาสมัครที่จะช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนอย่างทั่วถึงขึ้นคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการปฏิบัติงานของ อสม. จะต้องผ่านการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงจะสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีจำนวนน้อยจะเน้นเรื่องโรคเรื้อรัง โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง^(3,4) และการศึกษาส่วนใหญ่เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับจะเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันและการควบคุมโรคเป็น การศึกษาแบบพรรณนา ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในเรื่องการป้องกันพยาธิใบไม้ตับ และสำหรับการศึกษาด้านการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันพยาธิใบไม้ตับมีอย่างจำกัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อให้อสม. สามารถดูแลสุขภาพในชุมชนไม่ให้เจ็บป่วยจากโรคพยาธิใบไม้ตับที่เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมของหมู่บ้าน ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่ม อสม.
2. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
3. เพื่อศึกษาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับหลังดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทำการศึกษาที่หมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ร่วมดำเนินการมีจำนวน 32 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย อสม. 10 คน ประชาชน 20 คน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 1 คน ผู้นำชุมชน 1 คน การคัดเลือก อสม. มีเกณฑ์การคัดเลือกตามคุณสมบัติ คือ 1) เป็น อสม. ที่ปฏิบัติหน้าที่ในหมู่บ้านแห่งนี้ ไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย การคัดเลือก ประชาชน มีเกณฑ์การคัดเลือกตามคุณสมบัติ คือ 1) อายุ 35 ปีขึ้นไป 2) มีพฤติกรรมการรับประทานปลาดิบ 3) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามเชิงโครงสร้างในการรวบรวมข้อมูลทั่วไป 2) แนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง โดยการสนทนากลุ่ม 3) แนวทางการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องตลอดการวิจัย โดยเริ่มไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ในส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยการนับจำนวนค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุดสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) หลังจากได้ข้อมูลที่ซ้ำ ๆ กันจนไม่พบข้อมูลประเด็นใหม่ถือว่ามีความอิ่มตัวของข้อมูล จัดระเบียบข้อมูลโดยจัดเก็บเป็นรหัสและนำข้อมูลมาใช้ในการสรุปตีความหมายของข้อค้นพบและนำเสนออย่างเป็นระบบ

ความน่าเชื่อถือ การศึกษาในครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการที่หลากหลายในข้อมูลเดียวกัน ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การประชุมกลุ่มและการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม นอกจากนั้นยังเก็บข้อมูลเดียวกันในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย คือ ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่ม อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนทั่วไปที่มีพฤติกรรมรับประทานปลาดิบ และผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลในขณะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งทำให้มีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจนกระทั่งได้มาซึ่งข้อมูลที่สมบูรณ์ ครอบคลุม ลุ่มลึก และมีคำตอบที่ซ้ำและคล้ายกัน จึงยุติการรวบรวมข้อมูล นอกจากนั้นในด้านผู้วิจัยมีประสบการณ์การทำงานในชุมชนและเข้าใจภาษาท้องถิ่นได้ดีซึ่งสิ่งหนึ่งที่สำคัญสำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพคือความน่าเชื่อถือโดยใช้หลักการตรวจสอบแบบสามเส้า

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมดำเนินการวิจัย ผู้ร่วมดำเนินการในการศึกษาครั้งนี้ ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงผู้ร่วมดำเนินการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวน 32 คน ประกอบด้วย กลุ่ม อสม. จำนวน 10 คน ประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มีพฤติกรรมกินปลาดิบ จำนวน 20 คน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 1 คน และ ผู้นำหมู่บ้าน 1 คน ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่ม อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 อายุอยู่ในช่วงระหว่าง 40 ถึง 64 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 45 - 54 ปี ร้อยละ 50.00 อายุเฉลี่ย 47.90 ปี (SD. =7.17) อายุต่ำสุด 40 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80 จบการศึกษาระดับสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 ด้านรายได้ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยในช่วง 5,001-10,000 บาทต่อเดือนต่อครอบครัว ร้อยละ 60.00 รายได้เฉลี่ย 11,500 บาทต่อเดือนต่อครอบครัว (SD. = 6735.14) รายได้ต่ำสุด 2,800 บาทต่อเดือนต่อครอบครัว รายได้สูงสุด 25,000 บาทต่อเดือนต่อครอบครัว

ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่มประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มีพฤติกรรมกินปลาดิบ จำนวน 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70 โดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 55 - 64 ปี ร้อยละ 50.00 อายุเฉลี่ย 54.45 ปี (SD. = 9.99) อายุต่ำสุด 35 ปี อายุสูงสุด 74 ปี มีสถานภาพสมรสคู่

ร้อยละ 85 จบการศึกษาชั้นสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85.00 อาชีพทำนา ร้อยละ 100 สำหรับด้านรายได้ ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยในช่วง < 5,000 บาทต่อเดือนต่อครอบครัว ร้อยละ 60.00 รายได้เฉลี่ย 8,685 บาทต่อเดือนต่อครอบครัว (SD. = 11,426.89) รายได้ต่ำสุด 700 บาทต่อเดือนต่อครอบครัว รายได้สูงสุด 50,000 บาทต่อเดือนต่อครอบครัว

2. สถานการณ์การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

2.1 การปฏิบัติงานของ อสม.ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

1) ไม่เคยให้คำแนะนำ ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่ม อสม. ส่วนน้อยไม่เคยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เนื่องจาก ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่ม อสม.ขาดความมั่นใจในการให้ความรู้แก่ประชาชน และในเรื่องของประสบการณ์การพูดให้คำแนะนำแก่ประชาชนมีน้อย ส่วนใหญ่ในการจัดกิจกรรมต่างๆ ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่ม อสม.จะเป็นผู้ติดต่อประสานงานประชาสัมพันธ์ แต่การสอนและให้คำแนะนำส่วนใหญ่จะเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ บางคนจึงคิดว่าเรื่องการให้คำแนะนำเจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้คำแนะนำอยู่แล้ว จึงทำให้ขาดทักษะและขาดความมั่นใจในการให้คำแนะนำ

2) ให้คำแนะนำยังไม่ครอบคลุม ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่ม อสม. ส่วนใหญ่การให้คำแนะนำแก่ประชาชนเป็นการให้คำแนะนำแบบผิวเผินไม่เจาะลึก ไม่สามารถตอบคำถามของประชาชนได้ เช่นบอกแต่ว่าห้ามกินปลาดิบ แต่ไม่สามารถระบุได้ว่าปลาชนิดใดบ้าง ไม่สามารถระบุได้ว่าอันตรายของโรคพยาธิใบไม้ตับทำให้เกิดอะไรได้บ้าง การแพร่กระจายโรคเป็นอย่างไร กลไกการเกิดโรคเป็นอย่างไร ทราบแต่ว่าห้ามกินปลาดิบ

3) ปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ งบประมาณในการจัดการเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีไม่เพียงพอการปฏิบัติงานเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับได้งบประมาณจาก อบต. จัดสรรงบประมาณมาให้ปีละ 10,000 บาท แต่ไม่ได้ใช้จัดการเพียงโรคพยาธิใบไม้ตับเพียงอย่างเดียว งบประมาณนี้ถูกจัดสรรหมุนเวียนไปแก้ไขปัญหาโรค

ต่างๆตามความเหมาะสมในแต่ละปีเมื่อมีการจัดงบประมาณหมุนเวียนในโรคอื่นด้วยทำให้กิจกรรมที่จัดไม่ต่อเนื่อง ดังคำกล่าวของผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่ม อสม. ว่า “...งบประมาณปีละ 10,000 บาท แต่ก็หมุนเวียนทำโรคอื่นด้วย ไม่ได้ทำโรคนี้โรคเดียว” (FG1) อีกคนกล่าวเสริมว่า “สื่ออุปกรณ์ไม่เพียงพอ เงินที่ได้มาก็จัดสรรไปในโครงการหลายอย่าง ทำได้เท่าที่ทำได้” (FG1)

สื่ออุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการให้คำแนะนำเรื่อง การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีไม่เพียงพอ ในหมู่บ้านมีเพียงแผ่นพับที่ทาง รพ.สต. นำมาให้ แต่เนื้อหาเป็นวิชาการเข้าใจยาก รูปเล็กตัวหนังสือเล็ก ไม่ชัดเจน หอกระจายข่าว ในหมู่บ้านมีการประชาสัมพันธ์ผู้ใหญ่บ้านได้ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แต่ยังมีพื้นที่บางส่วนไม่ได้ยินเสียงตามสาย ดังคำกล่าวของผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่ม อสม. ว่า “สื่อแผ่นพับมีอยู่ที่ รพ.สต. ก็เอามาแจกอยู่แต่ก็ไม่เพียงพอ คนเราเยอะ ... แต่ตัวหนังสือเล็กขยมองไม่เห็นอ่านไม่ออก” (FG1) ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่ม ผู้นำชุมชนกล่าวว่า “ผมก็ประกาศเสียงตามสายให้ความรู้อยู่ครับ แต่ก็นานๆพูดที แต่ก็มีการบ้านบางคนบอกว่าบางพื้นที่ไม่ได้ยิน เสียงเบา...” (FG1)

ขาดการสนับสนุนเสริมความรู้ในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับแบบเฉพาะ ยังไม่มีการจัดการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันพยาธิใบไม้ตับในผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่ม อสม. แบบเฉพาะโรค ที่ผ่านมามีการจัดอบรมแต่เป็นหลายโรครวมกัน ทำให้ ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่ม อสม.ไม่สามารถจดจำเนื้อหาได้ทั้งหมด ซึ่ง ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา และ ส่วนใหญ่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป จึงไม่สามารถนำมาถ่ายทอดสู่ประชาชนได้ ถึงแม้จะมีการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้านหลายครั้ง กลุ่มเป้าหมายคือประชาชนทั่วไป ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่ม อสม. มีหน้าที่ประสานงานและดูแลความเรียบร้อยในการจัดกิจกรรม ดังคำกล่าวของหญิงคนหนึ่งว่า “มีการอบรมอยู่คุณหมอ (ผู้วิจัย) แต่เป็นการอบรมหลายๆโรคพร้อมกัน ฉันทักจำได้ไม่หมดหรอก ฉันทักแล้ว...” (FG1) ชายอีกคนกล่าวเสริมว่า “ใช้ครับ

หลายโรคพร้อมกัน คนหนุ่มๆก็ยังไม่ได้รับ อยากให้แยกเป็นโรคนี้เฉพาะเน้นๆเลย ” (FG1)

2.2 พฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

1) รับประทานปลาดิบ

1.1) โสตย (ไม่กลัวตาย) กินก้อยปลา ปลาส้ม ปลาจ่อม ดิบ ส่วนน้อยยังมีการรับประทานปลาปรุงดิบ โดยอาหารที่รับประทานคือ ก้อยปลา ปลาส้ม ปลาจ่อม ดิบ ซึ่งมีวิธีการรับประทานมาตั้งแต่บรรพบุรุษ ปู่ย่าตายายพารับประทาน และมีรสชาติที่อร่อย และการรับประทานแบบปรุงดิบมีความอร่อยกว่าแบบปรุงสุก ผู้ที่รับประทานก้อยปลาดิบมีความเชื่อในการฆ่าพยาธิซึ่งมีอยู่ในเนื้อปลาโดยไม่ผ่านความร้อนเชื่อว่ามะนาวและมดแดงมีรสเปรี้ยวและฤทธิ์ของเหล้าขาวฆ่าพยาธิได้ จึงมีการรับประทานอย่างต่อเนื่องจากอดีตจนถึงปัจจุบัน ดังคำกล่าวในกลุ่มประชาชนว่า “เวลาผมกินก้อยปลา ผมก็บ๊อบก้นว ใส่มดแดง กินตามด้วยเหล้าขาวครับ อร่อยมาก แต่ก่อนเขาว่าเท่านี้พยาธิจะตายหมดแล้ว ” (FG2) และยังมีสนับสนุนจากชายอีกท่านว่า “ใช่ครับ ทุกครั้งที่กินก้อยปลาก็ทำแบบนี้ล่ะครับ แต่ก็ไม่ได้อีกบ๊อบก้นว 3 – 4 ครั้งครับ ” (FG2) แต่บางคนก็มีความเชื่อต่างจากกลุ่มคือเอาโซดามาล้างเนื้อปลาก่อนนำมาประกอบอาหารก็ว่าสามารถฆ่าเชื้อโรคได้ ดังคำกล่าวว่า “ผมเห็นเขาเอาน้ำโซดามาล้างก็คิดว่ามันจะสะอาด แล้วก็ฆ่าพยาธิได้ เห็นลูกทำล้างอาหารทะเลเลยลองทำเหมือนเขา ” (FG2)

1.2) กินปลาแดก (ปลาร้า) ดิบที่หมักนานเกิน 6 เดือน มีการรับประทานปลาร้าดิบ เนื่องจากส่วนผสมของอาหารอีสานส่วนใหญ่ประกอบโดยใช้ปลาร้า เช่น ส้มตำ น้ำพริก การปรุงอาหารเหล่านี้จะไม่ผ่านความร้อนซึ่งเป็นอาหารหลักประจำครัวเรือนของคนอีสาน โดยให้เหตุผลว่าอร่อยและเป็นปลาร้าที่ทำเอง ปิดฝาให้มิดชิด หมักไว้นานประมาณ 1 ปีจึงจะนำออกมารับประทาน ดังคำกล่าวว่า “อดบได้คอกคุณหมอ (ผู้วิจัย) ปลาร้าดิบมันอร่อย กินหมดทุกคน ” (FG3) สมาชิกในกลุ่มแสดงการเห็นด้วยโดยการพยักหน้าบางคนก็พูดว่า “ใช่แล้วๆ ” (FG3) และยังมีผู้ที่รับประทานปลาร้าดิบกล่าวอีกว่า “บ้านฉันทำปลาร้ากินเอง

ไม่ได้ซื้อครบปีแล้วถึงเอามากิน ” (FG2) และมีส่วนน้อยที่ไม่ได้หมักปลาร้าเลยจะซื้อปลาร้าจากตลาด ซื้อเป็นขวดที่เขบรรจุเฉพาะน้ำปลาร้า โดยให้เหตุผลว่าสะดวกแก่การใช้งานและเป็นปลาร้าที่ต้มสุกแล้ว (จะเขียนติดที่ข้างขวดว่าปลาร้าต้มสุก) ดังคำกล่าวที่ว่า “บ้านฉันไม่ได้หมักหรอกค่ะ ไม่มีใครไปหาปลา ปลาร้าที่ซื้อมาจะซื้อปลาร้าขวดในตลาด สะดวกและเขาก็ต้มแล้ว...” (FG3)

1.3) ย่าน (กลัว) เป็นมะเร็ง ไม่กินปลาดิบ ประชาชนส่วนน้อยงดกินปลาปรุงดิบปลา เช่น ก้อยปลา ปลาส้ม ปลาจ่อม และรับประทานปลาร้าที่หมักเกิน 1 ปี เนื่องจากเคยเป็นผู้ที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ ได้รับการรักษาและได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และทราบว่าเมื่อเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับจะมีความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งท่อน้ำดี จึงกลัวการเป็นมะเร็งบางคนงดกิน บางคนพยายามกินลดลง และในครอบครัวคนที่มีความกลัวที่จะเป็นโรคมะเร็งจะคอยเตือนคนอื่นๆ ในครอบครัวให้ เลิก หรือลดการกินปลาปรุงดิบปลาเกร็ด ขาวตระกูลปลาตะเพียนด้วย ดังคำของหญิงคนหนึ่งว่า “หมอว่าถ้าไม่เลิกกินพวกปลาดิบก็จะเป็นมะเร็งต่อไป ก็ย่าน (กลัว) จึงพากันเลิกกิน ” (FG3)

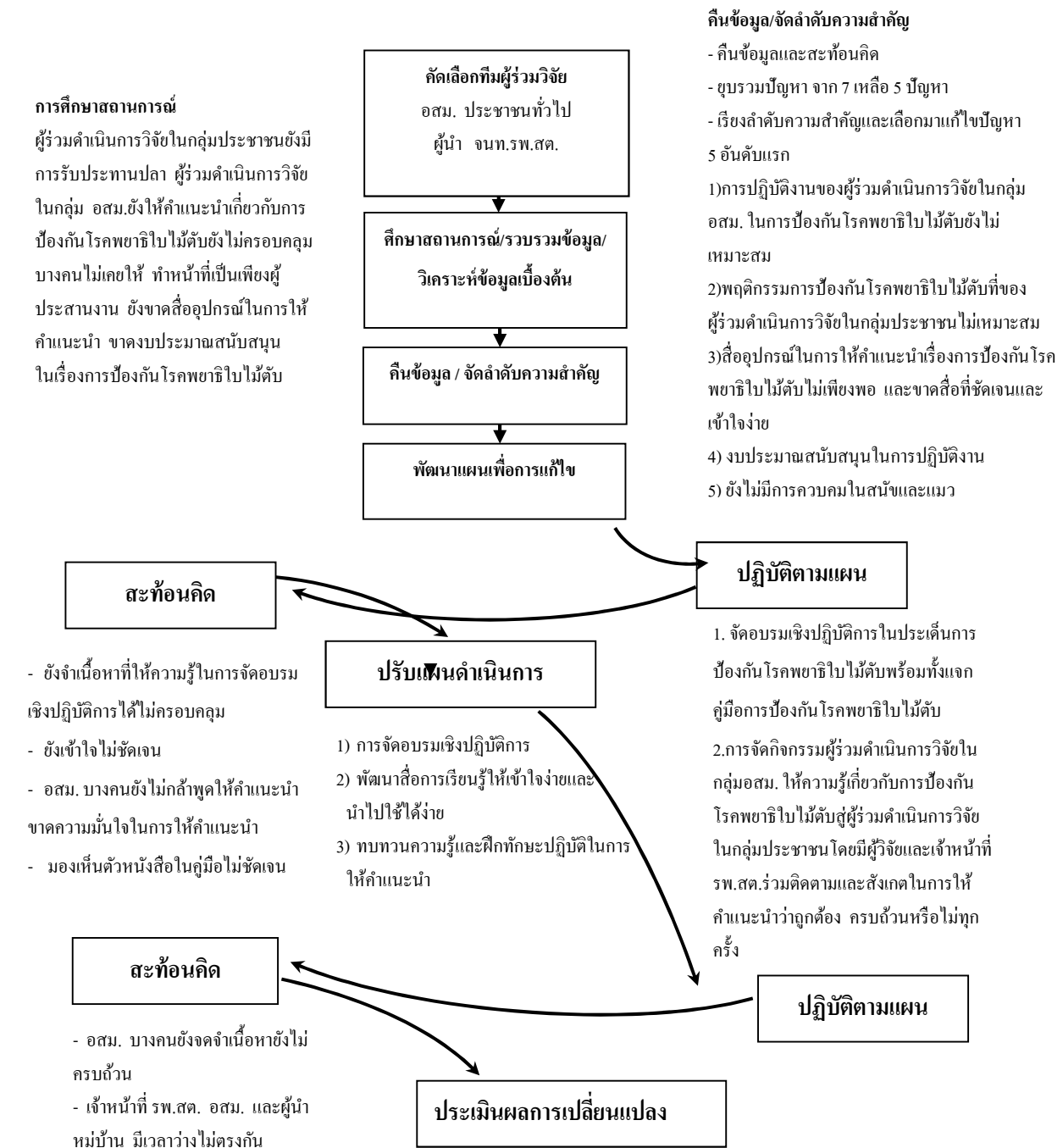
2) การถ่ายอุจจาระในห้องส้วม ส่วนใหญ่ถ่ายอุจจาระในห้องส้วม มีส้วมทุกหลังคาเรือน ในไร่นาก็มีการทำส้วม ไม่มีใครถ่ายอุจจาระเรี่ยราดตามพื้นดินหรือแหล่งน้ำ โดยให้เหตุผลว่าที่นาโล่งเตียนไม่กล้าไปหลบถ่ายกลัวคนมาเห็น บางคนบอกว่าถ่ายไม่ได้ถ่ายในส้วมก็ถ่ายไม่ออก ดังคำกล่าวในการสนทนากลุ่มในกลุ่มของประชาชนมีประชาชนคนหนึ่งกล่าวว่า “ทุกวันนี้ก็ไม่มีการไปขุดหลุมถ่ายที่นาแล้ว มันโล่งไม่มีที่ให้หลบ กลัวคนมาเห็น ” (FG2) อีกท่านก็กล่าวว่า “พัฒนาหมดแล้ว มีส้วมอยู่นา ไม่มีใครถ่ายในดินใส่หลุมแล้ว...” (FG2) อีกคนหนึ่งกล่าวว่า “ถ้าไม่ได้ถ่ายใส่ส้วมก็ถ่ายไม่ออก ต้องกลับมาถ่ายที่บ้าน...” (FG3) ส่วนใหญ่จะตอบคล้ายๆกัน และจากการสอบถามผู้ใหญ่บ้านเกี่ยวกับการกำจัดสิ่งปฏิกูลจากโรคอุจจาระร่วงของเทศบาล มีแหล่งกำจัดที่เหมาะสม ไม่ปล่อยในไร่นาหรือแหล่งน้ำ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

3. กลวิธีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

กลวิธีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งได้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยเริ่มจากการศึกษาสถานการณ์ปัญหา การสะท้อนคิด การพัฒนาปรับปรุง

แผนปฏิบัติการและการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามแผนปฏิบัติการที่ 1 รวมทั้งการสะท้อนผลเพื่อการปรับปรุงแก้ไขและนำสู่แผนการปฏิบัติการที่ 2 ตามลำดับ ซึ่งสามารถสรุปกลวิธีการพัฒนาศักยภาพได้ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

4. ผลการการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

4.1 การปฏิบัติงานของผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่ม อสม. ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

1) อสม.สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ครอบคลุม ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่ม อสม. พบว่าส่วนใหญ่สามารถให้คำแนะนำได้ครอบคลุม เมื่อเทียบกับครั้งแรกที่ปฏิบัติการให้คำแนะนำ แต่ก็ยังมีส่วนน้อยที่ยังให้คำแนะนำยังไม่ครอบคลุมในบางประเด็น เช่น ในเรื่องของกลไกการเกิดโรค และการแพร่กระจายเชื้อ ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่ม อสม. ให้เหตุผลว่าเป็นเรื่องที่ต้องเฝ้าระวัง แต่หลังจากปรับปรุงคู่มือและมีการอบรมซ้ำ ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่ม อสม. บอกว่ามีความเข้าใจมากขึ้นและสามารถให้คำแนะนำได้ครอบคลุม แต่ยังมีส่วนน้อยที่ยังไม่สามารถทำได้ ดัง อสม. มีผู้กล่าวว่า “รอบแรกมันก็ยากอยู่ค่ะ เราอบรมแล้วแต่บางเรื่องเรายังจำไม่ได้ พอลงไปทำจริงก็เลยพูดไม่ได้ มันเป็นเรื่องต่อเนื่องกันและซับซ้อน...” (FG4)

2) ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เมื่อผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่ม อสม. มีการได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแล้ว พร้อมทั้งได้มีการพัฒนาสื่อในกระบวนการนี้ทำให้ได้สื่ออุปกรณ์ที่เหมาะสมชัดเจนและเข้าใจง่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และได้แก้ไขปัญหาในเรื่องการขาดการสนับสนุนในเรื่องการอบรมเฉพาะโรคพยาธิใบไม้ตับเนื่องจากในกระบวนการแก้ไขปัญหาได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่ม อสม. แล้วและผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้มีการติดตามขณะที่ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่ม อสม. ให้คำแนะนำแก่ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่มประชาชน ทำให้ผู้ร่วมวิจัยในกลุ่ม อสม. มีความมั่นใจและสามารถให้คำแนะนำได้ถูกต้องครอบคลุม ส่วนในเรื่องงบประมาณในการจัดการเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีไม่เพียงพอที่ผู้วิจัยได้ส่งข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องคือ

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค ของ รพ.สต. รับทราบเพื่อหาแนวทางแก้ไขต่อไป

4.2 การพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่มของประชาชน

1) การรับประทานปลาดิบ

1.1) ลดการกินก้อยปลา ปลาต้ม ปลาจ่อม ดิบ เพราะย่านตาย (กลัวตาย) ย่านเป็นมะเร็ง (กลัวเป็นมะเร็ง) ประชาชนได้เรียนรู้จากการให้คำแนะนำของ ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่ม อสม. ที่ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ เกี่ยวกับเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ การแพร่กระจายโรคพยาธิใบไม้ตับ กลไกการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ อาการ การรักษา และการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแล้วรวมทั้งได้รับความรู้จากคู่มือการเรียนรู้ที่พัฒนาแล้ว ทำให้ประชาชนลดการรับประทานปลาดิบ ก่อนที่จะกินอาหารพวก ก้อยปลา ปลาต้ม ปลาจ่อม ก็จะนำไปปรุงให้สุกโดยผ่านความร้อนก่อน และได้เรียนรู้ว่าการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความเสี่ยงทำให้เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี จึงเกิดความกลัวที่จะเป็นโรคมะเร็ง กลัวตาย กลัวไม่ได้อยู่กับลูกหลาน และกลัวความทรมานจากโรคมะเร็ง ดังคำกล่าวว่า “ที่แรกก็คิดว่าไม่ได้น่ากลัวขนาดนี้ คิดว่ากินยาแล้วก็จะหาย กินยาเยอะก็จะทำให้เป็นมะเร็งอีก...” (FG5) ในการสนทนากลุ่มของประชาชนอีกกลุ่มหนึ่งก็กล่าวไว้คล้ายกัน “ไม่กินหรอกค่ะ อยู่บ้านใครจะกินก็จะบอก เราารู้แล้วว่ามันอันตราย” (FG6) ส่วนในเรื่องของความเชื่อในการฆ่าพยาธิซึ่งมีอยู่ในเนื้อปลา ทราบแล้วว่าสามารถฆ่าพยาธิได้ด้วยความร้อน ความเชื่อดังที่กล่าวมาข้างต้นนั้นไม่สามารถฆ่าพยาธิได้ ดังคำกล่าวของประชาชนว่า “... เริ่มย่าน (กลัว) ตาย แต่ด้วยรุ่นสมัยนี้ยังคะนองกะยังมีการกินอยู่ ก็ต้องบอกต้องสอนลูกหลานละค่ะ ” (FG6) อีกคนหนึ่งกล่าวว่า เสริมว่า “พยาธิจะตายต้องปรุงอาหารผ่านความร้อนเท่านั้น” (FG6)

1.2) กินปลาแดก (ปลาร้า) หมักเกิน 6 เดือน หลังจากดำเนินการวิจัยพบว่าประชาชน ส่วนใหญ่ยังมีการรับประทานปลาร้าดิบเช่นเดิม เนื่องจากได้เรียนรู้จากการดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยวิธีต่างๆ และได้ความรู้ว่า ปลาร้าต้องหมักเกิน 6 เดือนจึงจะปลอดภัยจากพยาธิใบไม้ ในครัวเรือนที่ไม่ได้หมักปลาร้าก็จะซื้อปลาร้าขวดที่ดื่มสุก

จากตลาดมากิน ให้เหตุผลว่าคิดว่าสะอาด สะดวกและน่าจะปลอดภัยเพราะต้มสุกแล้ว โดยเล่าถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในการสนทนากลุ่มในกลุ่มว่า “ปลาดิบก็แรงจืด ปลาร้าก็กิน 6 เดือน โน้นแหละถึงจะกิน” (FG6) สรุปและอภิปรายผล

1. การปฏิบัติงานของ อสม. ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อสม. ส่วนใหญ่เคยให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ แต่ให้ไม่ครอบคลุม อสม. ส่วนน้อยไม่เคยให้คำแนะนำเรื่องโรคพยาธิใบไม้ในตับเลย เพราะคิดว่าทุกครั้งคนที่ให้ความรู้คือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ซึ่งทำให้ขาดทักษะและขาดความมั่นใจในการปฏิบัติการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่ อสม. จะทำร่วมกับเจ้าหน้าที่ และปฏิบัติตามที่ได้รับมอบหมายจากเจ้าหน้าที่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ประภาส อนันดา และจรัญญู ทองอนเนก (2555)⁽⁵⁾ การปฏิบัติงานของ อสม. ส่วนใหญ่จะทำพร้อมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. จากการสังเกตพบว่า อสม. ยังขาดทักษะและความมั่นใจ ในการที่จะปฏิบัติ จึงทำให้การปฏิบัติงานไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร และนอกจากนี้ในการวิจัยพบว่าสิ่งที่ทำให้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่ม อสม. ขาดความมั่นใจในการไปให้คำแนะนำแก่ประชาชนคือ อสม. ไม่ได้รับการอบรมเฉพาะโรค ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่ม อสม. บอกจำได้ไม่หมด อบรมมาแล้ว อสม. แก่แล้วจำไม่ได้ ทำให้ขาดความรู้และขาดความมั่นใจว่าตนเองจะให้ความรู้ได้ถูกต้องหรือไม่ และบางคนเข้าใจว่าการให้คำแนะนำเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และไม่เคยได้รับมอบหมายให้ไปให้คำแนะนำ ได้รับมอบหมายเป็นเพียงผู้ประสานงานต่างๆ เท่านั้น ในการปฏิบัติงานมีปัญหาอุปสรรคหลายประการ คือ ขาดงบประมาณสนับสนุนที่จะจัดการในเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง สื่ออุปกรณ์ไม่เพียงพอขาดสื่อที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย ขาดการสนับสนุนเรื่องการอบรมความรู้ให้ อสม. แบบเฉพาะโรค

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับไม่เหมาะสม ประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในเรื่องการ

รับประทานอาหาร ส่วนผู้ที่ยังรับประทานอาหารที่ทำจากปลาโดยการปรุงดิบ เช่น ก้อยปลา ปลาต้ม ปลาจ่อม ปลาร้าดิบ ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าอร่อยกว่าปรุงสุก กินมาตั้งแต่บรรพบุรุษแต่ก็ไม่เห็นว่าใครเป็นอะไร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกษร แถวโนนจั่ว และคณะ (2558)⁽⁶⁾ และบุรี ทิพนัส และประวดี บุญโกมุด (2551) ⁽⁷⁾พบว่าประชาชนส่วนหนึ่งยังคงมีการรับประทานปลาดิบซึ่งถือว่าเป็นเรื่องปกติส่วนมากเกิดจากการบริโภคอาหารที่ปรุงจากปลาน้ำจืดแบบสุกๆดิบๆ ในรูปของ ลาบ ก้อย ปลาต้มและปลาร้า เป็นต้น ให้เหตุผลว่าอร่อย ถ้าทำให้สุกแล้วจะไม่อร่อย คิดใจในรสชาติ มีการรับประทานมานานแล้วก็ไม่เห็นเป็นอะไร

ประชาชนส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการรับประทานปลาดิบอยู่เนื่องจากว่าหมู่บ้านแห่งนี้มีลำน้ำปาวไหลผ่านหมู่บ้านทำให้สะดวกแก่การหาปลามารับประทาน วิถีชีวิตส่วนใหญ่ของคนในชุมชนมีวิถีชีวิตที่เร่งรีบ และการรับประทานปลาดิบมีวิธีการปรุงดิบรวดเร็ว สะดวก และอร่อย สอดคล้องกับงานวิจัยของ นิรุจน์ อุทธา, ชุมพล พลนภา และ อุดม สุวรรณรงค์ (2541)⁽⁸⁾ พบว่าปัจจัยที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมเหล่านี้คือสถานที่ตั้งของหมู่บ้านที่อยู่ใกล้แหล่งน้ำ สะดวกในการหาปลาประกอบอาหาร ซึ่งผู้ที่ชอบรับประทานปลาดิบจะนิยมรับประทานปลาสดๆและส่วนใหญ่เป็นปลาที่หาเอง นอกจากนี้ในผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่มประชาชนส่วนน้อยยังมีความเชื่อในการฆ่าพยาธิโดยไม่ต้องผ่านความร้อนคือ การปรุงโดยใส่มะนาว ใส่เม็ดแดง แล้วรับดื่มเหล้าขาวตามจะทำให้ฆ่าพยาธิได้ บางรายมีความเชื่อว่าใช้น้ำโซดาล้างเนื้อปลาจะสามารถฆ่าพยาธิได้ สอดคล้องกับหลายการศึกษา^(8,9) พบว่าผู้ที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่มักมีพฤติกรรมชอบรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ รับประทานปลาดิบ ปลาร้าดิบ และเชื่อว่า การดื่มสุรากับปลาดิบช่วยฆ่าพยาธิได้ การบีบมะนาวหรือใส่ไข่เม็ดแดงจะทำให้เชื้อพยาธิตาย เป็นต้น

ในขณะที่มีประชาชนบางกลุ่มกินปลาดิบเพราะสะดวกในการหาปลา เนื่องจากหมู่บ้านที่อาศัยอยู่นี้แม่ลำน้ำปาวไหลผ่านสะดวกแก่การหาปลามารับประทาน และในช่วงฤดูฝนจะหาปลาได้จำนวนมากชาวบ้านจะนำมาหมักเพื่อทำปลาร้ารับประทาน และส่วนใหญ่จะ

รับประทานปลาร้าดิบ โดยให้เหตุผลว่าอร่อย ส่วนใหญ่จะหมักให้ครบ 1 ปี จึงจะนำมารับประทาน ในครัวเรือนที่ไม่ได้หมักปลาร้ากินเองจะซื้อปลาร้าขวดจากตลาดเป็นปลาร้าต้มสุกสะดวกแก่การใช้งาน

พฤติกรรมการถ่ายอุจจาระในห้องส้วม พบว่าประชาชนทุกคนถ่ายอุจจาระในห้องส้วม ไม่มีถ่ายเรียดตามพื้นดิน หรือในแหล่งน้ำลำคลอง เนื่องจากทุกหลังคาเรือนมีห้องส้วม และในไร่นาก็มีการพัฒนามากขึ้นมีการสร้างที่อยู่อาศัยที่หนาและสร้างห้องน้ำห้องส้วม สอดคล้องกับการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุข (2555)⁽²⁾ พบว่าครัวเรือนไทยร้อยละ 98 มีส้วมที่ถูกหลักสุขาภิบาลใช้ และจากการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าเมื่อก่อนไร่นาจะรกและต้นไม้เยอะ แต่ตอนนี้ไร่นาโล่งเตียนไม่มีต้นไม้ไปหลบนั่งถ่ายอุจจาระ

3. การเปลี่ยนแปลงหลังการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
อสม.สามารถให้คำแนะนำการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ครอบคลุม มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับสามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับแก่ประชาชนได้ครอบคลุม มีทักษะและมีความมั่นใจมากขึ้น แต่ยังมีส่วนน้อยที่ยังให้คำแนะนำไม่ครอบคลุมในบางประเด็น จากการดำเนินการสังเกตพบว่า ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในกลุ่ม อสม. มีความตั้งใจฟัง ตั้งใจที่จะจดจำเนื้อหาต่างๆ พยายามทำความเข้าใจ มีความกล้าที่จะออกมาพูดให้ความรู้ มีการกระตุ้นกันเองในกลุ่ม กระตุ้นให้ทุกคนได้พูดได้แสดงความสามารถและมีการช่วยเหลือเติมเต็มให้กันและกัน มีการให้กำลังใจกัน และในการลงปฏิบัติมีผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. กำกับดูแลให้คำแนะนำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ กรณ์ทนต์ บัญช่วยชนาสีทิ และคณะ (2557)⁽¹⁰⁾ พบว่า จากการทำกิจกรรมแผนการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นในการฝึกปฏิบัติการจัดการเรียนรู้รายครัวเรือนของ อสม. นั้นทำให้ อส

ม. มีความเข้าใจมากยิ่งขึ้นเพราะได้ทำการฝึกปฏิบัติ และเรียนรู้การฝึกปฏิบัติในกลุ่มเพื่อน อสม. และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ ทำให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น

ประชาชนที่เข้าร่วมกระบวนการวิจัยและได้รับการให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจาก อสม. ส่วนใหญ่มีความตระหนักและเห็นความสำคัญของโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ กลัวการเป็นโรคมะเร็ง จึงทำให้มีพฤติกรรมลดการรับประทานปลาดิบ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กรณ์ทนต์ บัญช่วยชนาสีทิ และคณะ (2557)⁽¹⁰⁾ พบว่าจากการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดย อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ไปจัดกระบวนการเรียนรู้รายครัวเรือนให้แก่ประชาชน มีประสิทธิผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่อื่น ๆ ควรมีการศึกษาและทำความเข้าใจถึงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งจะทำให้ทราบถึงปัญหาและสาเหตุที่สำคัญที่จะนำไปสู่การเรียนรู้ร่วมกันในการวางแผนและแก้ไขปัญหาได้อย่างครอบคลุมและตรงกับปัญหาของ อสม. มากขึ้น รวมถึงการพัฒนาสุขภาพของ อสม. ในการป้องกันโรคอื่นๆด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อสม. และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ข้อมูลและความร่วมมือที่ดีในการศึกษารั้งนี้และขอขอบพระคุณศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษารั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุขฉบับเต็ม (ข้อมูลการเกิด – การตาย – การป่วย). (2554). จาก <http://ops.moph.go.th/> ค้นเมื่อ 28 กันยายน 2556.
2. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติท้องน้ำ. 2555. (ออนไลน์). สืบค้นจาก<http://www.thaihealth.or.th/Content/2570-เผย%206%20ผู้ป่วยจากเชื้อโรคที่ติดมากับมือจุดสกปรกที่สุดในห้องน้ำ%20.html> สืบค้นเมื่อ 28 มีนาคม 2560.

3. สม นาสอ้าน และคณะ. ประสิทธิภาพการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านจังหวัดกาฬสินธุ์. กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2552.
4. วิทยา สันถัย. การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน บ้านจี้วัง หมู่ที่ 1, 7 ตำบลจี้วังงาม อำเภอสังขาม จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2556.
5. ประกาศ อนันตา และเจริญญ ทองอนก. ผลของการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านตำบลขาว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ปี พ.ศ. 2555. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น . 20 (1) : 97-106, 2555.
6. เกษร แฉวโนนจ้าว และคณะ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เสี่ยง. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 2558.
7. บุรี ทิพนัส และประวดี บุญโกมุค. ผลของใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่ลุ่มน้ำชี : กรณีศึกษา อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2551. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ: 97-106, 2551.
8. นิรุจน์ อุทธา, ชุมพล พลนรา และ อุดม สุวรรณรงค์. หนึ่งทศวรรษกับการพัฒนางานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ สู่แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคปลาดิบของคนไทยอีสาน. เพ็ญพินดรีง ขอนแก่น, 2541.
9. วนิดา โชควาณิชพงษ์ และคณะ. การสำรวจพฤติกรรมและทัศนคติการบริโภคปลาดิบและการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี. วารสารโรคมะเร็ง. 29(4) : 163-175, 2552.
10. กรัณชรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับในชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2557.

แรงจูงใจที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดขอนแก่น

MOTIVATION AFFECTING THE LONG TERM CARE OF REGISTERED NURSES

AT SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITALS

IN KHON KAEN PROVINCE

ประภัสสร ชาลีการ¹ ประจักษ์ บัวพันธ์²

Praphatsorn Chaleekarn¹ Prachak Bouphan²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ประชากรที่ศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 373 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 คน และสนทนากลุ่มจำนวน 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2560 ถึงวันที่ 15 มีนาคม 2560 นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการหาค่าสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิติเชิงอนุมานหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยกำหนดค่านัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ระดับแรงจูงใจ และระดับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.77 (S.D. = 0.48), และ 4.08 (S.D. = 0.59) และพบว่าภาพรวมของแรงจูงใจ ปัจจัยจูงใจ ปัจจัยต้าน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก กับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.686$, $p\text{-value} < 0.001$), ($r = 0.652$, $p\text{-value} < 0.001$) และ ($r = 0.654$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ และพบว่าปัจจัยจูงใจด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ และปัจจัยต้านด้านนโยบายและการบริหาร ซึ่งตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 54.9

คำสำคัญ: การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว, แรงจูงใจ

ABSTRACT

This cross sectional descriptive research aimed to study Motivation Affecting The Long Term Care of Registered Nurses At Sub-District Health Promoting Hospital in Khon Kaen Province. The samples were 105 health personnel randomly selected by systematic random sampling from the 373 population. This study was collecting both quantitative and qualitative data. Focus group guidelines was use to collect the data from 12 people's key informants who can provide intensive information on the topics. The questionnaire was examined and verified by the three experts for content validity and tested for reliability in pilot study of 30 samples in Roi Ed Province all items of IOC ≥ 0.5 and Alpha Coefficient was at 0.98. Data collecting between February 15th, 2017 - March 15th ,2017. The data distribution was performed by descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation, median, minimum, maximum. The Inferential statistics were Pearson's product moment correlation and Stepwise multiple linear regressions. The level of statistical significant has set at 0.05.

The results showed that the motivation, and the long-term care level of the registered nurses at sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen Province were at high level with averages of 3.77 (S.D. = 0.48 and 4.08 (S.D. = 0.59), respectively. The motivation variable, motivation factors, hygiene factors had moderate positive relationship with long term care of the registered nurses at sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen province with ($r = 0.686$, $p\text{-value} < 0.001$), ($r = 0.652$, $p\text{-value} < 0.001$) and ($r = 0.654$, $p\text{-value} < 0.001$), respectively. Two motivation variable; work itself, and company policy and administration Both variables could predict long-term care of the registered nurses at sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen Province 54.9 percentage.

Keywords: The long term care , Motivation

¹ นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

โครงสร้างประชากรไทยเปลี่ยนไป โดยมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ทั้งจำนวนและสัดส่วน พบว่าประชากรของประเทศไทยในปี 2557 มีผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ มีการคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทย จะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์: (Aged Society)” ในขณะที่ แนวโน้มผู้สูงอายุอยู่คนเดียว หรืออยู่ลำพังกับคู่สมรสเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีผลต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ อายุยิ่งสูงยิ่งเจ็บป่วย โดยเฉพาะเจ็บป่วยด้วยโรคไร้เชื้อเช่นความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือไขมันในเลือดสูง มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น มีภาวะการพึ่งพาต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและการดูแลระยะยาว ในปี 2559 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขให้บรรลุเป้าหมายและครอบคลุมทุกกลุ่มวัยโดยในปี 2559 กำหนดยุทธศาสตร์ให้ผู้สูงอายุได้รับบริการด้านสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยได้รับการคัดกรองและประเมินสุขภาพเพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาว ในชุมชน มีการวิเคราะห์จำแนกตามกลุ่มอาการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่เกินร้อยละ 15 ⁽¹⁾ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) จังหวัดขอนแก่นเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเมื่อปี 2556 โดยมีจำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดขอนแก่นปี 2556 คิดเป็นร้อยละ 14.5 ปี 2557 ร้อยละ 13.61 ปี 2558 ร้อยละ 15.68 ปี 2559 ร้อยละ 13.72 ของประชากรทั้งหมด

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นบริการด้านสาธารณสุข และด้านสังคม ที่จัดให้ผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน เป็นผู้สูงอายุที่ติดเตียงหรือติดบ้าน โดยบริการสาธารณสุขเป็นเรื่องฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้การพยาบาล ด้านสังคมเป็นการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย 5 ประการได้แก่ การตรวจคัดกรองประเมินสภาพผู้สูงอายุ การประเมินความต้องการการดูแล การให้บริการด้านการพยาบาล การให้บริการฟื้นฟูสภาพ และการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือนทางกายภาพ เป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ในพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการตรวจคัดกรอง มีระบบ ส่งเสริม ป้องกัน พิษณุ และการดูแล ตามความจำเป็นในการดูแลระยะยาว ให้ผู้สูงอายุมีชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม สนับสนุน เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง ชุมชน มีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้ใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวด้วยความสุข จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุพื้นที่ที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ปี 2556 พบว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้⁽²⁾

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล หมายถึง บุคลิกภาพหรือลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลที่แสดงออก และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และการฝึกอบรมดูแลผู้สูงอายุระยะยาว⁽³⁾ และจากการศึกษาปัจจัยทำนายาขบพาทของพยาบาลสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีอำนาจทำนายาขบพาทของพยาบาลสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ได้แก่ อายุ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย⁽⁴⁾ นอกจากนี้ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลแล้วแรงจูงใจในการทำงาน ก็เป็นส่วซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรในองค์การปฏิบัติงานอย่างเต็มใจและทุ่มเทความสามารถอย่างเต็มที่ในงานขององค์การบรรลุเป้าหมาย ซึ่งปัจจัยแรงจูงใจประกอบด้วยปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน โดยปัจจัยจูงใจได้แก่ ความสำเร็จในการทำงาน ลักษณะงาน การยอมรับนับถือ ความรับผิดชอบ โอกาสความก้าวหน้า ปัจจัยค้ำจุนได้แก่นโยบายการบริหาร ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การปกครองบังคับบัญชา สภาพการปฏิบัติงาน เงินเดือนและค่าตอบแทน สถานภาพของวิชาชีพ ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว⁽⁵⁾ เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลมีความต้องการสำเร็จในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งมีผู้ศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากการศึกษาศึกษาการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

พบว่า ปัจจัยจิตใจและปัจจัยคำจูงที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ปัจจัยจิตใจด้านความสำเร็จในงาน ปัจจัยคำจูงด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และปัจจัยคำจูงด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล⁽⁶⁾ จากการศึกษาการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่าปัจจัยจิตใจ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ปัจจัยจิตใจด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติและปัจจัยจิตใจด้านความสำเร็จในการทำงาน⁽⁷⁾ และจากการศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะประจำกลุ่มงานของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าแรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะประจำกลุ่มงานของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ คือปัจจัยจิตใจด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน⁽⁸⁾

การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในจังหวัดขอนแก่น มีการจัดบริการเชิงรุกให้การดูแลช่วยเหลือประเมินสภาพผู้สูงอายุในชุมชนหรือที่บ้าน ในปี 2559 ผู้สูงอายุได้รับการตรวจประเมินการประกอบกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 78.77 การคัดกรองภาวะซึมเศร้าร้อยละ 74.03 การคัดกรองโรคเรื้อรัง ร้อยละ 71.36 การคัดกรองกลุ่ม ข้อเข่าเสื่อม ตรวจวัดสายตา สมองเสื่อม หกล้ม ร้อยละ 70.24⁽⁹⁾ ซึ่งนโยบายกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 และการเสริมพลังแก่ครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังทำได้ไม่เต็มที่ ในด้านการฝึกอบรมผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ 1 คน ควรดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5 – 10 คน ในปี 2559 จังหวัดขอนแก่นมี ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ 720 คนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 17,724 คน อัตราส่วนต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1 คน ต่อ 25 คน⁽⁹⁾

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น รวมถึง

ศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ เพื่อพัฒนาการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล และแรงจูงใจที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) ระยะเวลาศึกษา ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2559 ถึง เดือน มิถุนายน 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 373 คน⁽⁹⁾

การคำนวณขนาดตัวอย่าง มีขั้นตอนการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์พหุคูณถ้อย (Multiple regression analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen (1988) ได้ขนาดตัวอย่าง 105 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) กลุ่มตัวอย่างในการสุ่มสุ่ม 12 คน โดยเลือกบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้มากที่สุดและเป็นผู้ยินดีให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1.แบบสอบถาม (Questionnaires) เกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจ และการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น แบบทดสอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับแรงจูงใจ ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนที่ 4 เป็น

คำถามปลายเปิดให้ผู้ตอบได้เสนอปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ซึ่งแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.98 โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามระหว่างวันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2560 แปลผลโดยการนำมาจัดระดับ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด⁽¹⁰⁾ ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย ได้ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00

มาก หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49

ปานกลาง หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49

น้อย หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49

น้อยที่สุด หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49

นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แจกแจงข้อมูล ด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน Stepwise Multiple Regression Analysis กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2. การสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากงานวิจัยเชิงปริมาณที่พบปัญหา โดยนำประเด็นปัญหาต่างๆจากงานวิจัยเชิงปริมาณมาใช้ในการสนทนากลุ่มเพื่อหาข้อมูลและสาเหตุของปัญหานั้น ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดหัวข้อในการสนทนากลุ่มไว้ 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ประเด็นเกี่ยวกับแรงจูงใจ ส่วนที่ 2 ประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนที่ 3 ให้กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่มได้เสนอปัญหาและข้อเสนอแนะในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนากลุ่มในวันที่ 7 พฤษภาคม 2560

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อหาการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด

(Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) เพื่อใช้ในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจ และการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น และใช้สถิติเชิงอนุมาน ในการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาสำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แบ่งตามเกณฑ์ Elifson Kirk W, (1990) มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 แบ่งระดับดังนี้

ไม่มีความสัมพันธ์ หมายถึง $r=0$

ความสัมพันธ์ต่ำ หมายถึง $r=\pm 0.01$ ถึง ± 0.30

ความสัมพันธ์ปานกลาง หมายถึง $r=\pm 0.31$ ถึง ± 0.70

ความสัมพันธ์สูง หมายถึง $r=\pm 0.71$ ถึง ± 0.99

ความสัมพันธ์สูงมาก หมายถึง $r=\pm 1$

และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน

Stepwise Multiple Regression Analysis กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2560 ลำดับที่ 4.3.05: 1/2560 เลขที่ HE592367

ผลการศึกษา

1. **คุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น** จากการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ในด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และการอบรมเรื่องการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.30 อายุระหว่าง 41 - 50 ปี ร้อยละ 44.80 อายุเฉลี่ย 41.13 ปี (S.D. = 8.26) อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 58 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 76.20 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 82.90 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีค่ามัธยฐาน 3 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 34 ปี เคยได้รับการอบรม

เรื่องการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ร้อยละ 72.40 จำนวนครั้งที่เคย
อบรมค่ามัธยฐาน 1 ครั้ง ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 7 ครั้ง

**2. ระดับแรงงใจของพยาบาลวิชาชีพใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น** ผล
การศึกษา ระดับแรงงใจ ของ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวม
แรงงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.77 (S.D. = 0.48) แรงงใจ
ด้านปัจจัยงใจและปัจจัยก้ำกั้น อยู่ในระดับ มาก ค่าเฉลี่ย 3.81
(S.D. = 0.54) , 3.75 (S.D. = 0.49) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณา
รายด้าน พบว่าแรงงใจ ด้านปัจจัยงใจ ในด้านลักษณะงาน
มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.05 (S.D. = 0.56)
รองลงมาคือด้านความรับผิดชอบ มีค่าเฉลี่ย 4.02 (S.D. =

**3. ระดับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาล
วิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น**
ผลการศึกษา ระดับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของกลุ่ม
ตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมี
ระดับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.08
(S.D.=0.59) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ย
สูงสุดคือ การตรวจคัดกรองประเมินสภาพผู้สูงอายุ อยู่ใน
ระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.29 (S.D.=0.65) รองลงมา คือด้านการ
ประเมินความต้องการการดูแล อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย

0.69) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ความสำเร็จในการ
ทำงานมีแรงงใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.52 (S.D.=0.65)
รองลงมาคือ ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง มีแรงงใจอยู่ใน
ระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.68 (S.D. = 0.62) ในส่วนของปัจจัยก้ำ
กั้น พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านสภาพของ
วิชาชีพ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.22 (S.D. = 0.58) รองลงมา
คือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อยู่ในระดับมาก มี
ค่าเฉลี่ย 4.17 (S.D.=0.57) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ
ด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทน มีแรงงใจอยู่ในระดับปาน
กลาง ค่าเฉลี่ย 2.94 (S.D. = 0.63) รองลงมาคือ ด้านสภาพการ
ปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.54 (S.D.=0.71)

4.23 (S.D.=0.64) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือด้านการ
จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือทางการแพทย์ อยู่ใน
ระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.84 (S.D.=0.75) และ ด้านการให้บริการ
ฟื้นฟูสภาพ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.85 (S.D.=0.79)
ตามลำดับ

**4. คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงงใจที่มี
ความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาล
วิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น**

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรอิสระกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ของพยาบาลวิชาชีพ
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงงใจ	การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ p-value ระดับความสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)		
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
เพศ (หญิง= 1)	-0.003	0.975	ไม่มีความสัมพันธ์
อายุ	0.14	0.153	ไม่มีความสัมพันธ์
สถานภาพสมรส (คู่=1)	0.097	0.326	ไม่มีความสัมพันธ์
การศึกษา (ปริญญาตรี)	-0.092	0.349	ไม่มีความสัมพันธ์
ประสบการณ์ในการในการดูแล ผู้สูงอายุ ระยะยาว	0.204	0.036	ต่ำ
การอบรมเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (เคย)	0.148	0.133	ไม่มีความสัมพันธ์
ปัจจัยงใจ	0.652*	<0.001	ปานกลาง
ด้านความสำเร็จในการทำงาน	0.495*	<0.001	ปานกลาง
ด้านการยอมรับนับถือ	0.578*	<0.001	ปานกลาง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรอิสระกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจ	การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	ระดับความสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)
ด้านความรับผิดชอบ	0.554*	<0.001	ปานกลาง
ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ	0.575*	<0.001	ปานกลาง
ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง	0.479*	<0.001	ปานกลาง
ปัจจัยด้านอื่น	0.654*	<0.001	ปานกลาง
ด้านนโยบายและการบริหาร	0.614*	0.020	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.539*	<0.001	ปานกลาง
ด้านสภาพการปฏิบัติงาน	0.442*	<0.001	ปานกลาง
ด้านการปกครองบังคับบัญชา	0.610*	<0.001	ปานกลาง
ด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทน	0.316*	<0.001	ปานกลาง
ด้านสถานภาพของวิชาชีพ	0.451*	<0.001	ปานกลาง
ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	0.370*	<0.001	ปานกลาง
ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	0.516*	<0.001	ปานกลาง
ภาพรวมแรงจูงใจ	0.686*	<0.001	ปานกลาง

* ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แบ่งตามเกณฑ์ Elifson Kirk W, (1990)

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา และการอบรมเรื่องการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ส่วนประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.204$, $p\text{-value}<0.001$ และ $r=0.295$, $p\text{-value}<0.001$)

ภาพรวมของแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.686$, $p\text{-value}<0.001$) ภาพรวมของปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.652$, $p\text{-value}<0.001$) ส่วนภาพรวมปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์

ระดับปานกลางทางบวกกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.654$, $p\text{-value}<0.001$)

ปัจจัยจูงใจรายด้าน พบว่า ด้านความสำเร็จในงาน ($r=0.495$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านการยอมรับ ($r=0.578$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านความรับผิดชอบ ($r=0.554$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ($r=0.675$, $p\text{-value}<0.001$) และด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง ($r=0.479$, $p\text{-value}<0.001$) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยด้านอื่นรายด้าน พบว่า ด้านนโยบายและการบริหาร ($r=0.614$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($r=0.539$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านสภาพการปฏิบัติงาน ($r=0.442$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านการปกครองบังคับบัญชา ($r=0.610$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านเงินเดือนค่าตอบแทน ($r=0.316$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านสถานภาพของ

วิชาชีพ ($r=0.451$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ($r=0.370$, $p\text{-value}<0.001$) และด้านชีวิตความเป็นส่วนตัว ($r=0.516$, $p\text{-value}<0.001$) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของ

พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่ส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ตาราง 2 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของ พยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	B	Beta	T	P-value	R	R2
1. ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ	0.529	0.515	5.240	<0.001	0.699	0.489
2. ด้านนโยบายและการบริหาร	0.254	0.307	3.125	0.003	0.741	0.549
ค่าคงที่ = 0.979, $F = 44.434$, $P\text{-value} < 0.001$, $R = 0.741$, $R^2 = 0.549$, $R^2_{adj} = 0.537$						

จากตาราง พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล และแรงจูงใจ มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น คือ ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ($p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยด้านนโยบายและการบริหาร ($p\text{-value} = 0.003$) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 54.9

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น โดยรวมข้อมูลแบบสอบถามปลายเปิด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด 61 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 58.09 โดยแยกปัญหาอุปสรรคเป็นรายด้าน พบว่าปัญหาแรงจูงใจ ด้านปัจจัยจูงใจ คิดเป็นร้อยละ 19.39 ปัญหาแรงจูงใจ ด้านปัจจัยด้านคุณค่า คิดเป็นร้อยละ 15.96 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้านการตรวจคัดกรองประเมินสภาพผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 16.73 ด้านการประเมินความต้องการการดูแล คิดเป็นร้อยละ 11.79 ด้านการให้บริการด้านการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 11.79 ด้านการให้บริการฟื้นฟูสภาพคิดเป็นร้อยละ 12.93 และด้านการ

จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือนทางการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 11.41

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ระดับแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.77 ($S.D.=0.48$) เนื่องจากแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสำคัญต่อผลการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมายขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ(ประจักษ์ บัวพันธ์, 2555) แรงจูงใจจึงมีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ทำให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ทুমเทแรงกายแรงใจอย่างเต็มความสามารถก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในงานของตน มุ่งมั่นต่อการทำงานและเกิดความพึงพอใจในการทำงาน ซึ่งผลการศึกษครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า แรงจูงใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก^(11,12, 13)

จากผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและการอบรมเรื่องการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ส่วนประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีทักษะในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน มีความสัมพันธ์กับบทบาทของพยาบาลสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน⁽⁴⁾

คุณลักษณะส่วนบุคคล ไม่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น เนื่องจาก พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องกับผู้ที่ศึกษาพบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^(11, 14)

ผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น คือ ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะของงาน ($p\text{-value}<0.001$) และปัจจัยด้านนโยบายและการบริหาร ($p\text{-value}=0.003$)

ซึ่งปัจจัยด้านลักษณะของงานหากงานที่ปฏิบัติอยู่เป็นงานประจำหรือมีระยะเวลาที่กำหนดที่เหมาะสม มีความยืดหยุ่นได้โดยสามารถลำดับความสำคัญของงานได้ รวมไปถึงความเหมาะสมของงานกับผู้ปฏิบัติงานจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานนั้นมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ รู้จักประยุกต์ใช้ความรู้กับการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในด้านปัจจัยด้านนโยบายและการบริหาร หากองค์กรมีนโยบายและการบริหารจัดการที่ดีมีคุณภาพย่อมส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานทำให้มีผลการดำเนินงานออกมาดี

ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์การการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 54.9 ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติสามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานได้^(6, 7, 15) เช่นเดียวกับผลการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยด้าน

ด้านนโยบายและการบริหารสามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้^(12, 15, 16)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. จากการศึกษาพบว่าปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการจัดระบบการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ชัดเจน ให้สามารถทำงานให้สำเร็จตามเวลาที่กำหนด

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรส่งเสริม ให้พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการใช้นวัตกรรมและแนวทางใหม่ ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรกำหนดแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้ชัดเจน และเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้สอดคล้องและนำไปใช้ได้กับบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ประจักษ์ บัวผัน และขอบคุณ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่นทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยอย่างดียิ่ง และทุกท่านที่ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่มีส่วนร่วมให้การทำการศึกษานี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดและแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2559. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2559
2. กรแก้ว อภิพงษ์สวัสดิ์, ไพจิตร วรรณจักรและคณะ. การสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุ พื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ปี 2556. วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น, 6(2), 3-23, 2557.
3. Schermerhorn, R., Hunt, G., and Osborn, N. **Organization Behavior**. New York: John Wiley & Sons, 2003.
4. วิภา เทียงธรรม, สุรณธร กลัมพากร, หงสธ ทรัพย์ชู และปัญญรัตน์ ลาภวงศ์. ปัจจัยทำนายบทบาทของพยาบาล สาธารณสุขในการ ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองในชุมชน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 64-81, 2554.
6. วีระวรรณ เหล่าวิทวัส และประจักษ์ บัวผัน. การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 13(2), 109-120, 2556.
7. ศุภชัย หมั่นมา และประจักษ์ บัวผัน. การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยมข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 14(2), 71-84, 2557.
8. ศันสนีย์ วงศ์ม้วย และวิทัศน์ จันทโรศรีศรี. แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะประจำกลุ่มงานของนักวิชาการสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 6(3), 46-54, 2556.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในจังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2559 (เอกสารอัดสำเนา)
10. สำเริง จันทรสวรรณ และสุวรรณ บัวทวน. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและ มานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2547.
11. ศิราณี แสนนาซ และประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 10(1), ประจำเดือน มกราคม- เมษายน 2560, 2560.
12. พิมพ์รา สิงห์วิวัฒน์ และประจักษ์ บัวผัน. การประเมินผลการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 8(3), 267-280. 2557.
13. วราภรณ์ ชูคันหอม และพิรศักดิ์ ศรีฤาชา. แรงจูงใจที่มีผลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้า สถานีอนามัยจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 3(3), 21-30, 2553.
14. อาคม ปัญญาแก้ว และประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารองค์การที่มีผลต่อสมรรถนะหลัก ปฏิบัติงานของหัวหน้า สถานีอนามัย เขตโซนเหนือ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข., 16(7), 855-863, 2554.
15. สันติ ธรณี และประจักษ์ บัวผัน. การปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 14(1), 89-104, 2557.
16. อรุณรัตน์ ปัญจะ และประจักษ์ บัวผัน. การบริหารการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าสถานีอนามัยในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 16(7), 835-844, 2554.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทชายที่อาศัยอยู่ในชุมชนอีสาน

Factors Influencing Daily Living of Male Schizophrenia in Northeastern Community

ดรุณี รุจกรกานต์¹, สุรดา จันดีกระยอม², ชนกพร ศรีประสาร³

Darunee Rujkorakarn¹, Surada Jundekrayom², Chanokporn Sriprasarn³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทชายที่อาศัยอยู่ในชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ป่วยจิตเภทชาย จำนวน 20 ราย ที่อาศัยอยู่ในชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างโดยมีแนวทางการสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและแนวคำถามเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อจัดหมวดหมู่ข้อมูล

ผลการวิจัยพบว่า มี 6 ปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการใช้ชีวิตประจำวัน คือ 1) ดูแลตนเองได้ดี ทำงานบ้านได้ 2) เล่นกับเพื่อนมีความสุข 3) ครอบครัว ญาติพี่น้องดูแลช่วยเหลือ ทำให้อบอุ่น มีกำลังใจ 4) สังคมดี มีพยาบาลที่เอาใจใส่ 5) สุขภาพดี มีแรงทำงาน และ 6) เพื่อนบ้านดี ช่วยเหลือกันดี นอกจากนี้ 6 ปัจจัยหลักนี้แล้ว ยังมีปัจจัยทางลบ 2 ปัจจัย ที่ทำให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ประการแรก คือการไม่มีเงิน เป็นภาระกับพี่กับน้อง และประการที่สองคือ ทุกข์เรื่องยา กินแล้วทำงานไม่ได้

คำสำคัญ: ชีวิตประจำวัน จิตเวชชุมชน ผู้ป่วยจิตเภท

Abstract

This qualitative research aimed to explore factors influencing daily living of people with schizophrenia in Northeastern community of Thailand. The key informants were 20 males with schizophrenia who live in Northeastern community. Semi-structured interviews were conducted using an interview guideline which consisted of demographic data and daily activities questions. Content analysis was employed to categorize the data.

Six main factors influencing satisfactory daily living emerged: 1) being able to self-care and do housework, 2) going out with friends, 3) family supports and encouragement, 4) good society and a mindful nurse, 5) good health and work, and 6) helpful neighbors. Beside these 6 factors, 2 negative factors that caused a difficulty in daily living of people with schizophrenia also emerged. First, lack of money can create a burden to relatives, and second, side effects of antipsychotic medication prevent them from doing any type of work.

Keywords : Daily living , Community psychiatry , People with schizophrenia

¹ รองศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, 3 อาจารย์ ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตที่มีความรุนแรง พบได้มากกว่า 21 ล้านคนทั่วโลก ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย พบ 12 ล้านคน และเพศหญิงพบ 9 ล้านคน⁽¹⁾ โรคจิตเภทถือเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชและเป็นโรคที่พบได้มากที่สุดในการเจ็บป่วยทางจิต⁽²⁾ มีอัตราการเกิดโรคสูงถึง 1% ของประชากรโลก⁽³⁾ สำหรับประเทศไทย โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตที่พบมากที่สุด ซึ่งจากรายงานของกรมสุขภาพจิต คาดว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 412,394 ราย ซึ่งมีเพียง 249,139 ราย หรือประมาณ ร้อยละ 61 เท่านั้นที่เข้าถึงบริการ ได้รับการวินิจฉัยและรักษา⁽⁴⁾ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติทางด้านความคิด พฤติกรรม อารมณ์ และการรับรู้ อาการจะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปและดำเนินไปอย่างเรื้อรัง จนในที่สุดการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันจะเสื่อมลงอย่างมาก⁽⁵⁾ การรักษาหลักคือการให้ยาต้านโรคจิต และการบำบัดทางจิตสังคม แต่อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะมีอาการเป็นๆ หายๆ และมีการกลับเป็นซ้ำสูง ผู้ป่วยจิตเภทจะยังคงมีความผิดปกติทางจิตตลอดช่วงชีวิตที่เหลือ^(5,6) การอยู่กับผู้ป่วยจิตเภททำให้ครอบครัวต้องเผชิญกับอาการตามธรรมชาติของโรคที่ไม่สามารถคาดเดาได้ รวมทั้งทราบปฏิกิริยาทางสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคจิตเวชและครอบครัวและตัวผู้ป่วยเองก็รู้สึกท้อใจ เครียด กังวล กับอาการเจ็บป่วยของตนเอง ใช้ชีวิตอยู่ไปวันๆ ขาดอิสระ ไม่มีโอกาสวางแผนชีวิตระยะยาวและขาดการติดต่อกับสังคม⁽⁷⁾ และมีรายงานว่าหลังจากการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สองผู้ป่วยจะมีการพยากรณ์โรคไม่ดี เกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์ และการรับรู้อย่างถาวร ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันลดลง ทำให้ครอบครัวต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ทำให้ครอบครัวต้องปรับบทบาทหน้าที่ ทำให้ขาดรายได้ หรือมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น และมีภาระเพิ่มขึ้น⁽⁵⁾ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมต่อผู้ดูแลและครอบครัว^(8,9) แต่อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหามากมาย ผู้ป่วยและครอบครัวก็มีวิธีการปรับตัวที่เหมาะสม เพื่อจะดำรงไว้ซึ่ง

ระบบที่สมดุลและการทำหน้าที่ของตัวเองและครอบครัวให้ดีที่สุด สามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างเหมาะสมต่อไป

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับไปอยู่ในชุมชนที่ตนเองเคยพักอาศัยอยู่เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพให้กลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้ และกลับสู่การหาบวชอีกครั้ง เพราะการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และสังคม มีสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ที่เหมาะสม มีระเบียบ และสงบ มีคนพูดคุยแบ่งปันประสบการณ์และความรู้สึก ได้ทำกิจกรรมที่มีความหมายต่อชีวิต ได้แก่ การเรียน งานอาชีพ งานอดิเรก สามารถดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา ใช้สารเสพติด ซึ่งเหล่านี้จะช่วยให้อาการหายไปโดยเร็วนำไปสู่การดำเนินชีวิตตามปกติ ซึ่งนโยบายนี้ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ชุมชน ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วยเอง เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับตัวและสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตาม การกลับคืนสู่ชุมชนของผู้ป่วยไม่ใช่เรื่องง่าย ยังคงมีปัจจัยที่ยังยากซับซ้อนที่มีผลกระทบต่อการดำเนินการตามนโยบายดังกล่าว ผู้ป่วยทางจิตที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สามารถทำงานและอาศัยอยู่ท่ามกลางผู้คนในชุมชนได้อย่างปกติ ถึงแม้ว่าในบางครั้งจะได้รับการดูแลอย่างไม่ต่อเนื่อง จากสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเวช และนโยบายการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข คณะผู้วิจัยจึงได้ตระหนักถึงสภาพปัญหาดังกล่าว จึงได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อผลการวิจัยที่ได้จะเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวในชุมชนเดิมของตนเองได้อย่างปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ประสานงานกับพยาบาลจิตเวชประจำโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งแจ้งถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นพยาบาลจิตเวชในพื้นที่ได้นำผู้วิจัยไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลที่มีกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลอยู่ในพื้นที่ และได้ประสานงานกับพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อนำผู้วิจัยไปพบผู้ให้ข้อมูลที่บ้าน เมื่อผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง และชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยและสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัว ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนที่จะเริ่มการสัมภาษณ์ ให้มีการจดและบันทึกเทปทุกครั้ง จนข้อมูลมีความอิ่มตัว ใช้เวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งประมาณ 60-90 นาที

คุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล เพศชาย อายุระหว่าง 20 ถึง 70 ปี ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนชนบท ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีประวัติเคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช สามารถสื่อสารได้ดี มีอาการทางจิตสงบมาอย่างน้อย 2 ปี เข้าใจวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และยินดีเข้าร่วมวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ป่วยจิตเภทเพศชาย ที่อาศัยอยู่ในชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 20 คน โดย การเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์ แบ่งเป็น ข้อมูลทั่วไป และแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล การเลือกผู้ให้ข้อมูล เลือกตามความสมัครใจของผู้ป่วย จากการช่วยคัดกรองของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโดยให้โอกาสผู้ป่วยออก

จากโครงการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้ป่วย การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อที่อยู่ที่จะทำให้ทราบว่าเป็นบุคคลใดไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรับการรักษาบริการของโรงพยาบาลตามปกติ สามารถถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ มีการลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มยินยอมให้ทำการวิจัย และการวิจัยในครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การวิเคราะห์ข้อมูลและการตรวจสอบ

ข้อมูลที่รวบรวมได้จากผู้ให้ข้อมูลนำมาจัดหมวดหมู่เนื้อหา ให้รหัส จัดประเภทและวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ผู้วิจัยตรวจสอบการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลซ้ำและอภิปรายแก้ไขในประเด็นที่ผู้วิจัยคิดเห็นไม่ตรงกัน จากนั้นนำข้อมูลไปตรวจสอบความเที่ยงตรงกับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดเป็นเพศชาย จำนวน 20 คน มีอายุระหว่าง 20-68 ปี อายุเฉลี่ย 40.82 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด มีเพียง 1 รายที่มีสถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย 3-20 ปี เฉลี่ย 13 ปี ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม และรับจ้างทั่วไป จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับครอบครัว มีเพียง 2 รายที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตครอบครัวและในชุมชนได้เป็นอย่างดี มี 6 ประการหลักคือ 1) ดูแลตนเองได้ดี ทำงานบ้านได้ 2) เล่นกับเพื่อนมีความสุข 3) ครอบครัว ญาติพี่น้องดูแลช่วยเหลือ ทำให้อบอุ่น มีกำลังใจ 4) สังคมดี มีพยาบาลที่เอาใจใส่ 5) สุขภาพดี มีแรงทำงาน และ 6) เพื่อนบ้านดี ช่วยเหลือกันดี

1. **ดูแลตนเองได้ดี ทำงานบ้านได้** การดูแลตนเองได้ดีและทำงานบ้านได้ สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เป็นการแบ่งเบาภาระของ

ครอบครัวหรือผู้ดูแล ซึ่งเป็นประเด็นที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1.1 การดูแลตนเองได้ดี หมายถึง การดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ การดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเองได้แก่ การดูแลตนเองเกี่ยวกับการเป็นอยู่ประจำวัน เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ อยู่บ้านตามลำพัง หรือ ทำอาหารรับประทานเองได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยมีความพอใจที่สามารถดูแลตนเองได้ ดังคำพูด ผู้ป่วยรายที่ 6 บอกว่า “ผมช่วยเหลือตนเองได้ดี ล้างหน้าแปรงฟัน ดูแลตนเองได้ดีทุกอย่าง” “อยู่บ้านคนเดียว ทำกับข้าวกินเอง” ผู้ป่วยรายที่ 12 บอกว่า “ดูแลตนเองได้ดี ทำงานบ้าน ทำอาหารทานเองได้” และผู้ป่วยรายที่ 16 บอกว่า “อยู่บ้านสองคนกับแม่ ผมก็ทำกับข้าว กวาดบ้าน ซักผ้าให้ตัวเองบางครั้งก็ซักให้แม่ด้วย”

1.2 การทำงานบ้านได้ หมายถึง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของครอบครัว นอกจากการดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเองดังกล่าวได้ ผู้ป่วยจิตเภทยังพอใจที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของครอบครัวได้ เช่น ช่วยเหลืองานบ้าน ทำความสะอาดบ้าน ล้างถ้วยชาม หุงข้าว กรอกน้ำเข้าตู้เย็น เลี้ยงวัวควายได้ ดังคำพูดแสดงความพอใจของผู้ป่วยรายที่ 2 ว่า “ผมดูแลตัวเองได้ดี ทำนา เลี้ยงวัวได้” ผู้ป่วยรายที่ 6 บอกว่า “ดูแลตนเองได้ นั่งข้าว อุบ้าน ล้างถ้วย” ผู้ป่วยรายที่ 8 บอกว่า “ผมก็พอใจในชีวิตอยู่ครับ อยู่บ้านผมก็กรอกน้ำ ล้างจาน อยู่ครับ” “อยู่ที่บ้านก็ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยตักน้ำใส่ตู้เย็น กรอกน้ำเข้าตู้เย็น ส่วนการล้างจานน้องสาวเป็นคนล้าง เพราะเป็นงานผู้หญิง” ผู้ป่วยรายที่ 15 บอกว่า “ดูแลตนเองได้ดี ทำนา ทำไร่ได้ เลี้ยงวัว ควายได้”

2. ศึกษากับเพื่อนมีความสุข การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและบุคคลอื่นๆ โดยเฉพาะการได้ติดต่อกับเพื่อน การได้เล่น ได้ทำกิจกรรมกับเพื่อนและคนอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความสุข ดังคำพูด ผู้ป่วยรายที่ 2 ว่า “ทุกวันนี้ก็มีความสุขได้เที่ยวเล่นกับเพื่อนๆ ได้เที่ยวกับวัยรุ่นในหมู่บ้าน” ผู้ป่วยรายที่ 9 บอกว่า “พอใจที่มีครอบครัว มีเพื่อน ได้พูดคุยกัน ได้เล่นได้พูดคุย

กับเพื่อนๆ” ผู้ป่วยรายที่ 10 บอกว่า “พอใจ มีความสุขจากการที่มีพี่สาว พี่ชายคอยดูแลและการเดินเล่นกับเพื่อน” “ผมมีความสุขที่ได้เดินเล่นกับเพื่อนๆ ในหมู่บ้าน ” และผู้ป่วยรายที่ 18 บอกว่า “ดูแลตนเองได้ดี ผมก็รับจ้างทั่วไป และก่อสร้างด้วย เวลาทำงานก็ได้พูดคุยกับคนอื่นบ้าง ก็มีสุขอยู่ครับ และอีกอย่างผมมีพี่สาวคอยดูแล พาไปทำงานด้วย ผมก็รู้สึกดีอยู่” จะเห็นได้ว่าการได้พบเพื่อน ทั้งที่ทำงานและในชุมชน ช่วยส่งเสริมความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในชุมชนได้

3. ครอบครัว ญาติพี่น้อง ดูแลช่วยเหลือ ทำให้อบอุ่น มีกำลังใจ การที่สมาชิกในครอบครัวเข้าใจ มีการดูแลผู้ป่วยอย่างดี มีส่วนช่วยเหลือและสนับสนุนในการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะการดูแลจาก มารดา พี่สาว น้องสาว และภรรยา ที่คอยดูแล ช่วยเหลือ ห่วงใย และผู้ป่วยเองก็รู้สึกดี มีความสุขที่ได้รับการช่วยเหลือดูแลจากคนในครอบครัว รู้สึกอบอุ่น มีกำลังใจ โดยในรายชื่ออาศัยอยู่กับบิดามารดา ผู้ป่วยจะบอกว่ามารดาเป็นผู้ที่คอยดูแลเป็นอันดับแรกๆ หรือในรายชื่ออาศัยอยู่กับพี่สาวผู้ป่วยจิตเภทบอกว่ามีพี่สาวคอยดูแล ถือว่าเป็นสิ่งที่ดี และมีความหมายในชีวิต ที่ทำให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข ดังคำพูดของผู้ป่วยรายที่ 1 ว่า “พี่สาวครับ กะ(เก้)คอยเบ้ง (ดูแล) คอยเอ็น(เรียก)กินข้าว กะ(เก้)รู้สึกดี ดีใจมีความสุขครับ มีพี่มีน้อง มันกะ(เก้)อบอุ่นไป” “ก็มีพี่สาวนี่แหละที่คอยให้กำลังใจ มีความหมายในชีวิต ในชีวิตนี้ก็มีเพียงพี่สาวคนเดียวแหละ ถ้าไม่มีพี่สาวก็ไม่รู้จะมีใครมาดูแลมั๊ย” ผู้ป่วยรายที่ 3 บอกว่า “มีน้องสาวคอยดูแล เอายาให้กิน ซักเสื้อผ้าให้ ก็มีความสุขดี เขาดูแลดี ไม่ให้ทำงานหนัก” ผู้ป่วยรายที่ 4 บอกว่า “อยู่ที่บ้านก็ช่วยเหลือตนเองได้ แต่ไม่ค่อยได้ทำอะไร เพราะอายุเยอะแล้ว มีภรรยาคอยหาและทำอาหารให้ และลูกสาวซักผ้าให้” ผู้ป่วยรายที่ 5 บอกว่า “ทำกับข้าวกินกับยาย ยายอยู่กับลูกสาวยาย อยู่คนละบ้าน ผมทำงานได้ครับ ทำได้ทุกอย่างว่างๆผมก็ไปช่วยยายทำสวน ทำงานเล็กๆน้อยๆ” ผู้ป่วยรายที่ 8 บอกว่า “พ่อกับแม่หาข้าวให้กิน อยู่กับพ่อกับแม่ มีพ่อแม่คอยดูแล ก็พอใจครับ ส่วนผมก็กรอกน้ำ ล้างจาน อยู่ครับ ” ผู้ป่วยรายที่ 10 บอกว่า “พอใจ มีความสุขจากการที่มีพี่สาว พี่ชายคอยดูแล” และผู้ป่วยรายที่ 18 บอกว่า “พ่อ

แม่ตายหมดแล้วครับ อยู่กับพี่สาว พี่สาวเป็นคนคอยหาข้าวหาน้ำให้กิน มีพี่สาวคอยดูแลให้เกือบทุกอย่าง ผมไม่ค่อยได้ทำงานอะไร” “การที่มีพี่สาว พี่ชายคอยดูแล และการที่ผมสามารถทำงานได้ ได้แบ่งเบาจากพี่สาวพี่ชาย ผมรักพี่สาว รักพี่ชาย รักทุกคน” “ผมมีพี่สาวคอยดูแล พาไปทำงานด้วย ผมก็ตั้งใจครับ พี่เขาไม่ทิ้งผม”

มีบางกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำเองได้ ต้องมีคนคอยดูแลช่วยเหลือ หรือบางครั้งผู้ป่วยดูแลตนเองและทำกิจกรรมได้แต่ทางครอบครัวไม่ให้ผู้ป่วยทำเพราะกลัวจะทำให้ไม่ดี ดังคำพูดของผู้ป่วยรายที่ 2 ว่า “ผมดูแลตัวเองได้ดี แต่ชักผ้านี้แม่ต้องชักให้เพราะผมเคยบอกแม่ว่า ถ้าเสื้อผ้ามืดดำผมก็จะไม่ชัก แม่เลยต้องชักให้ผมเพราะกลัวผมใส่เสื้อผ้ามืดสะอาด” (ผู้ป่วยกล่าวด้วยใบหน้าอึดอัดเล็กน้อย เหมือนว่าเข้าใจความห่วงใยของแม่) ผู้ป่วยรายที่ 4 บอกว่า “ดูแลตนเองได้ แต่ไม่ค่อยทำอะไร ภรรยาหาอาหารให้ทาน ลูกสาวซักผ้าให้” และบางครั้งผู้ป่วยก็ต้องมีคนช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่างให้เพราะเกิดจากผลข้างเคียงของยา ดังคำพูดของผู้ป่วยรายที่ 3 ว่า “อาบนํ้าเองได้ แต่ชักผ้าน้องสาวซักให้เพราะน้องบอกว่ามือผมสั้น เป็นห่วง กลัวผมซักผ้าไม่สะอาด ก็ผมกินยา ทำให้มือผมสั้น”

4. สังคมดี มีพยาบาลที่เอาใจใส่ การรู้สึกว่าได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการสนับสนุน ดูแลช่วยเหลือจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีใจที่สังคมไม่ทอดทิ้ง ทำให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ และในบางรายได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานของภาครัฐคอยดูแล ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีใจที่สังคมยังคอยดูแล ดังคำพูดของผู้ป่วยรายที่ 5 ว่า “พ่อแม่ตายหมดแล้ว มีน้องสาวเขากะ(ก็)หนีไป เหลือผมอยู่คนเดียว ผมก็อยู่ได้ และดีใจที่เทศบาลก็มาทำส้วม ทำห้องนํ้าให้ สำหรับอาหารก็มีญาติทำมาให้ โดยเอาเบี้ยยังชีพเดือนละ 500 บาท ที่รัฐเขาให้ญาติเอาไปซื้อวัตถุดิบปรุงอาหารให้ผม ผมพอใจในชีวิตแล้วครับ บ่(ไม่)อยากได้หยั่ง(อะไร)อีก” และผู้ป่วยรายที่ 17 ว่า “มือบด. มาสร้างบ้านให้อยู่รู้สึกดีใจมาก ที่เขาดูแล ไม่ทอดทิ้ง”

นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังบอกว่า การมีพยาบาลจากโรงพยาบาลชุมชนมาเยี่ยมประจำ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีใจ

อบอุ่นใจที่พยาบาลไม่ทอดทิ้งและอยากให้พยาบาลหรือหมอมาเยี่ยมบ่อยๆ ดังคำพูดของผู้ป่วยรายที่ 1 ว่า “พยาบาล พี่คนนี้ มาประจำ มาถามข่าว กินข้าวได้บ่(มัย)นอนหลับ(มัย) ยาหมดไป(หรือยัง) มีปัญหาหยั่ง(อะไร)มัย” ผู้ป่วยรายที่ 10 บอกว่า “ดีใจครับ แต่ถ้าว่างจั่ง(จึง)มาใหม่กะ(ก็)ได้ อยากให้มาคู่(บ่อยๆ)” ผู้ป่วยคนที่ 6 ว่า “ตอนนี้ได้เงินเดือนๆ ละ 500 บาท และดีใจที่มีคนมาเยี่ยมบ่อยๆ โดยเฉพาะ อสม. มาเยี่ยมบ่อย มาตรวจเบาหวาน วัดความดัน และมีหมอ มาเยี่ยมรู้สึกดี อบอุ่น” “อยากให้เจ้าหน้าที่หรือพยาบาลมาเยี่ยมบ่อยๆ เวลาเห็นเจ้าหน้าที่พยาบาลมาเยี่ยมรู้สึกดีใจ อยากให้มาเยี่ยม” (ผู้ป่วยรายที่ 8, 9, 11)

5. สุขภาพดี มีแรงทำงาน การที่มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพร่างกายและไม่มีอาการทางจิตกำเริบ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง เป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ดี ทำงานได้ ดังคำพูดของผู้ป่วยรายที่ 15 ว่า “สุขภาพกะ(ก็)สำคัญ บ่(ไม่)ว่างนอน เฮ็ด(ทำ)งานได้” และผู้ป่วยรายที่ 18 บอกว่า “เดี๋ยวนี้ผมทำงานได้ แข็งแรงไปทำงานก่อสร้างกะ(ก็)ได้ ไปรับจ้างกะ(ก็)ได้ แต่ก่อนผมกินเหล้า ทำงานไม่ได้ สิ(จะ)ฆ่าเอี้ย(พี่สาว) ฆ่าอ้าย(พี่ชาย)ไปอีก ตอนนี้ดีแล้ว บ่(ไม่)กินเหล้า อารมณ์ผมกะ(ก็)ดี สุขภาพกะ(ก็)แข็งแรง เฮ็ด(ทำ)งานได้ ตอนนี้ก็พอใจ ดีใจที่ผมทำงานได้ ดูแลช่วยเหลือตนเองได้ บ่(ไม่)อาละวาดอีก”

6. เพื่อนบ้านดี ช่วยเหลือกันดี การมีสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ดีทำให้ผู้ป่วยมีความสุขและพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยบางคนบอกว่ามีเพื่อนที่ได้อาศัยอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ดี นอกจากนี้การช่วยเหลือกันเวลาว่างงานในชุมชน เช่น งานบวช งานบุญ งานแต่งงาน การที่ผู้ป่วยจิตเภทได้ไปร่วมงานและช่วยเหลือในการจัดเตรียมงาน หรือทำงานร่วมกับเพื่อนบ้านและคนอื่นๆ ในชุมชนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีและมีความสุข ดังคำพูดของผู้ป่วยรายที่ 9 ว่า “หลังตื่นนอนอาบนํ้าแล้วก็ไปเดินเล่นแถวบ้านไปเดินเล่นกับเพื่อน ไปเล่น ไปคุยกับเพื่อน ” และผู้ป่วยรายที่ 15 ว่า “การอยู่ที่บ้าน พอใจในสภาพแวดล้อมหมู่บ้าน อากาศดี เพื่อนบ้านดี บ้านก็อยู่ใกล้ๆ กัน อยากไป

คุยตอนไหนก็ได้เลย บางทีเพื่อนก็เดินมาเล่นที่บ้านผมไป มา สะดวก มีแต่คนกันเอง ชาวบ้านก็ใจดี เป็นกันเอง รู้จักกันทั้งหมู่บ้าน ช่วยเหลือกันดีเวลามีงาน ผมก็ยังคงไปช่วยงานเขาเลย ทั้งงานศพ งานแต่งงาน ไปช่วยเขาจัดโต๊ะ เวลาช่วยงานเสร็จ เขาก็ห่อข้าว เอาอาหารใส่ถุงให้มากินที่บ้านด้วย เอามาให้พ่อแม่กินที่บ้าน เวลามีนานอะไร งานบุญที่วัด เพื่อนๆก็จะมาชวนไปช่วยงาน ” และผู้ป่วยรายที่ 7 บอกว่า “ชอบไปวัด ไปวัดทุกวัน ไปสร้างศาลาช่วยพระเป็นพุทธอาสา ทำด้วยใจรัก”

ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ มีการดำเนินชีวิตประจำวันได้ดี มีความพอใจ มีกำลังใจ รู้สึกไม่ถูกทอดทิ้งจากคนใกล้ชิดในครอบครัว บางคนที่อยู่คนเดียวก็รู้สึกว่ามีเพื่อนบ้าน มีสังคมรอบด้าน ด้วยลักษณะของชุมชนชนบท ที่มีความใกล้ชิดกัน และช่วยเหลือดูแลกัน ทำให้มีความอบอุ่น ประเด็นหลักทั้ง 6 ประเด็นสะท้อนให้เห็นว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากความสามารถในการดูแลตนเอง การช่วยเหลือ สนับสนุนจิตใจจากครอบครัวและสมาชิกในชุมชน การเปิดตัวเองของผู้ป่วยโดยการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในชุมชน มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ทำให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้ นอกจากนั้น ปัจจัยหลักที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่ง คือ การดูแลช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐ เช่น องค์การบริหารท้องถิ่น จัดสร้างห้องน้ำ ห้องส้วม และสร้างบ้านให้อยู่ รวมถึงการได้รับเบี้ยยังชีพสำหรับผู้ที่มีปัญหาทางจิตทุกเดือน

นอกจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในด้านบวก ที่ส่งเสริมความพึงพอใจในชีวิตแล้ว ยังมีปัจจัยที่มีอิทธิพลทางลบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้ป่วยได้สะท้อนออกมาในประเด็นหลัก 2 ประการ ได้แก่

1. ไม่มีเงิน เป็นภาระกับพี่กับน้อง การไม่มีเงินและไม่มียานทำเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวลและรู้สึกเป็นทุกข์ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่บอกว่าการไม่มีเงินและไม่มียานทำไม่มีรายได้ ถือว่าเป็นอุปสรรคหรือเป็นความทุกข์ของผู้ป่วยที่สำคัญมาก ดังคำพูดของผู้ป่วยจิตเภทผู้ป่วยรายที่ 1 บอกว่า “มีเรื่องให้คิดอยู่นะ คิดเรื่องหารายได้ อยากได้ดังค์เพราะเคยไปทำงานที่ประเทศไต้หวัน ไปทำงานเกี่ยวกับ

ช่างยนต์ พอครบกำหนดก็กลับมา ตอนนี้ไม่มีรายได้ อยากได้งานทำ อยากมีรายได้ เป็นช่างก็ได้ ทำนาเกี่ยวข้าวก็ได้” ผู้ป่วยรายที่ 3 บอกว่า “ปัญหาหลักๆ(ก็)เงินละครับ บ่(ไม่)มีเงิน เป็นภาระกับพี่กับน้อง” และผู้ป่วยจิตเภทรายที่ 6 ที่ทำงานรับจ้างขนอิฐ ก่อสร้างในชุมชน บอกว่า “อยากเฮ็ด(ทำ)งานที่ได้เงินประจำ บางมือกะบ่มีงาน(บางวันก็ไม่มียานทำ)” “อยากไปทำงาน อยากทำงาน งานรับเหมา ก่อสร้างก็ได้” ผู้ป่วยรายที่ 8 บอกว่า “อยากทำงาน อยากทำทุกอย่างครับ เค้าให้ทำอะไรก็ทำ ผมทำได้ทุกอย่าง อยากมีเงินใช้ อยากได้เงินมาใช้จ่ายสำหรับตนเอง” “ไม่ อยากได้อะไรอีก นอกจากอยากได้เงินมาช่วยเหลือครอบครัว” ผู้ป่วยรายที่ 7 บอกว่า “อยากทำงาน อยากได้เงินมาช่วยเหลือครอบครัว อยากทำพลอย เพราะผมเป็นช่างขัดพลอย เคยทำงานเป็นช่างขัด ถ้าไม่ได้ทำพลอยก็ไม่อยากทำอะไร เพราะอายุเยอะแล้ว ” ผู้ป่วยราย 13 บอกว่า “คิดหลายเรื่องครับ คิดเรื่องเฮ็ด(ทำ)งาน อยากเฮ็ด(ทำ)งาน อยากซ่อมรถ เพราะผมจบมาทางอิเล็กทรอนิกส์ ตอนนี้ก็กินยาหมออยู่ ให้หายดีก่อน ค่อยไปเฮ็ด(ทำ)งานครับ อยากมีหมู่(เพื่อน)” และผู้ป่วยรายที่ 18 บอกว่า “อยากได้เงิน อยากได้เสื้อผ้า อยากได้ของมากิน อยากได้อาหารการกิน”

2. ทุกข์เรื่องยา กินแล้วทำงานไม่ได้ การเจ็บป่วยทางจิตและผลข้างเคียงของยาทำให้ผู้ป่วยทำงานไม่ได้ ผู้ป่วยบอกว่า การเจ็บป่วยทางจิตเป็นปัจจัยทางลบที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากผลข้างเคียงของยา ทำให้ทำงานไม่ได้ และการรู้สึกเป็นภาระกับคนอื่น ดังคำพูดของผู้ป่วยจิตเภทผู้ป่วยรายที่ 1 บอกว่า “ ทุกข์เรื่องยาเพราะกินยาเยอะ กินตอนเช้า 3 เม็ด กินตอนเย็น 4 เม็ด กินแล้วลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ง่วง ๆ ซึม ๆ ทำงานไม่ได้ พี่สาวก็เลยไม่ให้ทำงาน” ผู้ป่วยรายที่ 3 บอกว่า “ทุกข์ใจ ไม่ได้ไปทำงานอะไรครับ เพราะมือสั่น ทำงานไม่ได้ครับ ผมอยากหายครับ ไม่อยากมือสั่น ถ้าหาย มือไม่สั่น ผมก็ทำงานได้ครับ อยากทำงานขายของ อยากค้าขาย ” ผู้ป่วยรายที่ 7 บอกว่า “กินยาแล้ว ขาอ่อนแรง ไม่มีกำลัง” ผู้ป่วยรายที่ 8 บอกว่า “อยากหาย อยากทำงาน ทุกข์ใจที่ไม่ได้ทำงาน” “กินยาแล้วมือสั่น ทำงานไม่ได้ อยากหาย อยากทำงาน หาเงินมาช่วยพ่อแม่ ช่วยครอบครัว” ผู้ป่วยรายที่ 9 บอกว่า “การเจ็บป่วย ร่างกายอ่อนแอ ไปเฮ็ด(ทำ)งานกับเพื่อนไม่ได้(คน

อื่นไม่ได้) เคยไปเสด(ทำการ)ขายของนำเฟิ่น(กับคนอื่น) กลับมาแล้วก็ปวดแหว นอนไปหลายมื่อ(วัน)” และผู้ป่วย รายที่ 12 บอกว่า “มีความทุกข์กาย ทุกข์ใจ เกี่ยวกับโรคที่เรารักษา ทุกข์ใจกับโรคที่เราเป็น”

ผู้ป่วยบางรายไม่กินยาเพราะกลัวอาการข้างเคียงของยา เพราะกินยาแล้วรู้สึกเหมือนอาการจะแย่ลงกว่าเดิม ทำให้ทำงานไม่ได้ ดังคำพูดของผู้ป่วยรายที่ 16 บอกว่า “ตอนนี้ไม่กินยา กลัวยาเดิม ถ้ากินแล้วมันเป็นแบบคล้ายๆ จะเป็นโรคอีก ถ้ากินแล้วมันสิเป็นโรคประสาท น้ำลายไหล ขมปาก กลัวเป็นมากกว่าเดิม ทำให้ผมทำงานไม่ได้ ง่วงตลอด มือกี้สั่น ผมคิดว่าการพักผ่อนช่วยได้ ไม่กินเหล้า ดูแลตัวเองดีๆ ไม่กินยาก็ได้”

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตประจำวันและสามารถอยู่ในครอบครัว และชุมชนได้อย่างดี ซึ่งการดูแลตนเองของผู้ป่วยส่วนใหญ่ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ เมื่อจัดหมวดหมู่ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดได้เป็น 6 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ดูแลตนเองได้ดี ทำงานบ้านได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Shimada et al.⁽²⁾ และ Eklund, Hermansson & Hakansson⁽¹¹⁾ ที่พบว่า การมีอาชีพหรือมีงานทำไม่ว่าจะเป็นงานประจำหรืองานในแต่ละวันซึ่งรวมถึงการทำงานบ้านหรือการดูแลกิจวัตรประจำวันนั้นช่วยส่งเสริมความรู้สึกว่าได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและทำให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อน้ำที่ ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกดีต่อตัวเองได้ และ Leufsstadius, Eklund, & Erlandsson⁽¹⁶⁾ พบว่า การได้ทำงานประจำทุกวันถือว่าเป็นสิ่งที่มีความหมายและเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยทางจิตเวช 2) เล่นกับเพื่อนมีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Eklund, Hermansson & Hakansson⁽¹¹⁾ ที่พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์และการมีการติดต่อกับสังคม และความรู้สึกที่ดี ถือเป็นประเด็นสำคัญที่มีความหมายในชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และ Priebe, S. et al.⁽¹²⁾ และ Lipskaya, Jarus, & Kotler⁽¹³⁾ พบว่า การที่ครอบครัวและชุมชนให้ความสำคัญและยอมรับผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว

และชุมชน ถือเป็นปัจจัยทางบวกที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ นอกจากนี้ Koolace & Falsafinejad⁽¹⁵⁾ พบว่า การได้อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยขึ้นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยจิตเภท 3) ครอบครัว ญาติพี่น้องดูแลช่วยเหลือ ทำให้อบอุ่น มีกำลังใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Shimada et al.⁽²⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกดีที่ได้รับการสนับสนุน ดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ชุมชน และการดูแลโดยการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องจากพยาบาลจิตเวชประจำโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ เพราะการที่ผู้ป่วยได้มีการพบปะพูดคุยกับผู้อื่นไม่ว่าจะเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน และความรู้สึกที่ว่าตัวเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมแล้วแต่ทำให้ชีวิตผู้ป่วยจิตเภทมีความหมายขึ้น และ Sariah, Outwater, & Malima⁽⁶⁾ พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวญาติพี่น้อง และการมีงานทำ ถือเป็นปัจจัยปกป้องที่ช่วยลดการกลับเป็นซ้ำได้ 4) สังคมดี มีพยาบาลที่เอาใจใส่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Shimada et al.⁽²⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกดีที่ได้รับการดูแลโดยการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องจากพยาบาลจิตเวชประจำโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ และ Kaewprom, Curtis, & Deane⁽¹⁴⁾ พบว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือบุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความหวัง มีจิตใจที่เข้มแข็ง รู้จักตัดสินใจ และรับผิดชอบดูแลตนเองเพื่ออยู่ร่วมกับภาวะการเจ็บป่วยตลอดจนสามารถพิสูจน์ตนเองให้สังคมยอมรับในฐานะบุคคลเหมือนกับคนอื่นๆ ในสังคม 5) สุขภาพดี มีแรงทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Shimada et al.⁽²⁾ พบว่า การมีอาชีพ มีงานในผู้ป่วยจิตเภทช่วยลดอัตราการกลับเข้าไปรักษาในโรงพยาบาลได้ และ Dunn, Wewiorski, & Rogers⁽¹⁷⁾ พบว่า การที่ผู้ป่วยเคยได้ทำงานและมีความหวังว่าจะสามารถกลับไปทำงานได้เหมือนเดิมนั้นช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายได้ และ 6) เพื่อนบ้านดี ช่วยเหลือกันดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Alshowkan, Curtis, & White⁽³⁾ ที่พบว่า ปัจจัยทางลบที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทคือการที่ครอบครัวและชุมชนรู้สึกอายที่มีผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่ในครอบครัว

และในชุมชน และ Priebe, S. et al⁽¹²⁾ และ Lipskaya , Jarus , & Kotler⁽¹³⁾ พบว่า การที่ครอบครัวและชุมชนให้ความสำคัญและยอมรับผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน ถือเป็นปัจจัยทางบวกที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ นอกจากนี้ Koolace & Falsafinejad⁽¹⁵⁾ พบว่า การได้อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยกับปัจจัยหนึ่งที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

สำหรับปัจจัยด้านลบที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทนั้น พบว่า การไม่มีงานทำ การไม่มีเงิน และผลข้างเคียงของยา ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เพราะถึงแม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการทางจิตจะได้รับเงินช่วยเหลือเบี้ยยังชีพจากรัฐบาลเดือนละ 500 บาทต่อเดือน และได้รับเงินช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวจำนวนหนึ่ง แต่นั่นก็ยังไม่เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการไม่มีงานทำ นอกจากจะทำให้ไม่มีรายได้แล้ว ยังทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตนเองเป็นภาระกับครอบครัว และรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทยา ไทยภักดี และจินตนา ลีละไกรวรรณ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ จากการศึกษาศึกษาของ Eklund et al.⁽¹¹⁾ พบว่า การมีงานประจำทำถือเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งเป็นความหมายของชีวิตผู้ป่วยจิตเภท และถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยทางจิตเวช สอดคล้องกับการศึกษาของ Reddy et al.⁽⁷⁾ พบว่าปัญหาทางการเงินถือเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเป็นอย่างมากทั้งนี้เพราะสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะบิดามารดาของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่วัยสูงอายุไม่สามารถที่จะทำงานหาเงินได้ ทำให้ครอบครัวต้องพึ่งพาเงินสนับสนุนจากรัฐบาลเท่านั้นซึ่งไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ปัญหาก็เกี่ยวกับ

การป่วยทางจิตของผู้ป่วย ถือเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวันที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่เกิดอาการข้างเคียงจากยา ผู้ป่วยจะง่วงนอนมาก ถึงแม้ว่าจะอยากออกไปช่วยครอบครัวทำงาน ก็ไม่สามารถไปได้ เนื่องจากง่วงนอน รู้สึกไม่สบาย และสมาชิกในครอบครัวกลัวผู้ป่วยล้มหรือเกิดอุบัติเหตุ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศิริ สมใจ วิภาดา คณะไชย และสุบิน สมิน้อย⁽¹⁹⁾ สะท้อนให้เห็นว่าถ้าผู้ป่วยมีผู้ดูแลที่ดี คอยดูแลอย่างใกล้ชิด และมีแหล่งสนับสนุนทั้งจากครอบครัว ชุมชน และจากบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ดี มีคนเข้าใจและมีการดูแลอย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างราบรื่นในชุมชน และ Reddy et al.⁽⁷⁾ พบว่าการยอมรับและการสนับสนุนจากชุมชน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยจิตเภทในการส่งเสริมการรักษาของผู้ป่วย ถือเป็นการกระตุ้นครอบครัวทางอ้อมให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา และช่วยลดความรู้สึกลบๆทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

ควรส่งเสริมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ศึกษาลักษณะงานและรูปแบบการทำงานที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีอาชีพและรายได้ เพื่อสร้างความภาคภูมิใจ และช่วยให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในชุมชนอยู่ได้เป็นเวลายาวนาน สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ในสังคม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยภายใต้หน่วยวิจัยพัฒนาสุขภาพจิต ขอขอบคุณผู้ป่วยจิตเภททุกท่านที่ได้ให้ข้อมูลที่มีคุณค่า และทำที่สุดขอขอบคุณพยาบาลและบุคลากรหน่วยงานพิเศษในพื้นที่ทุกท่าน ที่ได้อำนวยความสะดวก และช่วยเหลือในกระบวนการเก็บข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Schizophrenia statistics 2016. 2016. .retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>.
2. Shimada T.,et al. Factors Influencing Rehospitalisation of Patients with Schizophrenia in Japan: A 1-year Longitudinal Study. **Hong Kong Journal of Occupational Therapy** 2016; 28: 7-14.
3. Alshowkan1,A. Curtis, J. & White, Y. Factors affecting the quality of life for people with schizophrenia in Saudi Arabia: a qualitative study. **Journal of Psychiatry** 2015; 18(4): 1-6.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สถิติผู้ป่วยจิตเภท. 2559. สืบค้นจาก http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=82662 .
5. Wu F.,et al. Factors influencing relapse in schizophrenia: A longitudinal study in China. **Biomedical Research** 2017; 28 (9): 4076-4082.
6. Sariah A.E., Outwater A.H., & Malima K.I. Risk and protective factors for relapse among Individuals with Schizophrenia: A Qualitative Study in Dar es Salaam, Tanzania. **BMC Psychiatry** 2014; 14(24): 1-12.
7. Reddy S.K., et al., Factors influencing access to psychiatric treatment in persons with schizophrenia: A qualitative study in a rural community. **Indian J Psychiatry** 2014; 56(1): 54-60.
8. อรสา วัฒนศิริ และเสาวภา ศรีภูสิตโต. การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. **วารสารกองการพยาบาล** 2556; 40(1): 67-83,
9. สมกมล อรรถกิมกุล และอรพรรณ ลือบุญรัชชัย. ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวแก่ผู้ดูแลกับการลดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต** 2558; 29(2): 64-76,
10. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. โรคจิตเภท รักษาได้. 2559. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=24961>.
11. Eklund, M., Hermansson A. & Hakansson, C. Meaning in life for people withschizophrenia: Does it include occupation?. **Journal of Occupational Science** 2012; 19(2) : 93-105.
12. Priebe, S. et al. Factors influencing subjective quality of life in patients with schizophrenia and other mental disorders: A pooled analysis. **Schizophrenia Research** 2010; 121: 251-258.
- 13.Lipskaya L., Jarus M., & Kotler M. Influence of cognition and symptoms of schizophrenia on IADL performance. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy** 2011; 18(3).
- 14.Kaewprom C., Curtis J., & Deane F.P. Factors involved in recovery from schizophrenia: a qualitative study of Thai mental health nurses. **Nurs Health Sci** 2011; 13(3): 323-7.
- 15.Koolae A.K., & Falsafinejad M.R. Effects of Communal Living Skills on Improving Activities of Daily Living of Male Patients with Schizophrenia. **Journal of Schizophrenia Research** 2014; 1(1): 2-4.
16. Leufsstadius, C., Eklund, M., and Erlandsson, L-K. Meaningfulness in work: Experiences among employed individuals with persistence mental illness. **Work**. 2009; 34: 21-32.
17. Dunn, E. C., Wewiorski, N. J., & Rogers, E. S. The meaning an importance of employment to people in recovery from serious mental illness: Results of a qualitative study. **Psychiatric Rehabilitation Journal** 2008; 32: 59-62.
18. นันทิยา ไทยภักดี และ จินตนา ลีละไกรวรรณ. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน: กรณีศึกษายานหนองหลุมตำบลแดงใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ** 2553; 33 (1) : 53-61.
19. เพ็ญศิริ สมใจ, วิภาดา คณะไชย, และสุบิน สมิน้อย. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. **วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ** 2555; 30(3): 113-121.

การปรับตัวของผู้ประกอบการในการผลิตอาหารพื้นเมืองจากอุตสาหกรรมในครัวเรือนสู่การผลิต
เพื่อการค้า : กรณีศึกษา หมี่โคราชตราดอกจิก อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา

Adaptation of Traditional Food Production Entrepreneur from the Household Industry
to Commercial Production : A Case Study of Dok Jig Korat Noodle,

Nakhon Ratchasima Province

ประภาพร ชูลีลัง¹, สุนีพร สุวรรณมณีพงศ์² และ ปัญญา มั่นเก็บ²

Prapaporn Chulilung¹, Suneepon Suwanmaneepong² and Panya Mankeb²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภูมิหลัง พัฒนาการ การปรับตัวจากการผลิตแบบอุตสาหกรรมในครัวเรือนสู่การผลิตเพื่อการค้า และปัญหาอุปสรรคของผู้ประกอบการ ในการผลิตอาหารพื้นเมือง กรณีศึกษาหมี่โคราชตราดอกจิก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึก จากผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย ผู้ประกอบการโรงสี ผู้ประกอบการหมี่โคราชตราดอกจิก ผู้ประกอบการค้าส่งและค้าปลีก ผู้ประกอบการร้านอาหาร และผู้บริโภค ในเขตอำเภอขามสะแกแสงและอำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา โดยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลแบบสามเส้า วิเคราะห์เนื้อหา สรุปผลการศึกษา และนำเสนอผลการศึกษาในรูปแบบการพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า 1) หมี่โคราชตราดอกจิกมีพัฒนาการมาจากเกษตรกรครอบครัวหนึ่งได้นำข้าวที่เป็นผลผลิตทางการเกษตรมาแปรรูปเป็นเส้นหมี่ซึ่งเป็นวิธีการถนอมอาหารรูปแบบหนึ่งไว้บริโภคเองในครัวเรือนตามภูมิปัญญาที่ได้รับสืบทอดมาจากบรรพบุรุษ ต่อมาจึงมีการผลิตเพื่อจำหน่ายภายในชุมชน และได้ทดลองปรับปรุงส่วนผสมอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งเส้นหมี่ที่แปรรูปขึ้นมีคุณภาพดีเป็นที่รู้จัก และพัฒนาการผลิตจากการผลิตแบบอุตสาหกรรมในครัวเรือนสู่การผลิตเพื่อการค้า 2) การปรับตัวของผู้ประกอบการพบว่าผู้ที่ผู้ประกอบการหมี่โคราชตราดอกจิกยังคงรักษาคุณภาพของเส้นหมี่ไว้อย่างสม่ำเสมอ โดยใช้ข้าวสารเป็นวัตถุดิบในการผลิตไม่มีสิ่งอื่นเจือปนเพื่อช่วยเพิ่มปริมาณ ทำให้สามารถรักษากลิ่นไว้ได้ และในขณะเดียวกันได้เพิ่มรูปแบบของผลิตภัณฑ์ให้มีความหลากหลายยิ่งขึ้น รวมทั้งการผลิตเส้นหมี่แห้งให้ผู้ประกอบการขนาดใหญ่ที่มีชื่อเสียงด้านของฝาก ของที่ระลึก ของจังหวัดนครราชสีมา เพื่อนำไปบรรจุหีบห่อและจำหน่ายภายใต้เครื่องหมายการค้าของตนเอง ทำให้ต้องเพิ่มปริมาณการผลิต รวมทั้งต้องควบคุมคุณภาพด้านอื่นๆ เช่น ด้านความสวยงามและสม่ำเสมอของเส้นหมี่ ด้านความสะอาด ด้านปริมาณ และด้านเวลาในการส่งมอบสินค้า 3) ปัญหา อุปสรรคของผู้ประกอบการในการผลิตอาหารพื้นเมืองหมี่โคราชตราดอกจิก ได้แก่ (1) โรงงานและกระบวนการผลิตเส้นหมี่ยังเป็นแบบดั้งเดิมไม่ได้รับการรับรองมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข (GMP) เนื่องจากข้อจำกัดด้านพื้นที่จึงไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด รวมทั้งต้นทุนเพิ่มสูงขึ้นเพื่อเข้าสู่มาตรฐาน (2) ไม่สามารถส่งสินค้าให้เพียงพอต่อความต้องการของลูกค้ารายเดิม จากการขยายการผลิตเพื่อส่งเส้นหมี่ให้ผู้ประกอบการขนาดใหญ่ที่มีชื่อเสียงด้านของฝาก ของที่ระลึก เพื่อนำไปบรรจุหีบห่อภายใต้เครื่องหมายการค้าของตนเอง (3) วัตถุดิบได้แก่ข้าวที่ใช้สำหรับผลิตหมี่โคราชเริ่มหายากและขาดแคลนเนื่องจากเกษตรกรหันไปปลูกข้าวหอมมะลิมากขึ้น (4) เทคโนโลยีที่ใช้ในการผลิตยังเป็นแบบดั้งเดิม (5) การผลิตในบางขั้นตอนต้องอาศัยเทคนิคและความชำนาญเฉพาะตัว และยังไม่มีการสืบทอด

คำสำคัญ : การปรับตัวในการผลิตอาหารพื้นเมือง หมี่โคราช

Abstract

The objective of this research was to study the background of adaptation development of traditional food production entrepreneurs from the household industry to commercial production and the problems they were facing through a case study of Dok Jig Korat noodle, Nakhon Ratchasima Province, Thailand. In-depth interview were performed on the key informant groups comprising millers, Dok Jig Korat noodle entrepreneurs, wholesalers and retailers, local restaurant owners and customers in Kham Sakaseng and Nonsung districts of Nakhon

¹ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาการเกษตรและการจัดการทรัพยากร สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

² อาจารย์ประจำภาควิชาพัฒนาการเกษตรและการจัดการทรัพยากร สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

Ratchasima province. The data was verified to ensure its completeness and validity using Triangulation method. Content analysis, conclusion and presentation of research results were conducted using descriptive techniques.

The research found that: 1) Dok Jig Korat noodle was developed by the member of a farmer family who wanted to preserve food by transforming it to the noodle-type food using local wisdom passed down from the ancestor. Subsequently, production began to be made for sale to community members. The ingredients had been modified to achieve better quality and the undertakings were further upgraded from household industry to commercial production. 2) As for the adaptation of traditional food production, the entrepreneurs could always maintain noodle quality by using rice as a basic ingredient without the need to add other substances to increase production quantity. This strategy helped maintain customer loyalty, while more varieties of noodle types were introduced to the markets. Supplying dry noodle to large-scale entrepreneurs who produced provincial local souvenirs helped increase the production quantity and the need to manage the supply timings. 3) The problems which the entrepreneurs confronted were as follows: (1) production factories and noodle production were not quaranteed by the Ministry of Health due to the undersized factory space. The rise of investment cost to achieve production standard was also a concern, (2) production volume could not meet former customers due to the increasing need to supply large-scale entrepreneurs, (3) rice, the main production material, was scarce because of the farmers' changing habit towards growing more jasmine rice, (4) production technology was still at primitive stage and (5) the production techniques relied mainly on personal expertise and lacked young enthusiasts to carry on tradition.

Keywords: adaptation in traditional food production, Korat noodle

บทนำ

อาหารพื้นเมือง หมายถึง อาหารที่บริโภคอยู่ในชีวิตประจำวันและบริโภคในโอกาสพิเศษต่างๆ โดยอาศัยเครื่องปรุง วัสดุที่นำมาประกอบอาหารจากแหล่งต่างๆ ทั้งจากแหล่งธรรมชาติที่แวดล้อมอยู่ ด้วยการเก็บของป่า การล่าสัตว์ การจับสัตว์น้ำและจากการผลิตขึ้นมาจาก เช่น การเพาะปลูก การเลี้ยงสัตว์ หรือจากการซื้อขายแลกเปลี่ยน โดยมีกรรมวิธีทำเป็นเอกลักษณ์ รวมทั้งรสชาติที่เป็นเฉพาะถิ่นแตกต่างกันไปและเป็นอาหารที่บริโภคในโอกาสต่างๆ เช่น อาหารในช่วงประเพณีทางศาสนา ประเพณีการทำบุญขึ้นบ้านใหม่ งานแต่งงาน งานบวช และอาหารในช่วงของการเปลี่ยนแปลงของชีวิตหรือยามเจ็บป่วยซึ่งแต่ละท้องถิ่นจะมีการเรียกแตกต่างกันไป อาหารพื้นเมืองของไทย มีมากมายหลายชนิดและรสชาติที่หลากหลาย ซึ่งแต่ละชนิดมีความแตกต่างกันตามวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่นนั้นๆ⁽¹⁾ อาหารพื้นเมืองหรืออาหารพื้นบ้านไทยไม่เพียงแต่มีรสชาติที่อร่อยกลมกล่อม หลากหลายรส แต่ยังเป็นเอกลักษณ์ที่บ่งบอกถึงวัฒนธรรมและภูมิปัญญาของคนไทย ในแต่ละท้องถิ่นที่รังสรรค์ปรุงแต่งให้เป็นอาหารเพื่อสุขภาพ อาหารพื้นบ้านไทยเป็นอาหารที่ได้สมดุลทางโภชนาการ ผสมผสานลงตัว ระหว่างชนิดและปริมาณของ

อาหาร ซึ่งส่วนใหญ่จะมีข้าวเป็นอาหารหลักอาจจะเป็นข้าวเจ้าหรือข้าวเหนียวแล้วแต่ท้องถิ่น⁽²⁾ อาหารพื้นเมืองจึงเป็นเอกลักษณ์ที่บ่งบอกถึงวัฒนธรรมและภูมิปัญญาของคนในแต่ละท้องถิ่น ถือเป็นมรดกและทุนทางวัฒนธรรมที่สำคัญของสังคม

หมี่โคราชเป็นอาหารพื้นเมืองของจังหวัดนครราชสีมา หรือที่รู้จักกันในนามของ “เมืองโคราช” หมี่โคราชนับเป็นเอกลักษณ์อย่างหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา ดังจะเห็นได้จากคำขวัญประจำจังหวัดที่กล่าวว่า “เมืองหญิงกล้า ผ้าไหมดี หมี่โคราช ปราสาทหิน ดินด่านเกวียน”⁽³⁾ เส้นหมี่โคราชเป็นภูมิปัญญาดั้งเดิมของบรรพบุรุษที่ได้คิดค้นการแปรรูปผลิตภัณฑ์จากข้าวเป็นเส้นหมี่ ซึ่งเป็นการถนอมอาหารอีกรูปแบบหนึ่ง โดยการนำเส้นหมี่ไปตากแห้ง แล้วเก็บไว้เป็นอาหารในมือต่อไป เพราะในสมัยก่อนเมืองโคราชมีการปลูกข้าวเจ้ามาก การทำเส้นหมี่ได้สืบทอดต่อกันมา เนื่องจากมีข้าวเหลือและเกิดความเสียดาย จึงดัดแปลงมาทำเป็นเส้นหมี่เพื่อถนอมอาหารไม่ให้เน่าเสียเพราะสามารถเก็บรักษาไว้เป็นเวลานาน

ปัจจุบันหมี่โคราชนอกจากจะเป็นอาหารประจำครัวเรือนและบริโภคในท้องถิ่นในจังหวัดนครราชสีมาแล้วยังเป็นที่นิยมรับประทานแพร่หลายในภูมิภาคอื่นๆ ของประเทศดังจะเห็นได้จากการผลิตและจำหน่ายหมี่โคราชในเชิงธุรกิจ ซึ่งปัจจุบันมีผู้ผลิตเส้นหมี่อยู่หลายรายตั้งแต่ระดับ

ชุมชนจนถึงระดับโรงงานอุตสาหกรรม โดยแหล่งผลิตสำคัญ และมีชื่อเสียง ได้แก่ เส้นหมี่พืชมาย อำเภอพืชมาย เส้นหมี่กระโทก อำเภอโคกชัย เส้นหมี่ตะคุ อำเภอปักธงชัย เส้นหมี่กุฉิก อำเภอสูงเนิน เส้นหมี่จักราช อำเภอจักราช^(4,5) เส้นหมี่ดอกจิก อำเภอขามสะแกแสง เป็นต้น

หมี่ดอกจิกเป็นหมี่โคราชที่ผลิตในอำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา โดยมีที่มาจากกรณีที่เกษตรกรครอบครัวหนึ่งได้นำข้าวที่เป็นผลผลิตทางการเกษตรมาแปรรูปเป็นเส้นหมี่ซึ่งเป็นวิธีการถนอมอาหารอีกรูปแบบหนึ่งไว้รับประทานในครอบครัว และได้พัฒนาคุณภาพของเส้นหมี่โดยปรับปรุงสูตรในการแปรรูปอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งเส้นหมี่ที่แปรรูปขึ้นมีคุณภาพดีเป็นที่รู้จักของเพื่อนบ้านและชุมชนใกล้เคียง ประกอบกับครอบครัวเริ่มประสบปัญหาในการประกอบอาชีพทางการเกษตรที่ต้องพึ่งพาธรรมชาติเป็นหลัก ทำให้หัวหน้าครอบครัวเริ่มคิดผลิตหมี่โคราชออกจำหน่ายเป็นอาชีพเพื่อเป็นรายได้เสริมให้กับครอบครัวในระยะแรกได้ผลิตเป็นอุตสาหกรรมในครัวเรือน มีกระบวนการผลิตที่ไม่ซับซ้อน ใช้วัตถุดิบจากท้องถิ่นและใช้แรงงานคนในการผลิต แต่เนื่องจากความต้องการบริโภคหมี่โคราชมีมากขึ้น ระยะเวลาที่มีผู้ผลิตหมี่โคราชเป็นอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ ทำให้การผลิตหมี่โคราชตลาดออกจกจำเป็นต้องปรับตัวให้สามารถตอบสนองให้ทันต่อความต้องการของผู้บริโภค ในขณะที่ยังต้องรักษาคุณภาพของเส้นหมี่ให้คงความเป็นเอกลักษณ์อย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้พฤติกรรมผู้บริโภคของคนที่เปลี่ยนแปลงไปประการหนึ่งในปัจจุบันคือ การหันมามุ่งเน้นเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยของอาหาร⁽⁶⁾ ซึ่งหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร หรือ GMP (Good Manufacturing Practice) เป็นข้อกำหนดขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการผลิตและควบคุมเพื่อให้ผู้ผลิตปฏิบัติตามและทำให้สามารถผลิตอาหารได้อย่างปลอดภัย โดยเน้นการป้องกันและขจัดความเสี่ยงที่จะทำให้อาหารเป็นพิษหรือเกิดความไม่ปลอดภัยต่อผู้บริโภค โดยครอบคลุมปัจจัยทุกด้านที่เกี่ยวข้องตั้งแต่โครงสร้างอาคารขั้นพื้นฐาน ระบบการผลิตที่ดี กระบวนการผลิตที่มีความปลอดภัยและมีคุณภาพได้มาตรฐานทุกขั้นตอน นับตั้งแต่เริ่มต้นวางแผนการผลิต ระบบควบคุม

บันทึกข้อมูล ตรวจสอบและติดตามผลคุณภาพผลิตภัณฑ์เพื่อให้ถึงมือผู้บริโภคอย่างมั่นใจ⁽⁷⁾

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการปรับตัวของผู้ประกอบการหมี่โคราชตลาดออกจก จากการผลิตในรูปแบบอุตสาหกรรมในครัวเรือนสู่การผลิตเพื่อการค้าผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับอุตสาหกรรมแปรรูปผลผลิตทางการเกษตรขนาดเล็กในครัวเรือนที่จะพัฒนาและปรับปรุงกิจการไปสู่การผลิตเพื่อการค้าให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคได้อย่างเพียงพอและสามารถแข่งขันกับอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภูมิหลัง และพัฒนาการในการผลิตอาหารพื้นเมือง กรณีศึกษาหมี่โคราชตลาดออกจก
2. เพื่อศึกษาแนวทางในการปรับตัวของผู้ประกอบการหมี่โคราชตลาดออกจกจากการผลิตในรูปแบบอุตสาหกรรมในครัวเรือนสู่การผลิตเพื่อการค้า
3. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค ในการปรับตัวของผู้ประกอบการหมี่โคราชตลาดออกจกจากการผลิตในรูปแบบอุตสาหกรรมในครัวเรือนสู่การผลิตเพื่อการค้า

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structure Interview) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non Participant Observation) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประชากรเป้าหมาย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

- 1) ผู้ประกอบการโรงสีข้าว จำนวน 1 ราย ได้แก่ โรงสีข้าวในอำเภอขามสะแกแสง ซึ่งเป็นผู้รวบรวมและจำหน่ายข้าวให้กับโรงงานผลิตหมี่ดอกจิก⁽⁶⁾ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาโดยสัมภาษณ์ผู้จัดการโรงสี
- 2) ผู้ประกอบการโรงงานผลิตหมี่โคราชตลาดออกจก ในการศึกษาครั้งนี้ได้สัมภาษณ์เจ้าโรงงานผลิตหมี่โคราชตลาดออกจก

3) ผู้ค้าส่ง และผู้ค้าปลีกหมีโคราชดอกจิก ในพื้นที่ 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอขามสะแกแสง และอำเภอโนนสูง อำเภอละ 5 ราย รวมทั้งสิ้น 10 ราย

4) ผู้ขายอาหารที่ปรุงจากหมีโคราชตราดอกจิกและผู้บริโภคหมีโคราชตราดอกจิกในพื้นที่ 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอขามสะแกแสง และอำเภอโนนสูง อำเภอละ 5 ราย รวมทั้งสิ้น 10 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structure Interview) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non Participant Observation) กับผู้ประกอบการโรงสีข้าว ผู้ประกอบการ โรงงานหมีโคราชตราดอกจิก ผู้ค้าส่ง ผู้ค้าปลีกหมีโคราชตราดอกจิก และผู้ขายอาหารที่ปรุงจากหมีโคราชตราดอกจิก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่สร้างขึ้น ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่า 0.50 เป็นข้อคำถามที่ใช้ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมจะนำมาตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลแบบสามเส้า วิเคราะห์เนื้อหา หาความสัมพันธ์และความเชื่อมโยง โดยวิธีการเปรียบเทียบข้อมูล (Content comparison) ตามวิธีของ สุกงศ์ จันทวานิช⁽⁷⁾ และนำเสนอผลการศึกษารูปแบบของการบรรยายหรือพรรณนา

ผลการวิจัย

1. ภูมิหลัง และพัฒนาการในการผลิตหมีโคราชตราดอกจิก จากการศึกษาพบว่า หมีโคราชตราดอกจิกหรือหมีพ้อจอย ตราดอกจิก เป็นชื่อที่ตั้งขึ้นตามชื่อของนายจอย หวังปรุ่งกลาง หรือชาวบ้านนิยมเรียกว่าพ้อจอย ภรรยาชื่อ นางแหยม หวังปรุ่งกลาง มีบุตร 8 คน เป็นชาย 2 คน หญิง 6 คน เดิมครอบครัวพ้อจอยประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพหลัก ข้าวที่เหลือจากการบริโภคได้

นำมาทำเส้นหมีเพื่อเป็นการถนอมอาหารไว้บริโภคเองในครัวเรือนตามภูมิปัญญาที่ได้รับสืบทอดมาจากบรรพบุรุษ และได้ทดลองปรับปรุงส่วนผสมมาเรื่อยๆ จนทำให้คุณภาพของเส้นหมีดีขึ้นตามลำดับ เส้นหมีที่ทำขึ้นนอกจากบริโภคเองในครอบครัวแล้วยังนำไปเป็นของแลกเปลี่ยนหรือมอบให้เพื่อนบ้าน เส้นหมีที่พ้อจอยทำขึ้นเป็นที่รู้จักมากขึ้นในหมู่บ้านใกล้เคียงด้านคุณภาพของเส้นหมีทั้งความนุ่มและรสชาติที่อร่อย ทำให้มีเพื่อนบ้านบางรายที่จะจัดงานบุญและมีการเลี้ยงแขกที่มาร่วมงานจำนวนมากมาขอให้พ้อจอยทำหมีเพื่อนำไปปรุงอาหารเลี้ยงแขกที่มาร่วมงาน ต่อมาการประกอบอาชีพเกษตรกรรมที่ต้องพึ่งพาธรรมชาติเป็นหลักเริ่มประสบปัญหา ในปี พ.ศ. 2515 พ้อจอยจึงเริ่มคิดทำเส้นหมีขายเป็นอาชีพเสริมรายได้อีกช่องทางหนึ่ง ซึ่งเป็นการทำโดยใช้แรงงานในครอบครัว มีลูกสาวคนที่ 5 และลูกเขยเป็นกำลังสำคัญ

การทำเส้นหมีของพ้อจอยในระยะแรกเป็นการทำโดยวิธีการแบบดั้งเดิม ใช้ปลายข้าวหัก 3 ท่อน มาไม่ด้วยมือ ในแต่ละวันจะใช้ปลายข้าว จำนวน 1 - 2 ถัง โดยมีขั้นตอนในการทำสรุปได้ดังนี้ (1) แช่ปลายข้าว โดยข้าวที่ใช้ในการทำเส้นหมีจะต้องเป็นข้าวแข็ง เช่น พันธุ์เหล็กปะทิว พันธุ์เหล็กใหญ่ ข้าวขาวดาแห้ง ที่หาได้ในท้องถิ่น (2) นำปลายข้าวที่แช่แล้วมาโม่ (3) นำแป้งที่ได้จากการโม่มาทอดให้เป็นแผ่น (4) นึ่งแผ่นแป้งให้สุก แล้วนำมาผึ่งให้หมาด และทาน้ำมันเพื่อไม่ให้แผ่นแป้งติดกัน (5) นำแผ่นแป้งมาซอยเป็นเส้นหมีและจับเป็นแพ แล้วนำไปตากแดดให้แห้ง (ภาพที่ 1) หมีที่ทำเสร็จแล้วจะมัดเป็นกำด้วยดอ

ช่องทางในการจำหน่ายหมีของพ้อจอยในอดีตมี 3 ช่องทาง คือ (1) หาบขายในบริเวณหมู่บ้านใกล้เคียงในอำเภอขามสะแกแสง โดยขายในราคา 5 กำ 2 บาท (2) ขายในอำเภอใกล้เคียง เช่น อำเภอโนนสูง โดยบรรทุกในเกวียนไปขายร่วมกับผลิตผลทางการเกษตรอื่นๆ ของครอบครัว (3) การแลกเปลี่ยนวัตถุดิบหลักในการผลิต ในอัตราส่วน ข้าว 20 กิโลกรัม ต่อเส้นหมี 7 กิโลกรัม กล่าวคือ ในกรณีที่มีผู้ต้องการให้ทำเส้นหมีจำนวนมากเพื่อนำไปจำหน่ายต่อหรือเลี้ยงแขกในงานบุญ สามารถนำ

ข้าวสารซึ่งเป็นวัตถุดิบหลักในการทำเส้นหมี่มา แลกเปลี่ยนเป็นเส้นหมี่ได้ โดยกำหนดให้นำข้าวสารมาให้ จำนวน 20 กิโลกรัม จะนำข้าวไปทำเส้นหมี่ให้จำนวน 10 กิโลกรัม ได้เส้นหมี่ จำนวน 7 กิโลกรัม

เส้นหมี่ของพ่อจ้อยเป็นที่ต้องการของผู้บริโภคมากขึ้น ทั้งในเขตอำเภอขามสะแกแสงและอำเภอใกล้เคียง ในปี พ.ศ. 2516 จึงได้เริ่มนำเครื่องจักรมาใช้เป็นเครื่องทุ่นแรง ในการผลิต ได้แก่ เครื่องโม่ ทำให้สามารถผลิตได้ปริมาณ มากขึ้น ต่อมาในปี 2523 ทางราชการให้มีการจดทะเบียน การค้า จึงได้จดทะเบียนภายใต้เครื่องหมายการค้า “หมี่พ่อ จ้อย ตราดอกจิก” ปัจจุบันหมี่โคราชตราดอกจิก มีชื่อเสียง และเป็นที่ยอมรับของผู้บริโภคโดยเฉพาะในพื้นที่ 2 อำเภอ ของจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ อำเภอขามสะแกแสง และ อำเภอโนนสูง เนื่องจากมีเอกลักษณ์ที่โดดเด่น คือทำเส้น หมี่จากแป้งที่ได้จากการโม่ข้าว ไม่มีส่วนผสมอื่นใด⁽⁶⁾ ดังนั้นในการปรุงหรือนำมาผัดจึงไม่ต้องแช่น้ำก่อน หมี่จะ ไม่ติดกันเป็นก้อน และเส้นเหนียวนุ่ม จึงเป็นที่ต้องการ ของผู้บริโภคมากกว่าหมี่ตราอื่นๆ และในปีเดียวกันนี้ ได้ เริ่มทำการผลิตเพื่อการค้า โดยซื้อรถกระบะ 1 คัน ออกหา ตลาดโดยขับไปตามอำเภอต่างๆ ในจังหวัดนครราชสีมา



ภาพประกอบ 1 เครื่องหมายการค้าตราดอกจิก



ภาพประกอบ 2 เส้นหมี่หรือหมี่นุ่ม

2. การปรับตัวของผู้ประกอบการหมี่โคราชตรา ดอกจิกจากการผลิตในรูปแบบอุตสาหกรรมในครัวเรือนสู่ การผลิตเพื่อการค้า

จากการศึกษาพบว่า การที่ผู้ประกอบการหมี่โคราช ตราดอกจิกยังคงรักษาคุณภาพของเส้นหมี่ไว้อย่าง สม่าเสมอ โดยใช้ข้าวสารเป็นวัตถุดิบในการผลิตไม่มีสิ่ง อื่นเจือปนเพื่อช่วยเพิ่มปริมาณ ทำให้สามารถรักษาลูกค้า

ต่อมาในปี พ.ศ. 2537 ได้ตั้งโรงงานผลิตขึ้น ภายใต้ ชื่อโรงงานเส้นหมี่โคราชตราดอกจิก ตั้งอยู่เลขที่ 48 หมู่ 2 บ้านสะแกแสง ตำบลพะวงด อำเภอขามสะแกแสง จังหวัด นครราชสีมา เมื่อมีการตั้งโรงงานผลิตได้มีการจ้างแรงงาน ซึ่งเป็นเครือญาติหรือคนในชุมชนมาช่วยในบางขั้นตอน ของกระบวนการผลิต และซื้อเครื่องนึ่งแผ่นแป้ง เครื่องอบ แผ่นแป้ง เตาต้ม เครื่องหั่นเส้น และรถบรรทุก จำนวน 1 คัน มาใช้ในกระบวนการผลิตและกระจายสินค้า โดยวาง จำหน่ายภายในจังหวัดนครราชสีมา 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอ เมืองนครราชสีมา อำเภอขามสะแกแสง อำเภอโนนสูง และอำเภอโนนไทย

รูปแบบการจำหน่ายเส้นหมี่โคราชตราดอกจิก (1) เส้นแห้งภายใต้เครื่องหมายการค้าตราดอกจิก (ภาพประกอบ 1) (2) เส้นหมี่หรือหมี่นุ่ม (ภาพประกอบ 2) เป็นส่วนของหมี่ที่เหลือจากการชวยเส้นแล้วนำมาบรรจุถุง จำหน่ายในราคาประหยัด สำหรับผู้บริโภคที่ไม่พึงพิถันใน เรื่องความสวยงามของเส้นหมี่ เนื่องจากคุณภาพของเส้น หมี่ไม่แตกต่างจากเส้นหมี่ที่จับเป็นแพสวยงามนำไปบรรจุ ถุงจำหน่าย น้ำหนักถุงละ 700 กรัม

ไว้ได้เป็นระยะเวลาที่ยาวนาน และยังมีลูกค้าเพิ่มขึ้นจาก การบอกเล่าต่อๆ กันไปของผู้บริโภค ต่อมาในปี 2560 ทาง โรงงานได้มีการเพิ่มปริมาณการผลิตเพื่อให้เพียงพอต่อ ความต้องการของลูกค้า เนื่องจากมีผู้ประกอบการขนาด ใหญ่ที่มีชื่อเสียงด้านการจำหน่ายของฝากของที่ระลึกของ จังหวัดนครราชสีมา ได้ติดต่อให้โรงงานผลิตเส้นหมี่แห้ง ส่งให้เพื่อนำไปบรรจุหีบห่อเอง หรือจำหน่ายภายใต้

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

เครื่องหมายการค้าของตนเอง ทำให้ต้องเพิ่มปริมาณการผลิต รวมทั้งต้องควบคุมคุณภาพการผลิตด้านอื่นๆ เพิ่มขึ้น การปรับตัวของผู้ประกอบการที่สำคัญ มีดังนี้

1) ด้านความหลากหลายของผลิตภัณฑ์ เพิ่มรูปแบบของผลิตภัณฑ์ให้มีความหลากหลายขึ้น ได้แก่ (1) เส้นหมี่พร้อมปรุง ในระยะแรกการผลิตและจำหน่ายหมี่โคราชตราดอกจิกจะจำหน่ายในรูปแบบเส้นแห้งภายใต้เครื่องหมายการค้าตราดอกจิกแต่เพียงอย่างเดียว แต่เนื่องจากวิถีชีวิตของผู้บริโภคมีการเปลี่ยนแปลงไป การปรุงหมี่โคราชเพื่อรับประทานในครอบครัว และความสะดวกในการเตรียมเครื่องปรุงสำหรับใช้ในการผัดหมี่

เพื่อให้มีรสชาติพอดีในการรับประทาน โดยในปี 2560 ทางโรงงานได้เริ่มผลิตภัณฑ์ชนิดที่เป็นเส้นหมี่พร้อมน้ำปรุงรส เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้บริโภค (ภาพประกอบ 3) (2) ผลิตเส้นหมี่แห้งให้ผู้ประกอบการขนาดใหญ่ที่มีชื่อเสียงด้านการจำหน่ายของฝาก/ของที่ระลึกของจังหวัดนครราชสีมาเพื่อนำไปบรรจุหีบห่อและจำหน่ายภายใต้เครื่องหมายการค้าของตนเอง (ภาพประกอบ 4) (3) ผลิตเส้นหมี่แห้งบรรจุถุงภายใต้เครื่องหมายการค้าตราดอกจิกในปริมาณและรูปแบบที่ผู้ประกอบการขนาดใหญ่ต้องการ โดยผลิตให้กับผู้ประกอบการเฉพาะราย



ภาพประกอบ 3 เครื่องหมายการค้าเส้นหมี่พร้อมปรุง



ภาพประกอบ 4 เส้นหมี่โคราชตราดอกจิกที่วางจำหน่าย
ในร้านขายของฝาก ของที่ระลึก

2) ด้านความสวยงามและสม่ำเสมอของหมี่ มีข้อกำหนดให้น้ำหนักของหมี่แต่ละแพต้องเท่ากัน การจัดขนาดของแต่ละแพต้องสม่ำเสมอ ดังนั้น เส้นหมี่ที่ผ่านการซอยหรือหั่นมาแล้วต้องนำมาชั่งน้ำหนัก ก่อนจับเป็นแพ แล้วจึงนำไปตาก (ภาพประกอบ 5)



ภาพประกอบ 5 การชั่งน้ำหนักหมี่ก่อนจับเป็นแพและนำไปตาก



ภาพประกอบ 6 การตากเส้นหมี่

3) ด้านความสะดวก เดิมในการตากหมีจะตากโดยวางบนตะแกรงไม้ ไม่มีสิ่งปกคลุม แต่การผลิตเพื่อส่งให้ผู้ประกอบการขนาดใหญ่จะมีเงื่อนไขหรือข้อกำหนดในเรื่องการให้มีผ้าโปร่งคลุมเวลาตากหมีเพื่อป้องกันฝุ่นละออง (ภาพประกอบ 6)

4) ด้านปริมาณ จะมีข้อกำหนดเกี่ยวกับปริมาณสินค้าที่ต้องส่งให้ผู้ประกอบการขนาดใหญ่ โดยกำหนดว่า จะต้องส่งให้ไม่ต่ำกว่าจำนวนเท่าใดต่อช่วงเวลา ทำให้ผู้ประกอบการหมีโคราชตราดอกจิกต้องเร่งการผลิตให้ทันต่อความต้องการ

5) ด้านเวลา มีข้อกำหนดด้านระยะเวลาหรือความถี่ในการส่งมอบสินค้าที่ชัดเจน

3. ปัญหา อุปสรรค ในการปรับตัวของผู้ประกอบการหมีโคราชตราดอกจิกจากการผลิตในรูปแบบอุตสาหกรรมในครัวเรือนสู่การผลิตเพื่อการค้า

ปัญหา อุปสรรคของผู้ประกอบการหมีโคราชตราดอกจิกในการปรับตัวจากการผลิตในรูปแบบอุตสาหกรรมในครัวเรือนสู่การผลิตเพื่อการค้า มีดังนี้

1) ในปัจจุบันเส้นหมีที่ผลิตขึ้นยังไม่ได้รับการรับรองมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข (GMP : Good Manufacturing Practice) ได้ เนื่องจากต้องผ่านการตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP ซึ่งการจะผ่านเกณฑ์ได้นั้นทางผู้ประกอบการจะต้องมีค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการปรับปรุงสถานที่ให้เป็นไปตามมาตรฐาน ดังเช่นผู้ประกอบการหมีโคราชตราดอกจิกได้ให้ข้อมูลระหว่างการสัมภาษณ์ ดังนี้

“...ทางราชการเคยมาดูเหมือนกัน...ถ้าจะทำตามมาตรฐานที่เขากำหนดต้องปรับปรุงหลายอย่าง เช่น พื้นที่บริเวณตากหมีถึงแม้เราไม่ได้ตากกับพื้นที่ต้องเทปูน ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น...เลยชะลอไปก่อน...”

2) ไม่สามารถส่งสินค้าให้เพียงพอต่อความต้องการของลูกค้ารายเดิม จากการที่โรงงานมีกำลังการผลิตจำกัดและยังไม่สามารถขยายกำลังการผลิตได้ เนื่องจากต้องใช้เงินลงทุนสูง ปัจจุบันผู้ประกอบการสามารถทำได้เพียงเพิ่มสถานที่ในการตากเส้นหมีที่ต้องผลิตในปริมาณมากขึ้น ทำให้จำนวนหมีที่ผลิตได้ใน

ปัจจุบันไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ค้าส่งและผู้ค้าปลีก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตอำเภอโนนสูง พบว่าปัจจุบันผู้ค้าปลีกหลายรายไม่มีหมีโคราชตราดอกจิกวางจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ประกอบการหมีโคราชตราดอกจิกต้องผลิตสินค้าส่งให้ผู้ประกอบการรายอื่นที่รับซื้อเส้นแห้งแล้วนำไปบรรจุหีบห่อเอง หรือจำหน่ายภายใต้เครื่องหมายการค้าอื่นให้ครบถ้วนตามเงื่อนไขที่ได้ตกลงกันไว้ ดังเช่นผู้ประกอบการหมีโคราชตราดอกจิกได้กล่าวถึงผู้ประกอบการขนาดใหญ่ที่มีชื่อเสียงด้านของฝาก ของที่ระลึก ของจังหวัดนครราชสีมา ที่ขอให้ผลิตเส้นหมีเพื่อนำไปบรรจุหีบห่อภายใต้เครื่องหมายการค้าของตนเองระหว่างการสัมภาษณ์ ดังนี้

“...เขามาติดต่อหลายครั้ง มาดูการผลิตเพราะเห็นว่าคุณภาพเส้นหมีของเราไม่เหมือนยี่ห้ออื่น แต่ก็ต้องทำตามข้อกำหนดของเขา อย่างเช่น การตากหมีก็ต้องมีผ้าโปร่งคลุม ขนาดของก่าต้องสม่ำเสมอ น้ำหนักเท่ากัน และเขาก็กำหนดว่าต้องส่งให้เขาอาทิตย์ละจำนวนเท่าไร...”

“...จริงๆ เขาต้องการจำนวนมากกว่านี้...แต่ทำไม่ไหว...กำลังการผลิตของเราทำได้แค่นี้...”

ในขณะที่เดียวกันที่ผู้ค้าปลีกรายหนึ่งได้เล่าถึงสถานการณ์การจำหน่ายหมีโคราชตราดอกจิกระหว่างการสัมภาษณ์ ดังนี้

“...เมื่อก่อนเขามาส่งอาทิตย์ละครั้ง...ก็ขายดีนะ...แต่นี้นานนิยมนซื้อ...ช่วงหลังไม่เห็นเขามาส่ง เลยขายแต่ยี่ห้ออื่น...”

3) วัตถุดิบที่ใช้ในการผลิต ได้แก่ข้าว เช่น พันธุ์เหลืองประทิว พันธุ์เหลืองใหญ่ และข้าวขาวตาแห้ง เริ่มหายากและขาดแคลน เนื่องจากเกษตรกรหันไปปลูกข้าวหอมมะลิมากขึ้น เพราะได้ราคาสูงกว่า

4) เทคโนโลยีการผลิตยังเป็นแบบดั้งเดิม ยังต้องอาศัยแรงงานคนเสริมในเกือบทุกขั้นตอนการผลิต

5) การผลิตในบางขั้นตอนต้องอาศัยเทคนิค ทักษะและความชำนาญเฉพาะตัวยังไม่มีผู้สืบทอด เช่น การทำแผ่นแป้ง ซึ่งขณะนี้ก็มีเพียงภรรยาของเจ้าของโรงงานเท่านั้นที่มีทักษะและความชำนาญ

สรุปและอภิปรายผล

1. หมีโคราชตราดอกจิกมีพัฒนาการมาจากเกษตรกรครอบครัวหนึ่งได้นำข้าวที่เป็นผลผลิตทางการเกษตรมาแปรรูปเป็นเส้นหมี่ซึ่งเป็นวิธีการถนอมอาหารรูปแบบหนึ่งไว้บริโภคเองในครัวเรือนตามภูมิปัญญาที่ได้รับสืบทอดมาจากรุ่นบรรพบุรุษ นอกจากนี้ได้ทดลองปรับปรุงส่วนผสมมาตลอดจนทำให้คุณภาพของเส้นหมี่ดีขึ้นตามลำดับ จึงเริ่มผลิตเพื่อจำหน่ายเป็นอาชีพเสริม การผลิตใช้แรงงานในครอบครัว แต่เมื่อมีการตั้งโรงงานผลิตได้มีการจ้างแรงงานซึ่งเป็นเครือญาติหรือคนในชุมชนมาช่วยในบางขั้นตอนของกระบวนการผลิต

2. การปรับตัวของผู้ประกอบการพบว่า การที่ผู้ประกอบการหมีโคราชตราดอกจิกยังคงรักษาคุณภาพของเส้นหมี่ไว้อย่างสม่ำเสมอทำให้สามารถรักษาลูกค้าไว้ได้ ทั้งนี้เนื่องมาจากความพึงพอใจของผู้ประกอบการที่ต้องการรักษาคุณภาพและชื่อเสียงของผลิตภัณฑ์ เริ่มตั้งแต่การคัดเลือกวัตถุดิบ เช่น ข้าวสารที่เป็นวัตถุดิบหลักในการผลิตเส้นหมี่ก็จะเลือกใช้เฉพาะข้าวแข็ง ได้แก่ พันธุ์เหลืองประทิว พันธุ์เหลืองใหญ่ และข้าวขาวตาแห้ง เป็นต้น เพราะมีปริมาณอมิโลสสูง ซึ่งคุณสมบัติของอมิโลสเมื่อแปรรูปเป็นเส้นหมี่ จะได้เส้นที่เหนียวนุ่ม ไม่ยุ่ยหรือขาดง่าย⁽¹⁰⁾ การเจือปนสิ่งอื่น เช่น แป้ง เข้าไปในกระบวนการผลิตจะมีผลทำให้คุณภาพของเส้นหมี่ลดลง เมื่อนำไปผัดจะทำให้เละหรือแข็ง หรือถ้าปรุงเป็นอาหารแล้วทิ้งไว้ให้เย็นจะจับตัวเป็นก้อน⁽⁸⁾ และในขณะเดียวกันได้เพิ่มรูปแบบของผลิตภัณฑ์ให้มีความหลากหลายยิ่งขึ้น เช่น การผลิตเส้นหมี่พร้อมปรุงออกจำหน่ายเพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกแก่ผู้บริโภค ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มของอุตสาหกรรมอาหารไทยที่ฝ่ายวิจัยและบริการข้อมูล สถาบันอาหาร⁽⁶⁾ ได้กล่าวถึงพฤติกรรมผู้บริโภคที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันที่เร่งรีบและวุ่นวาย นอกจากนี้ ปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวขับเคลื่อนการขยายตัวของอุตสาหกรรมอาหารพร้อมปรุง – พร้อมทานต่อไปในอนาคต เช่น การที่ผู้บริโภคให้การยอมรับอาหารท้องถิ่นมากขึ้น ทั้งในเรื่องรสชาติที่หลากหลายและราคาที่สูงขึ้น สัดส่วนการเพิ่มขึ้นของกลุ่มคนทำงานและคนโสดต่อประชากรโลก เวลาการทำงานที่ยาวนานขึ้น ยืดหยุ่นขึ้น ส่งผลให้คนทำงานมีเวลาในการเตรียมและทานอาหารลดลง ส่งผล

ด้านบวกต่ออาหารพร้อมปรุง – พร้อมทาน เพราะผู้บริโภคส่วนใหญ่หันไปบริโภคอาหารกึ่งสำเร็จรูป (instant foods) อาหารพร้อมปรุง (ready - to - cook) และอาหารพร้อมทาน (ready - to - eat) เป็นต้น นอกจากนี้ การที่ผู้ประกอบการขนาดใหญ่ที่มีชื่อเสียงด้านของฝาก ของที่ระลึก ของจังหวัด นครราชสีมาติดต่อให้ผู้ประกอบการหมีโคราชตราดอกจิกผลิตเส้นหมี่แห้งให้เพื่อนำไปบรรจุหีบห่อและจำหน่ายภายใต้เครื่องหมายการค้าของตนเอง ทำให้ต้องเพิ่มปริมาณการผลิตและควบคุมคุณภาพด้านอื่นๆ เช่น ด้านความสวยงามและสม่ำเสมอของเส้นหมี่ ด้านความสะอาด ด้านปริมาณ และด้านเวลาในการส่งมอบสินค้า เป็นต้น

3. ปัญหา อุปสรรคของผู้ประกอบการในการผลิตอาหารพื้นเมืองหมีโคราชตราดอกจิก ได้แก่ (1) โรงงานและกระบวนการผลิตเส้นหมี่ยังไม่ได้รับการรับรองมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข (GMP) ซึ่งเป็นหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร เป็นเกณฑ์หรือข้อกำหนดพื้นฐานที่จำเป็นในการผลิตและควบคุมเพื่อให้ผู้ผลิตปฏิบัติตาม และทำให้สามารถผลิตอาหารได้อย่างปลอดภัย โดยเน้นการป้องกันและขจัดความเสี่ยงที่อาจจะทำให้อาหารเป็นพิษ เป็นอันตราย หรือเกิดความไม่ปลอดภัยแก่ผู้บริโภค⁽¹¹⁾ เนื่องจากโรงงานผลิตหมีโคราชตราดอกจิกยังมีข้อจำกัดด้านพื้นที่เพราะใช้บริเวณบ้านเป็นที่ตากหมี่ จึงยังไม่สามารถพัฒนาเข้าสู่มาตรฐานตามที่กำหนด รวมทั้งต้องใช้ต้นทุนเพิ่มสูงขึ้นเพื่อเข้าสู่มาตรฐาน⁽⁸⁾ เพราะหลักการของ GMP ครอบคลุมตั้งแต่สถานที่ตั้งของสถานประกอบการ โครงสร้างอาคาร กระบวนการผลิตที่ดีมีความปลอดภัย และมีคุณภาพได้มาตรฐานทุกขั้นตอน นับตั้งแต่เริ่มต้นวางแผนการผลิต ระบบควบคุมตั้งแต่วัตถุดิบ ระหว่างการผลิต ผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป การจัดเก็บ การควบคุมคุณภาพ และการขนส่งจนถึงผู้บริโภค มีระบบบันทึกข้อมูลตรวจสอบและติดตามผลคุณภาพผลิตภัณฑ์รวมถึงระบบการจัดการที่ดีในเรื่องสุขอนามัย (Sanitation และ Hygiene) ทั้งนี้เพื่อให้ผลิตภัณฑ์ขั้นสุดท้ายมีคุณภาพและความปลอดภัยเป็นที่มั่นใจเมื่อถึงมือผู้บริโภค⁽¹¹⁾ อย่างไรก็ตาม ในสภาวะการณ์ปัจจุบันการที่ธุรกิจจะดำรงอยู่ได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนจำเป็นต้องปรับตัวเข้าสู่มาตรฐานสากลเพื่อให้เป็นที่ยอมรับจึงจะสามารถขยายตลาดและช่องทางในการจำหน่ายสินค้า

ได้มากขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลของฝ่ายวิจัยและบริการข้อมูล สถาบันอาหาร⁽⁶⁾ ที่กล่าวถึงพฤติกรรมผู้บริโภคของคนที่เปลี่ยนแปลงไปประการหนึ่งคือการหันมามุ่งเน้นเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยของอาหาร (2) ไม่สามารถส่งสินค้าให้เพียงพอต่อความต้องการของลูกค้ารายเดิม จากการขยายการผลิตเพื่อส่งเส้นไหมให้ผู้ประกอบการขนาดใหญ่ที่มีชื่อเสียงด้านของผาก ของที่ระลึก เพื่อนำไปบรรจุหีบห่อภายใต้เครื่องหมายการค้าของตนเอง ประกอบกับขนาดของธุรกิจยังมีลักษณะเป็นธุรกิจในครัวเรือน ทำให้มีอำนาจการแข่งขันน้อยกว่าคู่แข่งที่เป็นธุรกิจขนาดใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของครุณี วุ่นงและขวัญธิดา วัฒนารกิจกุล⁽¹²⁾ ที่ศึกษาการจัดทำแผนธุรกิจเรื่องผลิตภัณฑ์ไก่ปรุงรสสำเร็จรูปพร้อมรับประทานบรรจุถุงพร้อมซองแช่แข็ง โดยบริษัท D&N Food Products Co.,Ltd ซึ่งจากการวิเคราะห์ปัจจัยภายในองค์กรพบว่า จุดอ่อนประการหนึ่งคือขนาดของธุรกิจเป็นบริษัทขนาดเล็ก ทำให้มีอำนาจการแข่งขันน้อยกว่าคู่แข่ง (3) วัตถุดิบได้แก่ข้าวที่ใช้สำหรับผลิตหมีโคราชเริ่มหายากและขาดแคลนเนื่องจากเกษตรกรหันไปปลูกข้าวหอมมะลิมากขึ้น เพราะผลผลิตมีราคาสูงกว่า ดังเช่นผู้จัดการโรงสีข้าว⁽¹³⁾ ได้ให้ข้อมูลระหว่างการสัมภาษณ์ ดังนี้

“...โรงงานหมีโคราจอิกถือว่าเป็นโรงงานขนาดเล็ก ที่ผ่านมาซื้อข้าวไปทำหมีเฉลี่ยปีละประมาณ 1,000 กระสอบ...ตอนนี้ยังพอมีส่งให้...แต่ต่อไปจะหาจากพื้นที่ใกล้ๆ นี้อยากขึ้น เพราะชาวนาเขาไม่ปลูกข้าวเชิงกัน เขาปลูกแต่ข้าวหอมมะลิเพราะขายได้ราคาดีกว่า...ข้าวแข็งจะยังมีปลูกแถวๆบุรีรัมย์...” (4) เทคโนโลยีที่ใช้ในการผลิตยังเป็นแบบดั้งเดิม ถึงแม้ในปัจจุบันจะมีการนำเครื่องจักรมาช่วยอำนวยความสะดวกในการผลิตแต่ยังต้องอาศัยแรงงานคนเสริมในเกือบทุกขั้นตอนการผลิต ได้แก่ การปล่อยแป้ง การขยเส้น การชั่งน้ำหนักและทำเส้นไหมเป็นแพก่อนนำไปตาก การบรรจุหีบห่อ (5) การผลิตในบางขั้นตอนต้องอาศัยเทคนิคและความชำนาญเฉพาะตัว เช่น ในขั้นตอนการปล่อยแป้งเพื่อให้เป็นแผ่นแป้งก่อนนำไปขยเป็นเส้นไหมที่ในปัจจุบันมีผู้ที่มีความชำนาญในการปล่อยแป้งเพียงคนเดียวคือภรรยาของผู้ประกอบการโรงหมีเท่านั้น ยังไม่มีผู้สืบทอด

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาพบว่าโรงงานและกระบวนการผลิตหมีโคราชตราดอิกยังเป็นแบบดั้งเดิมไม่ได้รับการรับรองมาตรฐาน ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรให้การสนับสนุนผู้ประกอบการให้มีความรู้ในการพัฒนาธุรกิจเข้าสู่มาตรฐาน เนื่องจากแนวโน้มของพฤติกรรมผู้บริโภคของคนที่หันมามุ่งเน้นเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยของอาหารและให้การยอมรับอาหารท้องถิ่นมากขึ้น ทั้งในเรื่องของรสชาติที่หลากหลายและราคาที่สูงขึ้น จึงเป็นโอกาสที่ธุรกิจจะขยายตัว

2. ปัจจุบันข้าวที่เป็นวัตถุดิบสำคัญในการผลิตหมีโคราชเริ่มขาดแคลน ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรมีมาตรการหรือสร้างแรงจูงใจให้เกษตรกรมีการเพาะปลูกข้าวชนิดที่สามารถนำมาใช้ในการทำหมีโคราชได้อย่างต่อเนื่อง

3. ผู้ประกอบการหมีโคราชตราดอิก ควรมีการถ่ายทอดเทคนิคในขั้นตอนการผลิตที่จำเป็นต่ออาศัยความชำนาญเฉพาะตัวแก่คนรุ่นหลัง เช่น การปล่อยแป้ง เพื่อให้มีผู้สืบทอดการผลิตอย่างยั่งยืนต่อไป

4. ควรมีการศึกษาระบบการผลิตหมีโคราชหรืออาหารแปรรูปประเภทเส้นก๋วยเตี๋ยวหรือเส้นไหมของโรงงานขนาดใหญ่ที่ได้มาตรฐาน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการผลิตอาหารพื้นเมืองจากอุตสาหกรรมในครัวเรือนสู่การผลิตเพื่อการค้า

5. ควรมีการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาและออกแบบเทคโนโลยีที่สามารถนำมาช่วยให้การผลิตมีความรวดเร็วยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จด้วยดี ด้วยความร่วมมือของผู้ประกอบการหมีโคราชตราดอิก ผู้ประกอบการโรงสี ส.รุ่งเรือง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดนครราชสีมา ผู้ค้าส่งและค้าปลีกหมีโคราชตราดอิก เจ้าหน้าที่อาหารและผู้บริโภคหมีโคราชตราดอิก ในพื้นที่อำเภอยางชุมน้อยและอำเภอนามน จังหวัดนครราชสีมา ที่สละเวลาให้ข้อมูลเพื่อการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. อาหารพื้นบ้าน. <http://www.t-globe.com/15904>. สืบค้นเมื่อวันที่ 17 ตุลาคม 2560.
2. อาหารพื้นบ้าน. <https://sites.google.com/site/bboytong555/xahar-thi-mi-prayochn/khwam-pen-ma-khxng-xahar-phun-ban>. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2560.
3. จังหวัดนครราชสีมา. <http://www.nakhonratchasima.go.th/korat2528/> สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2560.
4. วัฒนา นิสันเทียะ. โครงการออกแบบสื่อประชาสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมและอนุรักษ์การทำเส้นหมี่โคราชดั้งเดิม. ศิลปนิพนธ์โปรแกรมวิชาออกแบบนิเทศศิลป์ หลักสูตรปริญญาศิลปกรรมศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. 2555.
5. ไพรัช ด้ฐณารักษ์กุล ภราดร หนูทอง และปรีชา ชันดิโกมล. การออกแบบและสร้างเครื่องอบแห้งชั้นบางสำหรับอบแห้งเส้นหมี่โคราชโดยใช้อินฟราเรดและลมร้อน. นครราชสีมา : คณะวิศวกรรมศาสตร์และสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน. 2556.
6. ฝ่ายวิจัยและบริการข้อมูล สถาบันอาหาร. แนวโน้มอุตสาหกรรมอาหารพร้อมปรุง – พร้อมทาน ในตลาดโลกกับอนาคตที่สดใส. <http://e-journal.dip.go.th>. สืบค้นเมื่อวันที่ 17 ตุลาคม 2560.
7. สถาบันอาหาร กระทรวงอุตสาหกรรม. หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (Good Manufacturing Practice : GMP). http://www.nfi.or.th/foodsafety/upload/qs/pdf/GMP_2.pdf. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2560.
8. ประสิทธิ์ เกิดกลาง. ให้สัมภาษณ์, 20 ธันวาคม 2558. ประภาพร ชูดีลัง ผู้สัมภาษณ์. ภูมิหลังและความเป็นมาของการผลิตหมี่ดอกจิก. โรงงานทำเส้นหมี่พ้อจอย ตราดอกจิก 48 หมู่ 2 บ้านสะแกแสง ตำบลพะวงด อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา.
9. สุรางค์ จันทวานิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2542.
10. สำนักวิจัยและพัฒนาข้าว กรมการข้าว. องค์ความรู้เรื่องข้าว. <http://www.ricethailand.go.th/>. สืบค้นเมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2560.
11. กัลยาณี ศิประเสริฐวงศ์. GMP กฎหมาย Updates. https://food.fda.moph.go.th/data/document/2554/GMP4-2_LAW_Information.pdf. สืบค้นเมื่อวันที่ 17 ตุลาคม 2560.
12. ครุณี วุ่นคง และขวัญธิศา วัฒนวรกิจกุล. ผลิตภัณฑ์ไก่ปรุงรสสำเร็จรูปพร้อมรับประทานบรรจุถุงเทอร์โมฟอร์มแช่แข็ง. <http://www.mbainnovationram.com/pdf/5614980023.pdf>. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2560.
13. สมชาย วัชรสุขโพธิ์. ให้สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2560. ประภาพร ชูดีลัง ผู้สัมภาษณ์. การจำหน่ายข้าวสารที่ใช้ในการผลิตหมี่โคราช. โรงสี ส. รุ่งเรือง หมู่ 3 ถนนขามสะแกแสง - โนนสูง ตำบลขามสะแกแสง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา.

ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น

ADMINISTRATIVE FACTORS AFFECTING THE PERFORMANCE TO DENGUE
PREVENTION AND CONTROL OF THE VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS,
WAENGOI DISTRICT, KHON KAEN PROVINCE

บัญชา ณ พัทลุง¹ ชัญญา อภิบาลกุล²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น ประชากรที่ศึกษาคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น จำนวน 838 คน กลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 168 คน และการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในอำเภอเวียงน้อยจังหวัดขอนแก่น วิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.77 ดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 – 30 พฤษภาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการหาค่าสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิติอนุมาณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า ระดับปัจจัยการบริหาร และการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.36 คะแนน (S.D. = 0.22) และ 2.41 คะแนน (S.D. = 0.23) ตามลำดับ และพบว่า ภาพรวมของปัจจัยการบริหาร และปัจจัยการบริหารทุกด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุ อุปกรณ์ และด้านการจัดการ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.650, p\text{-value} < 0.001$), ($r = 0.488, p\text{-value} < 0.001$), ($r = 0.375, p\text{-value} < 0.001$), ($r = 0.540, p\text{-value} < 0.001$) และ ($r = 0.552, p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ ตัวแปรปัจจัยการบริหาร ด้านการจัดการ ปัจจัยการบริหาร ด้านวัสดุอุปกรณ์ และปัจจัยการบริหาร ด้านการด้านบุคลากร ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 43.5 ปัญหา อุปสรรคจากการศึกษา พบว่า ประชาชนไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย มีข้อเสนอแนะให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ปัจจัยการบริหาร, การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ABSTRACT

This cross sectional descriptive research aimed to study administrative factors that are the performance to dengue prevention and control of the village health volunteers, Waengnoi district, Khon kaen province. The samples were 168 village health volunteers at Waengnoi district, Khon kaen province randomly selected by systematic random sampling from the 838 populations, and 12 personnel participated in In-depth Interview. Data was collected during May 1st, 2017 to May 30th, 2017 by the questionnaire and In-depth Interview were examined and verified by the three experts for content validity and tested for reliability in pilot study of 30 samples in Waengyai district, Khon kaen province.. Alpha Coefficient was at 0.77. Descriptive statistics including Percentage, Mean, Standard Deviation, Median, Minimum, Maximum. The Inferential statistics were Pearson product moment correlation and Stepwise multiple linear regressions.

¹ นักศึกษาลัทธิสุทธสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธาณสุข คณะสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
² รองศาสตราจารย์ ภาควิชาบริหารสาธาณสุข คณะสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

The results showed that administrative factors level and the performance to dengue prevention and control of the village health volunteers, Waengnoi district, Khon Kaen province were found at high level with averages of 2.36 (S.D. = 0.22) and 2.41 (S.D. = 0.23) respectively. The overview of administrative factors including: Man, Money, Material and Management had moderately positive with relationship the operation of the performance to dengue prevention and control of the village health volunteers, Waengnoi district, Khon kaen province with ($r = 0.650$, $p\text{-value} < 0.001$), ($r = 0.488$, $p\text{-value} < 0.001$), ($r = 0.375$, $p\text{-value} < 0.001$), ($r = 0.540$, $p\text{-value} < 0.001$) และ ($r = 0.552$, $p\text{-value} < 0.001$), respectively. Three administrative factors variable; Management, Material and Man could predict district the performance to dengue prevention and control of the village health volunteers, Waengnoi district, Khon Kaen province at 45.3 percent. From the problems of this study, People do not realize the importance of eliminating breeding mosquitoes. It was recommended that the sub-district health promoting hospital and Hospital network should be encourage the village health volunteers are involved in the planning, operation, to dengue prevention and control. That to provide for dengue prevention and control more effective.

Keyword: Administrative factors, The performance to dengue prevention and control and Village health volunteers

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) เป็น single stranded RNA virus มี 4 serotypes มีอยู่หลายเป็นพาหะนำโรค พบมากในเด็กวัยเรียน ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 5-9 ปี รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 10-14 ปี ประเทศไทย พบว่าสถานการณ์โรคไข้เลือดออก 5 ปี ย้อนหลัง ระหว่างปี พ.ศ. 2554 – 2558 คิดเป็นอัตราป่วย 97.34 89.93 225.69 51.34 และ 162.95 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2559 มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก รวม 50,856 (26 ตุลาคม 2559) ราย คิดเป็นอัตราป่วย 77.73 ต่อประชากรแสนคน มีผู้เสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออก 44 ราย โดยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบผู้ป่วย 14,399 ราย และมีผู้เสียชีวิต 12 ราย ในเครือข่ายบริการสุขภาพ ที่ 7 พบผู้ป่วย 3,044 ราย และมีผู้เสียชีวิต 1 ราย⁽¹⁾

ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และที่สำคัญ ภาคประชาชน โดยผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2523 และ พัฒนาการดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นองค์กรที่เข้มแข็งทำงานเพื่อสังคมด้วยจิตอาสา เพื่อเข้าถึง และรับรู้ปัญหาชุมชนของตนเอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในพื้นที่นั้นๆ ผ่านการรับรองจากผู้นำชุมชน โดยมีบทบาทในการพัฒนา

สุขภาพอนามัยของเพื่อนบ้าน ในระดับหมู่บ้านชุมชน เป็นตัวอย่างในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ให้คำแนะนำด้านสุขภาพ และเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพของเพื่อนบ้าน โดยมีการแบ่งเป็นเขตรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละคนให้มีหน้าที่และความรับผิดชอบในพื้นที่ดังกล่าว⁽²⁾ จะเห็นได้ว่าปัจจุบันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นตัวขับเคลื่อนงานสาธารณสุขตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน และเป็นรากฐานที่สำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน เพื่อให้ประชาชน และชุมชนพึ่งตนเองได้ในที่สุด

การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกนั้น จะใช้การควบคุมพาหนะโรค ซึ่งคือยุงลาย โดยพบว่ายุงลายออกหากินไม่ไกลจากแหล่งเพาะพันธุ์ นอกจากนี้ยังพบว่ายุงลายชุกชุมมากในฤดูฝนช่วงหลังฝนตกชุกเพราะอุณหภูมิและความชื้นเหมาะแก่การแพร่พันธุ์⁽³⁾ ดังนั้นการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะเน้นการควบคุมปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ที่จะยับยั้งการขยายพันธุ์ของยุงลาย โดย การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 1) การป้องกันและควบคุมโรคทางด้านกายภาพ คือ การใช้วิธีการทางกายภาพ ในการขวางกัน ทำลาย เช่น การใช้ตาข่ายปิดภาชนะบรรจุน้ำ 2) การป้องกันและควบคุมโรคทางด้านชีวภาพ คือการใช้สิ่งมีชีวิตในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่น ใช้สิ่งมีชีวิตวิธี การใช้ปลา กินลูกน้ำ 3) การป้องกันและควบคุมโรคทางด้านเคมี คือ

การใช้สารเคมีในการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่น การฉีดพ่นหมอกควัน สารเคมี และ 4)การให้สุศึกษา และประชาสัมพันธ์ คือ การให้ความรู้แก่ประชาชนและ ชาวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นกระบวนการ ทำงานที่ไม่ซับซ้อน และสามารถทำได้ง่าย และใช้ ทรัพยากรในการดำเนินงานน้อย ซึ่งจากการศึกษาวิจัยที่ ผ่านมาพบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น อยู่ ในระดับมาก⁽⁵⁾ เช่นเดียวกับผลการศึกษาที่พบว่า การมีส่วน ร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับ มาก⁽⁶⁾ เช่นเดียวกับผลการศึกษาที่พบว่า การมีส่วนร่วมใน การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง⁽⁷⁾ เช่นเดียวกับผลการศึกษาที่พบว่า การ ปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลชุมเห็ด อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี อยู่ในระดับมาก⁽⁸⁾

ในการดำเนินงานใดให้ลุล่วง ปัจจัยทางการ บริหาร ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เป็นพื้นฐานในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยปัจจัยทางการบริหาร ประกอบด้วย 1) ด้านบุคลากร (Man) คือ การจัดสรร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เหมาะสมกับงาน 2) ด้านงบประมาณ (Money) คือ การมีส่วนร่วมในการ วางแผนงบประมาณ รวมถึง การจัดสรรงบประมาณ เพียงพอกับการปฏิบัติงาน 3) ด้านวัสดุ (Material) คือ การวางแผนวัสดุอุปกรณ์ เพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน 4) ด้าน การจัดการ (Management) คือ กระบวนการบริหารจัดการ งาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร⁽⁹⁾ การดำเนินงานผลสำเร็จได้ต้องอาศัยการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นหลัก การ สนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอ การป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกิดประสิทธิภาพและได้ผลดีที่สุด

จังหวัดขอนแก่นประกอบไปด้วย 26 อำเภอ 198 ตำบล สถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดขอนแก่น นับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2559 ถึงวันที่ 27 สิงหาคม 2559 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ได้รับรายงาน ผู้ป่วยโรค ไข้เลือดออกรวม(26,27,66) จำนวนทั้งสิ้น 552 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 30.74 ต่อประชากรแสนคน มี รายงานผู้เสียชีวิต 1 ราย อัตราตายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 0.06 อัตราผู้ป่วยตายเท่ากับร้อยละ 0.18 ต่อ ประชากรแสนคนพบผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดย พบเพศหญิง 280 ราย เพศชาย 272 ราย ในระดับอำเภอมี ศูนย์ระบาดวิทยา ในโรงพยาบาลเวียงน้อยมีระบบการแจ้ง ข่าวให้แก่เครือข่าย SRRTระดับตำบล กรณีที่มีผู้ป่วยสงสัย ไปรับการรักษาที่คลินิกและโรงพยาบาลเอกชน อสม. หรือ ผู้นำชุมชน แจ้งมายังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่⁽¹⁰⁾ โดย อำเภอเวียงน้อย มีทั้งหมด 6 ตำบล มีประชากร รว 42,268 คน มีอัตราป่วยไข้เลือดออก จำนวนผู้ป่วย คำนวณ ฐาน 5 ปี (ปี 2553-2557) จำนวน 4 ราย ปี 2558 จำนวน ผู้ป่วย 25 ราย อัตราป่วย 59.39 ต่อประชากรแสนคน เมื่อ เทียบกับค่านิยฐาน เพิ่มขึ้น 6.25 ซึ่งยังเป็นปัญหาในระดับ พื้นที่⁽¹¹⁾

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการปัจจัย ทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น เพื่อเป็น แนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น ซึ่งข้อมูลที่ได้ จากการวิจัยจะสามารถนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้เป็น แนวทางในการวางแผน พัฒนาและสนับสนุนการ ดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกต่อไป

วัตถุประสงค์

ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย จังหวัด ขอนแก่น รวมถึงปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ใน การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย
จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบ
ภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย
จังหวัดขอนแก่น ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างจากประชากร
ตามจำนวนของขนาดตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ โดยมี
ขั้นตอนการคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้ สูตรคำนวณขนาด
ตัวอย่างเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กรณีใช้สถิติ
Multiple regression ⁽¹²⁾

$$\text{สูตร } N = \frac{\lambda(1 - R_{Y.A.B}^2)}{R_{Y.A.B}^2 - R_{Y.A}^2} + w$$

ในการทำวิจัยครั้งนี้ต้องใช้ขนาดตัวอย่าง 168 คน

เมื่อได้จำนวนขนาดตัวอย่างจากการคำนวณ ซึ่งได้
ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 168 ตัวอย่าง จึงนำมาหาช่วง
ระยะห่างของการเลือกตัวอย่าง โดยใช้สูตร $I = N/n$ ⁽¹³⁾ เพื่อ
หาช่วงระยะห่างจากการเลือกตัวอย่าง

$$\text{แทนค่า } I =$$

$$838/168 = 4.98$$

เนื่องจากช่วงระยะห่างของการเลือกตัวอย่าง คือ
4.98 ซึ่งมากกว่า 1.50 จึงใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ
(Systematic Random Sampling) คำนวณได้ช่วงระยะห่าง
ของการสุ่มตัวอย่าง (I) เท่ากับ 5 แล้วจัดเรียงรายชื่อ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย
จังหวัดขอนแก่น จำนวน 838 คน มาเรียงลำดับ สุ่มอย่าง
ง่ายเพื่อหาตำแหน่งเริ่มต้นของตัวอย่างแรก (Random start
: R) ได้ตำแหน่งที่ 2 จากนั้นเลือกตัวอย่างในลำดับถัดไป
(2, 7, 12...In + 5) โดยการสุ่มตัวอย่างในรอบแรกได้
ตัวอย่างจำนวน 168 คนพอดี

2. กลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth
Interview) โดยเลือกวิธีเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากบุคคลที่
สามารถให้คำตอบเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณได้ โดยเลือก
บุคคลที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานป้องกันและ
ควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น ได้ดี
ที่สุด (Key informants) จำนวน 12 คน โดยพิจารณา
คัดเลือก จาก ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม
และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยแบบสอบถาม
(Questionnaire) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็น
แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2
ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหาร ส่วนที่ 3 เป็น
แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุม
โรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน และส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาและ
อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานป้องกันและ
ควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น
แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating
Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 3 ระดับ 3,2,1 ⁽¹⁴⁾ ระดับมาก
ระดับปานกลาง และระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความ
ตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และประเมินค่า
ความน่าเชื่อถือของเครื่องมือโดย ทำการตรวจสอบความ
เที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีของครอนบาช
(Cronbach's Method) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา
(Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม
เท่ากับ 0.77 และการศึกษาผ่านการรับรองจริยธรรมการ
วิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการของมหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผลการพิจารณา เมื่อวันที่ 22 เมษายน 2560 เลขที่โครงการ
HE602083

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
ระหว่างวันที่ ระหว่างวันที่ 1 -30 พฤษภาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิง
พรรณนา เพื่อหาการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ
(Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

(Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) เพื่อใช้ในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยทางการบริหาร การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น และใช้สถิติเชิงอนุมาน ในการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา และใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น

สรุปผล

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น

คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.8 ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 41 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 71.4 อายุเฉลี่ย 51.45 ปี อายุต่ำสุด 19 ปี อายุสูงสุด 68 ปี อาชีพส่วนใหญ่ คือ เกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 91.1 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 46.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือนคิดเป็นร้อยละ 82.1 รายได้เฉลี่ย 3,302.38 บาท รายได้ต่ำสุด 600 บาท และรายได้สูงสุด 17,000 บาท กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม.น้อยกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.8 เฉลี่ย 14.61 ปี ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 47 ปี

2. ระดับปัจจัยทางการบริหารในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น

ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับปัจจัยทางการบริหาร อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.36 คะแนน (S.D. = 0.22) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.55 คะแนน (S.D. = 0.33) รองลงมาคือ ปัจจัยทางการบริหาร ด้านการจัดการ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.46 คะแนน (S.D. = 0.29) ส่วนระดับปัจจัยทางการบริหาร ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ปัจจัยทางการบริหาร ด้านงบประมาณ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.19 คะแนน (S.D. = 0.24)

3. ระดับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น

ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.41 คะแนน (S.D. = 0.23) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านกายภาพ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.69 คะแนน (S.D. = 0.36) รองลงมาคือ การให้สุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.44 คะแนน (S.D. = 0.39) การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านชีวภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.22 คะแนน (S.D. = 0.25)

4. ปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยทางการบริหาร ที่มีความสัมพันธ์การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยทางการบริหาร	การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. ด้านบุคลากร	0.488*	<0.001	ปานกลาง
2. ด้านงบประมาณ	0.375*	<0.001	ปานกลาง
3. ด้านวัสดุ อุปกรณ์	0.540*	<0.001	ปานกลาง
4. ด้านการจัดการ	0.552*	<0.001	ปานกลาง
ปัจจัยทางการบริหาร	0.650*	<0.001	ปานกลาง

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า ภาพรวมของปัจจัยทางการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับมีความสัมพันธ์การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.650$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ปัจจัยทางการบริหาร ทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังต่อไปนี้ ด้านบุคลากร ($r = 0.488$, $p\text{-value} < 0.001$), ด้านงบประมาณ ($r = 0.375$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านวัสดุ อุปกรณ์ ($r = 0.540$, $p\text{-value} < 0.001$) และด้านการจัดการ ($r = 0.552$, $p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 1

5. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น

ตาราง 2 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	B	Beta	T	P-value	R	R ²
1. ปัจจัยทางการบริหาร ด้านการจัดการ	0.234	0.304	4.247	<0.001	0.552	0.305
2. ปัจจัยทางการบริหาร ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.211	0.284	3.991	<0.001	0.628	0.394
3. ปัจจัยทางการบริหาร ด้านบุคลากร	0.160	0.233	3.437	0.001	0.659	0.435
คงที่ = 0.955, F = 42.012, P-value < 0.001, R = 0.659, R ² = 0.435, R _{adj.} = 0.424						

ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น และถูกเลือกเข้า

สมการนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรที่ไม่ถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับ

ดังนี้ ปัจจัยทางการบริหาร ด้านการจัดการ (p-value <0.001) ปัจจัยทางการบริหาร ด้านวัสดุอุปกรณ์ (p-value <0.001) ปัจจัยทางการบริหาร ด้านบุคลากร (p-value = 0.001) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปร สามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 43.5 ดังตารางที่ 2 โดยสามารถกำหนดเป็นสมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังนี้ $Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3$ แทนค่าสมการได้ดังนี้ $Y = 0.955 + (0.234) (\text{ปัจจัยทางการบริหาร ด้านการจัดการ}) + (0.211) (\text{ปัจจัยทางการบริหาร ด้านวัสดุอุปกรณ์}) + (0.160) (\text{ปัจจัยทางการบริหาร ด้านบุคลากร})$

สรุปและอภิปรายผล

ระดับปัจจัยทางการบริหารในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับปัจจัยทางการบริหาร อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.36 คะแนน (S.D. = 0.22) จากผลการวิจัย ผู้วิจัยเห็นว่า การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้ต่อเนื่องและประสบผลสำเร็จนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องได้รับการสนับสนุนปัจจัยทางการบริหารที่เหมาะสม และเพียงพอต่อสถานการณ์ เพราะการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องปฏิบัติงานทั้งในภาวะก่อนและหลังการระบาดของโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การกำจัดลูกน้ำยุงลายตัวแก่ ทุกขั้นตอนล้วนต้องใช้ปัจจัยทางการบริหารในการปฏิบัติงาน ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้วิจัยไว้แล้วพบว่า ระดับปัจจัยทางการบริหารในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และงานด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับมาก^(8,15,16) และสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้วิจัยไว้แล้วพบว่า ระดับปัจจัยทางการบริหารในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค ของบุคลากรด้านสาธารณสุข อยู่ในระดับมาก^(17,18,19,20) แต่การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะ

สามารถการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานได้นั้น นอกจากต้องให้ความสำคัญกับปัจจัยทางการบริหารแล้ว ยังเกี่ยวข้องกับบริบทในการปฏิบัติงานแต่ละพื้นที่ที่ประกอบด้วยด้วย ซึ่งอาจส่งผลให้การศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่ต่างกันกับงานวิจัยที่มีผู้วิจัยไว้แล้วพบว่า ระดับปัจจัยทางการบริหารในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง⁽²¹⁾

ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.41 คะแนน (S.D. = 0.23) จากผลการวิจัย ผู้วิจัยเห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ และเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทุกด้าน ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ ด้านเคมี และด้านการให้สุศึกษาและประชาสัมพันธ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมทบทวนความรู้ และปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นประจำ ส่งผลให้ระดับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านกายภาพ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.69 คะแนน (S.D. = 0.36) รองลงมาคือ การให้สุศึกษาและประชาสัมพันธ์ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.44 คะแนน (S.D. = 0.39) การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านชีวภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.22 คะแนน (S.D. = 0.25) โรคไข้เลือดออกจะระบาดมากในฤดูฝนของทุกปี โดยต้องบริหารจัดการควบคุมโรคให้เร็ว โดยมาตรการที่สำคัญคือการควบคุมโรคอย่างรวดเร็วหากพบผู้ป่วย การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ และลูกน้ำยุงลาย เพื่อลดจำนวนยุงลายพาหะนำโรค ถ้าปล่อยให้มีแพร่ระบาดในฤดูกาลระบาดแล้วจะทำให้การควบคุมโรคทำได้ยากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้วิจัยไว้แล้วพบว่า ระดับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค และงานด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากร

สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค อยู่ในระดับมาก^(8,15,17,18,19) โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว และความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกนำไปสู่การเสียชีวิตได้ ดังนั้น การป้องกันควบคุมโรคจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะการกำจัดยุงตัวเต็มวัย และกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายซึ่งเป็นพาหะของโรคไข้เลือดออก สิ่งแวดล้อมในแต่ละพื้นที่จึงมีผลต่อการควบคุมโรคอย่างยิ่ง ซึ่งส่งผลให้การวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่ต่างกับงานวิจัยที่มีผู้วิจัยไว้แล้วพบว่า ระดับการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับปานกลาง⁽²¹⁾

ปัจจัยทางการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.650$, $p\text{-value} < 0.001$) จากผลการวิจัยผู้วิจัยเห็นว่าปัจจัยทางการบริหาร คือทรัพยากรที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานต่างๆ ซึ่งนำมาใช้ในการบริหารจัดการงานให้สามารถปฏิบัติ และดำเนินไปได้จนสำเร็จดู้วงตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ตั้งไว้ ดังนั้น ปัจจัยทางการบริหารจึงมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยทางการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^(16,18,20,21) ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการจะต้องยอมรับในบทบาทซึ่งกันและกันจึงจะทำให้กระบวนการทำงานนั้นเป็นไปอย่างราบรื่นสามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งอาจส่งผลให้การศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่ต่างกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยทางการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวก กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค และงานด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค^(8,15,17,19)

จากผลการวิจัยที่พบว่า ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น โดยปัจจัยทางการบริหารที่ถูกเลือกเข้าสมการ คือ

ปัจจัยทางการบริหาร ด้านการจัดการ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้วิจัยไว้แล้วพบว่า ปัจจัยทางการบริหาร ด้านการจัดการ มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค และงานด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค^(15,17,18,21) แต่ผลการวิจัยในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้วิจัยไว้แล้วพบว่า ปัจจัยทางการบริหาร ด้านการจัดการ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค และงานด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค^(8,16,19)

ปัจจัยทางการบริหาร ด้านวัสดุอุปกรณ์ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้วิจัยไว้แล้วพบว่า ปัจจัยทางการบริหาร ด้านวัสดุอุปกรณ์ มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค และงานด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค^(8,18,19) แต่ผลการวิจัยในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้วิจัยไว้แล้วพบว่า ปัจจัยทางการบริหาร ด้านวัสดุอุปกรณ์ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค และงานด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค^(15,16,17,21)

ปัจจัยทางการบริหาร ด้านบุคลากร ($p\text{-value} = 0.001$) ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้วิจัยไว้แล้วพบว่า ปัจจัยทางการบริหาร ด้านบุคลากร มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค และงานด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค^(15,19,21) แต่ผลการวิจัยในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้วิจัยไว้แล้วพบว่า ปัจจัยทางการบริหาร ด้านบุคลากร ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค และงานด้านสาธารณสุข

ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากร
สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค^(8,16,17,18) ทั้ง 3
ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานป้องกันและ
ควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 43.5

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติงาน
ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การสร้างทีม การสื่อสาร

และการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการ
ปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกๆ ท่าน ที่
กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ดูแลเอาใจใส่และตรวจสอบ
ข้อบกพร่องต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบคุณ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานป้องกันและควบคุม
โรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน
ที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือวิชาการโรคติดต่อและโรคไข้เลือดออกเชิงกึ่งด้านการแพทย์และ
สาธารณสุข ปี พ.ศ. 2558. 2559. เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2559. จาก URL : [https://drive.google.com/
file/d/0B8Zl4XfjQfmFWTI4b2wxN3JhYUk/view](https://drive.google.com/file/d/0B8Zl4XfjQfmFWTI4b2wxN3JhYUk/view)
2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน. 2559. เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2559, จาก
[http:// www.thaiphc.net/phc/main](http://www.thaiphc.net/phc/main)
3. สุจิตรา นิมนต์ และศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ.แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออก เติบโต กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2 ฉบับแก้ไข
กรุงเทพฯ. 2551.
4. สำนักโรคติดต่อโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์โรคติดต่อโดยแมลงปี 2555-2559. 2559. เข้าถึงเมื่อวันที่
26 ตุลาคม 2559. จาก URL : [file:///C:/Users/User-8137/Downloads/
_2555_2559.pdf](file:///C:/Users/User-8137/Downloads/_2555_2559.pdf)
5. ภคอร โจทยกิจ. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาล
นครขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น. 2559.
6. ณรงค์ ลือชา.ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย.
วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 2558.1(1), 82-92.
7. สมศักดิ์ เลหาภิชชาติชัย. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.
วารสารเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 2557. 4(2),143 – 150.
8. เสกสรรค์ สองจันทร์ และประจักษ์ บัวพันธ์. การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาที่ตำบลสุเมธเกล้า อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี.วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554. 16(6), 730-
738.
9. ทองหล่อ เดชไทย. หลักการบริหารงานสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.2549.
10. งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดขอนแก่นไข้เลือดออก. 2559. เข้าถึงเมื่อ 20
ตุลาคม 2559 จาก URL : <http://www.kkpho.go.th/datacenter/>
11. ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอเวียงน้อย. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดขอนแก่น ไข้เลือดออก.สาธารณสุขอำเภอเวียงน้อย. 2559.
12. Cohen, J. *Statistical power analysis for the behavior sciences* (2nd ed). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 1988.
13. วินัส พิษวนิชย์,สมจิต วัฒนาชยากุล,และเบญจมาศ ตูลยนิติกุล สถิติพื้นฐานสำหรับนักสังคมศาสตร์พร้อมการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ไมโคร
ซอฟท์เอ็กเซล. กรุงเทพฯ : ประกายพริ้ง. 2547.
14. Best, J. W. *Research in Education*. (3 rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc. 1977.

15. ประสงค์ ชัยชนะ และประจักษ์ บัวผัน. การสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: ตำบลนาโพธิ์ อำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตร. วารสาร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 2556. 20(1), 42-51.
16. กฤษ ตะภา และประจักษ์ บัวผัน. การมีส่วนร่วมในการและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองน้ำใส อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553. 10(4), 55 – 64.
17. พรพิมล จิตธรรมมา และชนะพล ศรีฤทธา. การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ จังหวัดอุดรธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 2558. 22(1), 9-21.
18. สิทธิพร นามมา และ สุรศักดิ์ ช้องปรง. การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม.วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 2557. 21(2), 20-32.
19. รัชนิกร กุญแจทอง และชนะพล ศรีฤทธา. การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น, 2555. 19(2), 17-26.
20. บุญทัน สมิน้อย และประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผล ต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัยพื้นที่ อำเภอโชนใต้จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข., 2554. 16(6), 706-715.
21. อมรรัตน์ จันทร์สว่าง และประจักษ์ บัวผัน. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น, (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2554 ;10:89-102.

การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 8 Development of Primary Health Care System in Health Region 8th

ณภัทร สิริศักดิ์¹

Napat Sittisak¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในเขตสุขภาพที่ 8 โดยการประเมินผลเชิงวิเคราะห์ (Analytical Evaluation Research) ประยุกต์ใช้แบบจำลอง CIPP model เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามบุคลากร แบบสอบถามเครือข่ายท้องถิ่น แบบสอบถามสุขภาพประชาชน (alpha =0.86) และแบบประเมินผู้ป่วยตามดัชนีบาร์เรล Activities of Daily Living: ADL (alpha= 0.94) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน 2561 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 489 คน เครือข่ายท้องถิ่น จำนวน 407 คน ประชาชนอายุ 15-59 ปี จำนวน 577 คน และผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 529 คน สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ แสดง adjusted odds ratio (AOR) และ 95% confidence interval (CI) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติต่ำกว่า 0.05 และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า (1) บริบทและปัจจัยนำเข้า ภาพรวมในเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2558 ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 75.36 และปีงบประมาณ 2559 ภาพรวมทั้งเขตผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80.46 ซึ่งไม่บรรลุตัวชี้วัด ร้อยละ 85 ปีงบประมาณ 2560 จึงได้กำหนดตัวชี้วัดการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ชัดเจน โดยกำหนดให้อำเภอมีเป้าหมายการดำเนินงาน District Health System (DHS) เชื่อมโยงเครือข่ายท้องถิ่น (2) กระบวนการพัฒนา โดยขับเคลื่อนกลวิธี 8 เชียน ได้แก่ บริการที่ไร้รอยต่อ, คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ, การเพิ่มประสิทธิภาพ, ทีมหมอครอบครัว, ผู้จัดการ โครงการ, การบริหารจัดการสุขภาพอำเภอ (District health system: DHS), การประเมินแบบเสริมพลัง และขยายผลการพัฒนาต่างจังหวัด เขตและประเทศ (3) การประเมินผลผลิต หลังการพัฒนา ส่วนใหญ่มีข้อมูลประชากรผู้ป่วย ร้อยละ 98.6 ให้บริการตามปัญหาพยาธิสภาพของโรค ร้อยละ 98.4 แบ่งกลุ่มเยี่ยมตามระดับความสามารถของผู้ป่วยและสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 97.5 ตามลำดับ ระดับการมีส่วนร่วมดำเนินงานของเครือข่ายท้องถิ่นหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนา ร้อยละ 87.2 ศักยภาพกิจวัตรประจำวันของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 84.2 (mean36.65±1.43SD) และโดยรวมผู้ป่วยไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 77.7 (mean15.79±5.88SD) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพกิจวัตรประจำวันของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยต่ำกว่า 0.05 ได้แก่ การอยู่ลำพังคนเดียว (AOR 3.139; 95%CI: 1.234-7.988), ระยะทางจากบ้านไปสถานพยาบาล (AOR 2.666; 95%CI: 1.806-3.937), เพศ (AOR 0.460; 95%CI: 0.316-0.670), อายุ (AOR 0.452; 95%CI: 0.259-0.788), น้ำตาลในเลือด (AOR 0.423; 95%CI: 0.195-0.921) และรายได้ (AOR 0.397; 95%CI: 0.244-0.645) ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อาชีพ BMI และความดันโลหิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ผู้สูงอายุมีพื้นที่เหลือเตียงได้ (AOR 20.251; 95%CI: 10.225-40.126), อายุ 35 ปีขึ้นไป (AOR 3.681; 95%CI: 1.987-6.815), รายได้ (AOR 2.072; 95%CI: 1.987-6.815), BMI (AOR 0.786; 95%CI: 1.522-1.183), ระยะทางจากบ้านไปสถานพยาบาล (AOR 0.520; 95%CI: 0.313-0.862) และอาชีพ (AOR 0.098; 95%CI: 0.056-0.173)

คำสำคัญ: บริการสุขภาพปฐมภูมิ, การพัฒนาระบบบริการ, เขตสุขภาพที่ 8

ABSTRACT

This research aims: to study the development of primary health care system in Health Region 8th. This analytical evaluation research applied from CIPP model, used tools include questionnaires of health personnel, the local network, people health (alpha =0.86) and dependency patient applied from the Barthel activities of daily living (ADL) (alpha= 0.94), data collected during January to April 2018. The sample to study were include 489 of health personnel, 407 of local network, 577 of people age 15-59 years old and 529 of dependency patient. Descriptive statistics: percentages, means, standard deviation, inferential statistics: the multinomial Logistic regression, show that adjusted odds ratio (AOR), 95% confidence interval (CI), statistical significance less than 0.05 and content analysis.

¹ พบ., นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

MD., Senior Professional of Medical Physician

Results: indicated that (1) context - input evaluation: overall of Health Region 8th in fiscal year 2015 pass to attainment 75.36%, fiscal year 2016 pass to attainment 80.46% not to attainment (85%), so that fiscal year 2017 was determine indicators for the development of primary health care systems. District Health System (DHS) had an operational goal to linking the primary care system to the local network. (2) Process evaluation to work driving of 8 tactics) include Seamless care, Health system of primary care committee, Improved efficiency, Family care team, Project manager, DHS, Appreciation inquiry and Expands development to other provinces, health regions and countries. (3) Product evaluation: after development, most of dependency patient information 98.6%, provided by the pathology problem 98.4%, group visits were based on the patient's ability level and support for attendance to dependency patient 97.5%, respectively. After this development level of participation of the local network higher than before development 87.2%. Overall of people potential daily routines were normal 84.2% (mean 36.65±1.43SD). Overall of dependence patients 77.7% (mean 15.79±5.88SD). Factors associated to people potential daily routines with statistical significance less than 0.05 were as follows stay alone (AOR 3.139; 95%CI: 1.234-7.988), home to hospital distance (AOR 2.666; 95%CI: 1.806-3.937), gender (AOR 0.460; 95%CI: 0.316-0.670), age (AOR 0.452; 95%CI: 0.259-0.788), blood sugar (AOR 0.423; 95%CI: 0.195-0.921) and income (AOR 0.397; 95%CI: 0.244-0.645), factors no associated to people were as follows occupation, BMI, blood pressure, factors associated were as follows the elderly had chewing teeth (AOR 20.251; 95%CI: 10.225-40.126), 35 years old and over (AOR 3.681; 95%CI: 1.987-6.815), income (AOR 2.072; 95%CI: 1.987-6.815), BMI (AOR 0.786; 95%CI: 1.522-1.183), home to hospital distance (AOR 0.520; 95%CI: 0.313-0.862), occupation (AOR 0.098; 95%CI: 0.056-0.173).

Key words: Primary Health Care, Development Service System, Health Region 8th

บทนำ

แนวคิดเรื่องระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ปัจจุบันเครือข่ายบริการสุขภาพ ได้พัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ได้สร้างรูปธรรมการดำเนินงานในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ หลังจากได้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยการสนับสนุนบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ และทีมแพทย์ ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด เกษตรกร มีการกำหนดให้ออกหน่วยให้บริการในระดับปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น แต่ยังเป็นได้เพียงออกปฏิบัติงานในบางเวลา อาจมีการออกปฏิบัติงานเป็นประจำในบางส่วนของ “ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team: FCT)” เพื่อดูแลประชากรอย่างต่อเนื่อง ถือได้ว่าเป็นนโยบายที่สำคัญและเป็นผลดีต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ⁽¹⁾

เขตสุขภาพที่ 8 ได้ถือปฏิบัติเป็นแนวทางหนึ่งในการพิจารณาเลือกใช้วิธีการให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนในระดับปฐมภูมิด้วยทีมหมอครอบครัว (FCT) ตามบริบทของพื้นที่และบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด มีกระบวนการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องแบบบูรณาการ ในโรงพยาบาลทุกระดับ โดยการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (Primary care unit: PCU) และ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จนกระทั่งมีนโยบายคลินิกหมอครอบครัว ในปี 2558 จึงได้รับนโยบายดังกล่าว จัดโครงสร้างระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยและประชาชนในพื้นที่ ที่มีทั้งการรักษาพยาบาล และการสร้างเสริมสุขภาพ เพิ่มศักยภาพบุคลากรด้านแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จัดพื้นที่ให้เหมาะสมในการทำงานตามสัดส่วนของทีมหมอครอบครัว มีการวางแผนการจัดทีมหมอครอบครัว และการคาดการณ์ไปข้างหน้าในระยะยาว จัดทีมเป็น cluster ครอบคลุมพื้นที่อำเภอและ รพ.สต. เครือข่ายตามสัดส่วนประชากร โดยในปีงบประมาณ 2558 เขตสุขภาพที่ 8 ได้กำหนดตัวชี้วัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) โดยมีเป้าหมายในการดำเนินงานคือ ให้อำเภอมีระบบ DHS ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 โดยมีระบบบริหารจัดการการแก้ปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care) รวมถึงพัฒนาการสร้างโครงสร้างทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอและตำบล เพื่อดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแล รวมถึงผู้ป่วย Palliative Care และเด็กอายุ 0-5 ปีที่ต้องได้รับการส่งเสริม

พัฒนาการ สถานการณ์เขตสุขภาพที่ 8 ด้านเกณฑ์ชี้วัดอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 พบว่า ปีงบประมาณ 2558 ภาพรวมทั้งเขตผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 75.36 และปีงบประมาณ 2559 ภาพรวมทั้งเขตผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80.46 ซึ่งไม่บรรลุเป้าหมายตัวชี้วัด⁽²⁾

ดังนั้นในปีงบประมาณ 2560 เขตสุขภาพที่ 8 จึงได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างเข้มข้น ได้แก่ พัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ พัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมหมอรอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สร้างความเข้มแข็งให้แก่เครือข่ายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งได้กำหนดแนวทางให้มีการพัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพและติดตามประเมินรับรองคุณภาพ รพ.สต.และเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยทีมประเมินระดับเขต การวิจัยการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 8 ในครั้งนี้ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและประเมินผลภาพรวมของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ให้เกิดการบริหารจัดการ ที่มีความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาสุขภาพ อันจะส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและอาจใช้เป็นต้นแบบการปฏิบัติที่ขยายผลการนำไปใช้ในพื้นที่เขตต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ บริบท ปัจจัยนำเข้า กลไก การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและคุณภาพการให้บริการสุขภาพที่บ้านของเขตสุขภาพที่ 8
2. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิของเครือข่ายท้องถิ่น ภาวะสุขภาพประชาชน และภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภาวะสุขภาพประชาชนและภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ส่งผลต่อศักยภาพกิจวัตรประจำวัน

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยประเมินผลเชิงวิเคราะห์ (Analytical Evaluation Research) ประยุกต์ใช้แบบจำลอง CIPP model⁽³⁾ ศึกษาประชากรที่ศึกษาในเขตสุขภาพที่ 8 ประกอบด้วยประชากรใน 7 จังหวัด ได้แก่ อุดรธานี หนองบัวลำภู เลย หนองคาย นครพนม สกลนคร บึงกาฬ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน 2561

คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากร⁽⁴⁾ ดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2(p(1-p))}{(e^2(N-1)) + Z_{\alpha/2}^2(p(1-p))}$$

$Z_{\alpha/2} = 1.96$ กำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95

e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ โดยกำหนดเป็นขนาดความต่างไว้อยู่ที่ 5 หรือ 0.05

กำหนด n = ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย แสดงการคำนวณขนาดตัวอย่างตามลำดับดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุข ประชากร คือ บุคลากรสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 29,547 คน⁽⁵⁾ สัดส่วนบุคลากรกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ (รับผิดชอบงานบริการปฐมภูมิ) ในสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี จำนวน 15 คน ของทั้งหมด 200 คน คิดเป็นร้อยละ 7.5, กำหนดค่า $p = 0.75$ ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 489 คน

2. กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายท้องถิ่น ประชากร คือ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งเขต มีจำนวน 107,299 คน สัดส่วนผู้บริหาร อปท. และ อสม. ต่อประชากรในเขตสุขภาพที่ 8 ทั้งเขตมีจำนวน 5,534,128 คน (ร้อยละ 1.93) กำหนดค่า $p = 0.19$ ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 407 คน

3. กลุ่มตัวอย่างประชาชน ประชากร คือประชาชนอายุ 15-59 ปี ทั้งเขตมีจำนวน 1,812,355 คน สัดส่วนต่อประชากรทั้งหมดในเขตสุขภาพที่ 8 มีจำนวน 5,534,128 คน (ระบบสถิติทางการทะเบียนประชากร, 2559) คิดเป็นร้อยละ 32.7, กำหนดค่า $p = 0.32$ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 577 คน

4. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประชากร คือผู้ป่วยในโรคเรื้อรังเขตสุขภาพที่ 8 ปี พ.ศ.2555-2557 ทั้งเขตเฉลี่ย 16,506 คน อัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคน (โรคหลอดเลือดสมองใหญ่หรืออัมพฤกษ์อัมพาต) ปี พ.ศ.2555-2557 เฉลี่ย 298.27 (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2558) กำหนดค่า $p = 0.29$ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 529 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) 1) กลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุข ที่เป็นหัวหน้าหรือผู้อำนวยการและรับผิดชอบงานบริการสุขภาพปฐมภูมิในศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 2) กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายท้องถิ่น เป็นผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 3) กลุ่มตัวอย่างประชากรศึกษาผู้มีอายุ 15-59 ปี สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทย 4) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ศึกษาผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 2 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

ชุดที่ 1 แบบประเมินระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข ที่เป็นหัวหน้าหรือผู้อำนวยการและรับผิดชอบงานบริการสุขภาพปฐมภูมิในศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สำหรับประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้าและกลไกกระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกผลการวิเคราะห์ SWOT analysis แบบบันทึกผลการวิเคราะห์จุดแข็ง-จุดอ่อน-โอกาส และปัจจัยคุกคามต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการให้บริการสุขภาพที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 5 ข้อ พิจารณาเปรียบเทียบระบบบริการเดิม (ปี 2559) กับระบบที่พัฒนาแบบบูรณาการ (ปี 2560) รวม 50 คะแนน คำถาม เช่น ข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง ทีมหมอบรรอบครัวมีการประเมินปัญหาของผู้ป่วย และ มีระบบส่งต่อ เป็นต้น

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจ จำนวน 8 ข้อ การตอบเป็น rating scale 5 ระดับ คือ ไม่พอใจ=1 ถึงมากที่สุด=5

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คำถามปลายเปิด เช่น การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง การสนับสนุนของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล และกิจกรรมของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการประเมินการดำเนินงานดูแลสุขภาพประชาชนและผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง 1) พิจารณาการดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ 11 ข้อ การดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงแบบเดิม (ปี 2559) หรือเมื่อปีก่อนที่จะมีระบบที่พัฒนาขึ้นใน 1 ปีที่ผ่านมา (ปี 2560) คำถามเช่น มีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลสุขภาพประชาชนและผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง การประชุมระดมสมองในการกำหนดแผนงาน/แผนพัฒนา การช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพ การสนับสนุนของกองทุนประกันสุขภาพตำบล เป็นต้น 2) ความพึงพอใจ จำนวน 5 ข้อ การตอบเป็น rating scale 5 ระดับ คือ ไม่พอใจ=1 ถึงมากที่สุด=5

ชุดที่ 3 แบบประเมินภาวะสุขภาพประชาชน เป็นแบบสอบถามสำหรับประชาชนอายุ 15-59 ปี เป็นผลผลิต (Product) เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านภาวะสุขภาพประชาชนและศักยภาพกิจวัตรประจำวัน จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบประเมินศักยภาพกิจวัตรประจำวัน 5Q5D5L (alpha= 0.86) จำนวน 25 ข้อ เป็นเครื่องมือวัดศักยภาพกิจวัตรประจำวันด้านสุขภาพประชาชนทั่วไป ฉบับภาษาไทย ประยุกต์จากแบบสอบถามคุณภาพชีวิต European Quality of Life-5 Dimensions-5 Levels (EQ-5D-5L) questionnaire⁽⁶⁾ ประกอบด้วย 5 มิติๆ ละ 5 คำถาม ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การทำกิจวัตร ความเจ็บปวด/ความไม่สบาย และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า

แต่ละมิติหรือแต่ละคำถามจะมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่มีปัญหา) ถึง 5 (รุนแรง)

ชุดที่ 4 แบบประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง สำหรับ ประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบ ประเมินศักยภาพกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพิงตาม แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยประยุกต์จาก ดัชนีบาร์ ธेल Activities of Daily Living (Barthel ADL index) ⁽⁷⁾ จำนวน 10 ข้อ การตอบ มี/ใช่ แทนด้วยเลข 1 ตอบ ไม่มี/ ไม่ใช่ แทนด้วย 0 การประเมินกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย เช่น รับประทานอาหาร (feeding) ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด (grooming) และ ลูกนั่งจากที่นอน หรือจาก เตียงไปยังเก้าอี้ (transfer) เป็นต้น สรุปผลการประเมิน ADL (เต็ม) 20 คะแนน 0 – 4 คะแนน=ภาวะพึ่งพิงโดย สมบูรณ์, 5 - 8 คะแนน=ภาวะพึ่งพิงรุนแรง, 9 - 11 คะแนน=ภาวะพึ่งพิงปานกลาง, 12 - 20 คะแนน=ไม่เป็นการพึ่งพิง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้วิจัยนำ แบบสอบถาม ที่สร้างขึ้นแล้วเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ เพื่อ ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วไปหา ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม การตรวจสอบความเที่ยง ของเครื่องมือ (reliability) แบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไข แล้วนำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่า Reliability โดยใช้สูตรหา ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราซ (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า reliability ดังนี้ แบบสอบถามศักยภาพ กิจวัตรประจำวันของประชาชน EQ-5D-5L alpha =0.86 แบบประเมินศักยภาพกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยตามดัชนีบาร์ ธेल Activities of Daily Living alpha= 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน กำหนดระดับ นัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วยสถิติคอดอยโลจิสติกเชิงพหุ แสดง adjusted odds ratio

(AOR) และ 95% confidence interval (CI) ข้อมูลเชิง คุณภาพ โดยวิเคราะห์สรุปเนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา

1. บริบทและปัจจัยนำเข้า (Context - Input evaluation) ภาพรวมในเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2558 ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 75.36 และปีงบประมาณ 2559 ภาพรวม ทั้งเขตผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80.46 ซึ่งไม่บรรลุตัวชี้วัด ร้อยละ 85 ปีงบประมาณ 2560 จึงได้กำหนดตัวชี้วัดการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ชัดเจน โดยกำหนดให้ อำเภอมีเป้าหมายการดำเนินงาน District Health System (DHS) เชื่อมโยงเครือข่ายท้องถิ่น

2. กระบวนการพัฒนา (Process evaluation) การ ขับเคลื่อนกระบวนการด้วย 8 กลวิธี หรือเรียกว่า กลวิธี 8 เซียน ดังนี้

2.1 หลักการบริการที่ไร้รอยต่อ (seamless care) กับทุกระดับ ให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ทั้งถึงและเป็นธรรม โดยมุ่งเน้นพัฒนาทิศทางการพัฒนา และออกแบบระบบบริการปฐมภูมิ ขับเคลื่อนพัฒนา อย่าง ต่อเนื่องผ่านกระบวนการ UCCARE เมืองประกอบดังนี้ คือ การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team), ประชาชนได้รับบริการตามความจำเป็น (Customer Focus), การมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น (Community participation), การทำงานจนเกิดคุณค่า (Appreciation), การแบ่งปันทรัพยากร (Resource sharing and human development) และให้บริการสุขภาพตาม บริบทที่จำเป็น (Essential care)

2.2 หลักการคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ ปฐมภูมิ (Health System of Primary Care committee) โดย จัดทำคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard operating procedure: SOP) และมีการวางแผนยุทธศาสตร์และ แผนปฏิบัติการ ประยุกต์ใช้ Health System framework ที่ ได้รับการอ้างอิงอย่างมากในปัจจุบันคือ six building blocks framework (6BBs)

2.3 หลักการเพิ่มประสิทธิภาพ (improved efficiency) คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุข

อำเภอ และ รพ.สต. โดยจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อถ่ายระดับกลวิธีกิจกรรมหลักของระดับจังหวัด ทำการวิเคราะห์สถานการณ์ของงานทั้งปัจจัยภายในและภายนอกองค์กรตามกรอบการดำเนินงานของ six building blocks เป็นหลัก และมีกระบวนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการโดยใช้หลักการ PDCA (plan, do, check, action)

2.4 หลักการทีมหมอบรรเทา (family care team: FCT) ได้มีการจัดองค์ประกอบของโครงสร้างการบริหารจัดการทีมหมอบรรเทา โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานในทีมหมอบรรเทา ประกอบด้วยทีมอำนวยการระดับอำเภอ ทีมสหวิชาชีพระดับอำเภอร่วมกับระดับตำบล และได้มีการนำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพของจังหวัดไปปฏิบัติจริงอย่างเป็นรูปธรรม

2.5 หลักการผู้จัดการโครงการ (Project manager) ให้ผู้จัดการโครงการ (Project manager) โดยกำหนดให้มีหัวหน้ากลุ่มงานที่เกี่ยวข้องเป็นเลขานุการและรับผิดชอบงานในระดับอำเภอ ระดับตำบลเป็นกรรมการ

2.6 หลักการบริหารจัดการสุขภาพระดับอำเภอ (District health system: DHS) โดยกำหนดโครงสร้างทีมหมอบรรเทา จัดการในรูปแบบระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) แบบมีส่วนร่วมกันของภาคสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย

2.4 หลักการประเมินแบบเสริมพลัง (Appreciation Inquiry: AI) มีการสร้างคุณค่าและคุณภาพ

บริการปฐมภูมิ นำการเปลี่ยนแปลงของผู้นำพลังบวก (Appreciative Leadership) มาใช้ในการประเมินผล⁽⁸⁾

2.8 หลักการขยายผลการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิไปต่างจังหวัด เขตและประเทศ โดยขยายผลต้นแบบการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิไปต่างจังหวัด ต่างเขตสุขภาพและระดับกระทรวงสาธารณสุข

3. การประเมินผลผลิต (Product evaluation)

3.1 หลังการพัฒนาคุณภาพการให้บริการปฐมภูมิผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงดีกว่าก่อนพัฒนา โดยพบว่า ส่วนใหญ่มีข้อมูลประชากรผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 98.6 ให้การดูแลช่วยเหลือตามปัญหาพยาธิสภาพของโรค ร้อยละ 98.4 แบ่งกลุ่มเยี่ยมตามระดับความสามารถของผู้ป่วย ร้อยละ 97.5 ตามลำดับการพัฒนา มีระดับการมีส่วนร่วมดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิของเครือข่ายท้องถิ่นสูงกว่าก่อนพัฒนา ร้อยละ 87.2 โดยพบว่า การเป็นจิตอาสา ร้อยละ 95.3 การสนับสนุนการถ่ายทอดภูมิปัญญาความรู้ ร้อยละ 94.3 มีการประชุมระดมสมอง ร้อยละ 92.6 และมีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้านส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 92.4 ตามลำดับ ความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพปฐมภูมิของเครือข่ายท้องถิ่นโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.7 (mean=18.75±4.25SD)

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภาวะสุขภาพประชาชนกับศักยภาพกิจวัตรประจำวัน

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภาวะสุขภาพประชาชนกับศักยภาพกิจวัตรประจำวัน (n=577)

ปัจจัย	ศักยภาพกิจวัตรประจำวัน		AOR	95%CI	P-value
	ไม่เป็นปกติ	เป็นปกติ			
เพศ					
ชาย	67	124	0.460	0.316-0.670	<0.001*
หญิง	196	190			
อายุ (ปี)					
15 - 34	26	51	0.452	0.259-0.788	0.005*
35 - 39	19	21	0.961	0.482-1.915	0.909
40 - 49	80	77	0.972	1.480-1.638	0.894
50 - 59	138	165			
ลักษณะการอยู่อาศัย					

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภาวะสุขภาพประชาชนกับสัปดาห์กิจวัตรประจำวัน (n=577)

ปัจจัย	สัปดาห์กิจวัตรประจำวัน		AOR	95%CI	P-value
	ไม่เป็นปกติ	เป็นปกติ			
อยู่กับบุตร	192	194	2.196	1.137-4.242	0.019*
อยู่ลำพังคนเดียว	4	8	3.139	1.234-7.988	0.016*
อยู่ลำพังกับคู่สมรส	16	37	2.874	1.477-5.592	0.002*
อยู่กับญาติ	51	75			
รายได้ต่อเดือน (บาท)					
ต่ำกว่า 1,000	26	68	0.397	0.244-0.645	<0.001*
1,000-9,999	237	246	0.652	0.40-0.113	0.824
10,000-19,999	26	68	0.531	0.240-0.513	0.824
มากกว่า 19,999	237	246			
น้ำตาลในเลือด (mg/dl)					
ควบคุมไม่ได้ (มากกว่าเท่ากับ 130)	10	27	0.423	0.195-0.921	0.030*
ควบคุมได้ (น้อยกว่า 130)	253	287			
ระยะทางจากบ้านไปสถานพยาบาล(กม.)					
ต่ำกว่า 10	162	117	2.666	1.806-3.937	<0.001*
มากกว่าหรือเท่ากับ 10	101	197			
อาชีพ					
เกษตรกร	192	194	1.407	1.905-2.186	0.129
รับราชการ	4	8	0.865	0.240-3.113	0.824
ค้าขาย	16	37	0.696	0.343-1.413	0.316
อื่นๆ	51	75			
BMI					
ค่าไม่ดี BMI ≥ 23	129	162	0.783	0.552-1.110	0.169
ค่าดี BMI $>18 < 23$	134	152	0.715	0.436-1.173	0.184
ความดันโลหิต (mmHg)					
ควบคุมไม่ได้ มากกว่าเท่ากับ 140/90	36	80	0.715	0.436-1.173	0.184
ควบคุมได้ น้อยกว่า 140/90	227	234			

*ระดับนัยสำคัญที่ <0.05

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสัปดาห์กิจวัตรประจำวันของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 เรียงตามลำดับ ดังนี้ ลักษณะการอยู่อาศัย พบว่าการอยู่ลำพังคนเดียวมีโอกาสต่อการมีสัปดาห์ 3.139 เท่า (AOR=3.139;95%CI: 1.234-7.988), ระยะทางจากบ้านไปสถานพยาบาล มีโอกาสต่อการมีสัปดาห์ 2.666 เท่า (AOR=2.666;95%CI: 1.806-3.937), เพศชายมีโอกาสต่อ

การมีสัปดาห์ 0.460 เท่า(AOR=0.460;95%CI: 0.316-0.670), อายุ มีโอกาสต่อการมีสัปดาห์ 0.452 เท่า(AOR=0.452;95%CI: 0.259-0.788), น้ำตาลในเลือด มีโอกาสต่อการมีสัปดาห์ 0.423 เท่า(AOR=0.423;95%CI: 0.195-0.921) และ รายได้ มีโอกาสต่อการมีสัปดาห์ 0.397 เท่า (AOR=0.397;95%CI: 0.244-0.645; P<0.001) ปัจจัยที่ไม่มี ความสัมพันธ์ ได้แก่ อาชีพ BMI และความดันโลหิต

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภาวะสุขภาพผู้ป่วยกับศักยภาพกิจวัตรประจำวัน (n=529)

ปัจจัย	ศักยภาพ		AOR	95%CI	P-value
	ไม่เป็นการพึ่งพิง	มีภาวะพึ่งพิง			
อายุ (ปี)					
ต่ำกว่า 35	18	21			
35 ขึ้นไป	100	390	3.681	1.987-6.815	<0.001*
รายได้ต่อเดือน (บาท)					
ต่ำกว่า 1,000	93	165	1.009	1.881-5.418	<0.001*
1,000-9,999	23	210	1.903	3.435-5.059	<0.001*
มากกว่า 9,999	2	36	2.072	2.072-8.620	0.011*
อาชีพ					
เกษตรกร	118	378	0.098	0.056-0.173	<0.001*
รับราชการ	0	12	3.378	0.031-4.363	0.998
ค้าขาย	0	21			
BMI					
ค่าผิดปกติ BMI ≥23	49	252	0.786	1.522-1.183	<0.001*
ค่าปกติ BMI >18-< 23	69	159			
ผู้สูงอายุมีพื้นที่เหลือเที่ยวได้					
ต่ำกว่า 20 ชั่วโมง	30	18	20.251	10.225-40.126	<0.001*
20 ชั่วโมงขึ้นไป	88	393			
ระยะทางจากบ้านไปสถานพยาบาล (กม.)					
ต่ำกว่า 10	47	229	0.520	0.313-0.862	0.011*
มากกว่าหรือเท่ากับ 10	71	182			
เพศ					
ชาย	61	197	1.213	0.807-1.823	0.353
หญิง	57	214			
ลักษณะการอยู่อาศัย					
อยู่กับบุตร	66	227	0.535	0.089-0.263	0.084
อยู่ลำพังคนเดียว	9	15	1.005	0.313-3.232	0.993
อยู่ลำพังกับคู่สมรส	23	136	0.480	0.213-1.084	0.077
อยู่กับญาติ	20	33			

*ระดับนัยสำคัญที่ <0.05

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 เรียงตามลำดับ ดังนี้ ผู้สูงอายุมีพื้นที่เหลือเที่ยวได้ พบโอกาสต่อการมีศักยภาพ 20.251 เท่า (AOR=20.251;95%CI: 10.225-40.126), กลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการมีศักยภาพต่ำ 3.681 เท่า (AOR=3.681;95%CI: 1.987-6.815), รายได้พบโอกาสต่อการมีศักยภาพ 2.072 เท่า (AOR=2.072;95%CI: 1.987-

6.815), BMI ผิดปกติ มีความเสี่ยงต่อการมีศักยภาพต่ำ 0.786 เท่า (AOR=0.786;95%CI: 1.522-1.183), ระยะทางจากบ้านไปสถานพยาบาลต่ำกว่า 10 กม. พบโอกาสต่อการมีศักยภาพ 0.520 เท่า (AOR=0.520;95%CI: 0.313-0.862) และ อาชีพเกษตรกรมีความเสี่ยงต่อการมีศักยภาพต่ำ 0.098 เท่า (AOR=0.098;95%CI: 0.056-0.173) ปัจจัยที่ไม่มี ความสัมพันธ์ ได้แก่ เพศ และลักษณะการอยู่อาศัย

สรุปได้ว่า การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมินี้เป็นตอบสนองต่อสุขภาพประชาชนที่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพกิจกรรมประจำวันทั้งของประชาชนและผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมินี้ เป็นตอบสนองต่อสุขภาพประชาชน ถึงแม้จะพบจุดอ่อนด้านภาคีเครือข่ายยังไม่ชัดเจนในบทบาท DHS การวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายยังไม่ชัดเจน การตีความความเข้าใจถึงคุณค่า (appreciation) ยังไม่ตรงประเด็น ภาคีที่ไม่ใช่สาธารณสุข แบ่งปันทรัพยากรเฉพาะงบประมาณขาดการพัฒนาองค์ความรู้ให้กับบุคลากรทุกภาคีเครือข่ายและภาวะคุกคาม ด้านโครงสร้างประชากรและสังคมที่เปลี่ยนแปลง มีผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมาก ซึ่งการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาเป็นตามนโยบายภาครัฐมุ่งเน้นให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่างครบวงจรสำหรับประชาชนทุกคน สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบบริบทที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยเชิงประชากร บริบทความเป็นชุมชนและปัจจัยเชิงระบบ⁽⁹⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ นิคมรักษ์ และคณะ (2558)⁽¹⁰⁾ ทำการศึกษาการพัฒนาระบบบริการการดูแลต่อเนื่องสำหรับครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่พบว่ามีการกระบวนการพัฒนา แนวทางการดูแลต่อเนื่องระยะฟื้นฟูสภาพในชุมชน การส่งต่อกระบวนการวางแผนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและศักยภาพการดูแลในชุมชน

ผลการศึกษาครั้งนี้พบหลังการพัฒนามีข้อมูลประชากรผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ให้บริการตามปัญหาพยาธิสภาพของโรค แบ่งกลุ่มเชื่อมตามระดับความสามารถของผู้ป่วย ตามลำดับ มีระดับการมีส่วนร่วมดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิของเครือข่ายท้องถิ่นสูงกว่าก่อนพัฒนา ซึ่งหลังกระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิครั้งนี้จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ (outcome) ของระบบใน 4 ด้านคือ สุขภาพดีขึ้น (improve health) ตอบสนองความต้องการ (responsiveness) การคุ้มครองความเสี่ยงทางด้านสังคมและการเงิน (social and risk protection) และเพิ่ม

ประสิทธิภาพ (improved efficiency) สอดคล้องกับการศึกษาของ จรรยา ชวดทองและคณะ (2557)⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาพบการพัฒนาความสามารถในการเดินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ทีมหมอครอบครัวและนักกายภาพบำบัด ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความสามารถด้านการเดินเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของ รักยว ใจสะอาด และทิพาพร กาญจนราช (2557)⁽¹²⁾ ที่ศึกษาความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบกิจกรรมที่ควรปฏิบัติในชุมชน มี 5 กิจกรรม คือ การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน การเลือกวิธีการแก้ไข ปัญหา การประเมินผลการแก้ไข ปัญหา การดำเนินการตามกฎหมาย และการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังปัญหาและด้านการดูแลสุขภาพในชุมชน

ผลการศึกษาครั้งนี้พบศักยภาพกิจกรรมประจำวันของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับปกติมากถึงร้อยละ 84.2 โดยรวมผู้ป่วยไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 77.7 หรือเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงเพียง ร้อยละ 22.3 โดยพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพกิจกรรมประจำวันของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ลักษณะการอยู่อาศัยระยะทางจากบ้านไปสถานพยาบาล เพศ อายุ น้ำตาลในเลือด และ รายได้ ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพกิจกรรมประจำวันผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้สูงอายุมีพื้นที่เหลืออยู่ได้ กลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป รายได้ BMI ระยะทางจากบ้านไปสถานพยาบาล และอาชีพ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สนิลลักษณ์ จิรสัตย์สุนทร (2559)⁽¹³⁾ ทำการวิจัยการดูแลสุขภาพโดยทีมหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบความต้องการให้ทีมหมอครอบครัวมาดูแลสุขภาพที่บ้าน และผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้พิการและผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีภาวะสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาที่พบปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยเพศชายมีการฟื้นฟูสภาพทางกล้ามเนื้อดีกว่าเพศหญิง อายุที่เพิ่มขึ้นเป็นข้อจำกัดในการฟื้นตัวของระบบประสาท เนื่องจากการงอกของเซลล์ประสาทที่ดีเพื่อทดแทนส่วนที่บาดเจ็บลดน้อยลง ผู้มีสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวช่วยให้

ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับอุปสรรคมากขึ้น ด้านรายได้ พบความพร้อมทางการเงินทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลต่อการจะถูกครอบครัวยึดเหนี่ยวและมีพฤติกรรมปรับตัวที่เหมาะสมมากขึ้น⁽¹⁴⁾

ข้อเสนอแนะ

1. เร่งรัดการจัดโครงสร้างที่บูรณาการการทำงานในระดับจังหวัดเพื่อจัดทีมดูแลรับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับนโยบายคุณภาพการบริการปฐมภูมิ โดยกำหนดขอบเขตรับผิดชอบทั้งงานการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอ การพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ (PCA และ DHS-PCA) งานพัฒนานุเคราะห์ และอาจรวมทั้งงานบริการสุขภาพภาคประชาชนเพื่อบูรณาการเนื้อหาและวิธีการทำงานในการบริหารจัดการและสนับสนุนพื้นที่

2. กระตุ้นให้เกิดกลไกการบริหารเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอที่แท้จริง คือ กลไกที่สามารถวางแผน กลยุทธ์การทำงานเพื่อจัดระบบการบริการปฐมภูมิทุกระดับทำงานเชื่อมโยงกัน และผลักดันให้เกิดระบบการดูแลที่มีชุมชนเป็นฐาน

3. เร่งรัดการจัดการเพื่อสนับสนุนกำลังคน และกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานระบบการบริการปฐมภูมิจากระดับจังหวัด โดยให้บทบาทสถานการณ์กำลังคนในระบบบริการปฐมภูมิและพิจารณาเรื่องการจัดสรร หรือกระจาย หรือเพิ่มบุคลากรตามแผนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยท้องถิ่นทำงานร่วมกับสถานบริการของรัฐ โดยเฉพาะในกลุ่มนักกายภาพบำบัด ชุมชน นักจิตวิทยา รวมทั้งเภสัชกรเพื่อสามารถหนุนเสริมบทบาทการทำงานของ FCT ในตำบลและชุมชน

4. ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัวในพื้นที่ที่สามารถนำข้อค้นพบไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานตามบริบทของพื้นที่เพื่อตอบสนองกลุ่มเป้าหมาย

5. สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์/วิชาการ/เวชภัณฑ์และยา แก่หน่วยงานบริการสุขภาพปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัว

6. ควรมีการศึกษาวิจัยด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ การบริการให้การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นตัวชี้วัดสำคัญในระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพต่อเนื่องในบริการระดับปฐมภูมิ

เอกสารอ้างอิง

1. ไพบูลย์ สุริยวงษ์ไพศาล, สุภา พงศ์, สมชาย วิจิตรมัยกุล, นภาพร วาณิชกุล, ดวงเนตร ธรรมกุล, สุภาพิชญ์ โพน โปร์แมนน์ และคณะ. รายงานวิจัยติดตามประเมินผลนโยบายทีมหมอครอบครัว. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2558.
2. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8. ผลการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ เขตสุขภาพที่ 8, 2560.
3. Stufflebeam DL, Madaus GF, Kellaghan T, (Eds.). **Evaluation models** (2nd Eds.); (Chapter 16). Boston: Kluwer Academic Publishers; 2000: 1-16. [cited 2017 November 1] Available from URL: <http://www.wiley.com>.
4. Daniel WW. **Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences**. 6th ed. Singapore: John Wiley & Sons, 1995.
5. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8. การบริหารทรัพยากรบุคลากรสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 8, 2559.
6. วิษณุ เกษมทรัพย์ พรรณทิพา สักดิ์ทอง กนกพร ปูผำ. การประเมินโครงการผ่าตัดหัวใจ 8,000 ดวงถวายเป็นพระราชกุศล 80 พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและถวายเป็นพระราชกุศล 84 พรรษา สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551.
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559.
8. สำนักงานบริหารการสาธารณสุข. คู่มือเยี่ยมเสริมพลัง. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559.
9. ชีระ วรรณรัตน์, ภัทรวณีย์ วรรณรัตน์, ณัฐพล แยมฉิม, พิมชนก สิงหา, มณจิรา เจนพานิชย์ทรัพย์, ปณัษฐา ผากานนท์. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิของประชากรในพื้นที่กรุงเทพมหานคร. โครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบและระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง: กรณีศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559.

10. วันเพ็ญ นิคมรักษ์, พัชรภรณ์ เจนใจวิทย์. รายงานการศึกษาการพัฒนาระบบบริการการดูแลต่อเนื่องในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2558; 38(1): 108-120.
11. จรรยา ชวดทอง, กิตติวดี ศรีลิ้ม, คลยา พรหมแก้ว, วิไลรัตน์ แสนสุข, สุกัลยา อมตฉายา. ความสามารถในการมีส่วนร่วมในชุมชนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เดิน โดยใช้และไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน. ศรีนครินทร์เวชสาร 2557; 29 (3): 263-268.
12. รัชวร ใจสะอาด, ทิพาพร กาญจนราช. รายงานการศึกษาความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของเภสัชกร. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2557; 10(1): 69-79.
13. สีนัลักษณ์ จิรศักดิ์สุนทร. รายงานการวิจัยการดูแลสุขภาพโดยทีมหมอครอบครัวโรงพยาบาลสุขภาพตำบล. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการเขต 12, 2559; 27(1): 69-75.
14. วัฒนีย์ ปานจินดา และพุทธวรรณ ชูเชิด. การดูแลแบบองค์รวมในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย 2559; 5(2): 70-78.

การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลสาธารณภัย สำหรับนักศึกษาพยาบาล

RESEARCH AND DEVELOPMENT OF CURRICULUM TO ENHANCE DISASTER NURSING COMPETENCIES FOR NURSING STUDENTS

นลินี เกิดประสงค์¹, ภัทธีรา ชีรสวัสดิ์², สิริยุภา พูลสุวรรณ³, สุวิณี วิวัฒน์วานิช⁴

Nalinee Kerdprasong¹, Phatthira Teerasawadi², Siriyupa Poonsuwan³, Suvinee Wivatvani⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลสาธารณภัยสำหรับนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2559 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ซึ่งมีจำนวน 2 ห้อง จำนวนนักศึกษา 108 คน โดยห้อง 4A จำนวน 54 คน และห้อง 4B จำนวน 54 คน และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Sample Random Sampling) โดยใช้ห้องเรียนเป็นหน่วยในการสุ่มมา 1 ห้องและจับฉลากเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) หลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลสาธารณภัย สำหรับนักศึกษาพยาบาล 2) แบบวัดสมรรถนะการพยาบาลสาธาณภัยด้านความรู้การพยาบาลสาธาณภัย 3) แบบวัดสมรรถนะการพยาบาลสาธาณภัยด้านทักษะความสามารถด้านการพยาบาลสาธาณภัย 4) แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลสาธาณภัยด้านเจตคติต่อการพยาบาลสาธาณภัย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ค่าดัชนีประสิทธิผล (The Effectiveness Index :EI) สถิติทดสอบค่าที (t-test for dependent Samples and Independent Samples) ทดสอบความแปรปรวนพหุคูณ (Multivariate Analysis of Variance : MANOVA –Two way and One way MANNOVA)

ผลการวิจัยพบว่า 1. หลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลสาธาณภัย สำหรับนักศึกษาพยาบาลมีค่าประสิทธิผลด้านความรู้ที่ระดับ .85 ด้านทักษะที่ระดับ .85 และด้านเจตคติที่ .86 2. นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่ได้รับกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลสาธาณภัย หลังการทดลองใช้หลักสูตรมีคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะการพยาบาลด้านความรู้ ทักษะและเจตคติ แตกต่างกับก่อนการทดลองใช้หลักสูตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3. นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่ผ่านหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลสาธาณภัย หลังการทดลองใช้หลักสูตรมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลทุกด้าน สูงกว่าก่อนการทดลองใช้หลักสูตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4. นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่ได้รับกิจกรรมผ่านหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลสาธาณ ภัย มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลสาธาณ ภัย ทั้งด้านความรู้ ทักษะและเจตคติ สูงกว่านักศึกษาพยาบาลที่เรียนรู้ตามหลักสูตรปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การพยาบาลสาธาณภัย, สมรรถนะด้านการพยาบาลสาธาณภัย, หลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะด้านการพยาบาลสาธาณภัย

Abstract

This research aimed to study disaster nursing competencies of nursing students and to develop the curriculum to enhance disaster nursing competencies of nursing students. The subject consisted of 108 nursing students from 2 class of the fourth year nursing students in the second semester of 2016 academic year at Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan. And the one class was the experimental group and the control group collected by Sample Random Sampling Technique: 27 person of group. The research instruments were composed of: 1) The curriculum to enhance disaster nursing competencies for nursing students. 2. The test of knowledge in disaster nursing competencies 3) The test of skill in disaster nursing competencies 4) The assessment of Attitude for disaster nursing competencies. The statistic employed to analyzed

¹ นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

² อาจารย์ ดร. สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

³ รองศาสตราจารย์ ดร. ผู้อำนวยการสถาบันวิจัย พัฒนา และสาธิตการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

the data comprised mean standard deviation analysis of effectiveness index. T-test (Dependent Samples and Independent Samples) along with Multivariate Analysis of Variance (MANOVA: Two way and One way MANOVA)

The finding of this study were as follows: The curriculum to enhance disaster nursing competencies for nursing students showed Effectiveness Index based on knowledge responsibilities at .85, skills at .85 and attitude at 0.86. 1. The fourth year nursing students after being pass the curriculum had different knowledge, skill and Attitude in disaster nursing at the 0.05 level of significance. 2. The knowledge, skill and attitude in disaster nursing competencies of fourth year nursing students. 3. After being pass the curriculum were higher than those of before the treatment at the 0.05 level of significance. 4. The fourth year nursing students taught by the curriculum to enhance disaster nursing competencies gained higher knowledge, skill and attitude in disaster nursing competencies than those who were taught by conventional method at 0.05 level of significance.

Keyword: Disaster Nursing, Disaster Nursing Competencies, Develop the curriculum to enhance disaster nursing competencies.

บทนำ

การเกิดสาธารณภัยทั้งจากการกระทำของมนุษย์และจากธรรมชาติเกิดเพิ่มขึ้นทั้งความรุนแรงขนาดและความถี่ส่งผลกระทบต่อชีวิต สุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ประสบภัยไม่อาจประมาณค่าได้ สาธารณภัยเกิดขึ้นได้ทุกที่ทุกเวลาในโลก สำหรับประเทศไทย กรณีคลื่นยักษ์สึนามิในภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ เมื่อปี 2547 ถือว่าเป็นภัยธรรมชาติร้ายแรงโดยมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 5,000 และในปี 2554 ที่เกิดมหาอุทกภัยน้ำท่วมใหญ่ครอบคลุม 65 จังหวัดมีผู้เสียชีวิต 813 คน มีประชาชนมากกว่า 13.5 ล้านคน สะท้อนถึงความจำเป็นและความสำคัญของการเตรียมความพร้อมวางแผนเตือนสนองและรับมือกับสาธารณภัยที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์จะช่วยลดการความเสี่ยงต่างๆและความรุนแรงที่จะเพิ่มขึ้น พยาบาล เป็นบุคลากรสุขภาพที่สำคัญที่จะตอบสนอง จัดการสาธารณภัย ทำหน้าที่หลายบทบาทในระบต่างๆ เมื่อเกิดสาธารณภัยโดยเฉพาะพยาบาลสาธารณสุขจะช่วยเหลือ ในการบริการทางสุขภาพแก่ผู้ประสบภัยในพื้นที่ และจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แต่จากการทบทวนงานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการสาธารณภัย พบประเด็นที่เป็นปัญหาคือ การจัดการไม่เป็นระบบขาดการประสานงาน ข้อมูลสับสน ขาดประสบการณ์ในการจัดการสาธารณภัย ปัญหาในการสื่อสาร ระบบการคัด

กรองและส่งต่อผู้ประสบภัย ดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน การจัดการและดูแลบาดแผล การดูแลด้านจิตใจ การจัดการด้านข้อมูลและญาติอัตรากำลังไม่เพียงพอหมุนเวียน ทรัพยากรขาดแคลน พยาบาลปฏิบัติงานภายใต้แรงกดดันขาดประสบการณ์ หวาดกลัว ขาดการฝึกอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพยาบาลสาธารณภัย บทบาทพยาบาลในการปฏิบัติงานสาธารณสุขยังไม่ชัดเจนใช้ประสบการณ์และสัญชาตญาณในการช่วยเหลือผู้ประสบภัย มีความยากลำบากในการปฏิบัติหลักสูตรที่มีอยู่เนื้อหาสาระและการฝึกปฏิบัติยังไม่เพียงพอต่อการทำงานเมื่อเกิดสาธารณภัย⁽¹⁾

มีการศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในการรับมือสาธารณภัยสำหรับพยาบาล ซึ่งมีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้ ควรให้ความรู้กับพยาบาลเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมรับมือเหตุการณ์สาธารณภัย เจตคติและความรู้สึกถึงความพร้อมเตรียมรับสถานการณ์ การวางแผนรับมือในสถานพยาบาลฉุกเฉินและชุมชน⁽²⁾ สมรรถนะของพยาบาลที่จะปฏิบัติงานสาธารณสุข 1) เตรียมความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ 2) เตรียมความพร้อมของผู้เชี่ยวชาญทุกๆด้าน 3) เตรียมความพร้อมของชุมชน และ 4) การส่งเสริมหลักสูตรการพยาบาลสาธารณสุข⁽³⁾ และการศึกษาบทบาทหน้าที่และสมรรถนะในการจัดการสาธารณภัยจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยปีคศ. 2000 ถึง ค.ศ 2009 พบว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการสุขภาพและให้ความช่วยเหลือในระบบสุขภาพระดับชุมชนและระบบสุขภาพทั่วไปตลอดระยะเวลาของการเกิด

สาธารณสุขทั้ง 3 ระยะคือระยะการเตรียมความพร้อม ระยะรับมือกับสาธารณสุขและระยะการฟื้นฟูหลังเกิดสาธารณสุข และพบว่าการศึกษาการฝึกอบรม และการมีประสบการณ์ในเหตุการณ์สาธารณสุขมีผลต่อสมรรถนะพยาบาลในการจัดการสาธารณสุข⁽⁴⁾

ผู้วิจัยเห็นความจำเป็นในการเตรียมความพร้อมและตอบสนองต่อการเกิดสาธารณสุข ซึ่งการพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลสาธารณสุขจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องมีสำหรับพยาบาลทุกคน จึงได้ศึกษาวิเคราะห์สมรรถนะด้านการพยาบาลสาธารณสุขตามกรอบสภาการพยาบาลสากล⁽⁵⁾ เทียบเคียงกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพทั่วไป⁽⁶⁾ เพื่อค้นหาประเด็นพัฒนาการพยาบาลสาธารณสุข และศึกษาเอกสารและงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลสาธารณสุข และใช้เทคนิคการสนทนากลุ่มย่อยพยาบาลวิชาชีพที่ประจำการในพื้นที่ๆมีประสบการณ์งานด้านสาธารณสุข นำมาสังเคราะห์เพื่อกำหนดสมรรถนะด้านการพยาบาลสาธารณสุขสำหรับนักศึกษาพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขและนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ นำมาเป็นกรอบการพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะด้านการพยาบาลสาธารณสุข สำหรับนักศึกษาพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งครอบคลุมด้านความรู้ความเข้าใจ ทักษะการปฏิบัติ และเจตคติที่ดีต่องานสาธารณสุข เพื่อให้เกิดความสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้วิจัยได้วิเคราะห์หลักสูตรเกี่ยวกับการพยาบาลสาธารณสุขของสถาบันต่างๆ ดังเช่น สภากาชาด วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ทหารอากาศ คณะพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า ส่วนใหญ่เน้นการฝึกทักษะเพื่อปฏิบัติการเป็นหน่วยบรรเทาทุกข์เคลื่อนที่เข้าไปช่วยเหลือผู้ประสบภัย แต่ไม่พบการจัดหลักสูตรที่ส่งเสริมการปฏิบัติงานสาธารณสุขที่สนับสนุนบทบาทหน้าที่ของพยาบาลสาธารณสุขที่ประจำในพื้นที่ ตามสถานบริการระดับต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาล

กระทรวงสาธารณสุขที่จะต้องเผชิญหน้าโดยตรงอยู่ในพื้นที่ หากเกิดสาธารณสุขขึ้น ผู้วิจัยสนใจพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะด้านการพยาบาลสาธารณสุข สำหรับนักศึกษาพยาบาล ของกระทรวงสาธารณสุข สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เพื่อให้สามารถปฏิบัติการด้านการพยาบาลสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงจากสาธารณสุข เป็นการพัฒนาลัทธิฐานแบบเน้นสมรรถนะ (Competency based Approach) บนฐานแนวคิดที่วัดความสามารถของผู้เรียนเป็นสำคัญ เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาล ที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี มีสมรรถนะความสามารถทางการพยาบาลสาธารณสุขที่จะนำไปปฏิบัติในการดูแลผู้ประสบภัย เน้นกระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการเตรียมความพร้อมและตอบสนองสาธารณสุข ความเสี่ยงจากสาธารณสุขซึ่งสอดคล้องกับแผนการบรรเทาและป้องกันสาธารณสุขแห่งชาติ หลักสูตรเสริมสร้างสมรรถนะด้านการพยาบาลสาธารณสุข สำหรับนักศึกษาพยาบาลนี้ มีรายละเอียดที่แสดงถึง ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการปฏิบัติ และเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน เพื่อเสริมสร้างให้เกิดความสามารถด้านการพยาบาลสาธารณสุขที่พึงประสงค์ เป็นเกณฑ์ความสามารถที่ผู้เรียนต้องปฏิบัติหรือแสดงออก โดยที่ความสามารถในแต่ละระดับมีความต่อเนื่องเริ่มจากทักษะและความสามารถเบื้องต้นก่อน เพื่อเป็นฐานสำหรับการเพิ่มพูนทักษะและความสามารถในระดับสูงต่อไป⁽⁷⁾ ซึ่ง นักศึกษาพยาบาลที่ผ่านหลักสูตรเสริมสมรรถนะด้านการพยาบาลสาธารณสุขจะต้องแสดงออกทางพฤติกรรมที่สะท้อนสมรรถนะด้านการพยาบาลสาธารณสุข การวัดและประเมินผลบูรณาการแนวคิดการประเมินตามสภาพจริง (Authentic Assessment) ซึ่งการประเมินตามสภาพจริงเป็นการประเมินแบบภาพรวมและการประเมินแบบย่อย และการประเมินขณะเรียนรู้ (Assessment Learning) มีจุดเน้นคือทำให้ผู้เรียนได้ใช้การประเมินตนเองและการประเมินเพื่อน เกิดขึ้นเป็นระยะ ๆ ผู้วิจัยมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการพัฒนาลัทธิฐาน และมีความเข้าใจในสาระของสาธารณสุข การพยาบาลสาธารณสุข และการจัดการพยาบาล

สาธารณสุข จึงศึกษาสมรรถนะและพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะด้านการพยาบาลสาธารณสุข สำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อการเตรียมพร้อมและตอบสนอง ลดความเสี่ยงและการสูญเสียจากสาธารณสุข ซึ่งนักศึกษาเมื่อจบไปเป็นพยาบาลวิชาชีพออกไปปฏิบัติงานในพื้นที่ซึ่งมีโอกาสเผชิญหน้าต่อสาธารณสุขได้ทุกที่ทุกเวลา มีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยป้องกันและบรรเทาทุกข์ช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากสาธารณสุขต่าง ๆ ได้อย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุข สำหรับนักศึกษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ดัชนีประสิทธิผล
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้หลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุข ในด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติต่อการพยาบาลสาธารณสุข
3. เพื่อศึกษาสมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุขของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่ผ่านหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุข ระหว่างก่อนเรียนและหลังเรียน
4. เพื่อศึกษาสมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุขระหว่างนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่ผ่านหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุข กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่เรียนหลักสูตรปกติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. ประชากร ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2559 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ จำนวน 2 ห้อง จำนวนนักศึกษา 108 คน
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2559 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ จำนวน 1 ห้อง วิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้หน่วยของห้องเรียนในการสุ่ม

จำนวนนักศึกษา 54 คน และจับฉลากตามรายชื่อเป็นกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 27 คน และกลุ่มทดลอง 27 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย หลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุข สำหรับนักศึกษาพยาบาล ที่ผ่านการหาคุณภาพ โดยการวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าเฉลี่ยความเหมาะสมเท่ากับ 3.79 อยู่ในระดับมากที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบวัดสมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

2.1 แบบวัดความรู้การพยาบาลสาธารณสุข

ชุดที่ 1 แบบทดสอบเป็นแบบอัตนัย ชนิดเขียนคำตอบ ซึ่งหาค่าความยากรายข้อ (p) รายข้อตั้งแต่ 0.32 ถึง 0.76 และค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r) มีค่าตั้งแต่ 0.23 ถึง 0.76 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.79

ชุดที่ 2 แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของนักศึกษา ที่ผ่านการหาคุณภาพโดยการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item-Objective Congruence Index: IOC) ซึ่งได้ค่า IOC เท่ากับ 1

2.2 แบบวัดทักษะการพยาบาลสาธารณสุข

ชุดที่ 1 แบบประเมินทักษะ แบบ Rubric score ซึ่งหาค่าความยากรายข้อ (p) รายข้อตั้งแต่ 0.53 ถึง 0.80 และค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r) มีค่าตั้งแต่ 0.40 ถึง 0.73 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .85

ชุดที่ 2 แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของนักศึกษา ที่ผ่านการหาคุณภาพโดยการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item-Objective Congruence Index: IOC) ซึ่งได้ค่า IOC เท่ากับ 1

- 2.3 แบบสอบถามเจตคติต่อการพยาบาลสาธารณสุข เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งหาค่าอำนาจจำแนกโดยการทดสอบความแตกต่างด้วยการทดสอบค่าสถิติ

ที่ (t-test) และทุกข้อคำถามมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่ใช้ทดสอบสมมุติฐาน ได้แก่ วิเคราะห์ค่าดัชนีประสิทธิผล (The Effectiveness Index :EI) สถิติทดสอบค่าที (t-test for dependent Samples and Independent Samples) ทดสอบความแปรปรวนพหุคูณ (Multivariate Analysis of Variance : Manova –Two way and One way Manova) โดย ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างไม่เกิน 2 กลุ่มด้วยค่าสถิติค่าวิลค์แลมด้า (Λ)

ผลการวิจัย

1. หลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุข สำหรับนักศึกษาพยาบาลมีค่าประสิทธิผลด้านความรู้ที่ระดับ .85 ด้านทักษะที่ระดับ .85 และด้านเจตคติที่ .86

2. คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุข ด้านความรู้การพยาบาลสาธารณสุข ทักษะการพยาบาลสาธารณสุข และเจตคติต่อการพยาบาลสาธารณสุข พบว่า คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุข ด้านความรู้ ด้านทักษะและเจตคติต่อการพยาบาลสาธารณสุข หลังการทดลองใช้หลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุขของกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุขทุกด้าน ($\bar{x}$ = 1.928 SD = 17.734) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{x}$ = 1.025 SD = 17.568) ทั้งด้านความรู้การพยาบาลสาธารณสุข ($\bar{x}$ = 23.963 SD = 2.488) ทักษะการพยาบาลสาธารณสุข ($\bar{x}$ = 98.55 SD = 12.683)

และเจตคติต่อการพยาบาลสาธารณสุข ($\bar{x}$ = 70.33 SD = 8.678) และคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุขระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ในภาพรวมกลุ่มทดลองที่ผ่านหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุขมีคะแนนสมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุขทุกด้าน ($\bar{x}$ = 1.928 SD = 17.734) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งเรียนหลักสูตรปกติ ($\bar{x}$ = 1.061 SD = 15.836) และพบว่า กลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง ด้านความรู้สูงขึ้นเล็กน้อย ($\bar{x}$ = 13.148 SD = 2.727) แต่ด้านทักษะ ($\bar{x}$ = 53.33 SD = 13.493) และด้านเจตคติ ($\bar{x}$ = 39.629 SD = 9.344) ต่ำกว่าก่อนการทดลองใช้หลักสูตร

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมุติฐานก่อนทำการทดสอบสมมุติฐานการวิจัย ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ห้ปกติหลายตัวแปรไม่แตกต่างจากโค้งปกติ และพิจารณา เมทริกซ์ความแปรปรวน – ความแปรปรวนร่วม (Variance –covariance matrix) ของตัวแปรตาม คือ สมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุขด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ โดยใช้สถิติทดสอบ Box' s M ซึ่งมีค่าต่างกันอย่างน้อยมีนัยสำคัญทางสถิติ(Box's M = 30.972 df 219591.245 p = 0.000) และค่าสถิติจาก Levene' s test (Levene' s test :ความรู้ F = 0.726 , p= 0 .398 ; ทักษะ F = 0.009 , p= 0 .925 และเจตคติ F = 0.630 , p= 0 .431) แสดงความแปรปรวนของตัวแปรทั้ง 3 ตัว มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างไม่มีนัยสำคัญ จาก Bartlett's Test (Bartlett's Test : Likelihood = 0.000 , Approx. Chi-Square = 241.678 df = 3 , p = 0.00) พบว่าตัวแปร ความรู้ ทักษะ และเจตคติ มีความสัมพันธ์กัน แสดงว่าสามารถทดสอบต่อไปได้

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุนามสมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุข (ความรู้ ทักษะและเจตคติ ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประสิทธิ์ นครสวรรค์

Multivariate Tests	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pillai's Trace	.872	114.016	3.000	50.000	.000
Wilks' Lambda	.128	114.016	3.000	50.000	.000
Hotelling 's Trace	6.841	114.016	3.000	50.000	.000
Roy's Largest Root	6.841	114.016	3.000	50.000	.000

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of				
		Squares	df	Mean Square	F	Sig.
สมรรถนะการพยาบาล สาธารณสุข	ความรู้	28.006	1	28.006	176.836	.000
	ทักษะ	40.907	1	40.907	335.361	.000
	เจตคติ	41.256	1	41.256	217.497	.000
Error	ความรู้	8.235	52	.158		
	ทักษะ	6.343	52	.122		
	เจตคติ	9.864	52	.190		
Total	ความรู้	432.185	54			
	ทักษะ	452.880	54			
	เจตคติ	454.560	54			

จากตาราง ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุนามพบว่า สมรรถนะการพยาบาลด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านเจตคติ มีความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุขทั้ง 3 ตัวแปรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พิจารณาจากตาราง Multivariate Tests ค่า F ของสถิติ Pillai's Trace, Wilks' Lambda, Hotelling's Trace, Roy's Largest Root มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.000) เมื่อวิเคราะห์หาค่าด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) เป็นรายตัวแปร พบว่า ค่าเฉลี่ยของตัวแปรทั้ง 3 ตัว มีความแตกต่างระหว่างสมรรถนะพยาบาลสาธารณสุขด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวแปร

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1.การพัฒนาหลักสูตรในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาภาวะสาธารณสุขซึ่งเป็นปัญหาสากลที่ทุกประเทศมีการเตรียมพร้อม พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรสุขภาพที่สำคัญที่จะ

ตอบสนอง จัดการสาธารณสุข โดยมีหน้าที่หลายบทบาทในระบอบต่างๆ ของการเกิดสาธารณสุข มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยกับสหวิชาชีพและหน่วยงานอื่น ๆ ในการบริการทางสุขภาพแก่ผู้ประสบภัยในพื้นที่ และจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แต่ผลการวิจัย พบว่า การดำเนินการการของพยาบาลในการจัดการสาธารณสุขยังมีปัญหา บทบาทพยาบาลยังไม่ชัดเจนในการช่วยเหลือผู้ประสบภัย มีความยากลำบากในการปฏิบัติฯ ภายใต้อุปสรรคด้วยความหวาดกลัว วิตกกังวลและไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน^(1,8,9,10) ขาดประสบการณ์ในการจัดการสาธารณสุข เช่น การสื่อสาร การคมนาคม การขอความช่วยเหลือมีปัญหาในการบริหารจัดการด้านความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ประสบภัย ขาดทักษะการจำแนกและการส่งต่อผู้ประสบภัย ทักษะการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินปฏิบัติได้เฉพาะพยาบาลบางกลุ่ม การจัดการและดูแลบาดแผลเพื่อส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ

ขาดทักษะการดูแลด้านจิตใจผู้ประสบภัยในภาวะวิกฤต การจัดทำหลักสูตรเพื่อส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาลด้านการพยาบาลสาธรรณกัย ให้พยาบาลมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเชี่ยวชาญ มีการเตรียมความพร้อมวางแผนของทีม ในการรับ-ส่งต่อและบัญชาการสั่งการเมื่อเกิดสาธรรณกัยขึ้น มีการวางแผนเตรียมความพร้อมของชุมชน และการส่งเสริมหลักสูตรการพยาบาลสาธรรณกัยให้กับบุคลากรสุขภาพทุกคนโดยเฉพาะพยาบาลที่มีอยู่ทั่วไปทั้งในพื้นที่และนอกพื้นที่เกิดเหตุ เพื่อให้มีความสามารถพร้อมปฏิบัติงานได้ในทันทีเมื่อประสบเหตุ ในบทบาทที่หลากหลายตามแต่สถานการณ์ที่เผชิญ⁽³⁾ จากความจำเป็นและความสำคัญทางวิชาชีพพยาบาลที่ต้องตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในระดับ ผู้วิจัยจึงพัฒนาหลักสูตรบนพื้นฐานคิดที่ยึดความสามารถของผู้เรียนเป็นสำคัญ ที่เรียกว่าหลักสูตรแบบเน้นสมรรถนะ (Competency –based curriculum) ซึ่งกระบวนการพัฒนาไม่แตกต่างจากการพัฒนาหลักสูตรทั่วไป นั่นคือเริ่มต้นจากการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน แต่เน้นการศึกษาสมรรถนะการพยาบาลสาธรรณกัย และมีกระบวนการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาดังกล่าว และนำสมรรถนะที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมากำหนดเป็นคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของหลักสูตรหรือมาตรฐานผลการเรียนรู้ที่ต้องการให้ผู้เรียนมีความสามารถทั้งด้านความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะอื่น ๆ ที่สอดคล้องกับธรรมชาติของสาขาวิชาและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ได้อย่างเหมาะสม หลักสูตรจึงเป็นการบูรณาการ ระหว่างโลกการทำงานกับโลกการศึกษา ซึ่งสามารถพัฒนาและเตรียมความพร้อมผู้เรียนเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติและพัฒนาศักยภาพในการทำงานได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของหลักสูตรที่เน้นสมรรถนะจึงมีความหมายมากกว่าจุดประสงค์การเรียนรู้หรือจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมเท่านั้น นอกจากนี้ แนวคิดในการพัฒนาหลักสูตรแบบเน้นสมรรถนะนี้ ยังสอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาของประเทศไทย (National

Qualification Framework for Higher Education in Thailand: NQF) :ซึ่งให้ความสำคัญกับผลผลิตและผลลัพธ์ในการเรียนรู้ที่สามารถสะท้อนคุณภาพและมาตรฐานของผู้สำเร็จการศึกษาเป็นสำคัญและเป็นแนวทางให้สถาบันการศึกษาสามารถจัดการศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเปรียบเทียบมาตรฐานทางวิชาการของสถาบันอุดมศึกษาในกระบวนการวางแผนและการประกันคุณภาพภายใน และเป็นแนวทางในการติดตาม ตรวจสอบสำหรับผู้ประเมินจากหน่วยงานภายนอก และเป็นสื่อสำหรับผู้ประกอบการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้ทราบถึงคุณภาพของบัณฑิต ในด้านความรู้ ทักษะและคุณลักษณะของบัณฑิตของสาขาวิชาที่ประสงค์รับเข้าทำงาน กล่าวได้ว่า แนวคิดการพัฒนาหลักสูตรแบบเน้นสมรรถนะ เป็นรูปแบบการพัฒนาหลักสูตรที่มีการเชื่อมโยงองค์ความรู้จากโลกวิชาการ (Academic world) เข้าสู่โลกของการทำงาน (Real World) ซึ่งเป็นแนวโน้มในการพัฒนาหลักสูตรในปัจจุบันที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาหลักสูตรได้ทุกสาขาและทุกระดับ

2. การที่นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนผ่านหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลสาธรรณกัย ผลการประเมินสมรรถนะการพยาบาลสาธรรณกัย แตกต่างจากก่อนใช้หลักสูตรทุกด้าน ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ ซึ่งเป็นผลมาจาก การออกแบบกิจกรรมในหลักสูตรที่มีความหลากหลาย มีความน่าสนใจ เน้นให้ปฏิบัติผ่านกระบวนการเรียนรู้ต่างๆ ไปสู่สมรรถนะเป้าหมายที่พึงประสงค์ ด้วยการลงมือปฏิบัติ กระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในชั้นเรียนส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้เรียน และผู้เรียนกับผู้สอน (Active Learning)⁽¹¹⁾ เรียนรู้แบบร่วมมือ (Collaborative Learning) เพื่อนช่วยเพื่อน มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ใช้ทักษะทางสังคมในการทำงานร่วมกัน มีการวิเคราะห์กระบวนการทำงานกลุ่ม มีการตรวจสอบผลการเรียนรู้เป็นรายบุคคล เรียนรู้ในเรื่องที่สนใจ ศึกษาให้มากที่สุด โดยการช่วยเหลือกันและแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกลุ่มผู้เรียนด้วยกัน โดยครูทำหน้าที่อำนวยความสะดวก กระตุ้นการคิดโดยการตั้งคำถาม⁽¹²⁾ ส่งเสริมการ

สร้างสรรค์ชิ้นงาน (Constructionism) โดยผู้เรียนเป็นผู้สร้าง ออกแบบ และลงมือกระทำด้วยตนเอง (Learning by Doing) ผ่านประสบการณ์จริงจากการศึกษาพื้นที่ในชุมชน สามารถวิเคราะห์บริบทชุมชน วางแผนการพยาบาลและจัดการ ผู้ประสบภัยกลุ่มเสี่ยงได้สอดคล้องความต้องการของพื้นที่ และมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ สามารถสร้างสัมพันธ์กับชุมชนอย่างมีส่วนร่วม สร้างความร่วมมือ ในการเตรียมความพร้อมเพื่อรับสาธารณสุขของชุมชนได้⁽¹³⁾ นอกจากนี้มีข้อสังเกตจากผลการประเมินสมรรถนะการ พยาบาลสาธารณสุขของกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ย หลังการทดลองใช้หลักสูตรในภาพรวมสูงขึ้นเล็กน้อย โดยเฉพาะด้านความรู้ อาจเป็นผลเนื่องมาจากการทดสอบ ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมอาจจำข้อสอบที่ได้ทำในครั้งแรกได้ และเมื่อทำการทดสอบอีกครั้งส่งผลให้คะแนนเฉลี่ย สูงขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องผลกระทบจากการทดสอบ (Testing Effect) ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่แสดงถึง การที่ นักศึกษาได้รับการทดสอบเนื้อหาใดเนื้อหาหนึ่งและสามารถ ที่จะระลึกหรือจดจำเนื้อหานั้นได้ เมื่อมีการทดสอบอีกครั้ง ในช่วงระยะเวลาที่ห่างกัน นักศึกษาที่ผ่านการทดสอบแล้วจะ มีความสามารถในการจดจำเนื้อหาได้ดีกว่า นักศึกษาที่ไม่ ผ่านการทดสอบ ซึ่งการเห็นความสำคัญในเรื่องผลกระทบ จากการทดสอบนี้ให้มีการวิจัยอย่างหลากหลายที่ได้ข้อ ค้นพบที่สอดคล้องกันในเรื่องผลกระทบจากการทดสอบที่มี ต่อการจดจำเนื้อหาและความจำระยะยาวของนักศึกษา^(14,15,16) จึงอาจกล่าวได้ว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง ใช้หลักสูตรเพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อยโดยเฉพาะด้านความรู้ แต่ ข้อสังเกตอีกประการหนึ่ง พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย หลังการทดลองใช้หลักสูตรด้านทักษะและเจตคติ มีคะแนน เฉลี่ยลดลงแม้เพียงเล็กน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ปัญหาการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรปกติที่ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ พบว่า การจัดการเรียนการสอนส่วนใหญ่ยังเป็นการสอน แบบบรรยาย และไม่ได้รับการจัดกระทำที่ส่งเสริมทักษะและ เจตคติทางการพยาบาลสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน ไว้ในหลักสูตร ประกอบกับการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวแต่

ขาดการลงมือปฏิบัติจริง ซึ่งจากทฤษฎี Constructivism ที่มี หลักสำคัญว่า ในการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ให้เกิดความลึกซึ้งได้ นั้น ผู้เรียนต้องเป็นผู้ลงมือกระทำ (Active) และสร้างความรู้ ด้วยตนเองตามแนวคิดเรื่อง Cognitive ของเพียเจต์ (Piaget) และสร้างความรู้จากการได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นตามแนวคิด ของวิกตอว์สกี (Vygotsky) และนอกจากนี้ สมาคมจิตวิทยา แห่งสหรัฐอเมริกาได้ทำการวิจัยและพบว่า หลักการทาง จิตวิทยาจำนวน 14 หลักการมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของ ผู้เรียน ซึ่งหนึ่งในหลักการนั้น คือตัวแปรเกี่ยวกับผู้เรียนเป็น ผู้กระทำ⁽¹⁷⁾ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ The National Training Laboratories in Bethel, Maine ที่ก่อตั้งโดย Kurt Lewin⁽¹⁸⁾ การนำรูปแบบการเรียนรู้แบบต่าง ๆ มาใช้จะทำให้ ผู้เรียนมีความคงทนในการจำได้ (Retention) แตกต่างกัน โดย กิจกรรมต่างกันจะทำให้เราจดจำสิ่งที่เรียนรู้ต่างกันด้วย โดยมีกิจกรรมเป็นกลุ่มๆ การเรียนรู้ ดังนี้ การเรียนรู้ที่ผู้เรียนเป็น ฝ่ายรับ (Traditional Passive) เช่น การอ่าน การฟังบรรยาย หรือการสอนแบบบรรยายซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่เริ่มจากบุคคล อื่นก่อน (Outside – in) หรือเป็นวิธีที่บุคคลเข้าใจสิ่งต่าง ๆ และนำความรู้ที่นั้นมาถ่ายทอดให้ผู้เรียน เปรียบเสมือนการตก ผลึกหรือได้ถูกวิเคราะห์มาแล้วระดับหนึ่งจากผู้อื่นที่มีความรู้ ผู้เรียนจึงเป็นผู้รับมากกว่าเป็นผู้ที่ได้กระทำเอง (active learner) การเรียนรู้ที่ผู้เรียนต้องลงมือปฏิบัติเอง เช่น การ สนทนากลุ่มย่อย การลงมือศึกษาปฏิบัติ และถ่ายสิ่งที่ทำได้ ให้คนอื่น ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่ต้องทำความเข้าใจด้วยตนเอง แล้วจึงสะท้อนออกมาด้วยการปฏิบัติ เป็นการเรียนแบบ เข้าใจจากข้างในตนเองก่อนแล้วจึงถ่ายทอดให้ผู้อื่น ซึ่ง ข้อสรุปที่สำคัญจากงานวิจัยได้พบว่า การจัดกิจกรรมการ เรียนรู้ในหลักสูตรต่างๆ ต้องมีความหลากหลาย สอดคล้อง กับสาระเนื้อหา และเปิดโอกาสให้ผู้เรียนเรียนรู้โดยการลงมือ ปฏิบัติด้วยตนเอง อย่างอิสระ เน้นการเป็นผู้ได้กระทำด้วย ตนเองมากกว่าเป็นผู้รับ ซึ่งเป็นแนวคิดหลักในการพัฒนา กิจกรรมการเรียนรู้ของผู้วิจัยในการพัฒนาหลักสูตรเพื่อ เสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุขสำหรับนัก ศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

1. ในการพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้สอดคล้องกับความต้องการการพัฒนาศักยภาพด้านการพยาบาลสาธารณสุขของวิชาชีพพยาบาล และบริบทความต้องการด้านสุขภาพของสังคม ในปัจจุบันและสอดคล้องกับมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2552 หากวิทยาลัยจะดำเนินการปรับปรุงหลักสูตรควรกำหนดนโยบายโดยให้ความสำคัญกับแนวคิดการพัฒนาหลักสูตรแบบเน้นสมรรถนะ ซึ่งจะประกันคุณภาพ หลักสูตรได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้หรือจ้างงานบัณฑิต

2. ผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับการแสวงหาความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอกทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนหรือรัฐวิสาหกิจ เพื่อให้บัณฑิตนักศึกษาได้มีโอกาสในการเรียนรู้จากโลกของการทำงานจริง ตลอดจนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โครงการต่าง ๆ เพื่อเพิ่มพูนประสบการณ์และเพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงานในโลกของการทำงานในอนาคต

3. ในการนำหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุขซึ่งเน้นสมรรถนะไปใช้ ผู้ใช้ต้องศึกษาหลักการและแนวคิดของหลักสูตรให้ชัดเจน เนื่องจากในการจัดการเรียนรู้ในหลักสูตรที่เน้นสมรรถนะนั้นจะให้ความสำคัญกับการพัฒนาผลการเรียนรู้หรือสมรรถนะของ

ผู้เรียนเป็นสำคัญ อาจารย์หรือผู้สอนแต่ละหน่วยการเรียนรู้ควรศึกษาคำอธิบายรายวิชา กิจกรรมการจัดการเรียนการสอนอย่างละเอียด เพื่อจะได้ทราบว่าในแต่ละหน่วยการเรียนรู้เมื่อเสร็จสิ้นการสอนผู้เรียนจะต้องมีคุณลักษณะอย่างไร เพื่อจะได้กำหนดกลยุทธ์การพัฒนาผลการเรียนรู้และการประเมินผลการเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

4. ผู้บริหารควรให้ภาคชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการเรียนการสอนโดยเฉพาะในรายวิชาที่เกี่ยวกับการสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาโครงการหรือการให้โอกาสนิสิตได้ลงพื้นที่ศึกษาในบริบทที่แท้จริง สถานการณ์จริงของชุมชน

5. ควรทำการศึกษาแนวทางการกำหนดสมรรถนะในการพัฒนาหลักสูตรแบบเน้นสมรรถนะที่มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับบริบทของแต่ละสาขา เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาหลักสูตรหรือปรับปรุงหลักสูตรที่ใช้แนวคิดสมรรถนะเป็นฐาน

6. ควรทำการศึกษาและพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะด้านการพยาบาลสาธารณสุข จำแนกตามประเภทของสาธารณสุข เช่น การพยาบาลสาธารณสุขด้านชีวเคมี ด้านสารกัมมันตรังสี ฯ

7. ควรทำการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องในระยะยาวและเก็บข้อมูลแบบอนุกรมเวลา (Time series) เพื่อทราบถึงพัฒนาการและความคงอยู่ของสมรรถนะด้านการพยาบาลสาธารณสุขในแต่ละองค์ประกอบ

เอกสารอ้างอิง

1. พูลสุข ศิริพูล และสุพัฒนา สักดิฐานนท์. การพยาบาลภาวะพิบัติภัย: สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลไทย. *วารสารสภาการพยาบาล*. ปีที่ 27. ฉบับพิเศษ ตุลาคม-ธันวาคม. หน้า 18-28. (2555).
2. Chapman, K and Arbon, P. Are nurses ready? Disaster preparedness in the acute setting. *Australasian Emergency Nursing Journal* 11: 135-144. (2008).
3. Kako,M., and Mitani,S, (2010). A Literature review of disaster nursing competencies in Japanese nursing. *Journals. Collegian* 17:161-173.
4. Putra,A., Petpichitchian, W., and Maneewat, K. Review: Public Health Nurses Roles and Competencies in isaster Management. *Nurse Media Journal of Nursing*. (2011) . 1(1): 1-14.

5. International Council of Nurses *International Council of Nurses: Disaster Nursing Competencies*. Retrieved, 2014 July 23 , from
(2009). www.icn.ch.
6. สภาการพยาบาล. *สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ*. (2552). เข้าถึงวันที่ 10 มีนาคม 2558. http://www.tnc.or.th/files/2016/09/page-44708/_28294.pdf
7. ภัทริรา ชีรสวัสดิ์. *การพัฒนาหลักสูตรการสื่อสารนวัตกรรม สำหรับนิสิตระดับปริญญาตรีวิทยาลัยนวัตกรรมการสื่อสารสังคม มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.ปริญญาโท กศ.ด. (สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร).* กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.(2553).
8. วีระดา แสงศรี. *ประสบการณ์การจัดการพยาบาลสาธารณสุข ของพยาบาลวิชาชีพสำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย .*
กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, (2550).
9. อุบล ชีเฮง. *บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเจ็บ / ผู้ป่วยฉุกเฉิน. เอกสารการประชุม วิชาการการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน. วันที่ 4-8*
มิถุนายน 2550 ณ โรงแรมวันนา กรุงเทพฯ.(2550).
10. เอมอร ขุนเพชร. *สมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุขจากเหตุการณ์ความไม่สงบตามการรับรู้ของพยาบาลใน โรงพยาบาลชุมชน. สมาคมเวชศาสตร์*
ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย Thai Association for Emergency Medicine. (2552). หน้า158-240.
11. Bonwell, Charles C.; Eison, James A. *Active Learning: Creating Excitement in the Classroom .ERIC. Clearinghouse on Higher Education.*
Washington, DC(1991).
12. ทิสนา แฉมนิ. *ศาสตร์การสอน : องค์ความรู้เพื่อการจัดการกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่ง*
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2550).
13. วรวรรณ์ ทิพย์วารีรัมย์. *บทบาทพยาบาลสาธารณสุขกับการจัดการพิบัติภัยทางธรรมชาติ. Journal of Public Health Nursing. September –*
December 2012 Vol. 26 No.3.: 119-131. (2555).
14. Rodiger, H.L.,III. and A.C. Butler The critical role of retrieval practice in long –term retention .*Trends in Cognitive Science. .(2011) . 15(1):20-*
27.
15. Rodiger, H.L.,III. and Karpicke , J.D Taking memory tests improves long –term retention. *Psychological Science. .(2009). 17(3):249-255.*
16. Campbell ;& Stanley. *Experimental ang Quasi – Experimental Design for research .Chicago: Read McNally & Company. (2009).*
17. สุรางค์ ไก่หวัดระกูล. *จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*(2553).
18. Bennett,D. *The Bethel Journals Benthels Maine History. (2011).*Retrieved, 2014 September 20. from
http://www.thebetheljournals.info/NTL/NTL_Bethel.pdf.

ประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขภาพที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และวัฒนธรรมพื้นบ้านหมอลำต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุบ้านหนองโสน ตำบลหนองโสน อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์

Effectiveness of Health Education Program Applying Self-Efficacy Theory, Social Support and MohLum Folk Culture for Oral Health Care Behavior Among The Elderly at Ban Nongsano, Nongsano Sub-district, Nangrong District, Buriram Province

วันเฉลิม รัตพร¹, วิสูตร ทองวรรณ¹, สุพัตรา วัฒนเสน², นันทิยา รัมณิย์รัตนากุล³

Wanchaloem Rattaporn¹, Vitsarud Thongwan¹, Supatra Watthanasaen²,

Nantiya Rammaneerattanakul³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และวัฒนธรรมพื้นบ้านหมอลำต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุบ้านหนองโสน ตำบลหนองโสน อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างมาศึกษา 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 42 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.70- 0.85 และ แบบตรวจปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแจกแจงความถี่ การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภายในกลุ่มใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ Dependent t-test และ Wilcoxon signed rank test ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนระหว่างกลุ่มใช้สถิติ Independent t-test และ Mann-whitney U test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ เจตคติ การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) และกลุ่มทดลองมีอนามัยช่องปากดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

คำสำคัญ : การรับรู้ความสามารถตนเอง, แรงสนับสนุนทางสังคม, วัฒนธรรมพื้นบ้านหมอลำ, ผู้สูงอายุ

Abstract

This quasi-experimental research aimed of study the effectiveness of Health Education Program applying Self-Efficacy Theory, Social Support and MohLum folk culture for oral health care behavior among the elderly at Ban Nongsano, Nongsano Sub-district, Nangrong District, Buriram Province. The samples were 84 elderly people divided into two groups namely, experimental and comparative groups. Each group consists of 42 elderly. Data were collected by questionnaires with reliability of 0.70 to 0.85 and plaque index records. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Estimated data for comparative scores were analyzed by Dependent t-test, Wilcoxon signed rank test, Independent t-test and Mann - whitney U test at 0.05 level of significance.

The main results were as follows: After experiment, the experimental group gained a high score of knowledge about oral health, perception on self - capacity, expected outcome of self - practice, oral health care attitudes, and practices became better after the experiment at significance level of 0.05 (p-value<0.001). Also experimental group showed better progress than the comparative group as it was evidently shown with improve plaque index at significance level of 0.05 (p-value<0.001)

Keywords: self efficacy, social support, Moh Lum folk culture, elderly

¹ นักศึกษาปริญญาตรี หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

² อาจารย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

³ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์

บทนำ

ผู้สูงอายุ ตามนิยามในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 หมายถึงบุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย⁽¹⁾ ในประเทศไทยมีจำนวนสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในอัตราส่วนที่รวดเร็ว จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุครั้งที่ 5 พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.8 จำนวน 4,011,854 คน ในปี พ.ศ.2537 เป็นร้อยละ 14.9 จำนวน 10,014,705 คน ในปี พ.ศ.2557 ⁽²⁾ ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุนับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2559จนถึงวันที่ 19กรกฎาคม พ.ศ.2559 เป็น 10,806,909คน จากจำนวนประชากรทั้งประเทศ 65,335,050คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 16.54 ของประชากรทั้งหมด⁽³⁾ จะเห็นว่าประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

ปัญหาโรคในช่องปากเป็นปัญหาที่พบมากในประชากรทุกวัยธรรมชาติการเกิดโรคในช่องปากจะมีพัฒนาการไปตามช่วงวัยเริ่มจากปัญหาการเกิดโรคฟันผุในกลุ่มเด็กเยาวชนจนกระทั่งนำไปสู่ปัญหาการสูญเสียฟันในวัยทำงานและผู้สูงอายุ⁽⁴⁾ หากเกิดปัญหาสุขภาพในช่องปากขึ้น ก็จะมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตทั้งทางร่างกายจิตใจ และสังคม

จากการสำรวจสภาวะช่องปากผู้สูงอายุบ้านหนองโสน ตำบลหนองโสน อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ในเบื้องต้นโดยผู้วิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาปริทันต์อักเสบสูงถึงร้อยละ 68.9 โดยร้อยละ 28.9 เป็นโรคปริทันต์อักเสบที่อยู่ในระดับรุนแรงมาก (มีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มม.ขึ้นไป) ปัญหาโรคฟันผุสูง ถึงร้อยละ 77.8 และมีอนามัยช่องปากที่ไม่ดี (Plaque index = 2.55) นอกจากนี้จากการสำรวจพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 57.1) การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 71.4)และจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมทำให้ทราบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ส่วนผู้สูงอายุที่ได้รับรู้จะได้รับการฟังหรือแนะนำเมื่อเข้ารับการรักษาทางทันตกรรมเท่านั้นและผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการเอาใจใส่จากคนใกล้ชิด

ครอบครัวเท่าที่ควร ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่ตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองจะสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากข้างต้นได้ โดยใช้หลักการเพิ่มความหวังในความสามารถและผลลัพธ์ของการกระทำร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม จะเห็นได้จากการศึกษาของ กฤษณี จันทนะ (2551) ⁽⁵⁾ ที่ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลรักษาฟันของผู้สูงอายุในโครงการฟันเทียม พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น แต่ทั้งนี้การที่จะทำให้เกิดผลอันเนื่องมาจากทฤษฎีต่างๆ ต้องอาศัยภาษาหรือสื่อที่เหมาะสมต่อบริบทของพื้นที่และวัฒนธรรมของแต่ละกลุ่มคน การนำวัฒนธรรมพื้นบ้าน โดยเฉพาะหมอลำมาประยุกต์ใช้ในรูปแบบสื่อการสอนก็เป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่มีความเหมาะสม ประหยัด และได้ผลดี จะเห็นได้จากการศึกษาของ วรางคณา ศรีภูงษ์ และคณะ (2556)⁽⁶⁾ ที่ศึกษาโปรแกรมการประยุกต์ระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการใช้สื่อหมอลำพื้นบ้านต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุของกลุ่มเสี่ยง พบว่าประชาชนมีความใส่ใจ ตระหนักในการซึมซับเนื้อหาจากบทกลอนลำ และสามารถนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการใช้สื่อหมอลำพื้นบ้าน มาจัดสร้างโปรแกรมทันตสุขภาพใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุบ้านหนองโสนตำบลหนองโสน อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมและมีอนามัยช่องปากที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถเก็บรักษาฟันที่ใช้งานได้ในช่วงปากและทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และวัฒนธรรมพื้นบ้านหมอลำต่อ

พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุบ้านหนอง
โสน ตำบลหนองโสน อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น และกลุ่มเปรียบเทียบดำเนินชีวิตแบบปกติ เก็บข้อมูล 2 ครั้ง วกก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest posttest) ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์ ระหว่างเดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2559

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง คือผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในบ้านหนองโสน ตำบลหนองโสน อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ คือผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในบ้านโคกไม้แดงตำบลบ้านสิงห์ อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มละ 42 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายใช้วิธีจับสลากคัดเลือก โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ เช่น การได้ยิน การมองเห็น การพูด และเป็นผู้ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาตลอดระยะเวลาการศึกษา

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณหาขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันสำหรับการทดสอบแบบทางเดียว ดังนี้⁽⁷⁾

$$n/\text{กลุ่ม} = \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\Delta^2}$$

เมื่อ n คือ ตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% $\alpha=0.05$

Z_α คือ ค่าสถิติของการแจกแจงปกติมาตรฐาน =1.65

อำนาจการทดสอบ 80% $\beta=0.20$

Z_β คือ ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่กำหนดให้ =0.84

Δ คือ ผลต่างของค่าเฉลี่ย =1.63

σ^2 คือ ค่าความแปรปรวนร่วม =7.4324

โดยผลต่างของค่าเฉลี่ยและค่าความแปรปรวนร่วมได้มาจากการศึกษาของ อนิสรา พลยูง2552ที่ศึกษาเรื่องผลของ

โปรแกรมทันตสุขภาพศึกษาต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคปริทันต์ในผู้ป่วยเบาหวาน

ได้ขนาดตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่ม

เปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายจึงคำนวณปรับเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 42 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ เจตคติ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านมีค่าอยู่ระหว่าง 0.66-1 มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ KR 20 ในแบบวัดความรู้มีค่าเท่ากับ 0.7 ส่วนแบบวัดการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ เจตคติ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ใช้ Cronbach's α Coefficient ได้ค่า 0.7 0.85 0.84 และ 0.74 ตามลำดับ

2. โปรแกรมทันตสุขภาพที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และวัฒนธรรมพื้นบ้านหมอลำเพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น จัดกิจกรรม 8 สัปดาห์ โดยมีแผนจัดกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 สร้างองค์ความรู้ เจตคติที่ดี โดยการให้ความรู้ประกอบบอร์ดให้ความรู้ โมเดลไข่มุก (ไข่อธิบายโรคฟันผุโดยใช้ไข่มุกเปรียบเทียบแทนระยะการผุของฟัน) หมอลำพื้นบ้าน

กิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 สร้างองค์ความรู้ เจตคติ ความคาดหวังในผลลัพธ์ การรับรู้ความสามารถตนเอง การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับการแปรงฟัน โดยการให้ความรู้ประกอบบอร์ดให้ความรู้ หมอลำพื้นบ้าน สาธิตการแปรงฟันและฝึกแปรงฟันที่ถูกต้องวิธี

กิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 สร้างองค์ความรู้ เจตคติ ความคาดหวังในผลลัพธ์ การรับรู้ความสามารถตนเอง การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับการตรวจประเมินช่องปากของตนเองและผู้อื่น โดยการให้ความรู้ประกอบบอร์ดให้

ความรู้ สาธิตการตรวจประเมินช่องปากและฟัน
ประเมินช่องปาก

กิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 สร้างความคาดหวังใน
ผลลัพธ์ การรับรู้ความสามารถตนเอง และทบทวนความรู้
โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ สรุปความรู้ นำเสนอ
ผลงาน และเสนอตัวแบบ

กิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5-7 สร้างกำลังใจ กระตุ้น
เสริมความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก
โดยการออกเยี่ยมบ้านของคณะผู้วิจัยร่วมกับเจ้าพนักงาน
ทันตสาธารณสุขในพื้นที่และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

กิจกรรมในสัปดาห์ที่ 8 สร้างกำลังใจ กระตุ้น
เสริมความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก
โดยการพูดให้ความรู้ พูดให้กำลังใจจากเจ้าพนักงานทันต
สาธารณสุขในพื้นที่และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

3.เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนของ
อนามัยช่องปากผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบตรวจปริมาณแผ่น
คราบจุลินทรีย์ของ Silness and Loe⁽⁸⁾ โดยก่อนการลงเก็บ
ข้อมูลได้มีการปรับมาตรฐานระหว่างผู้วิจัย 2 คนกับทันต
แพทย์ (Inter-examiner) ได้ค่าความพ้อง (Kappa) คนที่ 1
และคนที่ 2 เท่ากับ 0.822 0.819 ตามลำดับ ส่วนค่าความ
พ้องในตัวผู้วิจัย (Intra-examiner) คนที่ 1 มีค่าเท่ากับ 0.878
และคนที่ 2 มีค่าเท่ากับ 0.845

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)
วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแจกแจงความถี่

2.สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)
เปรียบเทียบคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง
ความคาดหวังในผลลัพธ์ เจตคติ การปฏิบัติตัว อนามัยช่อง
ปาก ภายในกลุ่ม ก่อน-หลังการทดลองข้อมูลที่มีการ
ตาราง 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก
ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test (n=42)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		95%CI	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.		
การรับรู้ความสามารถตนเองในกลุ่มทดลอง						
-การรับรู้ความสามารถตนเอง	19.60	3.92	30.50	1.58	9.68 ถึง 12.23	<0.001
-ความคาดหวังในผลลัพธ์	20.90	3.08	27.70	2.75	5.85 ถึง 7.72	<0.001

กระจายเป็นปกติใช้ Dependent t-test ข้อมูลที่มีการกระจาย
ไม่ปกติใช้ Wilcoxon signed rank test ส่วนการ
เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มข้อมูลที่มีการกระจายเป็นปกติใช้
Independent t-test ข้อมูลที่มีการกระจายไม่ปกติใช้ Mann-
Whitney U testทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยผ่านการ
รับรองพิจารณาจากคณะวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการ
สาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่การรับรอง
SCPHKK 2016 - 075

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่ม
เปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เฉลี่ยอายุอยู่ระหว่าง 66
- 67 ปี ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพ
เกษตรกรเป็นหลัก ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีปัญหา
สุขภาพช่องปากร้อยละ 73.8 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีปัญหา
สุขภาพช่องปากร้อยละ 61.9 โดยก่อนการทดลองทั้ง 2
กลุ่ม ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากร้อย
ละ 85.7 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีปัญหาสุขภาพช่อง
ปากลดลงเหลือร้อยละ 69 และกลุ่มทดลองทุกคนได้รับ
ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากจากคณะผู้วิจัย เจ้า
พนักงานทันตสาธารณสุขในพื้นที่ และอาสาสมัครประจำ
หมู่บ้าน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีปัญหาสุขภาพช่องปาก
เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 88.1 และไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร
เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากลดลงเป็นร้อยละ 73.8 การ
เปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความ
คาดหวังในผลลัพธ์ เจตคติ และการปฏิบัติตัวได้กล่าวดัง
รายละเอียดต่อไปนี้

พฤติกรรมกรดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มทดลอง						
-ความรู้	4.50	2.10	10.45	1.1	5.30 ถึง 6.60	<0.001
-เจตคติ	23.43	3.93	32.50	2.19	8.04 ถึง 10.10	<0.001
-การปฏิบัติตัว	22.45	3.81	32.29	1.97	8.79 ถึง 10.87	<0.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จะเห็นว่าในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตัว หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

ตาราง 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมกรดูแลสุขภาพช่องปาก อนามัยช่องปากก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test (n=42)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	Z	p-value
	Median	Median		
การรับรู้ความสามารถตนเองในกลุ่มเปรียบเทียบ				
-การรับรู้ความสามารถตนเอง	17.50	17.50	-0.157	0.875
-ความคาดหวังในผลลัพธ์	18	19.5	-1.266	0.205
พฤติกรรมกรดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มเปรียบเทียบ				
-ความรู้	5	5	-1.121	0.262
-เจตคติ	25	24.5	-1.931	0.053
-การปฏิบัติตัว	20.5	20.5	-0.586	0.558
อนามัยช่องปาก				
-อนามัยช่องปากในกลุ่มทดลอง	3	1.5	-5.625	<0.001
-อนามัยช่องปากในกลุ่มเปรียบเทียบ	2.75	3	-2.923	0.003

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนค่ามัธยฐานของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ ความรู้ เจตคติการปฏิบัติตัวในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน

นอกจากนี้ พบว่าค่ามัธยฐานอนามัยช่องปากในกลุ่มทดลองหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) และค่ามัธยฐานอนามัยช่องปากในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีอนามัยช่องปากลดลง

ตาราง 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=42)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=42)		95%CI	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.		
- เจตคติก่อนทดลอง	23.43	3.93	25.31	3.17	0.33 ถึง 3.43	0.246
-การปฏิบัติตัวก่อนทดลอง	22.54	3.81	21.52	4.34	-0.84 ถึง 2.70	0.300

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อนามัยช่องปากระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Mann-withney U test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	Z	p-value
	Median (n=42)	Median (n=42)		
การรับรู้ความสามารถตนเอง				
-การรับรู้ความสามารถตนเองก่อนทดลอง	19	17.5	-1.333	0.182
-การรับรู้ความสามารถตนเองหลังทดลอง	31	17.5	-7.857	<0.001
-ความคาดหวังในผลลัพธ์ก่อนทดลอง	21	18	-2.767	0.006
-ความคาดหวังในผลลัพธ์หลังทดลอง	29	19.5	-6.952	<0.001
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก				
-ความรู้ก่อนทดลอง	5	5	-1.522	0.128
-ความรู้หลังทดลอง	10.5	5	-7.581	<0.001
-เจตคติหลังทดลอง	33	24.5	-7.290	<0.001
-การปฏิบัติตัวหลังทดลอง	32	20.5	-7.803	<0.001
อนามัยช่องปาก				
-อนามัยช่องปากก่อนทดลอง	3	2.75	-0.300	0.764
-อนามัยช่องปากหลังทดลอง	1.5	3	-7.701	<0.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

และจากตาราง 4 พบว่าค่ามัธยฐานของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้ อนามัยช่องปากระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน ค่ามัธยฐานของคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนค่ามัธยฐานของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตัว หลังการทดลองในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) และอนามัยช่องปากหลังการทดลองในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ พบว่า หลังการได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพกลุ่มทดลองมีความรู้

มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงเกิดจากกระบวนการให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพช่องปาก การดูแลสุขภาพช่องปากโดยวิธีการบรรยายผ่านบอร์ดให้ความรู้ โมเดลไข่ไก่ และใช้สื่อวัฒนธรรมพื้นบ้านหมอลำ การซักถามเมื่อมีข้อสงสัย อีกทั้งการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมตามทฤษฎีของ House (1981)⁽⁹⁾ ก็ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากดีขึ้นตามที่ ประกาย จิโรจน์กุล (2530)⁽¹⁰⁾ กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษฎนิ จันทะนะ (2551)⁽⁵⁾ ที่ศึกษาผลของการมีส่วนร่วมการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลรักษาฟันของผู้สูงอายุในโครงการฟันเทียมพระราชทานจังหวัดนครพนมพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคและปัญหาที่เกิดขึ้นในช่องปาก เพิ่มขึ้น

จากก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) อีกทั้งการนำเอาวัฒนธรรมพื้นบ้านหมอลำมาประยุกต์ใช้ในการให้ทันตสุขศึกษาก็เป็นที่ชื่นชอบของกลุ่มทดลองเป็นผลให้เกิดความเข้าใจในเนื้อหาได้ดีขึ้นจะเห็นได้จากบทสัมภาษณ์บางตอนของกลุ่มทดลอง กล่าวว่า “หมอลำพื้นบ้านเฮามันกะดี เอ็ดให้คนเผ่าม่วนเข้าใจเนื้อหาที่สอนได้ง่ายขึ้น รู้เรื่องดีกว่าเก่าเค้” สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรรัตน์ ประเสริฐไทย (2544)⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานโดยใช้สื่อหมอลำเสริม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับสื่อเพลงหมอลำเสริม มีความรู้ในการดูแลสุขภาพดีกว่าก่อนการให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การรับรู้ความสามารถตนเองจากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า หลังการได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สาเหตุการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถตนเองเป็นไปตามทฤษฎีของ Bandura (1994)⁽¹²⁾ โดยอาศัยกระบวนการเสนอตัวแบบสุขภาพฟันดี (การเล่าประสบการณ์ที่ทำให้สุขภาพช่องปากดี) กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์การชักจูงด้วยคำพูด การกระตุ้นเสริมทางอารมณ์ด้วยการนำสื่อวัฒนธรรมพื้นบ้านหมอลำมาใช้ และการได้ฝึกปฏิบัติจริง สอดคล้องกับการศึกษาของ วรางคณา ศรีภูวงษ์ และคณะ (2556)⁽⁶⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ระบบเฟ้ระวังพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับการใช้สื่อหมอลำพื้นบ้านต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) และการศึกษาของ สุดทัย พลแสน (2554)⁽¹³⁾ ที่ศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมความสามารถตนเองสูงกว่าก่อน

ทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในการเปรียบเทียบคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ พบว่า หลังการได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพกลุ่มทดลองมีความคาดหวังในผลลัพธ์มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งการเปลี่ยนแปลงความคาดหวังในผลลัพธ์เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพช่องปากที่ดีของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เป็นไปตามทฤษฎีของ Bandura (1994)⁽¹²⁾ โดยความคาดหวังในผลลัพธ์จะเกิดขึ้นควบคู่ไปกับการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถตนเอง เห็นได้จากการศึกษาของ ขนิษฐา จำปาสม (2556)⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพที่ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการดูแลรักษาฟันปลอมทั้งปากของผู้สูงอายุ พบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีความคาดหวังในผลลัพธ์การปฏิบัติตัวในการดูแลรักษาฟันปลอมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) และการศึกษาของ ดวงสมร นิลदानนท์และจุฬารักษ์ โสตะ (2553) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนและกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ พบว่า หลังการทดลองความคาดหวังในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ในด้านเจตคติ พบว่า หลังการได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพกลุ่มทดลองมีเจตคติมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงเกิดจากกระบวนการให้ความรู้โดยวิธีการบรรยายผ่านบอร์ดให้ความรู้ โมเดลไข่ไก่ และจากกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์การชักจูงด้วยคำพูด การกระตุ้นเสริมทางอารมณ์ด้วยการนำสื่อวัฒนธรรมพื้นบ้านหมอลำมาใช้ จะเห็นได้จากบทสัมภาษณ์บางตอนของกลุ่มทดลองที่กล่าวว่า “เอาหมอลำมาเอ็ดแบบนี้มันดีเค้ แต่ก่อนรู้สึกว่บ่แบ่งกะได้บ้วนปากเอาสื่อๆกะพอ เคียวนี้บ่ได้แล้ว” หมายถึง การนำเอาหมอลำมาประยุกต์ใช้ในการให้

ความรู้เป็นสิ่งที่ดี แต่ก่อนรู้ดีกว่าการแปร่งฟันเป็นเรื่องที่ไม่สำคัญ ไม่แปร่งฟันก็ได้ ปัจจุบันไม่แปร่งฟันไม่ได้แล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของ สมศรี บุญมี (2544)⁽¹⁵⁾ ที่ศึกษาผลการใช้สื่อพื้นบ้านในการให้รู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แก่ประชาชนในจังหวัดสุรินทร์โดยสื่อที่ใช้คือ เพลงลูกทุ่ง หมอลำ ลิเก กันตรึมสปอตโทรทัศน์ การสัมภาษณ์พิเศษ พบว่าก่อนและหลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีทัศนคติเรื่องโรคเอดส์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า หลังการได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นผลจากการนำเอาสื่อวัฒนธรรมพื้นบ้านหมอลำมาใช้ให้ความรู้ในกลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงและเข้าใจเนื้อหาที่สอนได้ดีขึ้น สนุกสนานกับกิจกรรม อีกทั้งการฝึกปฏิบัติจริง การเสนอตัวแบบสุขภาพฟันดี กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์จะทำให้เกิดการรับรู้ถึงความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น นำไปสู่การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้นตามไปด้วย จะเห็นได้จากการศึกษาของ ขนิษฐา จำปาสม (2556)⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพฟันปลอมของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพฟันปลอมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) การศึกษาของ อมรัตน์ ประเสริฐไทย (2544)⁽¹¹⁾ ศึกษาผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพฟันผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานโดยใช้สื่อเพลงหมอลำเสริม พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มที่ได้รับความรู้โดยใช้สื่อเพลงหมอลำเสริม มีความรู้และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพหลังการให้ความรู้ดีกว่าก่อนการให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนอนามัยช่องปาก พบว่า หลังการได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพกลุ่มทดลองมีอนามัยช่องปากดีกว่า

ก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่าทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองจะช่วยให้เกิดการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากขึ้นด้วยกระบวนการเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ นอกจากนี้การเข้าใจเนื้อหาที่สอนได้ดีขึ้น การได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมก็จะช่วยเสริมให้เกิดการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีด้วย เป็นเหตุให้เกิดอนามัยช่องปากที่ดีตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา วงษ์สุโท (2556)⁽¹⁶⁾ ได้ประยุกต์ใช้แบบบันทึกรายการอาหารร่วมกับสื่อพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนผู้ที่มีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ในระดับมากและปานกลางลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณี จันทนะ (2551)⁽⁵⁾ ที่ศึกษาผลของการมีส่วนร่วม การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลรักษาฟันของผู้สูงอายุใน โครงการฟันเทียมพระราชทานจังหวัดนครพนมพบว่า หลังการทดลองปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) และการศึกษาของ ประภัศร ลือโสภา (2556)⁽¹⁷⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์การเฝ้าระวังตนเองทางทันตสุขภาพร่วมกับการดูแลโดยกลุ่มเพื่อนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า หลังการทดลองผลการตรวจแผ่นคราบจุลินทรีย์ในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรนำวัฒนธรรมพื้นบ้านหมอลำมาประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ร่วมกับใช้สื่อในการให้ความรู้อื่น ๆ และหากจะเลือกนำวัฒนธรรมพื้นบ้านไปประยุกต์ใช้ควรเลือกให้เหมาะสมกับพื้นที่ เหมาะสมกับบุคคล ภาษาและเหมาะสมกับวัฒนธรรมในพื้นที่นั้นๆด้วย จึงจะทำให้เกิดผลของการนำวัฒนธรรมพื้นบ้านมาใช้ได้อย่างเต็มที่สูงสุด

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพ ควรมีการเสนอตัวแบบสุขภาพที่ดี มาเล่าประสบการณ์ที่ทำให้สุขภาพช่องปากดี ร่วมกับมีกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์การชักจูงด้วยคำพูด การกระตุ้นเสริมทางอารมณ์ และการได้ฝึกปฏิบัติจริง

3. ควรใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยเน้นให้บุคคลที่ใกล้ชิด คนในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุให้เห็นความสำคัญและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพช่องปากมากขึ้น และหากมีการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอาจให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดตามมาเข้าร่วมกิจกรรมด้วย

4. ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองเหมาะกับการนำมาใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุเพราะกระบวนการที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไม่ซับซ้อน สามารถประยุกต์กิจกรรมได้หลากหลายทำให้เกิดความสนุกสนานไม่น่าเบื่อ

5. ควรมีการศึกษาในลักษณะเชิงคุณภาพเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนและควรมีการศึกษาแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อจะได้แก้ไขปัญหาและพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนการวิจัย ขอขอบคุณ ผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำแนะนำในการตรวจแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำเครื่องมือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้สูงอายุบ้าน โกลไม้แดงและบ้านหนองโสน ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัยด้วยดีเสมอมา ขอขอบคุณนางนาคหทัย เป็นทอง และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนางรองทุกท่านที่ให้การสนับสนุนในการออกเก็บข้อมูลจนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เทพเพื่อวนิสย์. มปป.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557. เก็บที่เซิร์ฟเวอร์เน็ตเวิร์กสำนักงานสถิติแห่งชาติ กรุงเทพฯ, 2557.
- มหาวิทยาลัยมหิดล. มิเตอร์ประเทศไทย. URL <http://www.thailandometers.mahidol.ac.th/> สืบค้นเมื่อ(19/กรกฎาคม/2559).
- สำนักงานทันตสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขประจำปี 2557. URL
- กฤษณี จันทะนะ. ผลของการมีส่วนร่วม การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลรักษาฟันของผู้สูงอายุในโครงการฟันเทียม พระราชทานจังหวัดนครพนม. มหาวิทยาลัยมหาสารคามมหาสารคาม, 2551.
- วรางคณา ศรีภูวงษ์ และคณะ. “ผลของโปรแกรมการประยุกต์ระบบเฟ้รางวัลพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการใช้สื่อหมอลำพื้นบ้านต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุของกลุ่มเสี่ยง ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม”. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 6(2) : 69-79, 2556.
- อรุณ จิรวัดกุล. ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. คลังนานาวิทยาขอนแก่น, 2547.
- Silness J, Loe H. “Periodontal disease in pregnancy. II. Correlation between oral Hygiene and periodontal condition”. *Acta Odontol Scand.* 22 : 121-35, 1964.
- House, J. S. *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison- Wesley. 1981. <http://dental.anamai.moph.go.th/elderly/2557/GuidelineDOH57.pdf> สืบค้นเมื่อ(23/กรกฎาคม/2559).
- ประกาย จิโรจน์กุล. แนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ และการนำมาใช้. พิมพ์ครั้งที่ 1. โครงการสวัสดิการ สถาบันพระบรมราชชนก นนทบุรี, 2530.
- อมรรัตน์ ประเสริฐไทย. ผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานโดยใช้สื่อเพลงหมอลำเสริม. มหาวิทยาลัยบูรพาชลบุรี, 2544.
- Bandura, A. (1994). *Self-efficacy*. URL <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/BanEncy.html> สืบค้นเมื่อ(4/พฤษภาคม/2560).
- สุดทัย พลแสน. ผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลสวาย อำเภอมืองจังหวัดสุรินทร์. มหาวิทยาลัยมหาสารคามมหาสารคาม, 2554.

14. ขนิษฐา จำปาสม. ผลของโปรแกรมทันตศึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแลรักษาฟันปลอมทั้งปากของผู้สูงอายุอำเภอหนองแวง จังหวัดขอนแก่น.มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น, 2556.
15. สมศรี บุญนิ.ผลของการใช้สื่อพื้นบ้านในการให้ศึกษาเรื่องโรคเอดส์แก่ประชาชนในจังหวัดสุรินทร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ,2544.
16. สุพัตรา วงษ์สุทโธ. การประยุกต์ใช้แบบบันทึกรายการอาหารร่วมกับสื่อพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 35-44 ปี ตำบลศรีวิไล อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ.มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาสารคาม, 2556.
17. ประภัศสร ลือโสภา. ผลของโปรแกรมประยุกต์การเฝ้าระวังตนเองทางทันตสุขภาพพร้อมกับการดูแลโดยกลุ่มเพื่อนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในตำบลสระบัวอำเภอปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาสารคาม, 2556.

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

PATIENT CARE FOR STROKE SURVIVORS OF HEALTH PERSONNEL AT BANPHAI -
NONSILA CONTRACTING UNIT FOR PRIMARY CARE IN KHON KAEN PROVINCE

ลักษณาพรณ แก้วมูลมุข¹ สุวิทย์ อุดมพานิชย์²

Luxsanaphan Kaewmunmuk¹ Suwit Udompanich²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 248 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) จำนวน 164 คน และสนทนากลุ่มจำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม ซึ่งแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.96 ดำเนินการเก็บข้อมูล ในระหว่างวันที่ 20 มีนาคม 2560 ถึงวันที่ 20 เมษายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการหาค่าสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิติอนุमानหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ระดับปัจจัยการบริหาร และระดับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.66 (S.D. = 0.45), 3.99 (S.D. = 0.46) ตามลำดับ คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ด้านอายุมีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางลบกับการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.253$, $p\text{-value} = 0.001$) สถานภาพสมรส(คู่) และระดับการศึกษา (ปริญญาโท) มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.196$, $p\text{-value} = 0.012$, $r = 0.180$, $p\text{-value} = 0.0219$ ตามลำดับ) และปัจจัยการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.703$, $p\text{-value} < 0.001$) ตัวแปรด้านการบริหารจัดการ ด้านเทคโนโลยี และด้านเวลา ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 65.3 โดยผลการวิจัยในครั้งนี้ผู้บริหารสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการบริหารจัดการทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

คำสำคัญ: งานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ, ปัจจัยการบริหาร

ABSTRACT

This cross sectional descriptive research aimed to study individual and administrative factor affecting the performance of Public Sector Management Quality Award of sub-district health promoting hospital Director in Khon Kaen province. The samples were 164 personnel randomly selected by Stratified random sampling from the 248 population. This study was collecting both quantitative and qualitative data. Focus group guideline was use to collect the data from 12 people's key informants who can provide intensive information on the topics. The questionnaire was examined and verified by the three experts for content validity Item objective congruence all item more than 0.50 and tested for reliability in pilot study Cronbach's Alpha Coefficient was at 0.96 Data collected between March 20st, 2017 - April 20st, 2017. The data distribution was performed by descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation, median, minimum, maximum. The Inferential statistics were Pearson product moment correlation and Stepwise multiple linear regressions.

The results showed that the administrative and the performance of Public Sector Management Quality Award of sub-district health promoting hospital Director in Khon Kaen Province were at high level with averages of 3.66(S.D.=0.45), 3.99(S.D.=0.46).The factor on personal characteristic factor had relationship found to age had low negative relationship with the performance ($r = -0.253$, $p\text{-value} = 0.001$).

¹ นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Marital status (married) and education (master degree) had low positive relationship with the performance ($r = 0.196$, $p\text{-value} = 0.012$, $r = 0.180$, $p\text{-value} = 0.021$). The administrative variable had moderate positive relationship with the performance of Public Sector Management Quality Award of sub-district health promoting hospital director in Khon Kaen province with ($r=0.703$, $p\text{-value}<0.001$) The variable; management, technology, time could predict the performance of Public Sector Management Quality Award of sub-district health promoting hospital director in Khon Kaen Province. at 65.3 percentage. The results of this research the manager can be used planning of resource and support the performance of Public Sector Management Quality Award of sub-district health promoting hospital director in Khon Kaen province.

Keyword: Public Sector Management Quality Award, Administrative

บทนำ

การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ได้กำหนดใน พระราชบัญญัติระเบียบการบริหารราชการแผ่นดิน ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2545 มาตรา 3 /1 บัญญัติไว้ว่า ในการปฏิบัติหน้าที่ของส่วนราชการต้องใช้วิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี โดยผู้ปฏิบัติราชการต้องคำนึงถึงความรับผิดชอบต่อส่วนรวมของประชาชน การตรวจสอบประเมินผลตามภารกิจ และพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 ในมาตรา 12 กำหนดไว้ว่า เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติราชการให้เกิดผลสัมฤทธิ์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (สำนักงาน ก.พ.ร.) อาจเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อกำหนดมาตรการกำกับกับการปฏิบัติราชการ โดยวิธีการข้อตกลง เป็นลายลักษณ์อักษรหรือวิธีการอื่นเพื่อแสดงความรับผิดชอบต่อส่วนราชการ และมาตรา 45 กำหนดให้ส่วนราชการจัดให้มีคณะผู้ประเมินอิสระประเมินผลการปฏิบัติราชการในเรื่องผลสัมฤทธิ์ของภารกิจ คุณภาพบริการ ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ ภารกิจที่คุ้มค่า ทั้งนี้เป็นไปตามวิธีการหลักเกณฑ์ ระยะเวลาที่กำหนด และในปี พ.ศ. 2549 สำนักงาน จึงได้ออกแบบ เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award : PMQA) โดยนำหลักเกณฑ์และแนวคิด The Malcom Baldrige National Quality Award : MBNQA และแนวคิด Thailand Quality Award : TQA มาปรับให้เหมาะสมกับการพัฒนาระบบราชการไทย ต่อมา พ.ศ. 2551 ได้ปรับปรุงสู่เกณฑ์ระดับพื้นฐาน (Fundamental Level) ให้ส่วนราชการนำมาใช้ปีละ 2 หมวด เมื่อดำเนินการครบ 6

หมวด จึงได้มีการตรวจสอบรับรองคุณภาพและให้รางวัลตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2550⁽¹⁾ ต่อมา สถานการณ์ทั้งภายในและภายนอกที่เปลี่ยนไป เป็นโอกาสและความเสี่ยงต่อการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนนโยบาย วิธีการทำงาน เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยปรับเปลี่ยนเกณฑ์ให้ทันสมัยสอดคล้องกับบริบทแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย พ.ศ. 2556 – 2561 ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาองค์กรให้ทันสมัยมีสมรรถนะสูง บุคลากรเป็นมืออาชีพ โดยพัฒนาส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐสู่องค์กรแห่งความเป็นเลิศเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาประเทศไทยที่หน่วยงานทุกระดับต้องนำไปปฏิบัติ โดยอาศัยการประเมินตนเอง เป็นการวิเคราะห์องค์กร⁽¹⁾

การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาองค์กรภาคราชการ ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ประกอบด้วย การนำองค์กร การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ การมุ่งเน้นบุคลากร การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ ผลลัพธ์การดำเนินการโดยใช้เป็นกรอบแนวคิดในการบริหารจัดการให้องค์กรภาครัฐมีกระบวนการและผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดียิ่งขึ้น มีเป้าหมาย คือ ประโยชน์สูงสุดของประเทศชาติและประชาชน วัตถุประสงค์เพื่อยกระดับคุณภาพการทำงาน ให้หน่วยงานใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสู่มาตรฐานสากล ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - พ.ศ. 2559) กระทรวงสาธารณสุข

ได้กำหนดยุทธศาสตร์และนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพมุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพดีแบบองค์รวม เป้าหมายของการพัฒนาระบบสาธารณสุข มุ่งเน้นความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของประชาชน กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี มุ่งพัฒนาระบบบริการ ตั้งแต่ตติยภูมิ ทติยภูมิ และปฐมภูมิ สร้างมาตรฐานเชื่อมโยงทุกระดับโดยใช้การพัฒนากระบวนการเป็นฐานของการทำให้เกิดบริการที่ดีต่อไป⁽²⁾

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีหน้าที่จัดบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นขั้นพื้นฐานที่ได้มาตรฐานซึ่งต้องปฏิบัติงานหลายมิติรวมถึงงานพัฒนาคุณภาพที่เชื่อมโยงทุกมาตรฐานภายใต้นโยบายการบริหารงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ การปฏิบัติงานในฐานะผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้บริหารสำคัญที่ต้องนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ จึงต้องมีการพัฒนาคุณภาพภายใต้ความร่วมมือทุกระดับ เพื่อให้สามารถดูแลประชาชนในพื้นที่ให้เข้าถึงสุขภาพที่ดีขึ้นมา ซึ่งคุณภาพในการดำรงชีวิตที่ดี อยู่อย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐให้ประสบความสำเร็จได้นั้นจะต้องอาศัยปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล คุณลักษณะส่วนบุคคล (Individual Attributes) ได้แก่ ลักษณะประชากร ความสามารถ จิตวิทยา ร่วมกับความพยายามในการทำงาน Schermerhorn, Hunt, & Osborn (2003)⁽³⁾ จากการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข นอกจากนี้ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรได้รับปัจจัยการบริหารที่เพียงพอจึงจะทำให้ภาระหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบรรลุเป้าหมาย โดยมีปัจจัยการบริหาร 6 ประการ ประกอบด้วย 1) คนหรือบุคลากร 2) งบประมาณหรือเงิน 3) วัสดุอุปกรณ์หรือเครื่องมือเครื่องจักร 4) กระบวนการบริหาร 5) เวลา ⁽⁴⁾ และ 6)

เทคโนโลยี ที่เป็ความรู้และการกระทำอย่างเป็นกิจกรรมอย่างระบบ ทั้งด้านอุตสาหกรรม ศิลปะและวิทยาศาสตร์ รวมถึงการนำความรู้ทางเทคโนโลยีมาใช้ประโยชน์ ผู้บริหารควรเลือกใช้ให้เหมาะสมรวดเร็ว แม่นยำ ตามความจำเป็น ⁽⁵⁾

จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 26 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 248 แห่ง มีนโยบายการพัฒนาระบบคุณภาพร่วมกันเพื่อยกระดับมาตรฐานการบริหารและบริการเชื่อมโยงทุกมาตรฐาน ให้เกิดความยั่งยืนโดยใช้ต้นทุนเดิมมาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลสรุปผลการติดตามนิเทศ ปีงบประมาณ 2559 การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ ในปี พ.ศ. 2559 ตัวชี้วัดที่ 301 ระดับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐอยู่ในระดับ 5 จำนวน 26 แห่ง ร้อยละ 100⁽⁶⁾ แต่พบปัญหาขอบเขตการดำเนินงานด้านการนำองค์การ ผลลัพธ์การดำเนินการยังไม่บรรลุเกณฑ์และไม่มีต่อเนื่อง แม้จะเริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ดังนั้นเพื่อเป็นการตอบสนองนโยบายการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริหารจัดการภาครัฐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นจึงได้นำหลักการและแนวทางดำเนินงานมาประยุกต์กับระบบบริหารจัดการของหน่วยงานในสังกัด ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพ ตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 ว่าด้วยการพัฒนาองค์กรให้มีขีดสมรรถนะสูง จากการประกาศนโยบาย ดังกล่าวทำให้นุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ต้องปรับเปลี่ยนและพัฒนาการทำงานและการเรียนรู้เพื่อให้ทราบรายละเอียดลักษณะงาน การปฏิบัติงานชัดเจน มีความเข้าใจ และมีทักษะการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานการบริหารจัดการภาครัฐ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้บริหารจะต้องให้ปัจจัยการบริหารกับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้สามารถปฏิบัติงานได้เต็มที่ ซึ่งหากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีปัจจัยการบริหารที่ดี ส่งผลต่อระดับการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐที่ดีขึ้นด้วย

จากความเป็นมาดังกล่าวข้างต้นจึงนำไปสู่ประเด็นปัญหาการวิจัย ที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาคุณลักษณะ

ส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ตลอดจนปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการปฏิบัติงาน ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาคาดว่าจะ เป็นประโยชน์กับบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปประยุกต์ใช้ และเป็นแนวทางการสนับสนุนองค์การแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง การเก็บข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 248 คน⁽⁶⁾

การคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen (1988)⁽⁷⁾ มีขั้นตอนการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร สูตร

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

$$\text{เมื่อ } \lambda = \lambda_L - \frac{1/v_L - 1/v}{1/v_L - 1/v_U} (\lambda_L - \lambda_U) \dots\dots\dots (2)$$

เมื่อกำหนดให้

$R_{Y.A,B}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุ สำหรับ Full Model ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรจากการศึกษา แรงจูงใจ

และการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู (รติ บุญมาก และประจักษ์ บัวผัน , 2551) ซึ่งเป็นลักษณะงานที่คล้ายคลึงและมีพื้นที่เดียวกันในการทำวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้ค่า $R_{Y.A,B}^2 = 0.63$

$R_{Y.A}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุ สำหรับ Reduce model ($R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.B}^2$) ซึ่งได้ค่า $R_{Y.A}^2 = 0.624$

$R_{Y.B}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุที่เปลี่ยนแปลง (R^2 Change) เมื่อไม่มีตัวแปรที่ต้องการทดสอบ $R_{Y.B}^2 = 0.63$

λ คือ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนตัวแปรอิสระและอำนาจการทดสอบ

w คือ จำนวนตัวแปรอิสระนอกเหนือจากตัวแปรที่ต้องการทดสอบ (เขต A) เท่ากับ 0

u คือ จำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการทดสอบ (เขต B) เท่ากับ 18 ตัวแปร

v คือ ค่าที่ได้จาก $v = N - u - w - 1$

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

$$n = \frac{7.8(1 - 0.63)}{(0.63 - 0.624)}$$

$$n = 163.66 = 164 \text{ คน}$$

ซึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้ต้องใช้ขนาดตัวอย่าง 164 คน

ใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยจัดเรียงรายชื่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทั้งหมด จำนวน 248 คน ตามการเรียงลำดับของอำเภอในจังหวัดขอนแก่น สุ่มอย่างง่ายเพื่อหาตำแหน่งเริ่มต้นของตัวอย่างแรก ได้ตำแหน่งที่ 1 เมื่อได้ตำแหน่งเริ่มต้นแล้วจากนั้นเลือกตัวอย่างในลำดับถัดไป (3,5,7,...In+2) และกลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม 12 คน โดยเลือกบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ดีที่สุด (Key informants) เป็นผู้ที่มีความยินดีและให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถาม (Questionnaire) เกี่ยวกับ ปัจจัย การบริหาร และการปฏิบัติงานของพัฒนาคุณภาพการ บริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่นแบบสอบถามเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า(Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5,4,3,2,1) (Likert , 1967) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยการบริหาร ส่วนที่ 3 เป็นคำถาม เกี่ยวกับการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ ภาครัฐของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น และส่วนที่ 4 เป็นคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ซึ่ง แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดย ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของ เครื่องมือ (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาช (Cronbrach's Alpha Coefficients) ซึ่งได้ค่า ความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.96 การแปลผล คะแนนระดับโดยนำมาจัดระดับ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วง คะแนนเฉลี่ย (สำเร็จ จันทสุวรรณและสุวรรณ บัวทวน, 2547) โดยแบ่งระดับ คือ มากที่สุด(4.50-5.00) มาก(3.50-4.49) ปานกลาง(2.50-3.49) น้อย(1.50-2.49) และน้อยที่สุด (1.00-1.49) โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามในระหว่างวันที่ 20 มีนาคม 2560 ถึง วันที่ 20 เมษายน 2560

2. การสนทนากลุ่ม เพื่อยืนยันข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากงานวิจัยเชิงปริมาณที่พบปัญหา โดย นำประเด็นปัญหาต่างๆมาจากงานวิจัยเชิงปริมาณมาใช้ใน การสนทนากลุ่มเพื่อหาข้อมูลและสาเหตุของปัญหานั้น ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดหัวข้อในการสนทนากลุ่มไว้ 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ประเด็นเกี่ยวกับปัจจัยการบริหาร ส่วนที่ 2 ประเด็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการ บริหารจัดการภาครัฐส่วนที่ 3 ให้กลุ่มตัวอย่างในการ สนทนากลุ่มได้เสนอปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนากลุ่มในวันที่ 20 พฤษภาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูปในการหาค่าสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อย ละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient หรือการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน และการถดถอยพหุแบบขั้นตอน โดยกำหนด ระดับระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามแต่ละคู่ นั้น แบ่งตามเกณฑ์โดยมีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 ซึ่งแบ่งระดับดังนี้

ความสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
ไม่มี	0
ต่ำ	± 0.01 ถึง ± 0.30
ปานกลาง	± 0.31 ถึง ± 0.70
สูง	± 0.71 ถึง ± 0.99
สูงมาก	± 1

การแปลผลระดับปัจจัยบริหารและระดับการ ปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด ขอนแก่น โดยแบ่งตามเกณฑ์ ดังนี้

การแปลผล	ช่วงคะแนน
ระดับมากที่สุด	4.50-5.00
ระดับมาก	3.50-4.49
ระดับปานกลาง	2.50-3.49
ระดับน้อย	1.50-2.49
ระดับน้อยที่สุด	1.00-1.49

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ และได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อ วันที่ 13 มีนาคม 2560 เลขที่ HE 602014.

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 51.2 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 56.7 โดยมีอายุเฉลี่ย 47.28 ปี (S.D.=5.96) อายุต่ำสุด 31 ปี อายุสูงสุด 60 ปี ส่วนมากสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 84.8 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 69.5 มีรายได้อยู่ระหว่าง 30,001-40,000 บาท มากที่สุดร้อยละ 40.2 โดยมีรายได้เฉลี่ย 37,724.73 บาท (S.D.=7,438.03) ส่วนมากมีประสบการณ์ในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นระยะเวลา 1-10 ปี ร้อยละ 61.0 ประสบการณ์ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 36 ปี และเคยได้รับการฝึกอบรมงานพัฒนาคุณภาพคิดเป็นร้อยละ 62.8 ส่วนมากได้รับการฝึกอบรมจำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 66.0 มีคำมรณฐาน 1 ครั้ง ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 4 ครั้ง

2. ระดับปัจจัยการบริหารของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น การศึกษา พบว่า ระดับปัจจัยการบริหารของกลุ่มตัวอย่างพบว่าในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยการบริหารอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.66 (S.D.= 0.45) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดและอยู่ในระดับมาก คือ ด้านการบริหารจัดการ ค่าเฉลี่ย 3.91 (S.D.= 0.52) รองลงมาอยู่ในระดับมาก คือ ด้านเวลา มีค่าเฉลี่ย 3.91 (S.D.= 0.56) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดและอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านบุคลากร มีค่าเฉลี่ย 3.27 (S.D.= 0.67) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านงบประมาณ ค่าเฉลี่ย 3.47 (S.D.= 0.63)

3. ระดับการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.99 (S.D.= 0.46) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ข้อที่มีระดับการปฏิบัติงานสูงที่สุดและอยู่ในระดับมาก คือ การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ ค่าเฉลี่ย 4.03 (S.D.= 0.49) รองลงมาและอยู่ในระดับมาก คือ การนำองค์การ ค่าเฉลี่ย 3.99 (S.D.= 0.52) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดและอยู่ในระดับมาก คือ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ค่าเฉลี่ย 3.96 (S.D.= 0.57) รองลงมาและอยู่ในระดับมาก คือ การมุ่งเน้นบุคลากร ค่าเฉลี่ย 3.97 (S.D.= 0.53)

4. คุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยการบริหาร ที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางลบกับการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.253$, $p\text{-value} = 0.001$) สถานภาพสมรส(คู่) มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.196$, $p\text{-value} = 0.012$) และระดับการศึกษา (ปริญญาโท) มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.180$, $p\text{-value} = 0.021$) แต่เพศ รายได้ ประสบการณ์ในตำแหน่ง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การฝึกอบรมงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยการบริหาร พบว่า ภาพรวมของปัจจัยการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.703$, $p\text{-value} < 0.001$) พิจารณาปัจจัยการบริหารรายด้าน พบว่า ด้านที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุดและมีความสัมพันธ์ระดับสูง คือ ปัจจัยการบริหารด้านการบริหารจัดการ ($r = 0.721$, $p\text{-value} < 0.001$) รองลงมาและมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

คือ ปัจจัยการบริหารด้านเวลา ($r = 0.693, p\text{-value} < 0.001$) ด้านที่มีความสัมพันธ์ระดับต่ำที่สุดและมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ คือ ปัจจัยการบริหารด้านบุคลากร ($r = 0.233, p\text{-value} = 0.003$) รองลงมา มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง คือ ปัจจัยการบริหารด้านงบประมาณ ($r = 0.488, p\text{-value} < 0.001$)

5. คุณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ปัจจัยการบริหาร พบว่า ภาพรวมของปัจจัยการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.703, p\text{-value} < 0.001$) สำหรับปัจจัยการบริหารรายด้าน พบว่า ปัจจัยการบริหารด้านการบริหารจัดการมีความสัมพันธ์ระดับสูง

6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น โดยรวมข้อมูลแบบสอบถามปลายเปิด จำนวน 164 ฉบับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด 43 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 26.22 โดยปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่ คือ ด้านบุคลากร ร้อยละ 48.83 รองลงมาได้แก่ ปัจจัยการบริหารด้านงบประมาณ ร้อยละ 37.21 ส่วนปัญหาอุปสรรคน้อยที่สุดได้แก่ การปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ด้านการจัดการกระบวนการ ร้อยละ 4.25 ส่วนข้อเสนอแนะส่วนใหญ่พบว่า ด้านปัจจัยการบริหารด้านบุคลากร ร้อยละ 41.86 รองลงมาได้แก่ ด้านงบประมาณ ร้อยละ 34.88

สรุปและอภิปรายผล

1. เมื่อพิจารณาระดับปัจจัยการบริหารในการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.66 (S.D.= 0.45) จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทฤษฎีที่

ทางบวกกับการปฏิบัติงานการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.721, p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยการบริหารด้านบุคลากรมีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการปฏิบัติงานการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ($r = 0.233, p\text{-value} = 0.003$) และปัจจัยการบริหารรายด้านที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านงบประมาณ ($r = 0.488, p\text{-value} < 0.001$) ด้านวัสดุอุปกรณ์ ($r = 0.500, p\text{-value} < 0.001$) ด้านเวลา ($r = 0.693, p\text{-value} < 0.001$) และด้านเทคโนโลยี ($r = 0.683, p\text{-value} < 0.001$)

เกี่ยวกับแนวคิดปัจจัยการบริหารมีความสำคัญและจำเป็นต่อการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐให้ประสบความสำเร็จเป็นอย่างมาก ถือเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญต่อการบริหารจัดการทรัพยากรทางการบริหารให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์การอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล⁽⁴⁾ หากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับปัจจัยการบริหารที่เหมาะสม ย่อมส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่หน่วยงานตั้งไว้ ซึ่งสอดคล้องกับที่มีผู้ศึกษาไว้พบว่า ปัจจัยทางการบริหารของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในระดับมาก⁽⁸⁾ เช่นเดียวกับที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยสนับสนุนด้านการบริหารในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมาก^(7,9) แต่การปฏิบัติงานจริงในแต่ละพื้นที่อาจได้รับปัจจัยการบริหารที่แตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ทำให้ผลการศึกษาค้นคว้านี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ระดับปัจจัยการบริหารอยู่ในระดับปานกลาง^(10,11,12)

2. เมื่อพิจารณาระดับการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.99 (S.D.= 0.46) การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาองค์กรหรือส่วนราชการองค์กรเพื่อมุ่งเน้นให้การนำส่วนราชการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีความรับผิดชอบต่องาน ให้ความสำคัญกับประชาชน ผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ปรับปรุงระบบการบริหารจัดการให้มีความสามารถในการปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง ส่งเสริมให้บุคลากรและเครือข่ายมีการพัฒนาตนเอง มีความคิดริเริ่มและเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้เกิดนวัตกรรม ตัดสินใจโดยอาศัยข้อมูลสารสนเทศ อย่างแท้จริง และทำงานโดยมุ่งเน้นผลลัพธ์เป็นสำคัญ ด้วยการประเมินตนเองและการพัฒนาตนเองตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ระดับปัจจัยการบริหารที่อยู่ในระดับมากส่งผลให้การปฏิบัติงานของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับที่มีผู้ศึกษาไว้พบว่าการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมาก^(8, 12, 13) ในการปฏิบัติงานจริงในแต่ละพื้นที่ที่อาจได้รับปัจจัยการบริหารแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ ทำให้ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า การปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง^(10,14,15)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น ปัจจัยการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น ($r = 0.703$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ปัจจัยการบริหารด้านการจัดการมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จังหวัดขอนแก่น($r=0.721$, $p\text{-value}<0.001$)ส่วน ปัจจัยการบริหารด้าน งบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านเวลา และด้านเทคโนโลยีมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น ($r=0.488$, $p\text{-value}<0.001$, $r=0.500$, $p\text{-value}<0.001$, $r=0.693$, $p\text{-value}<0.001$, $r=0.683$, $p\text{-value}<0.001$ ตามลำดับ) ปัจจัยการบริหารมีส่วนสำคัญที่จะสนับสนุนให้การปฏิบัติงานของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ การส่งเสริมปัจจัยการบริหารหรือทรัพยากรการบริหาร เพื่อให้การบริหารงานมีประสิทธิภาพ เพราะประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริหารงานขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์และคุณภาพของปัจจัยทางการบริหาร ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องในระดับเดียวกันกับงานวิจัยที่มีผู้วิจัยไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข^(8,13, 16) เนื่องจากบริบทของแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน รูปแบบของนโยบายและการบริหารที่แตกต่างอาจส่งผลต่อการได้รับการสนับสนุนปัจจัยการบริหารที่แตกต่างกันด้วย ทำให้ผลการศึกษานี้สอดคล้องระดับที่ต่างกับการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข^(14,17)

4. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการผลวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) จาก

การศึกษาพบว่า ตัวแปรอิสระที่ถูกนำเข้าสู่สมการที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 คือ ปัจจัยบริหารด้านการบริหารจัดการ ปัจจัยการบริหารด้านเทคโนโลยี ปัจจัยการบริหารด้านเวลา ($p\text{-value} < 0.001$, $p\text{-value} < 0.001$, $p\text{-value} = 0.001$ ตามลำดับ) โดยรวมตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปรในสมการร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 65.3 ($R = 0.808$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยบริหารด้านการบริหารจัดการมีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข^(9,12,18) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยการบริหารด้านวิธีการจัดการไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข^(8,19) และปัจจัยการบริหารด้านเทคโนโลยีสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ด้านเทคโนโลยีมีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข^(17,19, 20) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยการบริหารด้านเทคโนโลยีไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข^(8,9,10) และปัจจัยการบริหารด้านเวลาสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยการบริหารด้านเวลาไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข^(9,10,17) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยการบริหารด้านเวลาไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข^(8,18,20)

จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยมีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น โดยปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น และถูกเลือกเข้าสู่สมการ คือ ปัจจัยบริหารด้านการบริหารจัดการ ($p\text{-value} < 0.001$) ด้านเทคโนโลยี ($p\text{-value} < 0.001$) และด้านเวลา ($p\text{-value} = 0.001$) โดยรวมตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปรในสมการร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 65.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ตัวแปรด้านการบริหารจัดการ ด้านเทคโนโลยีและ

ด้านเวลา มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข⁽¹⁷⁾ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยการบริหารด้านวิธีการจัดการด้านเทคโนโลยีและด้านเวลาไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข⁽⁸⁾

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรให้ความสำคัญกับการวางแผนการบริหารจัดการทรัพยากรเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากร
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรมีการสนับสนุนการปฏิบัติงานตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐให้มากขึ้น เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันในเนื้อหาบางประเด็น
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพิ่มการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ทางด้านเทคโนโลยีสำหรับหน่วยงานให้มีความเหมาะสมเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพงานทั้งด้านการบริการและการบริหาร
4. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการวางแผนการบริหารจัดการทรัพยากรเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐในหน่วยงาน
5. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารเวลาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ทพ.ดร.สุวิทย์ อุดมพานิชย์ ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาขอพระคุณ คุณสุทัศน์ ดวงตะวงษ์ คุณวงษ์แสนห์ เครื่องฉาย และคุณมนัญชัย รูปคำที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ กราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ประจักษ์ บัวผัน อาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ และคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้ความเมตตา อบรมสั่งสอนให้

ความรู้ในการศึกษาตลอดหลักสูตร และขอบคุณ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด
ขอนแก่นทุกท่าน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกโพธิ์
ไชย เพื่อร่วมงานในสังกัดทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุน

และให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยอย่างยิ่ง และทุกท่านที่มีได้
กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่มีส่วนร่วมให้การทำการศึกษาอิสระ
ฉบับนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานพัฒนาระบบราชการ. (2557). การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ:วิชั่น พรินท์ แอนด์มีเดีย จำกัด.
2. กระทรวงสาธารณสุข. (2557). หลักการบริหารงานทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
3. Schermerhorn, R., Hunt, G., and Osborn, N. (2003). Organizational Behavior. New York: John Wiley & Sons.
4. ประจักษ์ บัวผัน. (2558). หลักการบริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
5. วิรัช สงวนวงศ์วาน. (2554). การจัดการและพฤติกรรมองค์กร. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: วิ.พริน.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. (2559). แนวทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2559 จังหวัดขอนแก่น.
7. Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale, New York.: Lawrence Erlbaum Associates. Pub. 1988.
8. รัชนิกร อะโน, และประจักษ์ บัวผัน. (2558). การดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่นจังหวัด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 8(2), 52-59.
9. พรพิมล จิตธรรมมา, และชนะพล ศรีฤทธา. (2558). การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมงานเพื่อระดมและสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ จังหวัดอุดรธานี. วารสารสำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 6 ขอนแก่น, 22(1), 9-21.
10. อุเทน จินโรจน์ และวิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี. (2557). ลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยในการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 21(1), 63-74.
11. วรณดดา กลิ่นแก้ว และพิรศักดิ์ ศรีฤทธา. (2552). ปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัย มข.(บ.ศ.), 9(3), 28-24.
12. รติ บุญมาก, และประจักษ์ บัวผัน. (2551). แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการภาครัฐของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 8(3), 75-82.
13. อาคม ปัญญาแก้ว, และประจักษ์ บัวผัน. (2554). ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารองค์กรที่มีผลต่อสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัยเขตโซนเหนือ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข, 16(7), 855-863.
14. กาญจนา พิทักษ์วณิชย์ และประจักษ์ บัวผัน. (2559). บรรยากาศองค์กรและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากร โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัย มข. (บัณฑิตศึกษา), 16(1), 90-103.
15. นันทวัน พุฒลา. (2559). คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการสื่อสารในการปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
16. สุกัญญา มีกำลัง, และประจักษ์ บัวผัน. (2553). ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการประเมินผลของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัย มข (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 10(3), 75-82.
17. สมหมาย ชนน้อย. (2558). ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการใช้โปรแกรมระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 7(3), 129-136.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

18. ณัฐพงษ์ ศิลาเหลือง. (2557). ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขใน จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 7(2), 1-8.
19. ญาณิน หนองหารพิทักษ์, และประจักษ์ บัวผัน. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 13(1), 99-111.
20. สุภชัย หมั่นมา, และประจักษ์ บัวผัน. (2557). การบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข, 13(2), 121-132.

ผลของการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปริสธรรมต่อความสุขในการทำงานของ
พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Effects of Nursing Performance Based on the Principles of the Sappurisadhamma on Happiness at
Work of Professional Nurses at a Community Hospital, Surat Thani Province

อรนรินทร์ แท่นอ่อน¹ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย² คุญชร เจือดี³

Ornarin Tanon¹ Premruetai Noimuenwai² Kunchorn Choutee³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อ (1) ศึกษาความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี (2) เปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นของความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพระหว่างก่อนและหลังปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปริสธรรม และ (3) เปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นของความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปริสธรรมและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 20 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองที่ปฏิบัติการพยาบาลตามหลักสัปปริสธรรม และกลุ่มเปรียบเทียบที่ปฏิบัติการพยาบาลตามปกติกลุ่มละ 10 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) คู่มือปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปริสธรรม (2) แบบสังเกตพฤติกรรม การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปริสธรรม (3) แบบสอบถามความสุขในการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูล โดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบที่ใช้มีกลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กัน และสถิติทดสอบที่มีกลุ่มตัวอย่างอิสระต่อกัน

ผลการวิจัยพบว่า (1) ความสุขในการทำงานโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง (2) พยาบาลวิชาชีพหลังปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปริสธรรมมีความสุขในการทำงานเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) (3) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปริสธรรมมีความสุขในการทำงานเพิ่มขึ้นสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

คำสำคัญ: ความสุขในการทำงาน พยาบาลวิชาชีพ หลักสัปปริสธรรม

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were (1) to study the happiness at work of professional nurses at a community hospital, Surat Thani province, (2) to compare an increase of happiness at work of professional nurses who worked based on the principles of the Sappurisadhamma between before and after using the principles of the Sappurisadhamma, and (3) to compare an increase of happiness at work of professional nurses who worked based on the principle of the Sappurisadhamma and professional nurses who worked as usual. The sample consisted of 20 professional nurses working at a community hospital, Surat Thani province. They were selected by purposive sampling with matched-pair by age and randomly selected into an experimental group and a compared group. The instrument of this study include: (1) nursing practice manual by Sappurisadhamma (2) the nursing observation (3) the happiness at work questionnaire was used as a research tool. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, paired t-test, and independent t-test.

The research findings were as follows. 1) Professional nurses rated their happiness at work at the moderate level. 2) After using the principles of the Sappurisadhamma, professional nurses had an increase in their happiness at work statistically higher than before ($p < .05$). Finally, 3) An increase of happiness at work of professional nurses who performed based on the Sappurisadhamma was statistically higher than professional nurses who worked as usual ($p < .05$).

Keywords: happiness at work, professional nurses, Sappurisadhamma

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ornarin3466@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช premruetairat@yahoo.com

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หน่วยพัฒนาและประเมินผล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช kunchon@gmail.com

บทนำ

การทำงานมีความสำคัญต่อชีวิตมนุษย์เป็นอย่างมาก อาจกล่าวได้ว่าการทำงานเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่ปฏิบัติมากกว่ากิจกรรมใดๆ ในการดำรงชีวิต นอกจากปัจจัย 4 ได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค การทำงานเป็นการเปิดโอกาสให้แสดงออกถึงเชาว์ปัญญา ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ อันจะนำมาซึ่งเกียรติภูมิและความพึงพอใจในชีวิต และยังเป็นการสร้างความมั่นคงให้กับตนเอง และครอบครัว รวมไปถึงการมีคุณภาพชีวิตและฐานะทางสังคมที่ดี⁽¹⁾ จึงทำให้คนส่วนมากทุ่มเทเวลาส่วนใหญ่ในชีวิตกับการทำงานเพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้ ความมั่นคงและความสุขในชีวิต ในขณะที่ชีวิตการทำงานของบางคนอาจส่งผลทำให้สภาพร่างกายและจิตใจอ่อนล้าขาดความสุขในการทำงาน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงานเสื่อมถอย ตลอดจนมีคุณภาพชีวิตลดลง

ความสุขเป็นสิ่งที่มนุษย์ต้องการในการดำเนินชีวิต นำมาซึ่งความเบิกบานใจและความพึงพอใจในชีวิตการทำงาน หากบุคคลมีความสุขกับการงานจะส่งผลให้บุคคลมีความมุ่งมั่น ตั้งใจ และเต็มใจที่จะเพียรพยายามทำงานให้สำเร็จ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อองค์กร ความสุขในการทำงานเป็นความสุขที่เกิดภายในจิตใจของบุคคล ที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการทำงานหรือประสบการณ์ของบุคคลในการทำงาน ประกอบด้วย การรับรู้ในงาน มีความกระตือรือร้น มีวินัยในตนเอง รู้สึกตนเองมีคุณค่าและเกิดความภาคภูมิใจ คนทำงานที่มีความสุขนั้น ต้องมีคุณภาพชีวิตการทำงาน ซึ่งคุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับสภาพในการทำงานและสิ่งแวดล้อมในการทำงานรวมทั้งยังครอบคลุมเกี่ยวกับจริยธรรมในการทำงาน ซึ่งคนทำงานทั่วไปมีความปรารถนาให้ตนเองดำเนินชีวิตไปอย่างมีความสุข และคาดหวังว่าจะได้รับสิ่งตอบแทนต่างๆ จากการทำงาน⁽²⁾ ได้แก่ ความต้องการให้มีอาชีพที่มั่นคงและก้าวหน้า ความต้องการทำงานในองค์กรที่มั่นคง ความต้องการได้รับโอกาสในการพัฒนา ได้รับเกียรติ ได้รับการยกย่อง เป็นบุคคลที่มีคุณค่าในองค์กร ได้รับการยอมรับจากบุคคลทุกระดับในที่ทำงาน ได้รับค่าตอบแทน

ที่ยุติธรรม ได้รับสวัสดิการที่พึงพอใจ มีหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงานที่ดี

สังคมไทยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันประชาชนชาวไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งเป็นศาสนาที่มีหลักธรรมคำสอนพุทธมีหลักความเชื่อที่ว่าความสุขและความทุกข์เกิดจากการกระทำของมนุษย์เป็นสำคัญ เป้าหมายของการดำเนินชีวิตในทางพระพุทธศาสนาคือการดำเนินชีวิตอย่างมีสติที่ก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ตนเองและผู้อื่น คำสอนทางพระพุทธศาสนาสอนไว้ว่า สิ่งที่เป็นจุดหมายของการดำเนินชีวิตก็เป็นเรื่องของประโยชน์ที่เกี่ยวเนื่องกับความสุข⁽³⁾ ในศาสนาพุทธมีหลักธรรมที่สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันและมีชีวิตการทำงาน เพื่อส่งเสริมการดำเนินชีวิตให้ไปในทางที่ถูกต้องดีงาม มีความซื่อสัตย์สุจริตในการปฏิบัติงาน และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในองค์กรและสังคมได้อย่างมีความสุข

โรงพยาบาลที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด จำนวน 67 คน และพบว่าผลผลิตทางการพยาบาลอยู่ในช่วง 115-132 ซึ่งผลผลิตภาพมาตรฐานอยู่ในช่วง 90-110 สะท้อนให้เห็นว่าผลการปฏิบัติงานจัดอยู่ในระดับสูงกว่าค่ามาตรฐาน โดยภาระงานที่ต้องปฏิบัติในขณะที่ปฏิบัติงานมีทั้งภาระงานหลัก ตามมาตรฐานของกองการพยาบาล ภาระงานรองที่ได้รับมอบหมายจากทางโรงพยาบาล เช่น หัวหน้าฝ่าย หัวหน้าตึก หัวหน้าเวร และยังมีภาระงานตามคำสั่งเป็นครั้งคราว อาทิ กรรมการตรวจซื้อตรวจจ้าง และกรรมการโครงการเสริมต่างๆ ของทางโรงพยาบาล ในขณะที่ผลการประเมินความเครียดในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลที่ศึกษาพบว่า พยาบาลมีความเครียดในการทำงานอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดปีงบประมาณ 2555 – 2558 ซึ่งมีการประเมินความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพพบว่ามีการะงานมาก มีความเหนื่อยล้า เครียดและขาดความสุขในการทำงาน โรงพยาบาลที่ศึกษาจึงบรรจุแผนการส่งเสริมขวัญกำลังใจแก่บุคลากรของโรงพยาบาล ลงในแผนปฏิบัติงานและโครงการ แต่ก็ยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม

การปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลสามารถนำหลักทางศาสนาพุทธมาเป็นกรอบแนวคิดที่จะนำพาการดำเนินชีวิตของพยาบาล ให้มีหลักการประพฤติปฏิบัติให้อยู่ในกรอบของคุณงามความดี ทั้งกาย วาจา ใจ⁽⁴⁾ ซึ่งหมายถึง การเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพดี มีการคิดดี ทำดี พูดดี ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความมีเมตตา กรุณา มีความเอื้ออาทรต่อเพื่อนมนุษย์ ด้วยมีความเชื่อว่า พุทธศาสนาและการปฏิบัติตนตามแนวคำสั่งสอนขององค์พระสัมมาสัมพุทธเจ้า จะทำให้นุคคลมีพฤติกรรมดี มีความเชื่อว่าผลดีหรือผลเสียจะเกิดขึ้นจากการกระทำของตน เป็นผู้ที่มีเหตุมีผล มีจริยธรรมในการทำงาน มีจิตใจเอื้ออาทรและมีความสุขในการทำงาน ซึ่งหากบุคคลทำความดีย่อมได้รับผลดีมีความรู้สึกเป็นสุข การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยอย่างเต็มความสามารถด้วยความรับผิดชอบ อยู่ในคุณธรรมจริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ การนำหลักคำสอนในศาสนาพุทธมาใช้ในการปฏิบัติงานจึงมีความสอดคล้องกับปรัชญาและพันธกิจของวิชาชีพการพยาบาล และสอดคล้องกับนโยบายของระบบบริการสาธารณสุข การนำหลักคำสอนทางพุทธศาสนามาใช้ในการปฏิบัติงานจึงส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีจิตสำนึกในหน้าที่ มุ่งให้การดูแลคนทั้งองค์กรรวม กระทำในสิ่งที่ถูกต้อง เป็นธรรม เสียสละ และมุ่งประโยชน์สาธารณะหรือส่วนรวมเป็นที่ตั้ง

หลักสัปปริสธรรม เป็นธรรมหมวดหนึ่งในพุทธศาสนาที่ทำให้คนเป็นสัตบุรุษ หรือเป็นคนดี มีคุณธรรมเป็นคนเก่ง เป็นธรรมที่แสดงถึงความดีของคน ที่ควรยึดเป็นหลักสำหรับนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันและการทำงาน เพื่อให้เกิดความสุขความเจริญในหน้าที่การงาน และเป็นเครื่องมือนำพาองค์กรไปสู่เป้าหมายแห่งความสำเร็จ ธรรมหมวดนี้ประกอบด้วยคุณสมบัติต่างๆ 7 ประการ คือ การรู้จักเหตุ การรู้จักผล การรู้จักตน การรู้จักประมาณ การรู้จักกาล การรู้จักชุมชน และการรู้จักบุคคล การนำหลักสัปปริสธรรมมาใช้ในการปฏิบัติงาน จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเคารพและยอมรับบุคคลที่เกี่ยวข้องในการทำงาน เป็นผู้ที่มีความตระหนักในตนเอง เข้าใจถึงสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงและความเป็นไปของชีวิต รู้จักใช้เหตุและผลจะทำให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานได้ยาก ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพที่นำหลักของสัปปริสธรรม 7 ประการมาใช้ในการปฏิบัติงานจำเป็นต้องพัฒนาตนให้พร้อม และทำความเข้าใจกับพฤติกรรมธรรมชาติของคนและองค์กร เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองและผู้อื่น เมื่อเกิดความเข้าใจสิ่งต่างๆแล้ว จะทำให้พยาบาลวิชาชีพทำงานบรรลุเป้าประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล มีความสามัคคีในการทำงาน สามารถปรับตัวในองค์กร และมีความสุขในการทำงาน

ดังนั้นจากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความคิดเห็นว่าหลักสัปปริสธรรมสามารถนำมาปรับใช้ในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ อันจะส่งผลทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความสุขในการทำงานเพิ่มขึ้น จึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแห่งนี้ และศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปริสธรรมที่มีต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการบริหารจัดการทางการพยาบาลในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งจังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นของความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพระหว่างก่อนและหลังปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปริสธรรม
3. เพื่อเปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นของความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปริสธรรมและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุราษฎร์ธานี รวมทั้งเปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นของความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพระหว่างก่อนและหลังปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปริสธรรม

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุราษฎร์ธานี รวมทั้งเปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นของความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพระหว่างก่อนและหลังปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปริสธรรม

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุราษฎร์ธานี รวมทั้งเปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นของความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพระหว่างก่อนและหลังปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปริสธรรม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุราษฎร์ธานี รวมทั้งเปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นของความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพระหว่างก่อนและหลังปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปริสธรรม

ริสธรรม และเปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นของความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพระหว่างพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปริสธรรมและพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 67 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา จำนวน 20 คน โดยได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุเดียวกันแล้วสุ่มเข้าในกลุ่ม จนได้กลุ่มละ 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ส่วนคือ 1. คู่มือการพัฒนาการปฏิบัติงานทางการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปริสธรรม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น 2. แบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปริสธรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และ 3. แบบสอบถามความสุขในการทำงาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวความคิดความสุขในการทำงาน ของ Manion (2003) ⁽⁵⁾ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.97 และการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.95

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยโขทัยธรรมมาธิราช เมื่อได้รับการรับรองเลขที่ 17/2559 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการศึกษา พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ทันทีซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษารวมถึง

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ และลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย

1. แจกแบบสอบถามความสุขในการทำงานแก่กลุ่มตัวอย่าง

2. จัดประชุมเชิงวิชาการ เรื่อง การพัฒนาการปฏิบัติงานทางการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปริสธรรมแก่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองโดยใช้เวลา 1 วัน จากนั้นทดลองใช้การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปริสธรรม โดยนัดประชุมกลุ่มย่อยสัปดาห์ละ 1 วัน ๑ละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลาติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปริสธรรมของกลุ่มทดลอง ระหว่างดำเนินการทดลอง โดยใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมทั้งในขณะปฏิบัติการพยาบาลขณะส่งเวร และ ระหว่างการเข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อย

3. หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามความสุขในการทำงานแก่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและความสุขในการทำงาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นเปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นของความสุขในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที่มีกลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กัน (Paired samples t – test) เปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นของความสุขในการทำงานระหว่างกลุ่มตัวอย่าง หลังการนำหลักสัปปริสธรรมมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สถิติทดสอบที่มีกลุ่มตัวอย่างอิสระต่อกัน (Independent t – test)

ผลการวิจัย

การศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปริสธรรมต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 20 คน ผลการวิจัยมีดังนี้

1. ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่าค่าเฉลี่ยความสุขในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.27 , S.D. = .51) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้าน

ความสำเร็จในงาน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.61$, S.D. = .65) รองลงมาคือ ด้านความรักในงาน ($\bar{x} = 3.42$, S.D. = .61) และด้านการติดต่อสัมพันธ์ ตามลำดับ โดยด้านการเป็นที่ยอมรับมีค่าต่ำสุด ($\bar{x} = 2.93$, SD = 0.52)

2. เปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นของความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปริสธรรม เมื่อเปรียบเทียบระดับของความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปริสธรรม พบว่า ค่าเฉลี่ยความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังทดลองอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.72$, S.D. = .29 และ $\bar{x} = 4.10$, S.D.

= .31) ก่อนเปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นของความสุขในการทำงานระหว่างก่อนและหลังทดลอง ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติทดสอบที โดยการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 50 คน พบว่า ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังทดลองเป็นตัวอย่างแปรต่อเนื่องที่มีการแจกแจงแบบปกติ ($p > .05$) ดังนั้น จึงสามารถใช้สถิติทดสอบทีได้ และในส่วนของการวิเคราะห์รายด้านพบว่า ไม่มีการแจกแจงแบบปกติ จึงทำการวิเคราะห์รายด้านด้วย สถิติ Wilcoxon matched-pairs signed ranks test

ตาราง 1 เปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นของความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลองก่อนและหลังปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปริสธรรม โดยใช้สถิติ Paired-samples t-test และ Wilcoxon matched-pairs signed ranks test

ความสุขในการทำงาน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		เฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ด้านการติดต่อสัมพันธ์	3.48	.40	3.94	.36	.460	-2.670 ^b	.008**
ด้านความรักในงาน	3.95	.30	4.17	.39	.220	-2.375 ^b	.018*
ด้านความสำเร็จในงาน	4.17	.30	4.46	.39	.290	-2.701 ^b	.007*
ด้านการเป็นที่ยอมรับ	3.26	.38	3.67	.38	.410	-2.821 ^b	.005*
โดยรวม	3.72	.29	4.10	.31	.345	11.776 ^a	.000

* $p < .05$ a = Paired samples t-test,b = Wilcoxon matched pairs signed ranks test

จากตาราง 1 เมื่อเปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นของความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังทดลองโดยใช้สถิติที่มีกลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กัน (Paired sample t – test) พบว่า การเพิ่มขึ้นของความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพหลังทดลองหรือหลังปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปริสธรรมสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

เมื่อวิเคราะห์การเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลองในรายด้านด้วย

สถิติ Wilcoxon matched pairs signed ranks test พบว่า หลังทดลองด้านความสำเร็จในงาน ด้านการติดต่อสัมพันธ์ และด้านการเป็นที่ยอมรับสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) และหลังทดลองด้านความรักในงานสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ดังตารางที่ 2

3.เปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นของความสุขในการทำงานระหว่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปริสธรรมและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

ตาราง 2 เปรียบเทียบความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง โดย

ใช้สถิติ Independent t – test และ Mann - Whitney U test

ความสุขในการทำงาน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		ค่าสถิติ	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ด้านการติดต่อสัมพันธ์	3.48	.40	2.82	.27	3.200 ^b	.001*
ด้านความรักในงาน	3.95	.30	2.89	.27	3.808 ^b	.000*
ด้านความสำเร็จในงาน	4.17	.41	3.04	.16	3.811 ^b	.000*
ด้านการเป็นที่ยอมรับ	3.26	.61	2.59	.53	2.922 ^b	.002*
โดยรวม	3.72	.29	2.83	.18	8.309 ^a	.000*

*p < .05, a = Independent t-test ,b = Mann-Whitney U test

เมื่อเปรียบเทียบการระดับของความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 3.72 , S.D. = 0.29) อยู่ในระดับดี และค่าเฉลี่ยความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}$ = 2.83 , S.D. = 0.18) อยู่ในระดับปานกลาง ในระยะหลังทดลองค่าเฉลี่ยความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 4.06 , S.D. = 0.32) อยู่ในระดับดี และค่าเฉลี่ยความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}$ = 2.87 , S.D. = 0.16) อยู่ในระดับปานกลาง

ก่อนเปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นของความสุขในการทำงานกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติทดสอบที โดยการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 50 คน พบว่า ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นตัวแทนต่อเนื่องที่มีการแจกแจงแบบปกติ ($p < .05$) ดังนั้น ข้อมูลชุดนี้จึงสามารถใช้สถิติทดสอบทีได้ และในส่วนของการวิเคราะห์รายด้านพบว่าไม่มีการแจกแจงแบบปกติ จึงทำการวิเคราะห์รายด้านด้วยสถิติ Mann - Whitney U test

ตาราง 3 เปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังทดลองโดยใช้สถิติ Independent t – test และ Mann -Whitney U test

ความสุขในการทำงาน	กลุ่มทดลอง		กลุ่ม เปรียบเทียบ		ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น	ค่าสถิติ	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ด้านการติดต่อสัมพันธ์	3.94	.36	2.87	.30	1.070	3.792 ^b	.001*
ด้านความรักในงาน	4.17	.39	2.92	.20	1.250	3.797 ^b	.05*
ด้านความสำเร็จในงาน	4.46	.39	3.07	.16	1.390	3.832 ^b	.002*
ด้านการเป็นที่ยอมรับ	3.67	.38	2.61	.40	1.060	3.794 ^b	.000*
โดยรวม	4.06	.32	2.87	.16	1.190	10.665 ^a	.000*

*p < .05, a = Independent t-test, b = Mann-Whitney U test

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบทีที่มีกลุ่มตัวอย่าง

อิสระต่อกัน (Independent t – test) พบว่า ค่าเฉลี่ยความสุขในการทำงานระหว่างพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลองสูง

กว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<.05$)

เมื่อวิเคราะห์การเพิ่มขึ้นของความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยหลังทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบทีที่มีกลุ่มตัวอย่างอิสระต่อกัน (Independent t – test) พบว่า กลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยความสุขในการทำงานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<.05$)

เมื่อวิเคราะห์การเพิ่มขึ้นของความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยหลังทดลองเป็นรายด้าน ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่า กลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยความสุขในการทำงานทุกด้าน ได้แก่ ด้านความสำเร็จในงาน ด้านความรักในงาน ด้านการติดต่อสัมพันธ์ และด้านการเป็นที่ยอมรับสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<.05$) ดังตารางที่ 4 สรุปและอภิปรายผล

1. ความสุขในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จากผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา ก่อนทดลองมีความสุขในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอธิบายได้ว่าแม้ความต้องการบริการด้านสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่สูงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีการเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษาเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน ซึ่งมีอัตราการครองเตียงสูง ผลผลิตภาพทางการพยาบาลอยู่ในช่วง 115-132 ซึ่งผลิตภาพมาตรฐานอยู่ในช่วง 90-110 สะท้อนให้เห็นว่าผลการปฏิบัติงานจัดอยู่ในระดับสูงกว่ามาตรฐาน ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ต้องรับภาระงานหนักอย่างต่อเนื่อง จากการเปลี่ยนแปลงของระบบการปฏิบัติงานต่างๆ จึงส่งผลให้พยาบาลมีความเหนื่อยล้า และความเครียดจากการทำงานสูงขึ้น จึงพบว่าพยาบาลมีความสุขในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิจัยจึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานซึ่งคาดว่าความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ น่าจะอยู่

ในระดับสูง เมื่อพยาบาลวิชาชีพส่วนหนึ่งได้เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยมีการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับหลักสัปปริสธรรมในกลุ่มทดลอง และนำไปพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักสัปปริสธรรม ทำให้รู้จักเหตุ รู้จักผล รู้จักตน รู้จักประมาณ รู้จักกาล รู้จักชุมชน และการรู้จักบุคคล จึงมองสถานการณ์ สิ่งแวดล้อม ผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงานในด้านบวก รวมทั้งได้มีโอกาสระบาย ความรู้สึก ความคับข้องใจ เห็นอกเห็นใจเพื่อนร่วมงาน ทำให้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเข้าใจ ผู้ให้บริการ เกิดความตั้งใจในการให้บริการที่ดี มีการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ เกิดความคงอยู่ในงานรวมทั้งได้รับการยอมรับ มีแรงจูงใจในการทำงานที่มุ่งให้เกิดความสำเร็จในงาน และเกิดผลงานที่ดีมีคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเฮิร์ชเชอร์เบิร์ก (1973) ⁽⁶⁾ แรงจูงใจในการทำงานที่ทำให้เกิดความสุขในการทำงานของพยาบาล เป็นการรับรู้ของพยาบาลที่สร้างแรงผลักดัน หรือแรงกระตุ้น ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมในการทำงานที่มุ่งความสำเร็จในงาน ⁽⁷⁾ มีปัจจัยองค์ประกอบ 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยจูงใจ ประกอบด้วย การมีความสำเร็จในงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะของงาน ความรับผิดชอบ และ บรรยากาศที่ให้ความพึงพอใจในงาน เป็นบรรยากาศที่พยาบาลทำงานอย่างมีความสุขและเป็นบรรยากาศของคุณภาพชีวิตของพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องริเริ่มให้เกิดบรรยากาศที่ให้ความภาคภูมิใจแก่พยาบาล ความเชื่อถือจากผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงาน ทำให้มีแรงจูงใจในการทำงานที่มุ่งให้เกิดความสำเร็จเกิดผลงานที่ดีมีคุณภาพ และมีความสุขในการทำงานด้วย

2.เปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นของความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพระหว่างก่อนและหลังปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปริสธรรม ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองซึ่งปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปริสธรรม ตั้งแต่การวิเคราะห์ ปัญหาความต้องการผู้ให้บริการ การทำความเข้าใจ รู้จักเหตุ รู้จักผล รู้จักตน รู้จักประมาณ รู้จักกาล รู้จักชุมชน และรู้จักบุคคล และเมื่อมีการเข้ากลุ่มบ่อยๆ จึงเป็นการกระตุ้นเตือนให้นำหลักธรรมมาใช้ จนเป็นความเคยชิน มองสถานการณ์ สิ่งแวดล้อม ผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงาน

ในด้านบวก ช่วยให้เกิดการปรับตัว ปรับใจในการทำงาน ได้มีโอกาสระบาย ความรู้สึก ความคับข้องใจ รับฟัง ความคิด เห็นอกเห็นใจเพื่อนร่วมงานซึ่งกันและกัน ทำให้ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเข้าใจผู้ใช้บริการ เกิดความ ตั้งใจในการให้บริการที่ดี อธิบายได้ว่า การนำหลักสัปปุริสธรรมมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลช่วยส่งเสริมให้ พยาบาลมีการวางแผนการทำงานที่ดีขึ้นกับผู้ป่วยและ ผู้ร่วมงาน ส่งเสริมการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน ทำให้พยาบาลฯ มีความพึงพอใจในงานและมีความสุขในการทำงานเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สอดคล้องกับพิลาสลักษณ์ หนูคำ(2556)⁽⁸⁾ ซึ่ง ศึกษาการบริหารงานบุคคลของหัวหน้าหอผู้ป่วยตาม หลักสัปปุริสธรรมและ บรรยายทฤษฎีธรรมในสถานที่ ทำงานตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ ภาควิชาได้ พบว่าผู้บริหารที่นำหลักสัปปุริสธรรมมาใช้ในการ บริหารงาน เพื่อควบคุมผู้ใต้บังคับบัญชาให้ปฏิบัติงาน ต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จ ทำให้พยาบาลวิชาชีพมี ความสุขในการทำงานเพิ่มขึ้น ซึ่งหลักสัปปุริสธรรม สามารถเป็นแนวทางการปฏิบัติสำหรับพยาบาลวิชาชีพ และผู้บริหารในการบริหารงาน อันประกอบด้วย การ วางแผน การจัดองค์กร การนำองค์กร และการนิเทศ/ ติดตามผล ผู้บริหารที่นำหลักสัปปุริสธรรมมาใช้แล้วจะ เป็น กัลยาณมิตร กับผู้ร่วมงาน ทำให้พยาบาล ผู้ใต้บังคับบัญชามีความสุขในการทำงาน การปฏิบัติงาน ของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละเวร ถือเป็นการปฏิบัติหน้าที่ ในบทบาทของผู้บริหารจัดการดูแลผู้ป่วยในความ รับผิดชอบให้ได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพและมี ประสิทธิภาพ พยาบาลที่นำหลักสัปปุริสธรรมมาใช้ในการ ปฏิบัติงานจะสามารถควบคุมอารมณ์ในการทำงานได้ดี มีความเป็นกัลยาณมิตรกับผู้ร่วมงาน ช่วยทำให้ผู้ร่วมงานมี ความสุขในการทำงานเช่นเดียวกัน

การนำหลักสัปปุริสธรรมมาประยุกต์ใช้ใน การ ปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นกระบวนการแก้ไขปัญหาและ เป็นเครื่องมือสำคัญที่แสดงถึงความเป็นวิชาชีพพยาบาล ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลในกระบวนการพยาบาล เป็นการแก้ไขปัญหาด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ใน การแก้ไขปัญหาของผู้ใช้บริการ นอกจากหลักสัปปุริส

ธรรมเป็นหลักธรรมสำหรับผู้บริหารแล้ว สามารถนำมา ประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานต่างๆ ของพยาบาลและช่วย ส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ไขปัญหา ของผู้ใช้บริการได้ดีขึ้น เมื่อพยาบาลวิชาชีพนำหลักสัปปุ ริสธรรม มาใช้ในการปฏิบัติงาน จึงจำเป็นต้องพัฒนาตน ให้พร้อม และทำความเข้าใจกับพฤติกรรมของคนใน องค์กร ต้องทำความเข้าใจธรรมชาติของคนและธรรมชาติ ขององค์กร รวมทั้งเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองและ ผู้อื่น เมื่อเกิดความเข้าใจสิ่งต่างๆแล้ว จะทำให้พยาบาล วิชาชีพทำงานบรรลุเป้าประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพ มีความสามัคคีในการทำงาน สามารถปรับตัว ในองค์กร และมีความสุขในการทำงาน⁽⁸⁾

3. เปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นของความสุขในการ ทำงานของพยาบาลวิชาชีพระหว่างพยาบาลวิชาชีพที่ ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปุริสธรรมและพยาบาล วิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการเพิ่มขึ้นของความสุขในการทำงานของพยาบาล วิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสัปปุริสธรรม สูง กว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานตามปกติ ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐาน ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ด้วยบริบทที่ศึกษาเป็น โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มัก รู้จักกันทุกคน พยาบาลมีงานต่างๆ ที่มอบหมายทำหลาย อย่างด้วยกัน เมื่อใครทำงานสำเร็จ ก็จะทราบทั่วกัน เป็นที่ ขอมรับในองค์กร และยังมองว่างานที่ได้รับมอบหมายให้ ทำนั้น เป็นเรื่องท้าทายความสามารถ กระตุ้นให้เพื่อน ร่วมงาน หรือพยาบาลรุ่นน้องที่อยู่ในความดูแลมีความ กระตือรือร้นเพิ่มขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของเนตร สวรรค์ (2553)⁽⁹⁾ ที่พบว่า การที่พยาบาลวิชาชีพ ได้รับ มอบหมายงานที่ตนมีความถนัด และมีความสามารถใน ด้านนั้นๆเป็นอย่างดี ทำให้มีโอกาสประสบความสำเร็จสูง และส่งผลให้มองเห็นคุณค่าในงานนั้นๆ ซึ่งเป้าหมายหลัก ของการปฏิบัติการพยาบาล คือการดูแลผู้ป่วยให้มีสุขภาพดี มีอาการดีขึ้น หายจากอาการเจ็บป่วย มีความสุขสบายและ ปลอดภัย โดยไม่ได้รับอันตรายจากความเจ็บป่วยหรือ ภาวะแทรกซ้อนใดๆจากการพยาบาลที่ได้รับ และถือว่า ประสบความสำเร็จในการทำงานแล้ว จึงเป็นสิ่งที่ทำให้ ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกมีความสุข มีคุณค่าในตัวเอง และมี

กำลังใจในการที่จะทำงานต่อไป รวมทั้งเป็นตัวอย่างให้กับรุ่นน้อง เพื่อนร่วมงานและแผนกอื่นๆ ในโรงพยาบาลด้วย นอกจากนี้เฮิร์ชเบอร์เกอร์^(6,7) กล่าวว่า การให้ความรักต่อองค์กร และงาน เป็นส่วนหนึ่งทำให้องค์กรเจริญก้าวหน้าไปในทิศทางที่ต้องการ เมื่อพยาบาลในหน่วยงานรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาองค์กร ก็จะเกิดแรงขับเคลื่อน ผลักดันให้เกิดการทำงานที่มีคุณภาพ มีความรู้สึกรักและเป็นเจ้าของงานนั้นๆ เกิดความรักองค์กร ก็จะนำไปสู่ความร่วมแรงร่วมใจ หุ่นเทแรงกาย แรงใจ มีความคิดสร้างสรรค์ในการทำงานเพื่อให้ งานในหน่วยงานและในองค์กรเกิดความสำเร็จได้ เมื่อเปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นของความสุขในการทำงานระหว่างก่อนและหลังทดลอง พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความสุขในการทำงานเพิ่มขึ้นในด้านการติดต่อสัมพันธ์มากที่สุด ทั้งนี้ อาจเกิดขึ้นจากการจัดประชุมกลุ่มย่อยสัปดาห์ละครั้ง ระหว่างการทดลองหกสัปดาห์ ทำให้พยาบาลในกลุ่มทดลองมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันมากขึ้น รวมทั้งมีการนำหลักสัปปริสธรรมมาใช้ในการปฏิบัติงานการพยาบาล เช่น การรู้จักเหตุ การรู้จักผล การรู้จักตน การรู้จักประมาณ การรู้จักกาล การรู้จักชุมชน และการรู้จักบุคคล จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเคารพและยอมรับบุคคลที่เกี่ยวข้องในการทำงาน เป็นผู้ที่มีความตระหนักในตนเอง เข้าใจถึงสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงและความเป็นไปของชีวิต ที่เป็นไปตามกฎของเหตุและผล (Law of Causation) ดังนั้น การทำงานที่รู้จักใช้เหตุและผล จะทำให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานได้ยาก เป็นการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดี มีความรักและความสำเร็จในงาน รวมทั้งเป็นที่ยอมรับ จึงมีความสุขในการทำงานมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรณา อยู่สุข⁽²⁵⁴⁹⁾ ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า กิจกรรมที่ใช้หลักคุณธรรมจริยธรรมจะส่งผลให้มีความสุขกับงานที่ได้รับมอบหมายและปฏิบัติงานได้เสร็จทันเวลาที่กำหนด รวมทั้ง การศึกษาของกัทร มิตร์เปรียญ ⁽²⁵⁴¹⁾ ⁽¹¹⁾ ที่พบว่า ระดับการปฏิบัติตามหลักสัปปริสธรรม และการปฏิบัติงาน กระบวนการบริหารงานของหัวหน้าสถานีนามชัย ในเขต 12 อยู่ในระดับมาก ซึ่งส่งผลต่อระดับความสำเร็จงานที่ปฏิบัติ ดังนั้นการปฏิบัติงานโดยใช้หลักของสัปปริสธรรม 7 ประการ ก่อให้เกิดศัตบุรุษ ในทางพระพุทธศาสนาถือว่า

เป็นคนดี ⁽¹²⁾ ผู้บริหารที่นำหลักสัปปริสธรรมมาใช้แล้วจะเป็นกัลยาณมิตรกับผู้ร่วมงาน ซึ่งการปฏิบัติวิชาชีพพยาบาลต้องยึดหลักจริยธรรม หรือพฤติกรรมจริยธรรม จะส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วยและความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานตามวิชาชีพพยาบาล โดยเฉพาะการนำหลักของสัปปริสธรรม 7 ประการมาใช้ในการปฏิบัติงาน(พิลาศลักษณ์ หนูดำ ,2556; วันทนา เมืองจันทร์, 2544) จำเป็นต้องพัฒนาตนให้พร้อมด้วยหลักแห่งสัปปริสธรรมดังกล่าวนี้ ทำให้เข้าใจพฤติกรรมของคนในองค์กร เข้าใจธรรมชาติของคน และธรรมชาติขององค์กร รวมทั้งเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองและผู้อื่น เมื่อเกิดความเข้าใจสิ่งต่างๆ แล้ว จะทำให้พยาบาลวิชาชีพทำงานบรรลุเป้าประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เกิดความสามัคคีในการทำงาน สามารถปรับตัวในองค์กร และมีความสุขในการทำงาน

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มทดลองมีความสุขในการปฏิบัติงานสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลควรส่งเสริมการนำแนวทางการนำหลักสัปปริสธรรมมาใช้ในการปฏิบัติงานการพยาบาลในโรงพยาบาล เพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ความรักในงาน ความสำเร็จในงาน และการเป็นที่ยอมรับ อันจะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานมีความสุขในการทำงานมากยิ่งขึ้น

2. สะท้อนให้เห็นว่าการนำหลักสัปปริสธรรมมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสุขในการทำงาน แม้หน่วยงานจะมีปัญหาอัตรากำลังไม่เพียงพอ มีภาระงานมาก

3. ด้วยจากการทำวิจัยในครั้งนี้มีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลา ดังนั้น ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาการวิจัย ในการนำหลักสัปปริสธรรมมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลให้นานขึ้นและติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องในระยะสั้นและระยะยาว

4. การศึกษาครั้งนี้ได้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยคำนึงถึงความยินยอมของอาสาสมัครในการเข้าร่วม

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

วิจัย จึงอาจทำให้การวิจัยครั้งนี้ มีข้อจำกัดในด้าน การมี
อคติในการวิจัย

5. ควรทำการศึกษาวิจัยเช่นเดียวกันนี้ในกลุ่ม
พยาบาลวิชาชีพที่มีความสูงในการทำงานระดับต่ำมาก ต่ำ
และปานกลางด้วย รวมทั้งเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างในการ
ทดลองให้มากขึ้น เพื่อเพิ่มความตรงภายนอก

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาเพียง 6 สัปดาห์
การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาเพื่อให้สามารถ

วัดผลของการปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้นซึ่งจะเพิ่มความ
น่าเชื่อถือของงานวิจัยมากยิ่งขึ้นและควรมีการศึกษา
ติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

2. และกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก ทำให้การวิจัยครั้งนี้
มีข้อจำกัดในด้านความตรงภายนอกในการการศึกษา
ทดลองครั้งต่อไป จึงควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง และ
ออกแบบวิจัยที่รัดกุมเพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. รัชญรัตน์ เกิดสุวรรณ (2555) *ความสุขในการทำงาน คุณ...สร้างได้. บทความสุขภาพ* สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ.
<http://www.hiso.or.th/hiso/tonkit/>
10. วรณา อยู่สุข (2549) *การใช้กิจกรรมการอบรมพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมผู้เรียนในโครงการ โรงเรียนวิถีพุทธ เพื่อสนับสนุนและเสริม
แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ต่อความมีวินัยของผู้เรียน โรงเรียนเก่าขามวิทยา ตำบลศรีสุข อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ปีการศึกษา 2549
วารสารวิจัย มข.-มหาวิทยาลัยขอนแก่น*
11. กัธธ มิตระเปรียญ (2541) *ความสัมพันธ์ระหว่างสัปปริยธรรมกับการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารของหัวหน้าสถานีนอนมัย ในเขต 12
วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (ศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน). สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*
12. พระธรรมกิตติวงศ์ (ทองดี สุรเตโช), (2548) *ภาษาธรรม กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์เสียงเสียง, หน้า 170.*
2. สิรินันท์ กิตติสุขสถิต และคณะ (2555) *คุณภาพชีวิต การทำงาน และความสุข (พิมพ์ครั้งที่ 1 มกราคม 2556) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ธรรมดาเพรส จำกัด*
3. สุริยัญ ชูช่วย (2545) *การแสวงหาความสุขและคุณค่าของชีวิต กรณีศึกษาที่ศูนย์กลุ่มคนต่างวัยในกรุงเทพมหานคร วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตร
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจริยศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*
4. อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์ (2547) *จริยธรรม : คุณภาพการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 1) เชียงใหม่ : กรุณาธรรมมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
5. Manion, J. (2003) *Joy at work: Creating a positive workplace. Journal of Nursing Administration, 33(12), 652-655*
6. Herzberg, F. (1973) *The motivation to work*. New York: John Wiley and Sons.
7. ลดาวัลย์ รวมเมฆ (2544) *ผู้บริหารการพยาบาล: บรรยายภาพที่เป็นสุขในการทำงานบริการพยาบาลวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 13(1), 17 – 23*
8. พิลาสถักษ์ หนูดำ (2556) *การบริหารงานบุคคลของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามหลักสัปปริยธรรมและ บรรยายภาพจริยธรรมในสถานที่ทำงานตาม
การรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ ภาคใต้ วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*
9. เนตรสวรรค์ จินตนาวัล (2553) *ความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาล จังหวัดสมุทรสาคร วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหา
บัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร*
- พรณิภา สืบสุข (2548) *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ลักษณะงาน ภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความสุขในการทำงาน
ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยของรัฐ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล,
บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต) (2549) *การดูแลสุขภาพองค์รวมแนวพุทธ (พิมพ์ครั้งที่ 10) กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย*

ผลของการออกกำลังกายแวงแขนร่วมกับการควบคุมอาหารและการใช้ยาโดยการสนับสนุนของครอบครัว
ต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

EFFECT OF ARM SWING EXERCISE, DIETARY CONTROL, AND MEDICATION USE WITH
FAMILY SUPPORT ON BLOOD GLUCOSE LEVEL OF TYPE 2 DIABETIC PATIENTS

พงษ์พัฒน์ ธรรมธะสาร¹, เบญจา มุกตพันธ์²

Pongpat Thamthurasan¹, Benja Muktabhant²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีรูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ผลของการออกกำลังกายแวงแขนร่วมกับการควบคุมอาหารและการใช้ยาโดยการสนับสนุนของครอบครัวต่อระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม > 7 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 68 ราย การทดลองโดยการจัดกิจกรรมการแวงแขนให้กับกลุ่มทดลองร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การควบคุมอาหาร และการใช้ยา 5 ครั้ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ร่วมกับการแวงแขนที่บ้านโดยการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสัมภาษณ์ การบริโภคอาหาร การใช้ยา การสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัว และวัดระดับน้ำตาลในเลือดสะสม(HbA1c) และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารก่อนและหลังการทดลอง (12 สัปดาห์) วิเคราะห์ความแตกต่างของการบริโภคอาหาร การใช้ยา การสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัว และค่าระดับน้ำตาลภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ pair t-test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงร้อยละ 72 มีอายุเฉลี่ย 57 ปี จบประถมศึกษาร้อยละ 73 ระยะเวลาเป็นเบาหวานเฉลี่ย 9.5 และ 8.7 ปี หลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองลดลงจากเริ่มต้น (135.9 ml/dl เป็น 128.4 ml/dl) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value 0.026 และลดลงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value 0.048 สำหรับระดับน้ำตาลในเลือดสะสมหลังกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมมีแนวโน้มลดลง (9.1 % เป็น 8.1%) แต่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการบริโภคอาหารดีขึ้นก่อนการทดลองและแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value 0.042 ด้านการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value 0.03 สรุปการออกกำลังกายแวงแขน ร่วมกับการควบคุมอาหาร การใช้ยา โดยการสนับสนุนของครอบครัวทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น ดังนั้นควรนำไปประยุกต์ใช้ในคลินิกเบาหวานต่อไป

คำสำคัญ: โรคเบาหวานชนิดที่ 2, การแวงแขน, การบริโภคอาหาร, การสนับสนุนของครอบครัว

Abstract

This quasi-experimental research was aimed to investigate the effect of arm swing exercise together with dietary control and medication use with support of their family on blood glucose level of type 2 diabetic patients (T2DM). Participants were 136 T2DM with having HbA1c > 7% attending the diabetes clinic of Kaeng Khro Hospital, Chaiyaphum Province, 68 in experimental group and 68 in control group. Arm swing exercise (AS) class combined with dietary control and medication use was conducted for the experiment group for 5 times in 12 weeks at diabetes clinic of the hospital. They also performed AS at home by support of their family members. Demographic information, dietary control, medication use, and perception of support provided by family members of the patients were obtained by interviewing the patients using a structured questionnaire before and after intervention period (week1 and 12). HbA1c and fasting blood glucose (FBG) were taken at week 1 and after AS exercise at week 12. The analysis of the different of each variable within group before and after intervention using paired simple t-test and between the experimental group and the control group with independent t-test. Most (72%) of subjects of the experiment and control group were female with average age 57 year. Seventy three percent of them finished primary school. The mean

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนาการเพื่อสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² กลุ่มวิจัยการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ผู้รับผิดชอบบทความ)

duration of diagnosis diabetes was 9.5 and 8.7 years respectively. The results showed that FBG of the experiment group after AS exercise for 12 weeks was statistically lower than before attending the intervention (p-value 0.026) (135.9 vs 128.4 ml/dl) and lower than the control group (p-value 0.048). While HbA1c was not statistically lower (9.1% vs 8.1%). Dietary control score of the experiment group was better than before intervention (p-value 0.042). Family members of the experiment group was more supportive than the control group (p-value 0.03). In conclusion AS exercise combined with dietary control and medication use with support of their family for T2DM can improve blood glucose level of T2DM. Therefore the intervention can be applied for using in the diabetes clinic.

Key words: Type 2 diabetes, arm swing exercise, food consumption, family support

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่สำคัญทางสาธารณสุข ระบาดวิทยาของโรคเบาหวานทั่วโลกในปี 2015 พบผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานประมาณ 415 ล้านราย⁽¹⁾ซึ่งผลดังกล่าวทำให้เกิดการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานประมาณ 1.5 ล้านคนทั่วโลก⁽²⁾ สำหรับประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2556-2557 พบความชุกของการเกิดโรคเบาหวานร้อยละ 8.9 (3.5 ล้านคน) จากการสำรวจพบว่าในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 698,720 ครั้ง คิดเป็นอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1,081.25 ต่อแสนประชากร⁽³⁾

หัวใจหลักของการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดังนั้นการรักษาโรคเบาหวานเป็นการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้เป็นไปตามเป้าหมายและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือปัญหาอื่นๆตามมา สถานการณ์ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จำนวนร้อยละ 37⁽³⁾การที่ผู้ป่วยจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ต้องมีการดูแลตัวเองที่ดีในด้านต่างๆ ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา มีการศึกษาพบว่า การปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารลดอาหารจำพวกรสหวานมีส่วนทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม⁽⁴⁾ การใช้ยาอย่างสม่ำเสมอถูกต้องเป็นปัจจัยที่ช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาล⁽⁵⁾ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ร่างกายไวต่อฤทธิ์ของอินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเข้าใกล้ระดับปกติ และช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด⁽⁶⁾ แม้จะมีการศึกษาที่แสดงถึงประโยชน์จากการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวาน แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีข้อจำกัดต่างๆ ในการออกกำลังกาย เช่น การมีข้อจำกัด

เรื่องเวลา และวิธีการออกกำลังกายที่เจ้าหน้าที่แนะนำส่วนใหญ่ไม่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายได้สม่ำเสมอและถูกต้องครบถ้วน⁽⁷⁾ การออกกำลังกายโดยการแกว่งแขนเป็นรูปแบบการออกกำลังกายวิธีหนึ่งที่ทำได้ง่ายและสะดวก ทำได้ง่ายและไม่ยุ่งยากสามารถทำได้ทุกวัน การแกว่งแขนเป็นการออกกำลังกายที่มีความหนักอยู่ในระดับเบาถึงปานกลาง⁽⁸⁾ ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเบาหวานยังต้องอาศัยผู้ดูแลจึงจะสามารถออกกำลังกายได้ดี⁽⁹⁾

สำหรับโรงพยาบาลแก้งคร้อ อำเภอกำแพงแสน จังหวัดชัยภูมิ มีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด 4,590 คน เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 74 และพบว่าผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลสูงกว่าค่าปกติถึงร้อยละ 62⁽¹⁰⁾ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการออกกำลังกายแกว่งแขนร่วมกับการควบคุมอาหารและการใช้ยาโดยการสนับสนุนของครอบครัวต่อระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารักษาที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลแก้งคร้อ อำเภอกำแพงแสน จังหวัดชัยภูมิ

วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์ผลของการออกกำลังกายแกว่งแขนร่วมกับการควบคุมอาหารและการใช้ยาโดยการสนับสนุนของครอบครัวต่อระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารักษาที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลแก้งคร้อ อำเภอกำแพงแสน จังหวัดชัยภูมิ

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการออกกำลังกายแกว่งแขนร่วมกับการควบคุมอาหารและการใช้ยาโดยการ

สนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นเลขที่ HE592136

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 การให้ความรู้โดยบรรยายร่วมกับ กระบวนการกลุ่มในประเด็น โรคเบาหวาน การควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน

สัปดาห์ที่ 3, 5, 8, 12 ทบทวนความรู้ แกว่งแขน ร่วมกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์

กิจกรรมระหว่างสัปดาห์: เป็นกิจกรรมที่แนะนำให้ กลุ่มทดลองปฏิบัติที่บ้าน ได้แก่ แกว่งแขนอย่างน้อย 3 ครั้ง / สัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที จำนวน 12 สัปดาห์ พร้อมทั้งควบคุม อาหารและการรับประทานยาโดยการสนับสนุนของสมาชิก ในครอบครัว

กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลรักษาเหมือนระบบ บริการปกติของคลินิกเบาหวาน

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมโดยเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ โดยมี เกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

เกณฑ์คัดเข้า: เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ มีผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) มากกว่า 7% ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ไม่อยู่ระหว่าง รับการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลินเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะน้ำตาลต่ำ อย่างเฉียบพลันระหว่างออกกำลังกาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายได้แก่ระดับน้ำตาลในเลือด สูงมากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ กว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับความดันโลหิตขณะพัก มากกว่า 200/110 มิลลิเมตรปรอทโรคแทรกซ้อนที่ตาจาก เบาหวาน พิการแขนขา อาศัยอยู่กับครอบครัวและมีผู้ดูแลที่

จะทำให้การสนับสนุนในการทำกิจกรรม พุฒยสื่อสารรู้เรื่อง และอ่านออกเขียนได้ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออก: ผู้เบาหวานที่อยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร มีปัญหาสุขภาพรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาล หรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต

ขนาดตัวอย่าง: การศึกษานี้วิเคราะห์เปรียบเทียบผล ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม และในการทดสอบค่าเฉลี่ยของ กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกันจึงใช้ t-test for independent samples การคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้

$$n_1 = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 \left[\sigma_1^2 + \frac{\sigma_2^2}{r} \right]}{\Delta^2}$$

คำนวณได้ขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 61 คน แต่เพื่อป้องกันผู้สูญหายระหว่างดำเนินโครงการ จึงได้เพิ่ม ขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 68 คนต่อกลุ่ม

การสุ่มกลุ่มทดลองจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มา รับบริการที่คลินิกเบาหวานของ โรงพยาบาลแก้งคร้อในวัน อังคาร โดยใช้วิธีปิดป้ายประชาสัมพันธ์โครงการที่ โรงพยาบาลแก้งคร้อ ให้ผู้ป่วยสมัครเข้าร่วมโครงการและ คัดเลือกอาสาสมัครที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า เกณฑ์คัดออก จนได้ จำนวน 68 คน

การสุ่มกลุ่มควบคุมจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มา รับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลแก้งคร้อ ในวันพุธ หรือพฤหัสบดี โดยการจับคู่ตาม อายุ เพศ กับกลุ่มทดลองจน ได้จำนวน 68 คน ทั้งนี้กลุ่มควบคุมจะเลือกจากผู้ที่ไม่ อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเดียวกันกับกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบ สัมภาษณ์ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล การควบคุมอาหาร การใช้ยา การสนับสนุนจาก และแบบบันทึกการออกกำลังกาย แกว่งแขน แบบบันทึกน้ำหนักส่วนสูง น้ำตาลในเลือด ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความครอบคลุมของ วัตถุประสงค์ของแบบสัมภาษณ์โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ โดยใช้สัมประสิทธิ์ อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่ามี ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.80

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 1) แผนการสอนและสไลด์ ประกอบด้วย เนื้อหา ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หลักการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวาน ข้อควรระวัง การออกกำลังกาย แกว่งแขนการควบคุมอาหารการใช้ยา 2) วิดีทัศน์การออกกำลังกายโดยการแกว่งแขนความยาว 10 นาที 3) คู่มือการออกกำลังกายแกว่งแขน คู่มือการบริโภคอาหาร คู่มือการใช้ยา 4) แบบบันทึกการออกกำลังกายแกว่งแขนสำหรับให้กลุ่มทดลองบันทึกผลการออกกำลังกายในแต่ละวัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา: ข้อมูลลักษณะประชากร การบริโภคอาหาร การใช้ยา การสนับสนุนของครอบครัว ภาวะโภชนาการ และระดับน้ำตาลในเลือดนำเสนอด้วยสถิติจำนวน ร้อยละ

สถิติอนุมาน: เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวและระดับน้ำตาลในเลือด คะแนนการรับประทานอาหาร คะแนนการใช้ยา คะแนนการ

สนับสนุนของครอบครัวก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test, 95%CI of mean difference กรณีแจกแจงปกติ ใช้สถิติ Mann Whitney U test กรณีแจกแจงไม่ปกติ และเปรียบเทียบผลต่างภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Pair t test, 95%CI of mean difference กรณีแจกแจงปกติ ใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test กรณีแจกแจงไม่ปกติ

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะทางประชากรคล้ายคลึงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.1 กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 58 ปีและกลุ่มควบคุม 57 ปี ทั้งสองกลุ่มประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 58.8 จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 73.5 และมีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 9.5 และ 8.7 ปี ตามลำดับ

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด น้ำตาลในเลือดสะสม ภาวะโภชนาการ คะแนนเฉลี่ยการบริโภคอาหาร คะแนนการใช้ยา คะแนนการสนับสนุนของครอบครัว ก่อนทดลองและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง $\bar{X} \pm SD$ (95% CI)	หลังทดลอง $\bar{X} \pm SD$ (95% CI)	Mean difference (95% CI)	t*	p-value
กลุ่มทดลอง					
น้ำตาลในเลือดสะสม	9.1 $\pm$ 1.2 (8.8 - 9.5)	8.1 $\pm$ 0.6 (7.7 - 8.2)	1.0 (0.8 - 1.3)	8.8	0.097
น้ำตาลในเลือด	135.9 $\pm$ 21.0 (130.8 - 141.0)	128.3 $\pm$ 19.4 (124.7 - 133.1)	7.0 (0.8 - 13.1)	2.3	0.026
ดัชนีมวลกาย	27.6 $\pm$ 3.9 (26.6 - 28.6)	26.6 $\pm$ 3.9 (25.7 - 27.5)	1.0 (0.8 - 1.2)	8.7	0.879
เส้นรอบเอว	81.9 $\pm$ 7.3 (80.2 - 83.7)	81.0 $\pm$ 7.01 (79.3 - 82.7)	0.9 (0.6 - 1.2)	6.2	0.879
การบริโภคอาหาร	26.7 $\pm$ 2.0 (27.0 - 31.4)	34.0 $\pm$ 3.4 (33.1 - 34.5)	6.4 (-7.3 - 5.4)	13.4	0.042
การใช้ยา	34.3 $\pm$ 2.6 (33.6 - 34.9)	37.0 $\pm$ 1.4 (36.7 - 38.0)	2.8 (-3.5 - 2.0)	7.4	0.074
การสนับสนุนจากครอบครัว	62.5 $\pm$ 9.1 (60.3 - 64.8)	67.7 $\pm$ 7.8 (65.8 - 69.6)	5.2 (-5.69 - 4.63)	19.4	0.049

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด น้ำตาลในเลือดสะสม ภาวะโภชนาการ คะแนนเฉลี่ยการบริโภคอาหาร คะแนนการใช้ยา คะแนนการสนับสนุนของครอบครัว ก่อนทดลองและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง $\bar{X} \pm SD$ (95% CI)	หลังทดลอง $\bar{X} \pm SD$ (95% CI)	Mean difference (95% CI)	t*	p-value
กลุ่มควบคุม					
น้ำตาลในเลือดสะสม	9.2 ± 1.3 (8.9 - 9.6)	9.2 ± 1.2 (8.9 - 9.3)	0.05 (0.0 - 0.1)	1.3	1.000
น้ำตาลในเลือด	133.6 ± 21.9 (128.3 - 138.9)	133.3 ± 21.9 (128.0 - 138.6)	0.3 (0.0 - 0.6)	2.2	1.000
ดัชนีมวลกาย	27.8 ± 3.8 (26.6 - 28.6)	26.6 ± 3.9 (25.7 - 27.5)	2.2 (0.8 - 1.2)	8.8	0.879
เส้นรอบเอว	82.4 ± 7.5 (80.5 - 84.2)	82.2 ± 7.5 (80.4 - 84.0)	0.2 (0.0 - 0.3)	2.4	0.988
การบริโภคอาหาร	27.7 ± 2.0 (27.0 - 31.4)	27.6 ± 2.1 (27.0 - 28.1)	0.1 (0.0 - 0.3)	1.7	0.956
การใช้ยา	34.3 ± 2.6 (33.6 - 34.9)	34.5 ± 2.4 (34.0 - 35.1)	0.3 (-0.4 - 0.2)	5.3	1.000
การสนับสนุนจากครอบครัว	50.2 ± 13.0 (46.6 - 53.5)	53.3 ± 13.3 (50.0 - 56.8)	2.7 (-2.9 - 2.6)	36.0	1.000

* วิเคราะห์โดยในสถิติ pair simple t-test

การเปรียบเทียบผลระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

จากตาราง 1 ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมกิจกรรมลดลงจากก่อนทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.026) สำหรับระดับน้ำตาลในเลือดสะสมเฉลี่ยของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีแนวโน้มลดลง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ

ทางสถิติ สำหรับการบริโภคอาหารพบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการบริโภคอาหารดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.042) ด้านการสนับสนุนจากครอบครัวก็พบเช่นเดียวกันว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.049) ส่วนคะแนนการใช้ยาของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน สำหรับกลุ่มควบคุมผลของทุกตัวแปรก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด น้ำตาลในเลือดสะสม ภาวะโภชนาการ คะแนนการบริโภคอาหาร คะแนนการใช้ยา คะแนนการสนับสนุนของครอบครัว

ตัวแปร	ทดลอง $\bar{X} \pm SD$ (95% CI)	ควบคุม $\bar{X} \pm SD$ (95% CI)	Mean difference (95% CI)	t*	p-value
ก่อนทดลอง					
น้ำตาลในเลือดสะสม	9.1 ± 1.2 (98.8 - 9.5)	9.2 ± 1.3 (8.9 - 9.6)	0.0 (-0.1 - 0.01)	1.7	1.000

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด น้ำตาลในเลือดสะสม ภาวะโภชนาการ คะแนนการบริโภคอาหาร คะแนนการใช้ยา คะแนนการสนับสนุนของครอบครัว

ตัวแปร	ทดลอง $\bar{X} \pm SD$ (95% CI)	ควบคุม $\bar{X} \pm SD$ (95% CI)	Mean difference (95% CI)	t*	p-value
น้ำตาลในเลือด	135.9 $\pm$ 21.0 (130.8 - 141.0)	133.6 $\pm$ 21.9 (128.3 - 138.9)	2.3 (1.5 - 3.1)	5.9	0.978
ดัชนีมวลกาย	27.6 $\pm$ 3.9 (26.6 - 28.6)	27.8 $\pm$ 3.8 (26.6 - 28.6)	0.2 (-0.3 - 0.0)	2.3	1.000
เส้นรอบเอว	81.9 $\pm$ 7.3 (80.2 - 83.7)	82.4 $\pm$ 7.5 (80.5 - 84.2)	0.4 (0.0 - 0.3)	2.4	0.988
การบริโภคอาหาร	26.7 $\pm$ 2.0 (27.0 - 31.4)	27.7 $\pm$ 2.0 (27.0 - 31.4)	- (-0.3 - 0.0)	2.3	1.000
การใช้ยา	34.3 $\pm$ 2.6 (33.6 - 34.9)	34.3 $\pm$ 2.6 (33.6 - 34.9)	-	-	-
การสนับสนุนจากครอบครัว	62.5 $\pm$ 9.1 (60.3 - 64.8)	50.2 $\pm$ 13.0 (46.6 - 53.5)	12.6 (8.7 - 16.6)	6.3	0.075
หลังทดลอง					
น้ำตาลในเลือดสะสม	8.1 $\pm$ 0.6 (7.7 - 8.2)	9.2 $\pm$ 1.2 (8.9 - 9.3)	1.1 (-1.4 - 0.9)	8.7	0.074
น้ำตาลในเลือด	128.3 $\pm$ 19.4 (124.7 - 133.1)	133.3 $\pm$ 21.9 (128.0 - 138.6)	4.4 (-10.8 - 2.1)	1.4	0.048
ดัชนีมวลกาย	26.6 $\pm$ 3.9 (25.7 - 27.5)	26.6 $\pm$ 3.9 (25.7 - 27.5)	1.1 (-1.4 - 0.8)	8.3	0.988
เส้นรอบเอว	81.0 $\pm$ 7.01 (79.3 - 82.7)	82.2 $\pm$ 7.5 (80.4 - 84.0)	1.2 (-1.5 - 0.9)	7.3	0.788
การบริโภคอาหาร	34.0 $\pm$ 3.4 (33.1-34.5)	27.6 $\pm$ 2.1 (27.0 - 28.1)	- (5.4 - 7.3)	13.4	0.042
การใช้ยา	37.0 $\pm$ 1.4 (36.7 - 38.0)	34.5 $\pm$ 2.4 (34.0 - 35.1)	2.5 (1.8 - 3.2)	7.1	0.082
การสนับสนุนจากครอบครัว	67.7 $\pm$ 7.8 (65.8 - 69.6)	53.3 $\pm$ 13.3 (50.0 - 56.8)	14.8 (10.7 -18.9)	7.1	0.030

* วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Independent t-test

เปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากตาราง 2 เมื่อเปรียบเทียบผลก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าทุกตัวแปรไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบผลหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.048) ระดับน้ำตาลใน

เลือดสะสมเฉลี่ยของกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีแนวโน้มลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตามแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีคะแนนการบริโภคอาหาร และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.042 และ 0.030) สำหรับค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และคะแนนเฉลี่ยด้านการใช้ยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ตาราง 3 การออกกำลังกายแอ่งแขนของกลุ่มทดลอง

การออกกำลังกายแอ่งแขน	กลุ่มทดลอง n=68 จำนวน (ร้อยละ)
ความบ่อยของการแอ่งแขน (วัน/สัปดาห์)	68 (100.0)
มากกว่า 3 วัน/สัปดาห์	$\bar{X}$ = 4.0, SD = 0.2 , min = 3: max =5
ระยะเวลาการแอ่งแขน (นาที/ครั้ง)	57 (82.6)
30 - 39 นาที	12 (17.4)
เท่ากับหรือมากกว่า 40 นาที	$\bar{X}$ = 32.9, SD = 4.5, min = 30: max = 45

การออกกำลังกายแอ่งแขน

จากตาราง 3 ความถี่ของการออกกำลังกายแอ่งแขนในระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม ของกลุ่มทดลอง 4 ครั้งต่อสัปดาห์และมีระยะเวลา 30 - 39 นาที มากถึงร้อยละ 82.6 โดยมีการออกกำลังกายแอ่งแขนเฉลี่ย 32.9 นาที

สรุปและอภิปรายผล

ผลการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมการแอ่งแขนเป็นเวลา 12 สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายแอ่งแขนเฉลี่ย 3 ครั้ง/สัปดาห์อย่างน้อย 30 นาที ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า เมื่อออกกำลังกายแอ่งแขนซึ่งเป็นการออกกำลังกายแบบเบาถึงปานกลางในระยะเวลา 30 นาที ขึ้นไปทำให้กล้ามเนื้อได้ทำงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล ถิลาวัฒน์⁽¹¹⁾ ประภัสสร กิตติพิรัช⁽¹²⁾ และพัชรี เชื้อทอง⁽¹³⁾ พบว่า การออกกำลังกายแอ่งแขนสม่ำเสมอเป็นเวลา 30 นาทีช่วยให้ระดับน้ำตาลดีขึ้น สำหรับระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) กลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (จาก 9.1% เป็น 8.1%) แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดสะสมใช้เวลานานในการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการศึกษานี้ใช้เวลา 12 สัปดาห์อาจไม่เพียงพอที่จะมีผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลงอย่างชัดเจน หากมีการติดตามในระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นอาจจะพบความแตกต่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพงษ์ หามวงษ์⁽¹⁴⁾ พบว่า ระยะเวลาในการศึกษาเพียง 12 สัปดาห์ไม่เพียงพอที่จะทำ

ให้น้ำตาลสะสมในเลือดเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ ต่างจากการศึกษาของ Leelayuwat N.⁽¹⁵⁾ และ Tonkamnerdthai O.⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าการออกกำลังกายแอ่งแขนเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ในผู้ป่วยเบาหวานทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลงลดลง 0.2% (จาก 8.9 เป็น 8.7%) แต่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกันโดยการทดลองไม่มีกลุ่มควบคุม อาจทำให้ผลที่พบแตกต่างกับการศึกษานี้

สำหรับด้านการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลอง หลังจากเข้าร่วมกิจกรรม มีปฏิบัติที่ดีขึ้น โดยมีความถี่การรับประทานผลไม้รสหวานลดลง การเติมน้ำตาลในอาหารลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ วารุณี สันป่าแก้ว⁽¹⁷⁾ พบว่า การใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถรับประทานอาหารได้ถูกต้อง สำหรับภาวะโภชนาการโดยดูจากค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวจากกิจกรรมที่จัดยังไม่ส่งผลให้น้ำหนักและเส้นรอบเอวลดลงอย่างเห็นได้ชัด เนื่องจากการออกกำลังกายแอ่งแขนเป็นการออกกำลังกายที่มีระดับความหนักอยู่ในช่วงเบาถึงปานกลางทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการเผาผลาญพลังงาน ในด้านการสนับสนุนจากครอบครัวในกลุ่มทดลองระหว่างที่เข้าร่วมกิจกรรม ครอบครัวมีการสนับสนุนมากกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวนีย์ วรรณลอ⁽¹⁸⁾ พบว่าครอบครัวมีบทบาทในการช่วยปรับพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การไปตรวจตามนัด ดูแลเมื่อเจ็บป่วย การศึกษาของยุพา จิวพัฒนากุล⁽¹⁹⁾ พบว่าการออกกำลังกายโดยการแอ่งแขน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

โดยการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นในการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานโดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เป็นผู้สูงอายุ ควรให้สมาชิกของครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมด้วย เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการออกกำลังกายสม่ำเสมอ

สรุปการออกกำลังกายแอ่งแขนโดยการสนับสนุนของครอบครัวเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ในผู้ป่วยเบาหวานมีผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยลดลง ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมมีแนวโน้มลดลงแต่ยังเปลี่ยนแปลงไม่เห็นชัดเจน หากมีการติดตามระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำกิจกรรมการออกกำลังกายแอ่งแขน ไปปฏิบัติเป็นงานประจำที่คลินิกเบาหวานเนื่องจากไม่ต้องใช้อุปกรณ์ สามารถทำได้ในทุกที่ และมีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยสามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

2. นำการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว มาจัดกิจกรรมร่วมกับกลุ่มตัวอย่างอย่างจริงจัง เมื่อผู้ป่วยได้รับกำลังใจ แรงกระตุ้น จะทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

3. ศึกษาผลของการออกกำลังกายแอ่งแขนในระยะยาวเพื่อติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดสะสมที่นานขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งคร้อ หัวหน้างานงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูล ร่วมกิจกรรม และขอขอบคุณกลุ่มวิจัยการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. **International Diabetes Federation.** Seventh edition: De Visu digital document design, 2015.
2. World Health Organization. **Diabetes.** <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en> Retrieved October 25, 2015.
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี สำนักโรคไม่ติดต่อ. สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์. กรุงเทพฯ, 2557.
4. ทองวรรณ คงฤทธิ์. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2557.
5. นงลักษณ์ อิงคมณี. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลศาสตร์. 29 (2): 56-64, 2554.
6. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2015. **Diabetes Care** 2015. 38 (1): S20-S31, 2015
7. จิราพร กันบุญ. อุปสรรคการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547
8. อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ. แรงสนับสนุนทางสังคม: ปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน. **รามธิบดีพยาบาลสาร.** 16 (2): 309-322, 2553
9. Siripitayakunkit A., Hanucharurnkul S. et al. Factors contributing to integrating lifestyle in Thai women with type 2 diabetes. **Thai Journal of Nursing Research.** 12: 166-178, 2008.
10. งานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลแก่งคร้อ. รายงานผลตรวจสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานประจำปี 2557 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแก่งคร้อ ชัยภูมิ. งานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลแก่งคร้อ, 2558.
11. นฤมล ลีลาสุวรรณ. ผลของการออกกำลังกายส่วนบนต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. ขอนแก่น, 2549.

12. ปกัศสร กิตติพิรัชด. ผลของโปรแกรมกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายแอ่งแขนและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 20 (4) : 21-32, 2555.
13. พัชร เชื้อทอง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2548.
14. สมพงษ์ หามวงศ์. ผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองทุ่งเผือก อำเภอหนองสูง จังหวัดกาฬสินธุ์. ศรีนครินทร์เวชสาร. 28 (4) : 451-460, 2556.
15. Leelayuwat N., et al. An alternative exercise and its beneficial effects on glycaemic control and oxidative stress in subjects with type 2 diabetes. **Diabetes Research Clinical Practice.** 8 (2) : 5-8, 2008.
16. Tunkamnerdthai O., et al. Improvement of pulmonary function with arm swing exercise in patients with type 2 diabetes. **Journal of Physical Therapy Science.** 27 (3) : 649-654, 2015.
17. วารุณี สันป่าแก้ว. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน. วารสารเกื้อการุณย์. 21, 2557.
18. เสาวนีย์ วรรณะอ. แรงสนับสนุนจากครอบครัวตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. ราชบัณฑิตยบาลสาร. 18 (3) : 372-388, 2555.
19. ยูพา จีพัฒน์กุล. การสนับสนุนของครอบครัวในการออกกำลังกายโดยการแอ่งแขนสำหรับผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก. 13 (2) : 1-7, 2555.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดสกลนคร

Factors relating to satisfaction of the emergency medical services in Sakon Nakhon Province

ศรีบุญชัย ศรีไชยเจริญพงษ์¹

Sribud Srichaijaroonpong¹

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพึงพอใจของประชาชนในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดสกลนคร และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 164 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิอย่างเป็น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีโทรศัพท์และใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรใช้สถิติไคสแควร์ (Chi - square)

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 54.9 มีอายุอยู่ในช่วง 41 – 50 ปี ร้อยละ 38.4 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 50.0 เป็นผู้บาดเจ็บหรือญาติผู้บาดเจ็บในการโทรศัพท์แจ้งขอความช่วยเหลือบริการฉุกเฉิน ร้อยละ 71.3 ส่วนใหญ่รู้จักหมายเลขโทรศัพท์ขอรับบริการ 1669 จากอาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัย ร้อยละ 13.63 ได้รับการคัดแยกประเภทอาการผู้ป่วยเป็นประเภทสีเหลือง คิดเป็นร้อยละ 91.5 ในด้านความพึงพอใจในการรับบริการพบว่า ความพึงพอใจต่อการได้รับการบริการในทุกจุด การให้บริการอยู่ในระดับมาก เรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อยตามลำดับ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการให้บริการของชุดปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ (รถกู้ชีพ) มีค่าคะแนนความพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{x} = 4.16$, S.D. = 0.74) รองลงมา คือ ความพึงพอใจต่อการให้บริการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ($\bar{x} = 4.14$, S.D. = 0.64) และ ความพึงพอใจต่อการให้บริการ ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาล ($\bar{x} = 4.08$, S.D. = 0.52) ตามลำดับ ส่วนความพึงพอใจในด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ และสิ่งอำนวยความสะดวกในการช่วยเหลือ ก็อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ($\bar{x} = 4.25$, S.D. = 0.70) และพบว่าปัจจัยระดับการศึกษาและอาชีพมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดสกลนคร ($p < 0.001$, $p < 0.001$)

คำสำคัญ: ความพึงพอใจ ,บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

Abstract

This is a cross - sectional descriptive research aimed to evaluate the satisfaction of emergency medical services in Sakon Nakhon province and its related factors. A sample of 164 correspondents was obtained from stratified systematic random sampling. Data was collected by using structured questionnaire through telephone call and then was analyzed by descriptive statistics, i.e. percentage, minimum, maximum, average, and standard deviation. Chi-square test was used to identify the relationship of variables.

The results showed that majority of the respondents was female counting for 54.9 percent with ages 41 - 50 years counting for 38.4 percent, finished primary education for 43.3 percent, engaged in agricultural occupation for 50.0 percent. Most of them were the relatives, the injured or the sick themselves for 71.3 percent and had been classified as yellow type patient for 91.5 percent. The samples knew rescue volunteers from calling number 1669 for 13.63 percent. The satisfaction at all service points was found at high level. The highest score of satisfaction was found at service operations at the scene ($\bar{x} = 4.16$, SD = 0.74), and followed respectively by the satisfaction at the EMS notification center ($\bar{x} = 4.14$, S.D. = 0.64) and satisfaction at the emergency unit of the admission hospital ($\bar{x} = 4.08$, S.D. = 0.52). In addition, the satisfaction toward the equipment and facilities in providing service was also found at high level ($\bar{x} = 4.25$, S.D. = 0.70). The factors related to satisfaction of the emergency medical services at Sakon Nakhon province showed that factors of educational level and occupation had relation to the satisfaction.

Keyword: satisfaction, emergency medical services

¹ อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม. เกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร,

บทนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุนำของการเสียชีวิตในเกือบทุกประเทศทั่วโลก การเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ รวมทั้งการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ อุบัติภัย ภัยพิบัติ และการได้รับสารพิษ ในประเทศไทยมีผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รุนแรงร้อยละ 60 - 80 ของการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บเกิดขึ้นก่อนถึงโรงพยาบาล และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของการเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาลของผู้บาดเจ็บในประเทศที่กำลังพัฒนากับประเทศที่พัฒนาแล้ว สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทยยังมีอัตราการตายสูงกว่าเนื่องจาก “ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน” ยังไม่สามารถเข้าถึงและครอบคลุมผู้ป่วยฉุกเฉินได้ทุกพื้นที่⁽¹⁾

จากรายงานสถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉินไทย สะท้อนให้เห็นความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่ขึ้นทะเบียนแล้วในจังหวัด ซึ่งยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ รวมทั้งหน่วยปฏิบัติการที่แม้ได้ขึ้นทะเบียนแล้วแต่ปฏิบัติงานจริงมีเพียงร้อยละ 56.55 ประชาชนยังรับรู้ และตระหนักถึงภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์รวมทั้งการเข้าถึงบริการอย่างเหมาะสมที่ทันท่วงทียังน้อย โดยเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่แม้ว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ยังมีสัดส่วนน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินเพียงร้อยละ 13.40 ส่วนข้อมูลการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (การเสียชีวิตก่อนไปถึง, รักษา และเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ, รักษา และเสียชีวิตระหว่างนำส่ง) ปี 2555 - 2557 แม้ว่าจะมีเพียงร้อยละ 0.67 - 0.68 ของผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งหมด แต่เมื่อพิจารณาเป็นจำนวนแล้ว พบว่าตัวเลขผู้ป่วยฉุกเฉินที่เสียชีวิตนอกโรงพยาบาลมีจำนวนไม่น้อยโดยในปี 2555, 2556 และ 2557 เสียชีวิตเท่ากับ 7,699 คน, 8,140 คน และ 8,161 คน ตามลำดับ⁽²⁾

จังหวัดสกลนครได้เริ่มพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 โดยมี โรงพยาบาลสกลนครเป็นแม่ข่ายในการให้การสนับสนุน และเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ที่เป็น

รูปแบบของจังหวัด ข้อมูลในปี พ.ศ. 2548 พบว่ามีศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดสกลนคร จำนวนทั้งสิ้น 171 หน่วย จากสถิติการให้บริการผู้ป่วยทั้งจังหวัดพบว่าสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2555 ออกปฏิบัติการฉุกเฉิน 23,991 ครั้ง ปี พ.ศ. 2556 ออกปฏิบัติการฉุกเฉิน 25,431 ครั้ง และปี พ.ศ. 2557 ออกปฏิบัติการฉุกเฉิน 26,967 ครั้ง และสถิติการให้บริการผู้ป่วยในเขตอำเภอเมืองสกลนคร พบว่าปี พ.ศ. 2555 ปฏิบัติการฉุกเฉิน 5,627 ครั้ง ปี พ.ศ. 2556 ออกปฏิบัติการฉุกเฉิน จำนวน 6,313 ครั้ง และปี พ.ศ. 2557 ออกปฏิบัติการฉุกเฉิน 6,840 ครั้ง⁽²⁾ สะท้อนให้เห็นถึงการเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นสาเหตุ ผลงานที่ผ่านมาของหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดสกลนครยังมีปัญหาในการปฏิบัติการอยู่ค่อนข้างมาก เช่น ความล่าช้าในการให้การช่วยเหลือ การลำเลียงเคลื่อนย้ายไม่ถูกวิธี และนำส่งยังสถานพยาบาลที่ไม่เหมาะสม และจากการประเมินความพึงพอใจซึ่งถือว่าเป็นดัชนีวัดที่สำคัญตัวหนึ่งในการรับรองมาตรฐานของศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่ายังมีเสียงสะท้อนจากประชาชนผู้ใช้บริการว่าการปฏิบัติงานของอาสาสมัครกู้ชีพยังไม่ดีพอ อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติงานยังไม่ครบถ้วน ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพของการให้บริการของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในเขตจังหวัดสกลนคร จึงควรมีการศึกษาและสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อสามารถให้บริการประชาชนได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการมากยิ่งขึ้นและมีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน อีกทั้งเพื่อเป็นข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่จะนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการวางแผน แก้ไขปัญหาและพัฒนาการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่รับผิดชอบให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ประเมินความพึงพอใจของประชาชนในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตจังหวัดสกลนคร
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตจังหวัดสกลนคร

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional descriptive study) เพื่อศึกษาถึงระดับความพึงพอใจและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของประชาชนในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตจังหวัดสกลนคร เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสกลนคร ที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางหมายเลขโทรศัพท์ 1669 นับตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2559 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2559 รวมทั้งสิ้น 2,719 ราย กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณแบบประมาณค่าสัดส่วนโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของเกรซี และมอร์แกน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 164 ตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดสกลนครในช่วงดังกล่าว ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย หรือผู้ประสบเหตุที่โทรศัพท์แจ้งขอรับความช่วยเหลือจาก 1669 แต่ไม่รวมอาสาสมัครหรือผู้ปฏิบัติงานในหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินทุกประเภท

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสกลนคร ที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางหมายเลข 1669 จำนวน 164 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Stratified systematic sampling) โดยนำข้อมูลผู้ใช้บริการที่มีอยู่ในฐานข้อมูลระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (Information technology for Emergency Medical System: ITEMS) ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ของจังหวัดสกลนคร มาแบ่งจำนวนประชากรที่ใช้บริการในแต่ละอำเภอ จากนั้นแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากรในแต่ละอำเภอดังกล่าว เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการกระจายของข้อมูลในการวิจัย การสุ่มจะใช้สูตรคำนวณช่วงการสุ่ม (sampling interval) ด้วยการสุ่มแบบง่าย ให้ได้ครบตามจำนวน 164 ตัวอย่าง การเก็บกลุ่มตัวอย่างโดยเก็บเฉพาะผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วย ญาติผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วย ผู้ประสบเหตุและอื่นๆ แต่ไม่รวมอาสาสมัครทุกประเภท พื้นที่ที่ใช้ในการเก็บข้อมูลครอบคลุมทั้ง 18

อำเภอของจังหวัดสกลนคร โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละอำเภอได้จากการคำนวณตามสัดส่วนของผู้ใช้บริการทั้งหมดในช่วงเวลาที่ศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดแบบสอบถามให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวตามกรอบแนวคิดที่ใช้ ประกอบด้วยคำถาม 3 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรือผู้ป่วย ช่องทางที่รู้จัก 1669 และการคัดแยกอาการของผู้ป่วย ของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ (ดูตามทะเบียนข้อมูลไม่ต้องสอบถาม) ส่วนที่ 2 ประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 4 ขั้นตอน คือขั้นตอนการให้บริการรับแจ้งเหตุ (ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ) ขั้นตอนการให้บริการของชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน (รถกู้ชีพ) ขั้นตอนการให้บริการของชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน (เจ้าหน้าที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน) ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER) และการประเมินความพึงพอใจด้านอุปกรณ์เครื่องมือและสิ่งอำนวยความสะดวก โดยใช้มาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จาก ระดับ 1 (พอใจน้อยที่สุด) ถึงระดับ 5 (พอใจมากที่สุด) ส่วนที่ 3 เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการให้บริการของหน่วยกู้ชีพฉุกเฉิน(ถ้ามี) ซึ่งผู้ตอบสามารถเลือกตอบระดับความพึงพอใจ แต่ละคำถามได้เพียง 1 ระดับเท่านั้น คะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการให้บริการของการแพทย์ฉุกเฉิน จะถูกแบ่งระดับออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อย 2.34 – 3.66 หมายถึงมีความพึงพอใจระดับปานกลาง และ 3.67 – 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมาก

เครื่องมือมีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ผลการทดสอบความตรงของเครื่องมือเชิงเนื้อหา มีค่าเฉลี่ยทั้งหมด ร้อยละ 90.3 และมีค่าความเที่ยง (Reliability) ของค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟา (Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.95

จริยธรรมในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ และเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบในทางลบแก่ผู้เข้าร่วมการศึกษาโดยไม่ได้เจตนา เช่น การรบกวนเวลา การสร้างความตึงเครียด และความกดดันในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยใช้โปรแกรมสถิติคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่ จำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) เพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 54.9 มีอายุเฉลี่ย 43.85 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.49 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด รองลงมาได้แก่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย และน้อยที่สุดคือการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 43.3, 31.1, 9.8 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 50.16 และ 5.85 ตามลำดับ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาเป็นผู้พบเห็นเหตุการณ ร้อยละ 71.3, 23.8 ตามลำดับ จากการคัดแยกอาการของผู้ป่วยจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยประเภทสีเหลือง (กลุ่มฉุกเฉิน) รองลงมาเป็นผู้ป่วยประเภทสีเหลือง (กลุ่มฉุกเฉิน) ร้อยละ 91.5 และ 5.5 ตามลำดับ

2. ประเภทของการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยโทรศัพท์หมายเลข 1669 ในการขอแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินมากที่สุด ร้อยละ 98.78 รองลงมาได้แก่การรอรับบริการการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่กู้ชีพ ณ จุดเกิดเหตุ และ ใช้บริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินหลังจากรถกู้ชีพไปส่ง ร้อยละ 29.88 และ 28.66 ตามลำดับ ส่วนการขอให้

มารับผู้ป่วยไปโรงพยาบาลตามนัดมีเพียงร้อยละ 2.44 เท่านั้น

3. ความพึงพอใจต่อการให้บริการของหน่วยบริการของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

3.1 ความพึงพอใจการให้บริการ ณ จุดให้บริการทั้ง 3 อยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อยได้แก่ ความพึงพอใจ ณ จุดเกิดเหตุ ของหน่วยกู้ชีพที่ออกไปช่วยเหลือให้บริการ ($\bar{x} = 4.16$, S.D.=0.64) รองลงมาได้แก่ ความพึงพอใจ ณ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ($\bar{x} = 4.14$, S.D. = 0.74) และความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ณ แผนกฉุกเฉิน รพ. ($\bar{x} = 4.08$, S.D. = 0.52) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความพึงพอใจเป็นรายด้าน ในแต่ละจุดบริการ พบว่าความพึงพอใจ ณ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุดในด้านอรรถาธิบายของผู้ให้บริการ ($\bar{x} = 4.16$, S.D. = 0.72) รองลงมาได้แก่ ด้านการให้คำแนะนำที่เพียงพอ ($\bar{x} = 4.13$, S.D. = 0.62) และ ด้านความสะดวกรวดเร็ว ($\bar{x} = 4.10$, S.D. = 0.54) ตามลำดับ ส่วน ณ จุดเกิดเหตุ พบว่าความพึงพอใจด้านการให้คำแนะนำเพียงพอมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.21$, S.D. = 0.55) ตามด้วยความพึงพอใจด้านอรรถาธิบายของผู้ให้บริการ ($\bar{x} = 4.20$, S.D. = 0.67) และ ด้านความสะดวกรวดเร็ว ($\bar{x} = 4.06$, S.D. = 0.74) ตามลำดับ ส่วนความพึงพอใจในบริการ ณ แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่หน่วยกู้ชีพนำส่ง พบว่า ความพึงพอใจสูงสุดอยู่ที่ด้านอรรถาธิบายของผู้ให้บริการ ($\bar{x} = 4.14$, S.D. = 0.60) ตามด้วย ด้านการให้คำแนะนำเพียงพอ ($\bar{x} = 4.11$, S.D. = 0.68) และ ด้านความสะดวกรวดเร็ว ($\bar{x} = 4.07$, S.D. = 0.42) ตามลำดับ

3.2 ความพึงพอใจในด้านอุปกรณ์ เครื่องมือและสิ่งอำนวยความสะดวกที่ให้บริการ พบว่ามีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.25$, S.D. = 0.70) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการจัดหาเครื่องมือเครื่องใช้เพียงพอ เครื่องมืออุปกรณ์พร้อมต่อการใช้งานทุกครั้ง การดูแลความสะอาดของเครื่องมืออยู่เสม การจัดเตรียมรถกู้ชีพตลอด 24 ชั่วโมง และด้านอุปกรณ์

เครื่องมือสื่อสารเพียงพอต่อการใช้งาน พบว่าทุกด้านมี
ระดับความพึงพอใจมาก

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจโดย
ภาพรวม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ ณ จุด
รับบริการทั้ง 3 จุด

ตาราง 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจโดยรวม

ตัวแปร	ระดับความพึงพอใจ	χ^2	df	p-value
	ปานกลาง มาก			
เพศ				
ชาย	11(10.83) 63(63.17)	4.676	1	0.197
หญิง	13(13.17) 77(76.83)			
อายุ				
น้อยกว่า 31 ปี	8(7.32) 17(7.68)			
31 – 40 ปี	12(8.19) 16(19.81)	9.11	3	<0.001**
41 – 50 ปี	16(18.43) 47(44.56)			
51 ปี ขึ้นไป	12(14.5) 36(33.95)			
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	8(11.69) 63(59.31)	47.231	2	<0.001**
มัธยมศึกษา	13(8.40) 38(42.60)			
ปวช./ปวส.และสูงกว่า	6(6.91) 36(35.09)			
อาชีพ				
เกษตรกร	14(12.00) 68(70.00)	84.547	4	<0.001**
รับจ้าง	5(3.63) 12(13.37)			
รับราชการ	6(5.12) 18(18.88)			
ค้าขาย	6 (3.63) 11 (13.37)			
อื่น ๆ	4(2.99) 10 (11.01)			
ความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์				
ผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วย	1(1.41) 7(6.59)	4.779	2	0.572
ญาติผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วย	21(20.69) 96(96.31)			
ผู้พบเห็นเหตุการณ์	7(6.90) 32(32.10)			
ประเภทผู้ป่วยตามการคัดแยกอาการ ลูกเงิน(สี เหลือง)	6(6.97) 121(120.03)	3.918	1	0.917
กึ่งลูกเงิน(สีเขียว)	5(2.03) 32(34.97)			

จากตาราง พบว่ามีเพียงปัจจัยด้านระดับการศึกษา
และอาชีพของผู้ตอบที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสถิติ กับ
ความพึงพอใจโดยภาพรวมในการรับบริการการแพทย์
ฉุกเฉิน ($p < 0.001$, $p < 0.001$) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 54.9 มีอายุเฉลี่ย

43.8 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพ
เกษตรกรและรับจ้างทั่วไป ประมาณ 3 ใน 4 เป็นญาติ
ของผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาเป็นผู้พบเห็น
เหตุการณ์ โดยเป็นกรณีการเจ็บป่วยจากการคัดแยกอาการ
ผู้ป่วยจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการเป็นประเภทกลุ่ม
ลูกเงิน(สีเหลือง)และกลุ่มกึ่งลูกเงิน (สีเขียว) (ร้อยละ
91.5และ 5.5 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างมีการใช้บริการ

การแพทย์ฉุกเฉินโดยโทรศัพท์แจ้ง 1669 มากที่สุด (ร้อยละ 55.10) มีผลให้การให้บริการเป็นไปอย่างสะดวกรวดเร็วได้มากกว่าวิธีการขอรับการช่วยเหลือวิธีอื่น ลากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นญาติของผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บซึ่งมีบทบาทสำคัญในการรับรู้บริการในทุกจุดบริการโดยตลอด ตั้งแต่การแจ้งศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ การสังเกตและประเมินการให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุของหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน และการให้บริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่รับต่อผู้ป่วย จึงสามารถประเมินความพึงพอใจของการได้รับบริการทั้ง 3 จุดได้หมด ทั้งด้านความสะดวกรวดเร็วในการบริการ ทัศนคติของผู้ให้บริการ และการให้คำแนะนำที่เพียงพอ ผลการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาของอุดม (2555) ⁽³⁾ ที่พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพเกษตรกรกรรม และมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บโดยเป็นผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วย การคัดแยกอาการของผู้ป่วยของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการส่วนใหญ่เป็นสีเหลือง (ผู้ป่วยฉุกเฉิน) ร้อยละ 91.5 และสอดคล้องกับการศึกษา ของวรรณรา และ ชูชีพ (2555) ⁽¹⁾ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บโดยเป็นผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยร้อยละ 71.3 การคัดแยกอาการของผู้ป่วยของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการเป็นสีเหลือง (ผู้ป่วยฉุกเฉิน) ร้อยละ 91.5

2. ระดับความพึงพอใจการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยภาพรวมความพึงพอใจในการรับบริการใน 4 ด้าน คือ ด้านความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ ทัศนคติของผู้ให้บริการ การให้คำแนะนำที่เพียงพอ และความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ในการให้การช่วยเหลือ พบว่าอยู่ในระดับมากทั้งหมด โดยความพึงพอใจต่อการให้บริการของชุดปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ (รถกู้ชีพ) มีค่าคะแนนความพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{x} = 4.16$, S.D. = 0.74) รองลงมา คือ ความพึงพอใจต่อการให้บริการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ($\bar{x} = 4.14$, S.D. = 0.64) และความพึงพอใจต่อการให้บริการ ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาล ($\bar{x} = 4.08$, S.D. = 0.52) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าทุกด้านมีระดับความพึงพอใจในระดับมากทั้ง 3 ด้าน โดยพบแบบแผนความพึงพอใจ

คล้ายกันทั้ง 3 จุด โดยทั้ง 3 จุด มีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในทัศนคติของผู้ให้บริการสูงสุด รองลงมาคือ การให้คำแนะนำเพียงพอ และ ด้านความสะดวกรวดเร็วของบริการที่ได้รับ โดยคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทั้งหมด แสดงให้เห็นถึงคุณลักษณะของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการที่ให้บริการด้วยทัศนคติที่ดี สุภาพ เรียบร้อย เป็นที่พึงพอใจได้ และที่น่าสังเกตคือคะแนนเฉลี่ยของความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการมีค่าต่ำสุด ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่รับต่อผู้ป่วย อาจเกิดจากความคับคั่งของผู้รับบริการที่มีมาก เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีไม่เพียงพอต่อผู้รับบริการ หรืออาจเกิดจากความไม่เข้าใจในระบบการทำงานของเจ้าหน้าที่ก็ได้ ส่วนความพึงพอใจในด้านอุปกรณ์ เครื่องมือและสิ่งอำนวยความสะดวก ก็พบว่ามีอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.25$, S.D. = 0.70) ซึ่งแม้กลุ่มตัวอย่างจะไม่มีความรู้ในประโยชน์และมาตรฐานของอุปกรณ์ เครื่องมือและสิ่งอำนวยความสะดวกที่ต้องใช้ แต่กลุ่มตัวอย่างก็ประเมินได้จากความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือและสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นต้องใช้ในการแก้ไขปัญหาของผู้เจ็บป่วยที่เจ้าหน้าที่พบในขณะที่ให้บริการ เป็นไปอย่างไม่มีอุปสรรค

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษา ของวรรณรา และชูชีพ (2555) ⁽¹⁾ ที่พบว่าภาพรวมการประเมินความพึงพอใจการให้บริการของชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน (รถกู้ชีพ) มีความพึงพอใจมากที่สุดร้อยละ 88.6 ความพึงพอใจในภาพรวมแต่ละด้านมีมากกว่าร้อยละ 80

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสกลนคร ใน จุดบริการทั้ง 3 จุด พบว่า อายุ ระดับการศึกษาและอาชีพเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดสกลนคร ($p < 0.001$, $p < 0.001$) ⁽⁴⁾ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณรา และชูชีพ (2555) ⁽¹⁾ ที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในทุกจุดของบริการ ไม่ว่าจะเป็น ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ การ

ให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุ และการให้บริการ ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีมาตรการเพื่อเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการให้มากขึ้น เช่นการรับแจ้งเหตุที่ ควรมีความสะดวก รวดเร็ว โทรศัพท์แจ้งครั้งเดียวติด ไม่ควรเสียเวลา รอเจ้าหน้าที่มารับสาย การเข้าถึงที่เกิดเหตุเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีให้รวดเร็วขึ้น โดยขอความร่วมมือประชาชนให้อำนวยความสะดวกและเปิดทางให้รถหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินไปก่อน และการสื่อสารที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ณ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้ผู้รับบริการเข้าใจระบบการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่ต้องมีคัดกรองผู้ป่วยตามความจำเป็นเร่งด่วนก่อนหลัง รวมทั้งการสังเกตอาการก่อนดำเนินการให้การช่วยเหลือลำดับต่อไป

ไม่ได้ทอดทิ้งให้ผู้ป่วยเหมือนที่ผู้รับบริการและญาติส่วนหนึ่งเข้าใจ

2. ควรมีการประชาสัมพันธ์เพื่อการรับรู้ภารกิจของการแพทย์ฉุกเฉินผ่านช่องทางอื่นๆ เพิ่มเติมจากสื่อป้ายประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการอย่างทั่วถึง และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะการเปิดทางให้รถพยาบาลขนส่งลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่งานบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ได้ดียิ่งขึ้น

3. การให้บริการแก่ผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ควรคำนึงถึงสภาพจิตใจของผู้ป่วยและญาติในภาวะวิกฤตฉุกเฉินนั้นด้วย การรอคอยแม้เพียงในเวลาเล็กน้อยก็สร้างความกระวนกระวายใจได้มากไม่ควรมีเหตุการณ์ปะทะอารมณ์เกิดขึ้นระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับ1 ไม่ว่าจะทำอยู่ในจุดใดก็ตาม

เอกสารอ้างอิง

1. วรรณรา ชื่นวัฒนา และชูชีพ เบี้ยคนอก. 2555. การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2555. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. ที่มา. <http://www.niems.go.th/View/KnowledgeBase.aspx?CategoryId=122,10> ตุลาคม 2558.
2. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) 2557. ช่องว่างการแพทย์ฉุกเฉินไทย รายงานสถานการณ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉินปี 2557. กรุงเทพฯ: ปัญญามิตรการพิมพ์.
3. อุดม เวียงแก้ว. 2555. ความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการของหน่วยกู้ชีพฉุกเฉินเทศบาลตำบลสาละวิน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. องค์การบริหารส่วนตำบลโนนธาตุ อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น.
4. เมธาวิณี ขุมทอง. 2556. ศึกษากระบวนการบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามการรับรู้ของอาสาสมัครกู้ชีพฉุกเฉินเบื้องต้น ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

การวิจัยและพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน จังหวัดลำปาง

A research and development study of model for early childhood development surveillance and promotion, Lampang Province

กุลรัตน์ ไชยพร^{*1}, ณัฐฐกรณ์ ปัญจพันธ์^{*2}, ถาวร ล่อกา^{*3}

Kulrut Chaiprom^{*1}, Nutthaporn Panchakhan^{*2}, Thaworn Lorga^{*3}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กและมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์เป้าหมาย จำนวน 15 คน เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม ประชากร คือ บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน รวม 306 คนเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS ในการหาสถิติขั้นพื้นฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้ Factor Analysis และใช้โปรแกรม Smart PLS ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวแปร

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ลักษณะการให้บริการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก พบปัญหาด้านบุคลากร ว่าผู้บริหารของหน่วยงานให้ความสำคัญกับงานพัฒนาการเด็กน้อย ผู้รับผิดชอบงานบางส่วนขาดสมรรถนะในการปฏิบัติและขาดความตระหนักภาระงานมาก บุคลากรไม่เพียงพอ ผู้ร่วมงานและผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือ ด้านกระบวนการคือ ขาดการประสานงาน ขาดความต่อเนื่องของการดำเนินงาน ด้านวัตถุประสงค์คือ มีการใช้ฐานข้อมูลหลากหลาย วัตถุประสงค์ไม่เพียงพอ ระยะที่ 2 การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) เพื่อหาตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ จากตัวแปร 92 ตัว พบว่าได้องค์ประกอบใหม่ 6 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านสมรรถนะ มีตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ 8 ตัว 2) ด้านการจัดระบบ มีตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ 11 ตัว 3) ด้านการถ่ายทอดความรู้ มีตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ 21 ตัว 4) ด้านการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ของชุมชน มีตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ 18 ตัว 5) ด้านการจัดกระบวนการ มีตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ 12 ตัว และ 6) ด้านการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง มีตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ 22 ตัว ระยะที่ 3 รูปแบบทางสถิติ โดยใช้ตัวแบบสมการ โครงสร้าง พบว่าทั้ง 6 องค์ประกอบเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ สมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข การจัดการระบบ การจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะที่ 4 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ พบว่า 1) สมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย ความมั่นใจ ความรู้และทักษะ การทบทวนการทำงาน การสอนผู้อื่น และการเรียนรู้ของทีม 2) การจัดการระบบ ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติตามขั้นตอนในแผนงาน การตรวจสอบผลการดำเนินงาน และการปรับปรุงการดำเนินงานอย่างเหมาะสม 3) การจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย ฐานข้อมูล การมีส่วนร่วมของเครือข่าย วัตถุประสงค์ การรณรงค์ให้ความรู้ การคัดกรอง การติดตาม การกระตุ้น การส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ การกระตุ้น และการส่งเสริมสุขภาพเด็ก และวิธีการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข คือ 1) พัฒนาตนเองให้เกิดความมั่นใจ ในด้านความรู้และทักษะ 2) การทบทวน สะท้อนผลงานของตน 3) ส่งเสริมการเรียนรู้ของทีมงาน โดยจะทำให้ขับเคลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพและนำไปใช้ได้

คำสำคัญ : การวิจัยและพัฒนา, ระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

Abstract

Research and development was perform to this study. Qualitative and quantitative research data was both collected. The purpose was to develop surveillance and promotion system for children aged 9, 18, 30 and 42 months. Qualitative data collection was a group discussion. The samples were the public health personnel responsible for child development and had resulted achieved 15 target goals. The instrument

¹ นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

was a semi-structured interview and the questionnaire was be the quantitative data as well. The population was the health workers who preferred the development of children in the 306 district health promotion hospitals and community hospitals. The data collection tool was a 5-level scale questionnaire and basic statistics for data was SPSS. The relationship analysis between variables using Factor Analysis and the Smart PLS program was used to analyze factors influencing variables.

The research was divided into 4 stages as follows: Phase 1: Surveillance and promotion of child development. Findings showed that the head of the agency were less interested in focusing on the development of children, some of the people responsible for the work lacked the capacity to perform and lack of awareness. In addition the co-workers and parents do not cooperate. For the process is lack of coordination and lack of continuity of operation. For the material is there are a variety of databases and insufficient equipment. Phase 2: Factor analysis found that the new 6 factors from 92 indicators: 1) The performance item has 8 indicators. 2) The system item has 11 indicators 3) The 21 indicators of knowledge transfer 4) The 18 indicators of participation and learning of the community. 5) There are 12 indicators for process management and 6) There are 22 indicators for continuous development of children. Phase 3: Statistical Model by using the structural equation model found that 6 factors are affecting the development and promotion of child development, the child monitoring and promotion system consists of three main components: Performance of public health personnel, System management and continuing child development. The three elements are related with the statistically significant at the .05 level. Phase 4: Development of child monitoring and development system and evaluation of the feasibility of the application found that 1) The performance of health personnel consists of confidence, knowledge and skills, review work and teaching others 2) The management system consists of planning, followed the steps in the plan, monitoring and to improve operations. 3) The continuous child development management consists of a database system, Involvement of network, ready materials, awareness, campaigning, screening, follow-up, promoted forwarding to the expert and child health promotion. How to improve the performance of public health personnel is 1) self-confidence. 2) Review of their work. 3) Promote the learning of the team. It will make the drive more efficient and usable.

Keywords: Research and Development, Child Development and Monitoring System

บทนำ

คุณภาพประชากรมีรากฐานมาจากเด็กที่มีคุณภาพ ช่วงแรกของชีวิตวัยแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี หรือเด็กปฐมวัย เป็นวัยที่มีอัตราการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างมาก จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการกระตุ้น ส่งเสริมพัฒนาการ เด็ก หากพบเด็กมีปัญหาพัฒนาการผิดปกติ จะต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและช่วยเหลืออย่างเหมาะสมโดยเร็วที่สุด จะสามารถแก้ไข บำบัดฟื้นฟู และส่งเสริมให้มีพัฒนาการที่ก้าวหน้าขึ้น ในช่วงเวลาที่สมองยังมีความสามารถยืดหยุ่น ฟื้นตัวได้ดี ทำให้ลดความพิการและเข้าใจถึงความปกติมากที่สุด

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559) และนโยบาย ยุทธศาสตร์การ พัฒนาเด็กปฐมวัย (0-5ปี) ระยะยาว พ.ศ. 2550-2559 ตาม มติคณะรัฐมนตรี ได้ให้ความสำคัญในเรื่องพัฒนาการเด็ก ปฐมวัย อีกทั้งในปี 2558 รัฐบาลได้กำหนดนโยบายเพื่อเป็น ทิศทาง การขับเคลื่อนประเทศและการดูแลสุขภาพประชาชน

ในข้อ 5 การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและ สุขภาพของประชาชน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเป็น หน่วยงานหลักที่ดูแลสุขภาพประชาชนทุกช่วงชีวิต จึงได้ กำหนดแผนบูรณาการยุทธศาสตร์สุขภาพ เป็นประเด็นที่ ตอบสนองต่อการพัฒนางานสาธารณสุขตามแนว พระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติ โดยกำหนด ยุทธศาสตร์ที่กลุ่มเด็ก 0-5 ปี ให้มีพัฒนาการสมวัย ซึ่งเน้น บูรณาการกับกระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ จึง ได้จัดทำโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่อง ในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558 โดยมี เป้าหมายมุ่งเน้นให้เด็กไทยทุกคนได้รับการพัฒนาการที่ ถูกต้อง มีมาตรฐานอย่างเท่าเทียมจากพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดู และ ชุมชน⁽¹⁾

การคัดกรองพัฒนาการเด็ก 4 ช่วงอายุ (9, 18, 30, 42 เดือน) ตามโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระ

เกิดขึ้น ในช่วงรณรงค์ วันที่ 4-8 กรกฎาคม 2559 พบเด็ก มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 23.30 ซึ่งได้รับการติดตาม กระตุ้นพัฒนาการร้อยละ 56.0 หลังการกระตุ้น 30 วัน พบ เด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 94.36 โดยได้มีการพัฒนา ทักษะในการคัดกรอง ทบทวนเครื่องมือและอุปกรณ์การ ตรวจตามคู่มือ DSPM (Developmental Surveillance and Promotion Manual) เพื่อเพิ่มคุณภาพในการคัดกรอง พัฒนาการเด็กใน 4 ช่วงอายุ ให้มีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งเด็ก พัฒนาการล่าช้า ต้องได้รับ การส่งต่อพบพยาบาลจิตเวชที่ โรงพยาบาลชุมชน⁽²⁾ ซึ่งมีการดำเนินงานคัดกรอง ประเมิน กระตุ้น ติดตาม ส่งเสริมพัฒนาการเด็กในคลินิก สุขภาพเด็กดี อย่างไรก็ตามพบว่า มีคลินิกสุขภาพเด็กดีใน โรงพยาบาลชุมชน ผ่านเกณฑ์คุณภาพร้อยละ 63.3 โดย พบว่า ผู้ปฏิบัติงานไม่มีทักษะในการใช้เครื่องมือ ทำให้ ส่งผลต่อการให้คำแนะนำพ่อแม่ ผู้ปกครอง ด้านสื่ออุปกรณ์ มีไม่เพียงพอ ความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการใน คลินิกสุขภาพเด็กดีของเด็ก และระบบการเฝ้าระวังและดูแล เด็กกลุ่มเสี่ยงยังไม่ครอบคลุมทั่วประเทศ⁽³⁾

จังหวัดลำปางปี 2559 พบเด็กพัฒนาการสมวัยร้อยละ 85.31 ความครอบคลุมการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กใน 4 ช่วงอายุ ร้อยละ 27.13 และติดตามเด็กที่สงสัยพัฒนาการ ล่าช้าร้อยละ 43.30 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่าเป้าหมาย โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ได้ใช้กลไกการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานในรูปแบบของคณะกรรมการ ดำเนินงานกลุ่มสตรีและเด็ก 0-5 ปี และมีทีม Child Project Manager :CPM ระดับจังหวัด อำเภอ ทำหน้าที่กำกับดูแล ติดตามการดำเนินงาน มีการประชุมชี้แจงและพัฒนา ศักยภาพบุคลากร รวมทั้งบูรณาการร่วมกับภาคเครือข่าย จากการนิเทศงาน พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มียังไม่สามารถให้บริการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการ เด็กได้อย่างเต็มที่ ยังเน้นการให้วัคซีนตามเกณฑ์อายุเป็น หลัก เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ อีกทั้งผู้ปฏิบัติงานในระดับ อำเภอและตำบล ไม่เข้าใจในระบบการบันทึกข้อมูล ขาด การนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ขาดความรู้และทักษะในการ ดำเนินงาน ผู้ปกครองไม่สนใจในเรื่องการดูแลสุขภาพเด็ก อุปกรณ์เครื่องมือไม่เพียงพอ คลินิกสุขภาพเด็กดียังไม่ได้

มาตรฐาน ส่งผลให้คุณภาพของข้อมูลและความครอบคลุม การดำเนินงานพัฒนาการเด็กไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะดำเนินการวิจัยและพัฒนาระบบเฝ้า ระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน จังหวัดลำปาง เพื่อให้ได้ระบบเฝ้าระวังและส่งเสริม พัฒนาการเด็กที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการ พัฒนาระบบการ การบริหารจัดการให้มีระบบที่ดีและมี ประสิทธิภาพประสิทธิผล อันจะส่งผลดีต่อการพัฒนา ระบบสุขภาพเด็กของจังหวัดลำปางและระดับประเทศ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน
2. เพื่อศึกษาตัวแบบสมการโครงสร้าง (Structural equation model) ที่อธิบายระบบเฝ้าระวังและส่งเสริม พัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน
3. เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริม พัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่มีประสิทธิผล การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และความ เหมาะสม

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานเฝ้า ระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน โดยใช้การสนทนากลุ่มเพื่อนำสู่การยกร่างการพัฒนา ระบบและปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลของการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) เพื่อหาตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ และตั้งชื่อองค์ประกอบที่มี ผลกระทบต่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน

ระยะที่ 3 การค้นหารูปแบบทางสถิติ โดยใช้ตัว แบบสมการโครงสร้าง (Structural equation model) เพื่อ อธิบายระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน

ระยะที่ 4 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริม พัฒนาการเด็ก และการประเมินความเป็นไปได้ในการ นำไปใช้ โดยการสนทนากลุ่ม (focus group) เพื่อให้ได้

ระบบเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน จังหวัดลำปาง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ตั้งแต่ มกราคม - ธันวาคม 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน รวม 306 คน

กลุ่มตัวอย่างในการสุ่มกลุ่ม ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กและมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์เป้าหมาย จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลลำปาง รวม 15 คน

ประชากรที่ใช้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็ก ทั้งผู้รับผิดชอบงานหลักและรอง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชนฯ แห่งละ 2 คน รวม 306 คน และมีผู้ส่งแบบสอบถามคืน จำนวน 281 ชุด คิดเป็นร้อยละ 91.83

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) ในประเด็น ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน วิธีการดำเนินงานหรือกลยุทธ์ในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ การประเมินผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานพัฒนาการเด็ก และปัญหาอุปสรรค

2. แบบสอบถามระดับการปฏิบัติงานพัฒนาการเด็ก (Questionnaires) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของไลเคิร์ต (Likert's Rating Scale)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โดยการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน แล้วนำผลประเมินของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าเฉลี่ย เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยใช้สูตร Index of Concordance ได้ค่า IOC ทั้งฉบับเท่ากับ 0.885 นำแบบสอบถามไปทดสอบคุณภาพของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับบุคคลที่ไม่ใช่กลุ่ม

ประชากร (try out) ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 30 คน แล้วนำคำตอบมาคำนวณค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.985

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้จัดการสนทนากลุ่ม บุคลากรมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์เป้าหมาย จำนวน 15 คน

2. การวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ การยินยอมตอบแบบสอบถาม และรายละเอียดข้อคำถามของแบบสอบถามแก่ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กระดับอำเภอ เพื่อให้อธิบายบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนในการตอบแบบสอบถาม และเก็บรวบรวมข้อมูลส่งผู้วิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาตรวจความถูกต้อง ความสมบูรณ์ จากนั้นนำมาจัดทำบันทึกผลและนำมาวิเคราะห์ผลด้วยสถิติการวิจัย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การวิเคราะห์ระดับการปฏิบัติตามเกณฑ์ของเบสบท⁽⁴⁾ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้ Factor Analysis เพื่อหาลักษณะร่วมของข้อคำถาม และตั้งชื่อกลุ่มตัวแปร การวิเคราะห์ตัวแบบโครงสร้าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ Smart PLS⁽⁵⁾

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยนำโครงร่างวิจัยและแบบสอบถาม เสนอขอการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ E2560/006 ลงวันที่ 1 มกราคม 2560

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 สถานการณ์การดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน

จากการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 15 คน พบว่า บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับ

การอบรมทักษะเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และอยู่ในทีมคณะทำงานเด็กของแต่ละอำเภอ แต่ยังพบปัญหาของการดำเนินงาน ดังนี้ 1) ด้านบุคลากร (Man) พบว่า ผู้บริหารของหน่วยงานให้ความสำคัญกับงานพัฒนาการเด็กน้อยและได้รับผิดชอบงานบางส่วนขาดสมรรถนะในการปฏิบัติและขาดความตระหนัก มีภาระงานมาก บุคลากรไม่เพียงพอ อีกทั้งผู้ร่วมงานและผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควร 2) ด้านกระบวนการ (Method) พบว่า ขาดการประสานงานระหว่าง การส่งเสริมสุขภาพกับคลินิกอื่นๆ และขาดความต่อเนื่องของการคัดกรอง ติดตาม กระตุ้น ส่งต่อบริการแก่ผู้เชี่ยวชาญ และการส่งเสริมสุขภาพ 3) ด้านวัสดุ อุปกรณ์ (Material) พบว่า มีการใช้ฐานข้อมูลหลายระบบ เทคโนโลยี สื่อ คู่มือ และอุปกรณ์ในการกระตุ้นพัฒนาการไม่เอื้อต่อการดำเนินงานและไม่เพียงพอ ดังแสดงในตาราง 1 ดังนี้

ตาราง 1 สถานการณ์ปัญหาการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน

หมวดหมู่	ข้อมูล
ด้านบุคลากร (Man)	1) ผู้บริหารระดับอำเภอให้ความสำคัญกับงานอนามัยแม่และเด็กน้อยเมื่อเทียบกับงานอื่น 2) บุคลากรที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็ก ขาดสมรรถนะและขาดความตระหนักในการปฏิบัติงาน 3) ผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก 4) ทีม มอ.ขาดสมรรถนะในการประเมินพัฒนาการเด็ก 5) ขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขในการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก และมีภาระงานหลายด้าน 6) ผู้ร่วมงานไม่เข้าใจธรรมชาติของงาน
ด้านกระบวนการ (Method)	1) การทำงานแยกส่วน ขาดการประสานงานกับคลินิกสุขภาพเด็ก 2) ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินการของระบบพัฒนาการเด็ก
ด้านวัสดุ อุปกรณ์ (Material)	1) มีฐานข้อมูลหลากหลาย 2) เทคโนโลยีและสื่อไม่เอื้อต่อการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก 3) วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ

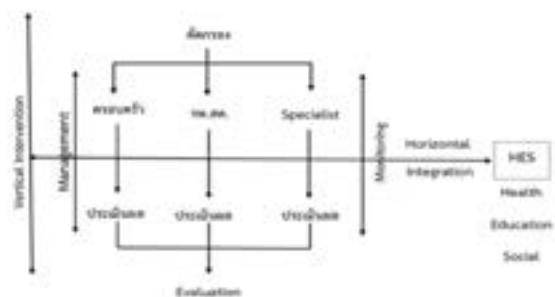
โดยทางกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และชี้แนะแนวทางในการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน เพื่อนำไปปรับใช้ในพื้นที่ดังนี้

ด้านบุคลากร (Man) 1) ผู้บริหารต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติและการสั่งการเชิงนโยบาย เป็นผู้สนับสนุนเกิดผลงาน 2) พัฒนาสมรรถนะของบุคลากรให้ครอบคลุมประเด็นการคัดกรองพัฒนาการ ทักษะการสื่อสารกับผู้ปกครอง ทักษะการทำงานกับเด็กและระบบกลไกการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก โดยการอบรมและการสอนงาน 3) สร้างความร่วมมือกับครอบครัว ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการสร้างความร่วมมือ ด้านการให้การรู้ การคืนข้อมูล และการกำกับ ติดตามประเมินผลร่วมกัน (Engagement, Education, Feedback, M/E) 4) พัฒนาสมรรถนะทีมบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้มีความเชี่ยวชาญสาขาแม่และเด็ก, Community Care, Competency Bundle 5) บูรณาการแนวราบกับภาคีเครือข่าย และการบริการอื่นๆ 6) พัฒนางานเป็นทีม โดยการสร้างสัมพันธภาพอย่าง

ด้านกระบวนการ (Method) 1) บูรณาการงานพัฒนาการเด็กทั้งแนวตั้งและแนวราบ 2) ใช้ระบบการนิเทศงานทั้งเชิงบริหารและปฏิบัติการต่อเนื่อง จะทำให้เกิดความร่วมมือในการทำงานด้วยดี

ด้านวัสดุ อุปกรณ์ (Material) 1) บูรณาการฐานข้อมูลหรือแนวทางการใช้ฐานข้อมูล 2) เสนอจุดแข็งที่สามารถเข้าถึงโดยใช้สื่อและเทคโนโลยี เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ 3) สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอ สรุปลักษณะ ประกอบ

1



ภาพประกอบ 1 ระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

ผู้วิจัยได้นำแนวทางปฏิบัติที่ได้จากสนทนากลุ่มไปจัดทำเป็นข้อคำถาม เพื่อศึกษาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่เหมาะสมในบริบทของจังหวัดลำปางต่อไป

ระยะที่ 2 การวิเคราะห์องค์ประกอบ

ผลการหาตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ โดยใช้ Factor Analysis จำนวน 92 ตัวแปร สามารถจัดองค์ประกอบได้ 6 องค์ประกอบ และกำหนดชื่อองค์ประกอบ เพื่อสื่อความหมายที่สอดคล้องกับตัวแปรของแต่ละองค์ประกอบ ให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ต่อไป ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านสมรรถนะของบุคลากร มีตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ 8 ตัว คือ

ตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ	Compo Nent 1
4ท่านมั่นใจว่าสามารถดำเนินงานพัฒนาการเด็กได้	0.736
3ท่านมีความรู้ทักษะในการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก	0.729
5ท่านทบทวนความสำเร็จของการปฏิบัติงานตามแนวทาง	0.670
6ท่านได้ร่วมกิจกรรมการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง	0.599
9ท่านให้ความรู้ แก่ผู้ปกครองเด็กทุกเดือน	0.575
2ท่านสามารถจัดกระบวนการเรียนรู้งานให้กับทีมงานได้	0.553
8ท่านให้ความรู้ในชุมชนทุกเดือน	0.533
15ท่านกำหนดแนวทางให้ความรู้ ให้ประชาชน	0.451

2. องค์ประกอบด้านการจัดระบบ มีตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ 11 ตัว คือ

ตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ	Compo Nent 2
65ท่านและเครือข่ายติดตามประเมินผลหลังการกระตุ้น	0.637
64ท่านวางแผนร่วมกับผู้ปกครองเพื่อนัดหมาย	0.619
66ท่านให้ความรู้และติดตามประเมินผู้ปกครอง	0.581
58ท่านมีแนวทางที่ชัดเจน ปฏิบัติได้ง่ายในการส่งต่อเด็ก	0.553
70ท่านส่งเสริมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การใช้สมุดบันทึกสีชมพู	0.548
69ท่านจัดกิจกรรมให้ความรู้ ก่อนตั้งครรภ์ หลังคลอด	0.522
59เครือข่ายของท่านมีระบบการส่งและรับข้อมูล	0.519
62ท่านติดตามตามผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ	0.516
63MCH Board นำข้อมูลมาวิเคราะห์และหาแนวทาง	0.503

ตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ	Compo Nent 2
60ท่านมีการประสานเครือข่าย ในการจัดบริการรถรับส่ง	0.487
61ท่านส่งต่อเด็กส่งสัปดาห์พัฒนาการล่าช้าทุกราย	0.430

3. องค์ประกอบด้านการถ่ายทอดความรู้ มีตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ 21 ตัว คือ

ตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ	Compo Nent 3
20รพสต.ของท่านให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก	0.663
26รพสต.ของท่านมีข้อมูล อสม.ที่ผ่านการอบรม	0.632
19การให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กในสถานบริการ	0.607
32รพสต.ของท่านมีช่องทางปรึกษา	0.596
22รพสต.ของท่านสนับสนุนองค์ความรู้ ชุมชนระดับ	0.586
23รพสต.ประชาสัมพันธ์ให้ไปคัดกรองพัฒนาการ	0.549
16รพสต.ของท่านมีแผนการสอนการดูแลสุขภาพและพัฒนาการเด็กแก่ผู้ปกครองและเครือข่าย	0.518
29ท่านตรวจสอบความถูกต้อง ระยะเวลาของข้อมูล	0.516
30รพสต.ของท่านบันทึกผลการคัดกรองพัฒนาการเด็ก	0.501
36รพสต.ของท่านมีกิจกรรมการจัดบริการเชิงรุก	0.500
27ท่านสามารถค้นหาข้อมูลเด็กหรือความรู้ได้ทันที	0.489
7ท่านได้จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ประชาชน	0.486
25รพสต.ของท่านประเมินผลการให้ความรู้แก่ อสม.	0.481
18จัดการให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กในชุมชน	0.480
21รพสต.ของท่านจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้	0.452
28เมื่อท่านมีปัญหาในการค้นหาข้อมูลสามารถประสานได้	0.443
24รพสต.ของท่านประเมินผลการให้ความรู้แก่ประชาชน	0.436
11MCH Board	0.418
17รพสต.ของท่านมีสื่อการสอนที่เพียงพอ	0.391
35รพสต.ของท่านจัดสถานที่ วัน เวลาที่เหมาะสม	0.379
12จนท.ในรพสต.ให้บริการตรวจพัฒนาการแทนท่านได้	0.290

4. องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ของชุมชน มีตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ 18 ตัว คือ

ตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ	Compo Nent 4
75การจัดทำนโยบายสาธารณะร่วมกับประชาชน	0.853
73การหาข้อตกลงร่วมกันกับชุมชน	0.837

ตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ	Compo Nent 4
77การติดตามและประเมินผล	0.802
78การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	0.800
76การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	0.789
72การประสานเครือข่าย สพด. ชุมชน	0.744
ตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ	Compo nent
79ประชุมคินข้อมูลที่แสดงถึงปัญหาสุขภาพเด็ก	0.738
81จัดกิจกรรมการพัฒนาทักษะที่จำเป็น	0.715
74การประชาสัมพันธ์แก่ประชาชน	0.658
82มีการจัดกิจกรรมการศึกษาดูงาน	0.647
80มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ	0.605
68ท่านประสานเครือข่ายเพื่อขอรับการสนับสนุนงบ	0.601
57รพศ.ของท่านประเมินผลการติดตาม	0.511
34ท่านสนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมผู้ปกครอง	0.511
67ท่านสนับสนุนสื่อ อุปกรณ์ที่เพียงพอและเหมาะสม	0.480
10ท่านได้ร่วมกำหนด/บังคับใช้มาตรการทางสังคม	0.465
71การประสานเครือข่าย สพด. ชุมชน	0.413
49การประเมินทักษะการคัดกรองจากผู้เชี่ยวชาญ	0.295

5. องค์ประกอบด้านการจัดกระบวนการ มีตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ 12 ตัว คือ

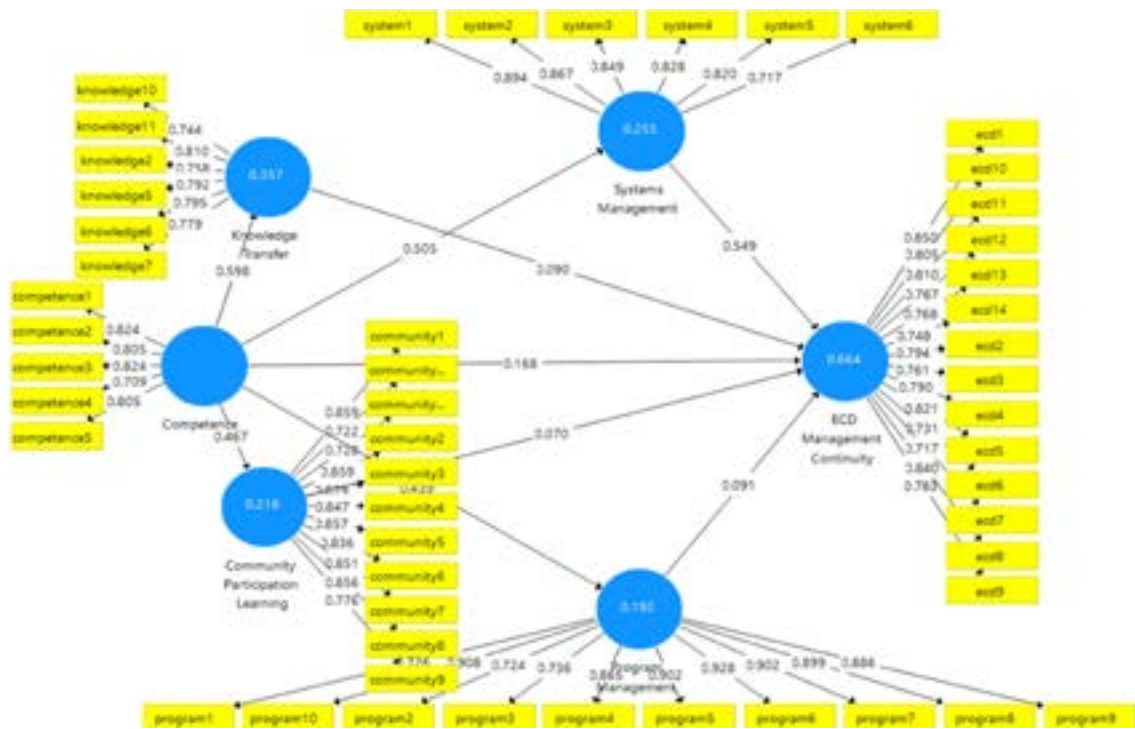
ตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ	Compo Nent 5
84มีการนำโครงการสู่การปฏิบัติ	0.735
85มีการประเมินผลโครงการ	0.732
83มีการเขียนโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ	0.702
14นำประเด็นไปบูรณาการกับโครงการที่มีอยู่เดิมของรพศ.	0.502
13นำประเด็นพัฒนาการเด็กไปบูรณาการกับหน่วยงานอื่น	0.420
88นำผลการวิเคราะห์มาเป็นแนวทางในการกำหนดประเด็น	0.807
87มีการนำข้อมูล เพื่อการวิเคราะห์ค้นหาสาเหตุของปัญหา	0.794
89การนำผลการวิเคราะห์มากำหนดแผนการดำเนินงาน	0.791
90นำข้อมูลมาใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน	0.744
86มีการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อระบุปริมาณและความรุนแรง	0.726
92นำผลการประเมิน ไปพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	0.693
91มีการคินข้อมูลแก่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง	0.665

6. องค์ประกอบด้านการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง มีตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ 22 ตัว คือ

ตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ	Compo nent 6
46ท่านวางแผนการกระตุ้นพัฒนาการและการส่งต่อ	0.778
44ท่านสรุปผลการประเมินและแจ้งผลให้แก่ผู้ปกครอง	0.767
40ท่านเตรียมสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์การประเมินให้พร้อมใช้	0.754
42ท่านดำเนินการคัดกรองโดยใช้เครื่องมือ DMPA	0.735
43ท่านสร้างสัมพันธภาพกับผู้ปกครองและเด็ก	0.727
52ท่านติดตามเด็กที่ไม่มาตรวจตามนัดภายในเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์	0.681
33ท่านทำทะเบียนข้อมูลเด็กและผู้ปกครองครบถ้วน	0.641
41ท่านเลื่อนการประเมินพัฒนาการเด็ก	0.632
51ท่านมีแผนและดำเนินการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้ารายบุคคล	0.632
45ท่านประเมินภาวะจิตใจของผู้ปกครอง	0.626
47ประสานเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ	0.620
55ท่านบันทึกผลครบถ้วน ทุกต้อง ทันเวลา	0.600
53ท่านประสานให้ อสม.ติดตามเด็กภายใน 2 สัปดาห์	0.583
54ท่านประสานให้ เจ้าหน้าที่(มอ.) ติดตาม	0.550
50ท่านประเมินความเข้าใจของผู้ปกครองในการกระตุ้น	0.536
39ท่านฝึกการใช้ข้อคำถามในการประเมินพัฒนาการเด็ก	0.536
37ท่านศึกษาข้อมูลสถานการณ์ ภูมิหลังของเด็ก	0.534
31ท่านเข้าร่วมการกำหนดแนวทางการแจ้งผลการประเมิน	0.502
38ท่านกำหนดแผนการคัดกรอง โดยเตรียมข้อมูลเด็ก เค.	0.484
56ท่านประสานเครือข่ายเพื่อการติดตามเด็ก	0.470
48ท่านมีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์และประเมินผล	0.462
1ท่านกำหนดเป้าหมายผลการดำเนินงานพัฒนาการเด็กให้สูงสุดที่จะเป็นไปได้	0.443

ระยะที่ 3 รูปแบบทางสถิติ โดยใช้ตัวแบบสมการโครงสร้าง (Structural equation model)

1. องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ตามภาพ 2 และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตามตาราง 2



ภาพประกอบ 2 ผลการวิเคราะห์ด้วยแบบสมการ โครงสร้าง ที่มา: ผลการทำโปรแกรม Smart PLS V. 3.0.

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม

Dependent Variable	R ²	Effect	Antecedent				
			Competence	Knowledge Transfer	Program Management	Systems Management	Community Participation & Learning
ECD Management & Continuity	0.664	DE	0.168	0.090	0.091	0.549	0.070
		IE	0.403	N/A	N/A	N/A	N/A
		TE	0.571	0.090	0.091	0.549	0.070
Community Participation & Learning	0.218	DE	0.467	N/A	N/A	N/A	N/A
		IE	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
		TE	0.467	N/A	N/A	N/A	N/A
Systems Management	0.255	DE	0.505	N/A	N/A	N/A	N/A
		IE	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
		TE	0.505	N/A	N/A	N/A	N/A
Program Management	0.192	DE	0.439	N/A	N/A	N/A	N/A
		IE	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
		TE	0.439	N/A	N/A	N/A	N/A
Knowledge Transfer	0.357	DE	0.598	N/A	N/A	N/A	N/A
		IE	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
		TE	0.598	N/A	N/A	N/A	N/A

Note. TE = Total Effect, DE = Direct Effect, IE = Indirect Effect, N/A = Non Applicable, **Competence** =สมรรถนะของบุคลากร
สาธารณสุข, **ECD Management & Community** =การจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง, **Community Participation & Learning** =การมีส่วนร่วมของชุมชนและการเรียนรู้, **Systems Management** = การจัดการระบบ, **Program Management** =การจัดกระบวนการ, **Knowledge Transfer** = การถ่ายทอดความรู้

จากภาพ 2 และตาราง 2 เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม พบว่า สมรรถนะมีผลทางตรงต่อปัจจัยทั้ง 5 ด้าน และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อตัวแปรตาม มีรายละเอียดดังนี้

ด้านที่ 1 สมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า มีอิทธิพลทางตรงต่อการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง เท่ากับ 0.168 มีอิทธิพลทางอ้อมต่อการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง เท่ากับ 0.403 และมีอิทธิพลรวมต่อการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง เท่ากับ 0.571

ด้านที่ 2 สมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า มีอิทธิพลทางตรงต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนและการเรียนรู้ เท่ากับ 0.467

ด้านที่ 3 สมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า มีอิทธิพลทางตรงต่อการจัดการระบบ เท่ากับ 0.505

ด้านที่ 4 สมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า มีอิทธิพลทางตรงต่อการจัดกระบวนการ เท่ากับ 0.439

ด้านที่ 5 สมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า มีอิทธิพลทางตรงต่อการถ่ายทอดความรู้ เท่ากับ 0.598

2. รูปแบบระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน โดยการทดสอบสมมุติฐาน ดังตาราง 3

ตาราง 3 ผลการทดสอบสมมุติฐานที่ 1-9

สมมุติฐานการวิจัย	Coef.	t-stat	p-value	สรุปผล
H1: สมรรถนะของบุคลากรส่งผลต่อการจัดการระบบ	.0505	11.399	.000	สนับสนุน
H2: สมรรถนะของบุคลากรส่งผลต่อการถ่ายทอดความรู้	0.589	15.249	.000	สนับสนุน
H3: สมรรถนะของบุคลากรส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนและการเรียนรู้	0.467	10.083	.000	สนับสนุน
H4: สมรรถนะของบุคลากรส่งผลต่อการจัดกระบวนการ	0.439	11.159	.000	สนับสนุน
H5: สมรรถนะของบุคลากรส่งผลต่อการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง	0.168	3.383	.001	สนับสนุน
H6: การจัดการระบบส่งผลต่อการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง	0.549	7.804	.000	สนับสนุน
H7: การถ่ายทอดความรู้ส่งผลต่อการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง	0.090	1.217	.224	ไม่สนับสนุน
H8: การมีส่วนร่วมของชุมชนและการเรียนรู้ส่งผลต่อการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง	0.070	1.036	.301	ไม่สนับสนุน
H9: การจัดกระบวนการส่งผลต่อการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง	0.091	1.520	.125	ไม่สนับสนุน

จากตาราง 3 พบรูปแบบระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือนที่มีเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน จำนวน 6 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) สมรรถนะของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการจัดการระบบ 2) สมรรถนะของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการถ่ายทอดความรู้ 3) สมรรถนะของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนและการเรียนรู้ 4) สมรรถนะของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการจัดกระบวนการ 5) สมรรถนะของ

บุคลากรมีความสัมพันธ์กับการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง 6) สมรรถนะของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการจัดการระบบ และการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง

2.2 องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน จังหวัดลำปาง พบว่า บุคลากรสาธารณสุขที่มีสมรรถนะและการจัดการระบบที่มีประสิทธิภาพ นำไปสู่ระบบเฝ้า

ระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่มีประสิทธิผล ดังภาพประกอบ 2



หมายเหตุ: Coef.= 0.572, t= 6.360,

ภาพประกอบ 3 ระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน จังหวัดลำปาง

จากภาพประกอบ 3 พบว่า ระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน จังหวัดลำปาง มีองค์ประกอบที่สัมพันธ์กัน คือ สมรรถนะของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง สมรรถนะของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการจัดการระบบ และการจัดการระบบมีความสัมพันธ์กับการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ 1) บุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญในการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก จะมีความมั่นใจในการวางแผนการดำเนินงาน ปฏิบัติตามแผนงาน การตรวจสอบและปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง 2) บุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้ ทักษะ และการทบทวนการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เกิดความพร้อม ความมุ่งมั่น ในการดำเนินงานรณรงค์ให้ความรู้ คัดกรอง กระตุ้น ติดตาม ประเมินพัฒนาการเด็ก และการประสานการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) การจัดการระบบ โดยมีการวางแผนงานจากวัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย และมีการปฏิบัติตามขั้นตอนในแผนงาน รวมทั้งการตรวจสอบ ปรับปรุง จัดทำมาตรฐานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง จะสามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เข้ากับสถานการณ์และพื้นที่ได้ ส่งผลให้การดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กมีประสิทธิภาพ 4) องค์ประกอบทั้ง 3 ตัวมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีการจัดการระบบเป็นตัวแปรคั่นกลาง ระหว่าง

สมรรถนะของบุคลากรและการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 4 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กและการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โดยการสนทนากลุ่ม (focus group)

1. การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้พบว่า ระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน จังหวัดลำปาง พบว่ามีค่าเฉลี่ยรวมทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.52$, $SD = .271$)

1) สมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน ประกอบด้วย ความมั่นใจ (Confidence) ความรู้และทักษะ (Knowledge & Skills) การทบทวนการทำงาน (Review) การสอนผู้อื่น (Education) และการเรียนรู้ของทีม (Learning) 2) การจัดการระบบ ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติตามขั้นตอนในแผนงาน (Do) การตรวจสอบผลการดำเนินงาน (Check) และการปรับปรุงการดำเนินงานอย่างเหมาะสม (Act) 3) การจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย ระบบฐานข้อมูล การมีส่วนร่วมของเครือข่าย วัสดุอุปกรณ์ การรณรงค์ให้ความรู้ การคัดกรอง การติดตามการกระตุ้น การส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ และการส่งเสริมสุขภาพพัฒนาการเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน

2. วิธีการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9,18, 30 และ 42 เดือน ดังนี้ 1) พัฒนาตนเองให้เกิดความมั่นใจ ในด้านความรู้และทักษะ 2) การทบทวน สะท้อนผลงานของตน 3) ส่งเสริมการเรียนรู้ของทีมงาน

ผลการวิจัยชี้ชัดว่าการจัดระบบผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม ด้วยการจัดระบบงานที่มีคุณภาพ จึงจะนำไปสู่การบริหารจัดการระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน จังหวัดลำปาง

อภิปรายผล

1. สถานการณ์การดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน

1.1 ปัญหาการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ได้แก่ ด้านบุคลากร คือ ผู้บริหารยังให้

ความสำคัญกับงานพัฒนาการเด็กน้อย และผู้รับผิดชอบงาน
ยังขาดสมรรถนะและขาดความตระหนัก ภาระงานมาก
บุคลากรไม่เพียงพอ ผู้ร่วมงานและผู้ปกครองไม่ให้ความ
ร่วมมือ ด้านกระบวนการ คือ ขาดการประสานงาน ขาดความ
ต่อเนื่องของการดำเนินงาน ด้านวัสดุอุปกรณ์คือ มีการใช้
ฐานข้อมูลหลากหลาย วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ดังการศึกษา
ของ กมลรัตน์ เกตุบรรลุ และคณะ (2552)⁽⁶⁾ พบว่า การเฝ้า
ระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับปฐมภูมิ มี
ลักษณะการให้บริการคือ ไม่ได้ตรวจพัฒนาการเด็กทุกราย มี
การตรวจและแปลผลไม่ถูกต้อง ขาดระบบการส่งต่อที่ดี อีกทั้ง
ทั้งการศึกษาของ พรพิมล ชีรนนันท์ และคณะ (2557)⁽⁷⁾
พบว่า ปัญหาการจัดระบบบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านสถานที่ และด้านขีดความสามารถ

1.2 แนวทางในการดำเนินงานเฝ้าระวังและ
ส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ได้แก่
ด้านบุคลากร คือ การปรับเปลี่ยนทัศนคติและการสั่งการ
เชิงนโยบาย พัฒนาสมรรถนะของบุคลากร ทักษะการ
สื่อสารกับผู้ปกครอง ทักษะการทำงานกับเด็กและระบบ
กลไกการดำเนินงาน สร้างความร่วมมือกับครอบครัว
ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพัฒนาสมรรถนะ
ทีมบุคลากรสาธารณสุข บูรณาการแนวราบกับภาคี
เครือข่ายและการบริการอื่นๆ พัฒนางานเป็นทีม ด้าน
กระบวนการคือ บูรณาการงานพัฒนาการเด็กทั้งแนวตั้งและ
แนวราบ ใช้ระบบการนิเทศงานทั้งเชิงบริหารและ
ปฏิบัติการต่อเนื่อง ด้านวัสดุ อุปกรณ์ คือ บูรณาการ
ฐานข้อมูลหรือแนวทางการใช้ฐานข้อมูล การใช้สื่อและ
เทคโนโลยี เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ และสนับสนุนวัสดุ
อุปกรณ์ให้เพียงพอ ดังการศึกษาของ ชาญณิษฐ์ ปัญญาทอง
(2559)⁽⁸⁾ พบว่า การพัฒนาระบบบริการคลินิกสุขภาพเด็ก
ดี ได้แก่ การกำหนดนโยบายการดูแลและเฝ้าระวัง
พัฒนาการที่ชัดเจน ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญและ
ให้ความร่วมมือในการปรับระบบงาน ตลอดจนการจัดหา
วัสดุอุปกรณ์ เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการพัฒนาทักษะและ
สมรรถนะอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบ ทำให้ได้การจัดกลุ่ม
องค์ประกอบ 6 องค์ประกอบ ดังนี้

2.1 องค์ประกอบด้านสมรรถนะของบุคลากร
สาธารณสุข เป็นคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่พึงมีในการดำเนินงาน
พัฒนาการเด็ก คือ ความมั่นใจ ความรู้และทักษะ การ
ทบทวนการทำงาน เทคนิคการให้ความรู้หรือสอนผู้ปกครอง
และเครือข่าย และส่งเสริมการเรียนรู้ของทีม ดังการศึกษา
ของ พรณิ ลิกิจวัฒน์ (2552)⁽⁹⁾ พบว่า สมรรถภาพครูทั้ง
ที่พึงประสงค์และที่เป็นจริง ต่างประกอบด้วย
องค์ประกอบหลัก 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ ด้านทักษะ และ
ด้านลักษณะนิสัย

2.2 องค์ประกอบการจัดการระบบ ที่มีการวางแผน
การปฏิบัติตามแผน การตรวจสอบ และการปรับปรุงอย่าง
เป็นระบบและต่อเนื่อง ดังการศึกษาของ กิตติพร เนาวิ
สุวรรณ และคณะ (2558)⁽¹⁰⁾ พบว่า องค์ประกอบย่อยและตัว
บ่งชี้อัตลักษณ์ มีกลวิธีการพัฒนาอัตลักษณ์ ได้แก่ การ
กำหนดนโยบาย จัดทำแผนปฏิบัติการ สนับสนุนให้ทำ
กิจกรรมตามกระบวนการ PDCA และการประเมินผลอย่างเป็น
ระบบ

2.3 องค์ประกอบการถ่ายทอดความรู้ เป็นการจั
ดกิจกรรมการให้ความรู้แก่ประชาชนและเครือข่าย ทั้งใน
สถานบริการและชุมชน การสนับสนุนองค์ความรู้ และ
การประเมินผลการให้ความรู้ ดังการศึกษาของ พรณิ ลิกิจ
วัฒน์ (2552)⁽⁹⁾ พบว่า องค์ประกอบเชิงสำรวจด้านความรู้
เกี่ยวกับการสอน ประกอบด้วย รูปแบบการสอน วิธีการสอน
สื่อการสอน และการวัดประเมินผลการเรียนรู้

2.4 องค์ประกอบการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้
ของชุมชน โดยมีการคืนข้อมูล การร่วมจัดทำนโยบายหรือ
ข้อตกลงร่วมกัน การร่วมดำเนินงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้
และการสนับสนุนงบประมาณ ดังการศึกษาของ ภัรกร
บุษสุวรรณ และคณะ (2557)⁽¹¹⁾ พบว่า องค์ประกอบด้าน
การมีส่วนร่วม คือ 1) การมีส่วนร่วมประชุม ร่วมคิด ร่วม
วางแผน ร่วมทำ และร่วมบำรุงรักษา 2) ระดมทรัพยากร 3)
เสียสละ ตระหนักในการบริหารจัดการ 4) สร้างความ
ตระหนักและปลูกจิตสำนึกให้กับผู้ปกครอง

2.5 องค์ประกอบการจัดกระบวนการ เริ่มจากการนำ
นโยบายสู่การปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูล จัดทำแผนงาน
โครงการ และประเมินผล ดังการศึกษาของ วราเสฏฐ์ เกษี

สังข์ (2559)⁽¹²⁾ พบว่า องค์ประกอบของการบริหารจัดการ คือ 1) การส่งเสริมความรู้และทักษะ 2) จัดระบบ 3) จัดกระบวนการดำเนินงานวัดและประเมินผล 4) กำกับติดตามงาน 5) จัดระบบสนับสนุน

2.6 องค์ประกอบการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงข้อมูล เครือข่าย วัสดุอุปกรณ์ และกระบวนการดำเนินงานพัฒนาการเด็กตามแนวทาง และตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ดังการศึกษาของ กมลรัตน์ เกตุบรรลุ และคณะ (2552)⁽⁶⁾ พบว่า การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับปฐมภูมิ โดยการ จัดเวทีพูดคุยและสร้างการมีส่วนร่วม จัดทำแผนงานพัฒนา ของโรงพยาบาลและเครือข่าย การพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ ในการประเมินพัฒนาการเด็กที่ถูกต้อง ปรับรูปแบบบริการ โดยทีมหน่วยบริการ และติดตามผลการให้บริการ ความแม่นยำในการประเมินพัฒนาการเด็ก ความพึงพอใจของพ่อแม่ ผู้ปกครองเด็กที่มารับบริการ ส่วนรูปแบบบริการคลินิกที่ พัฒนาอย่างต่อเนื่องของทีมหน่วยบริการ

3. ปัจจัยที่มีผลต่อระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน

3.1 สมรรถนะของบุคลากรส่งผลต่อการจัดการระบบ โดยบุคลากรที่มีความรู้ เข้าใจในการดำเนินงาน จะสามารถ กำหนดแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน จัดกิจกรรมรณรงค์ ให้ความรู้ การรับส่งต่อและการใช้ข้อมูลข้อมูล การทวน ทวนผลงานทันที เนื่องจากการคิดวิเคราะห์ มีความสามารถในการใช้อุปกรณ์ เทคโนโลยีสารสนเทศ ดังการศึกษาของ สุมาลี จรุงจิตตานุสนธิ์ (2560)⁽¹³⁾ พบว่า รูปแบบการเฝ้าระวัง และส่งเสริมเด็กปฐมวัย ได้แก่ 1) เรื่องระบบข้อมูล 2) การ ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3) การจัดทีม ให้บริการตามโซน ส่งผลให้มีความครอบคลุมของการตรวจ พัฒนาการ และเข้าถึงบริการของเด็ก และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความ เข้าใจในการเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก มีระบบทะเบียนให้ เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ได้ติดตาม

3.2 สมรรถนะของบุคลากรส่งผลต่อการถ่ายทอดความรู้ เนื่องจากบุคลากรมีความเข้าใจที่ลึกซึ้ง จะมีความมั่นใจ ในการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้ปกครองและประชาชน ให้ รู้ลึกและเห็นคุณค่าของการกระตุ้น ติดตามพัฒนาการเด็ก ซึ่ง

ต้องใช้ทักษะการประสานงาน ศิลปะการสื่อสาร ดัง การศึกษาของ สกาวรัตน์ เทพรักษ และคณะ (2557)⁽¹⁴⁾ พบว่า ผู้ปกครอง บุคลากรสาธารณสุข ครูผู้ดูแลเด็ก ต้องร่วมกัน ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ถึงวิธีการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ปฐมวัย และเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็ก

3.3 สมรรถนะของบุคลากรส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนและการเรียนรู้ เนื่องจากบุคลากรที่ทักษะ งานพัฒนาการเด็ก นำไปสู่ความไว้วางใจ ทำชุมชนเปิดใจ ยอมรับ เกิดความมั่นใจที่จะมีส่วนร่วมในการวางแผนและ ร่วมดำเนินงานพัฒนาการเด็ก โดยใช้การดำเนินงานเชิงรุก และการมีส่วนร่วม ดังการศึกษาของ นิตยา ชยกศักดิ์ และ คณะ (2542)⁽¹⁵⁾ พบว่า การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการ ของเด็ก โดยการกระตุ้นให้ครอบครัวและชุมชนมี จิตสำนึกตระหนักถึงความสำคัญและบทบาทของตนเอง และเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ

3.4 สมรรถนะของบุคลากรส่งผลต่อการจัด กระบวนการ เนื่องจากบุคลากรที่มีความรู้ ความเข้าใจในงาน พัฒนาการเด็ก จะมีความพร้อมที่จะนโยบายนโยบายไปสู่การ ปฏิบัติ บริหารแผนงานโครงการ และจัดกระบวนการ เรียนรู้แบบบูรณาการให้กับทีมงานได้อย่างทันทั่วทั้งที่และมีการ ทบทวนทันที ดังการศึกษาของ สุมาลี จรุงจิตตานุสนธิ์ (2560)⁽¹³⁾ พบว่า การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและ ส่งเสริมเด็กปฐมวัย เริ่มจาก 1) แต่งตั้งคณะกรรมการจาก ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง 2) จัดประชุมวางแผนอย่างมีส่วนร่วม 3) ดำเนินตามโครงการที่วางแผนไว้ 4) ติดตาม ประเมินผลและสรุปเป็นบทเรียน

3.5 สมรรถนะของบุคลากรส่งผลต่อการจัดการ พัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยบุคลากรที่มีทักษะ ความ ชำนาญ จะมีความมั่นใจ มุ่งมั่นให้การวางแผน กระตุ้น ติดตาม ประเมินพัฒนาการอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจาก บุคลากรได้รับการเสริมสร้างความรู้ ทักษะในการมุ่ง ผลสัมฤทธิ์ การมีจริยธรรมการบริการ นำไปสู่การจัดการ พัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง ดังการศึกษาของ พนิด โล่ เสถียรกิจ และคณะ (2558)⁽¹⁶⁾ ให้ข้อเสนอแนะในการ ดำเนินงานพัฒนาการเด็ก คือ การบูรณาการกับทุกภาค ส่วนที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การกำหนด

มาตรการในการติดตาม เฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัย สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้บริการแม่และเด็กที่มีคุณภาพ และสร้างความตระหนักให้กับครอบครัว ชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

3.6 การจัดการระบบส่งผลต่อการจัดการพัฒนาการ เด็กอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการวางแผนจากวัตถุประสงค์ และปฏิบัติตามแผน และตรวจสอบ ปรับปรุงการ ดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การจัดการพัฒนาการ เด็กมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ดังการศึกษาของ พร พิมล ชีรนนทน และคณะ (2557)⁽⁷⁾ พบว่า ระบบบริการ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีคุณภาพ ในด้านขีด ความสามารถระบบบริการ คือมีการตรวจวินิจฉัยและการ บำบัดรักษา ประเมินและส่งเสริมพัฒนา มีระบบการดูแล ทางสังคมและจิตใจ ระบบยา ระบบการส่งต่อ และระบบ การติดตามดูแล

3.8 สมรรถนะของบุคลากรส่งผลต่อการจัดการ ระบบ และการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยมีการ จัดระบบผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม ด้วยการ จัดระบบงานที่มีคุณภาพ จึงจะนำไปสู่การวางแผน กระตุ้น ติดตาม ประสาน และประเมิน ของการจัดการพัฒนาการ เด็กอย่างต่อเนื่อง ดังการศึกษาของ พชรวิทย์ จันทรศิริ สิริ (2560)⁽¹⁷⁾ พบว่า รูปแบบและเทคนิควิธีการพัฒนา สมรรถนะหลักที่เหมาะสมเพื่อนำไปพัฒนาประสิทธิภาพใน การทำงาน ประเด็นหนึ่งคือ การมีระบบการบริหารที่มี ประสิทธิภาพ

4. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริม พัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน

4.1 สมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขในการเฝ้า ระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ประกอบด้วย ความมั่นใจ ความรู้และทักษะ การ ทบทวนการทำงาน การสอนผู้อื่น และการเรียนรู้ของทีม จะ นำไปสู่การวางแผน กระตุ้น ติดตาม ประสาน และประเมิน ของการจัดการพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง ดังการศึกษาของ ขวัญจิรา เพชรคง และบรรพต กิตติสุนทร (ม.ป.ป.)⁽¹⁸⁾ พบว่า สมรรถนะในการปฏิบัติงานของบุคลากร มีความสัมพันธ์ ในทางตามกันกับประสิทธิผลในการปฏิบัติงาน อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งการศึกษาของ พชรวิทย์ จันทรศิริ สิริ (2560)⁽¹⁷⁾ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง สมรรถนะหลักกับประสิทธิภาพการทำงานโดยรวม มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.2 การจัดการระบบที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติตามขั้นตอนในแผนงาน การ ตรวจสอบผลการดำเนินงาน และการปรับปรุงการดำเนินงาน ดังการศึกษาของ จรุง จัปปัง และคณะ (2555)⁽¹⁹⁾ พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้น คือมีระบบการบริหารจัดการที่ดี นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการศึกษาที่มีประสิทธิผล

1.3 วิธีการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร สาธารณสุขในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน คือ การพัฒนาตนเองให้เกิดความ มั่นใจ ทั้งด้านความรู้และทักษะ การทบทวนและสะท้อน ผลงานของตน ส่งเสริมการเรียนรู้ของทีมงาน ดังการศึกษา ของ พิทยา ศรีเมือง และคณะ (2559)⁽²⁰⁾ พบว่า การสร้าง หรือพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพ อำเภอของทีม ประกอบด้วย การควบคุมตนเอง การทำงาน เป็นทีม การปรับวิธีคิด และวิธีการทำงาน วิสัยทัศน์และ ภาวะผู้นำ

ดังนั้นการจัดระบบผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม ด้วยการจัดระบบงานที่มีคุณภาพ จึงจะนำไปสู่การบริหาร จัดการระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน จังหวัดลำปาง

ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรให้ ความสำคัญของการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร สาธารณสุข ในเรื่องการพัฒนาตนเองให้เกิดความมั่นใจ ทั้ง ด้านความรู้และทักษะ การทบทวน สะท้อนผลงานของตน และส่งเสริมการเรียนรู้ของทีมงาน

2. ส่งเสริมสนับสนุนให้มีความรู้ ทักษะ แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใหม่ มีการปรับการนิเทศ งานในเชิงปฏิบัติการและเชิงบริหาร การสร้างความร่วมมือ กับครอบครัว ชุมชน เครือข่าย และการบูรณาการงานทั้ง แนวตั้งและแนวนอน

3. ศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร
ที่มีประสิทธิภาพต่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาเด็กอายุ
9,18, 30 และ 42 เดือน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
ลำปาง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอที่
อำนวยความสะดวกให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วง และ
ขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ ที่ให้ความร่วมมือ
ในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลที่ดี

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงาน “โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558”. กระทรวงสาธารณสุข, 2558.
- สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. บทสรุปผลการตรวจราชการ กรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2559 เขตสุขภาพที่ 1-12. เอกสารอัดสำเนา, 2559.
- กรมสุขภาพจิต. แนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก และวัยรุ่นสำหรับ รพช. รพท. รพข. และ รพ.สต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต, 2557.
- Best, J. W. **Research in Education**. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc, 1970.
- Ringle, C. M., Wende, S., and Becker, J.M. **Smart PLS**. URL <http://www.smartpls.com>. สืบค้นเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2559.
- กมลรัตน์ □ เกตุบรรลุ และคณะ. การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับปฐมภูมิ. URL http://203.157.71.139/group_sr/allfile/1423451936.pdf. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2560.
- พรพิมล ชีวันพันธ์ และคณะ. “การติดตามผลการจัดระบบบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี ที่มีปัญหาพัฒนาการในโรงพยาบาลชุมชน ปีงบประมาณ 2557”. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 29(3) : 28-41, 2557.
- ชญานิษฐ์ ปัญญาทอง. การพัฒนาระบบบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี. คลังความรู้สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8. URL <http://203.157.168.77/km/?p=777>. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2560.
- พรณี ลีกิจวัฒน์. การพัฒนาองค์ประกอบของสมรรถภาพครูเทคโนโลยีสารสนเทศ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารวิจัย มข.. 15(11) : 1101-1114, 2552.
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ. การพัฒนาตัวบ่งชี้ข้อตกลงของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 7(3) : 59-73, 2558.
- ภัทรกร ปุยสุวรรณ และคณะ. แนวทางการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการสถานศึกษาของสมาคมผู้ปกครองและครูที่เหมาะสมกับสังคมไทย. วารสารสุทธิปริทัศน์. 28(87) : 345-367, 2557.
- วราเสฏฐ์ เกษิสังข์. การบริหารจัดการการวัดและประเมินผลการศึกษาของสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน. URL www.itthesis-ir.su.ac.th/dspace/handle/123456789/1028. สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2560.
- สุมาลี จรุงจิตตานุสนธิ์. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าใน จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 35(2) : 122-132, 2560.
- สกวรัตน์ เทพรักษ์ และคณะ. ปัจจัยด้านการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง และการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในเขตสาธารณสุขที่ 4 และ 5. งานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557.
- นิดา คชภักดี. พัฒนาการเด็ก. ใน: ทิพวรรณ ทรัพย์คุณาชัย และคณะ,บรรณาธิการ. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ: บริษัท บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรส์ จำกัด, 2554.
- พนิต ไส่เสถียรกิจ และคณะศูนย์อนามัยที่ 1-12 กรมอนามัย. สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย. ศูนย์อนามัยที่ 1-12 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558.
- พชรวิทย์ จันทศิริศิริ. การพัฒนาสมรรถนะหลักและประสิทธิภาพในการทำงานของข้าราชการครู ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสุทธิปริทัศน์. 31(100) : 144-158, 2557.

18. ขวัญจิรา เพชรคง และบรรพต กิตติสุนทร. สมรรถนะที่มีความสัมพันธ์ต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของ บุคลากรบริษัท ซีพี ออลล์ จำกัด (มหาชน) สำนักงานปฏิบัติการเขตกรุงเทพฯและปริมณฑล 1 ภาคตะวันออก. URL <http://pws.npru.ac.th/banpot/data/files/A1.pdf>. สืบค้นเมื่อ 13 กรกฎาคม 2560.
19. จรุณ จีบบัง และคณะ. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพการศึกษาตามยุทธศาสตร์ การพัฒนาโรงเรียนขนาดเล็ก ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. วารสารการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา. 6(2) : 59-72, 2555.
20. พิทยา ศรีเมือง และคณะ. การประเมินผลโครงการเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอของประเทศไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 9(3) : 152-163, 2559.

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุเขตกึ่งเมือง
อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร

The effects of reinforce program for Activities of Daily Living on ageing : in Semi-Urban Area,
Khlonglan district, Kamphangphet province

ธนัช กนกเทศ¹ และ สุคนธ์รัตน์ ศิริวรรณไชย²

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน จับคู่ในด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันโดยที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถ เป็นกิจกรรมกลุ่มจำนวน 3 ครั้ง และกิจกรรมรายบุคคล จำนวน 3 ครั้ง รวม 6 ครั้งในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมตามปกติของผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน(ADL) และ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเปรียบเทียบ T-test และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัย: พบว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ภายหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ภายหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับกิจกรรมตามปกติของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ข้อเสนอแนะ: ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันทำให้ผู้สูงอายุมีทักษะในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุ โปรแกรม

Abstract

The objective of this Quasi-experimental two-group research with pre- and post-experimental was to study the impact that a reinforce program would have on elderly' daily activities. The subjects were 70 elderly, divided equally into a control group and an experimental group and paired according to daily activities life. The members of the experimental group were required to undertake, during a six-week period, a reinforce program that consisted of three group activities and three individual activities. The members of the control group, on the other hand, were instructed to do their normal activities recommended for elderly. Data were collected using the daily activities life;ADL forms. The data were analysed using Repeated measures ANOVA and t-test statistics.

Results: The study found that implementation of the reinforce programme resulted in a significant increase in daily activity ability ($p < .05$) amongst the elderly to whom reinforce programme had been administered. According to the study, this reinforce programme could be applied as part of health care for elderly, as the programme increased the elderly' skills in managing their health problems more efficiently, enabling them to have normal living and better quality of life.

Keywords: daily activities, elderly, program

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลคลองลาน

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ส่งเสริมให้ประเทศสมาชิกกำหนดกรอบการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรภายใต้แนวคิด “Active Ageing” หรือ “ผู้สูงวัยอย่างมีพลัง” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 โดยมีเนื้อหาที่สำคัญในด้านการดำเนินการโดยใช้ “กระบวนการที่เหมาะสมที่จะนำสังคมไปสู่การมีประชากรวัยสูงอายุที่มีความตื่นตัวกระฉับกระเฉงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี” อีกทั้งยังมุ่งสนับสนุนให้ประชากรในทุกกลุ่มอายุ ได้เข้ามามีส่วนรับผิดชอบและมีส่วนร่วมในกระบวนการทางการเมืองและมิติอื่น ๆ ของวิถีชุมชน ประเทศไทยมีประชากรอายุ (มากกว่า 60 ปี) ถึงร้อยละ 11.97 ของประชากรทั้งประเทศ (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2555) ซึ่งนับเป็นเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) โดยยังคงมีอัตราเพิ่มอย่างต่อเนื่อง โดยผู้สูงอายุระยะติดสังคม ยังเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่ยังสามารถพัฒนาสุขภาพสู่การเป็น ผู้สูงวัยอย่างมีพลัง (Active ageing) ได้ ภาคเหนือตอนล่างมีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 11.4 ประเทศ โดยอำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร มีผู้สูงอายุอยู่ร้อยละ 16.03 เป็นผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ 80.44 คิดบ้าน ร้อยละ 14.56 และคิดเตียง ร้อยละ 3.82

โรงพยาบาลคลองลานได้หนุนเสริมให้เครือข่ายผู้สูงอายุในพื้นที่ ดำเนินกิจกรรมเพื่อสร้างศักยภาพในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อพร้อมรับกับสถานการณ์ และสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ โดยใช้กระบวนการถอดบทเรียนความรู้จากในพื้นที่ สร้างคุณค่า ภูมิปัญญาที่คงมีอยู่ในตัวผู้สูงอายุในพื้นที่ รวมทั้งและเปิดให้มีเวทีนำเสนอแลกเปลี่ยนความรู้ ยกระดับคุณค่า ของ คลังภูมิปัญญาพัฒนาต่อขอเป็นนวัตกรรมใหม่ๆ ในพื้นที่ จากการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ผู้สูงอายุมองว่านวัตกรรม ภูมิปัญญาเหล่านี้จะเป็นรากฐานในการหล่อหลอมคนในชุมชนนำพาให้สังคมผู้สูงอายุที่จะต้องเผชิญกับสถานการณ์และโรคต่างๆ ในภาวะสังคมผู้สูงอายุอยู่ร่วมกันภายใต้สังคมสุขภาวะผู้สูงอายุไม่ทอดทิ้งกัน

การจัดทำโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุระยะติดสังคมเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายสาธารณะเพื่อผู้สูงอายุที่มาจากการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุเป็นหลัก เพื่อนำศักยภาพ และองค์ความรู้ที่มีอยู่ในตัวของผู้สูงอายุออกมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง และสังคมซึ่งเป็นการส่งเสริมการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมเห็นความมีคุณค่า และศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุเขตกิ่งเมือง อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 1 ปี และหลังการทดลอง 2 ปี ภายในกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 1 ปี และหลังการทดลอง 2 ปี ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยประยุกต์ใช้ Social Learning Theory (Bandura, 1986) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุเขตกิ่งเมือง อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร การศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม โดยมีการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-post test design)

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ทั้งเพศชายและเพศหญิง อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร เลือกลุ่มตัวอย่างจากประชากรอย่างเฉพาะเจาะจง ที่มีผลการประเมินโดยใช้เครื่องมือวัดการจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพในกลุ่ม

ติดสังคม : ADL สูงกว่า 12 จาก 20 ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ระหว่างปีงบประมาณ 2557 – 2559 ชนิดของการศึกษานี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 35 คน วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-post test design) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

แผนการเรียนรู้ที่ 1 จัดตั้งคณะทำงานเครือข่ายสุขภาพอำเภอ ประกอบด้วย ผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบงานและผู้เกี่ยวข้องที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งในส่วนของหน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน (ผู้นำชุมชน อสม. แกนนำประชาชน) จัดประชุมคณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อการวางแผน/หาแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน และการเตรียมความพร้อมในงานดำเนินงาน

แผนการเรียนรู้ที่ 2 จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กลุ่มอาสาสมัครและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา เพื่อประเมินระดับความรู้ความเข้าใจการดูแลของตนเองและชุมชน และประเมินสภาพปัญหาที่พบในผู้สูงอายุเขตพื้นที่รับผิดชอบในปัจจุบัน และจัดอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครและผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม เพื่อพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยเน้นว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมต้องได้รับการดูแลให้การพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายและทางจิตใจ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และลงบันทึกการให้การพยาบาลทุกครั้งที่ลงเยี่ยม เพื่อเปรียบเทียบความก้าวหน้า

แผนการเรียนรู้ที่ 3 ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับอาสาสมัครและผู้ดูแลผู้สูงอายุออกเยี่ยมบ้านติดตามผู้สูงอายุติดสังคม จำแนกโดยใช้เครื่องมือแบบประเมิน ADL และให้การพยาบาลผู้สูงอายุตามสภาพปัญหาที่พบ โดยให้การพยาบาลทั้งด้านร่างกาย ภาวะจิตใจ รวมถึงการเสริมพลังให้กับผู้ดูแลและอาสาสมัคร และสอบถามความ

ต้องการเพิ่มเติม เช่น กายอุปกรณ์ ที่อยู่อาศัย และอื่นๆ ซึ่งถ้าผู้สูงอายุมีปัญหาด้านอื่นๆที่จำเป็นต้องใช้วิชาชีพอื่น ผู้วิจัยก็จะทำหน้าที่ประสาน ได้แก่ ปัญหาการใช้ยา ข้อติดปวดหลัง ปวดเข่า ภาวะโภชนาการ และสุขภาพจิต ผู้วิจัยก็จะประสานทีมสหวิชาชีพ เพื่อออกติดตามเยี่ยมบ้าน และให้การพยาบาลร่วมกันในครั้งต่อไป มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง และลงบันทึกการให้การพยาบาลประเมินผลทางการพยาบาลและเปรียบเทียบกลุ่มเป้าหมาย

แผนการเรียนรู้ที่ 4 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน คืบข้อมูลสู่ชุมชน สรุปและติดตามประเมินผลความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุ ตั้งแต่ก่อนเริ่มดำเนินงาน หลังดำเนินงานทันที หลังจากดำเนินงาน 1 ปี และ หลังดำเนินงาน 2 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเปรียบเทียบ T-test และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะประชากรกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีจำนวน 35 คนเท่ากัน มีคุณสมบัติด้านลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตามเกณฑ์ที่กำหนดที่ใกล้เคียงกันและจำนวนเท่ากัน เนื่องจากวิธีการคัดเลือกกลุ่มควบคุมใช้วิธีการจับคู่กับกลุ่มทดลอง โดยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.86 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 57.16 มีผู้ดูแลประจำครอบครัว อยู่สภาพสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่ดี ร้อยละ 62.12 ทั้งสองกลุ่มมีค่าความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน : ADL สูงกว่า 12 จาก 20 ตามดัชนี Barthel

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทักษะชีวิต ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มของทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองหลังการทดลองภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ADL	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)		t	p-value
	$\bar{x}$	SD.	$\bar{x}$	SD.		
ก่อนการทดลอง	16.57	2.44	16.51	2.41	0.81	0.42
หลังการทดลอง	17.54	1.52	16.37	2.39	6.03	< 0. 001**
t	-4.36		1.53			
p-value	< 0. 001*		0.13			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางพบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เพิ่มมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ADL	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)	
	$\bar{x}$	SD.	$\bar{x}$	SD.
ก่อนการทดลอง	16.57	2.44	16.51	2.42
หลังการทดลองทันที	17.86	1.49	16.48	2.36
หลังการทดลอง 1 ปี	17.69	1.53	16.48	2.37
หลังการทดลอง 2 ปี	17.54	1.52	16.37	2.29
ภายในกลุ่ม	$F_{(1,34)} = 11.60, p = < 0.001^{**}$		$F_{(1,34)} = 7.045, p = 0.31$	
ระหว่างกลุ่ม	$F_{(1,68)} = 9.45, p = < 0.003^{*}$			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง พบว่า ระยะติดตามผล พบว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ในระยะหลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 1 ปี และหลังการทดลอง 2 ปี เพิ่มมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดสรุปได้ว่า โปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ นี้สามารถนำไปพัฒนาการสร้างเสริมความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุระยะติดสังคม ได้เป็นอย่างดีและมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้แสดงทางสังคม (Social Actors)ที่

เกี่ยวข้องเช่น โรงพยาบาลชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในพื้นที่ ควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมกิจกรรมการสร้างเสริมความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เพื่อลดภาระของผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ อีกทั้งเป็นการสร้างเสริมศักยภาพให้เป็นผู้สูงวัยอย่างมีพลัง (Active Ageing) โดยในการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า 1) การจัดประชุมคณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อการวางแผน/หาแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน 2) การประเมินระดับความรู้ความเข้าใจการดูแลของตนเองและชุมชน และประเมินสภาพปัญหาที่พบในผู้สูงอายุเขตพื้นที่รับผิดชอบในปัจจุบัน และจัดอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครและผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับ

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม เพื่อพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ 3) การทำงานเป็นทีมร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับอาสาสมัครและผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อนำไปสู่การจัดการความรู้(Knowledge Management) ร่วมกัน 4) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน คืบข้อมูลผู้ชุมชนสามารถนำไปสู่การเสริมสร้างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุเขตกิ่งเมือง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สอดคล้องกับผลการวิจัยของ วรรณภา อรุณแสง และ ลัดดา คำการเลิศ, 2553) ที่พบว่าเครือข่ายระดับตำบลสามารถเพิ่มศักยภาพในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุได้ และ ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2553 ที่พบว่าบทบาทของสถานบริการสาธารณสุขไทยต่อการสร้างเสริมงานผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ อังคณาพร สอนง่าย, 2555 ที่พบว่า การวิเคราะห์สถานการณ์และการวางแผนการจัดกิจกรรมร่วมกัน ที่เหมาะสมสอดคล้องตามบทบาทการใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลสุขภาพจะส่งผลดีต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมการสร้างการเสริมสร้างเสริมความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ นี้ เจ้าหน้าที่

สาธารณสุขหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุระยะติดสังคม ที่มีบริบททางสังคมใกล้เคียงกันได้

2. การระดมความคิดเพื่อหากิจกรรมกระตุ้นเพื่อความต่อเนื่องหลังการให้โปรแกรม ผู้สอนควรใช้เวลาในการคิดและบริหารจัดการให้สมาชิกยอมรับมติส่วนใหญ่จนเป็นที่พอใจของผู้เรียนทุกคน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมตามที่ได้ตกลงไว้ร่วมกันจนเกิดผลที่ดีที่สุดตามวัตถุประสงค์

3. ควรได้รับความร่วมมือและสนับสนุนเป็นอย่างดีจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้แสดงทางสังคม (Social Actors) ที่ครบถ้วนจึงจะสามารถดำเนินกิจกรรมและการเรียนรู้ได้ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

4. การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุระยะติดสังคม เพื่อทดสอบผลโปรแกรม ยังไม่มีการศึกษาถึงผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง เนื่องจากข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการติดตาม ความสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นระยะเวลาจำนวน 2 ปี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนทุนวิจัย และขอขอบคุณคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ภายใต้โครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่อมุ่งสู่อำเภอสร้างเสริมสุขภาพ ที่ให้คำปรึกษาทางวิชาการตลอดโครงการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- 1) ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2553. สุขภาพของผู้สูงอายุไทยกับสังคมเมือง. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ปีที่ : 11 ฉบับที่ : 1 เลขหน้า : 37-41 ปีพ.ศ. : 2553
- 2) ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ และคณะ, 2555. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ. วารสาร, มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- 3) วรรณภา อรุณแสง และ ลัดดา คำการเลิศ, 2553. การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : แนวทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข บริษัท สหมิตร พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด กรุงเทพฯ.
- 4) อรวรรณ แผนคง และ สุนทรี คำเพ็ง, 2551. ผลของการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อพฤติกรรมการสร้างเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ. วารสาร, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนางพญาบุศย์, สระบุรี.
- 5) อังคณาพร สอนง่าย, 2555. การใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดพิษณุโลก. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก.

- 6) ชนัช กนกเทศม 2552. รูปแบบการพัฒนามาตรฐานและดัชนีชี้วัดความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง ;วารสารสาธารณสุขศาสตร์ ปีที่ : 39 ฉบับที่ : 3 เลขหน้า : 342-
- 7) Berghorn, F,J., et al. (1981). The dynamics of Aging : Original Essays on the Process and Experience of Growing old. Colorado : Westview Press, Inc.
- 8) Hughes. B. (1995). Older People and Community Care : Critical Theory and Practice. Buckingham : The Open University.

แนวทางการจัดการน้ำเสียแบบมีส่วนร่วมสำหรับชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

Wastewater Management Guidelines for Participatory Community Surrounding Kalasin University

ผดุงศักดิ์ คำยศ¹, ธันวาท ใจเที่ยง², ธีรนาถ สุวรรณเรือง²

Phadungsak Khamyos¹, Tunwa Chaitieng³, Theerarat Suwanaruang³

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการน้ำเสียแบบมีส่วนร่วมสำหรับชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนในพื้นที่ชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ จำนวน 383 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยใช้ t- test (Independent Samples) และ F-Test (One-way ANOVA)

ผลการวิจัยปรากฏดังนี้ 1. ประชาชนชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์มีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียโดยรวมและเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการบำบัดน้ำเสีย ด้านการส่งเสริมความรู้ ด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันและจัดการน้ำเสีย อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก 2. ประชาชนชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้แตกต่างกัน มีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3. แนวทางการจัดการน้ำเสียแบบมีส่วนร่วมสำหรับชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ 3 ประเด็น คือ 1) ควรมีการจัดตั้งงบประมาณเพื่อจัดสร้างระบบรวบรวมและระบบบำบัด น้ำเสียส่วนกลาง 2) ควรจัดให้มีการอบรมและประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการน้ำเสียแก่ประชาชนได้รับทราบอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ 3) ควรมีการออกมาตรการ ระเบียบ หรือกฎหมายเพื่อมาควบคุมให้ประชาชนได้ปฏิบัติตาม และสนับสนุนการส่งเสริมความรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการน้ำเสีย

คำสำคัญ: แนวทางการจัดการน้ำเสียแบบมีส่วนร่วมสำหรับชุมชน

Abstract

This research aimed to study wastewater management guidelines for participatory community surrounding Kalasin University. The selected population covered 383 peoples using stratified random sampling technique. A questionnaire was a research instrument. In the section of statistical analysis, frequency, percentage, means and SD (Standard Deviation) were calculated as well as t-test (Independent Sample) and F-test (One-way ANOVA) were also used in the hypothesis testing.

The research results revealed that 1. The overall and respect levels of attitude of the people surrounding Kalasin University towards wastewater management include wastewater treatment, knowledge promotion, participation in waste prevention and management were in a very agree level. 2. There were differences in genders, age, education level, occupation and incomes differences in attitude towards the wastewater management among the people surrounding Kalasin University at significant .05.

3. The three main issues that need to be addressed are the following: 1) A budget should be established to build a collection and treatment system. 2) Training and public awareness should be provided to the public about water management. 3) There should be measures, regulations or laws to control the public, according and support the promotion of knowledge and public participation in wastewater management

Keyword: Wastewater Management Guidelines for Participatory Community

¹ นักศึกษาหลักสูตร วท.ม. (การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน) มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

² อาจารย์ ดร. สาขาวิชาการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชาการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

บทนำ

การศึกษานี้เป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของมนุษย์และรวมไปถึงเป็นการสร้างรากฐานให้มนุษย์สามารถดำรงชีวิตอยู่บนความถูกต้องและยั่งยืนของทุกสรรพสิ่ง จากปัจจัยการขยายตัวของมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ส่งผลให้ เกิดการพัฒนากลายเป็นชุมชนที่พิกาศัย พื้นที่ของมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์นั้น มีอาณาเขตโดยรอบติดกับชุมชนสองตำบลในเขตอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ คือ ตำบลสงเปลือย และตำบลยอดแกง ซึ่งปัจจุบันปัญหามลพิษทางน้ำถือเป็นปัญหาที่มีความสำคัญและต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ซึ่งน้ำเสียและน้ำทิ้งถือเป็นสาเหตุหลักของการเกิดมลพิษทางน้ำ มลพิษทางน้ำนั้นเป็นน้ำที่มีสารหรือสิ่งปฏิกูลที่ไม่พึงปรารถนาปนอยู่ การปนเปื้อนของสิ่งสกปรกเหล่านี้ ทำให้คุณสมบัติของน้ำเปลี่ยนแปลงไปจนอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถนำกลับมาใช้ประโยชน์ได้⁽¹⁾ แหล่งที่มาน้ำเสียส่วนใหญ่มาจากน้ำเสียของแหล่งชุมชน จากกิจกรรมสำหรับการดำรงชีวิต ส่งผลให้แหล่งน้ำนั้นกลายเป็นแหล่งน้ำที่มีสภาพเสื่อมโทรม น้ำเสียที่มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย และสิ่งแวดล้อมเหล่านี้จำเป็นต้องมีการจัดการที่มีประสิทธิภาพเข้ามาแก้ไขปัญหา เพื่อลดและแก้ปัญหาให้ดีขึ้น⁽²⁾

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาศึกษาในการจัดการน้ำเสียของประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ เมื่อทราบและเข้าใจถึงทัศนคติของประชาชนแล้วข้อมูลนี้สามารถนำมาใช้ในการวางแผนสำหรับเสริมสร้างและเพิ่มพูนความรู้ อันจะก่อให้เกิดทัศนคติที่ดีของประชาชนได้ และเกิดแนวทางการจัดการน้ำเสียแบบมีส่วนร่วมที่มีความเหมาะสมกับพื้นที่ชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการจัดการน้ำเสียของชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ในปัจจุบัน
2. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติของประชาชนต่อการจัดการน้ำเสียชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ จำแนก

ตามปัจจัยส่วนบุคคลของประชากรด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ

3. เพื่อเสนอแนวทางการจัดการน้ำเสียแบบมีส่วนร่วมสำหรับชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ประชาชนในพื้นที่ชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย เขตตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ คือ บ้านหนองแวง หมู่ที่ 8 บ้านหนองน้อย หมู่ที่ 7 บ้านดงสว่าง หมู่ที่ 6 บ้านห้วยหว หมู่ที่ 4 บ้านห้วยหว หมู่ที่ 5 บ้านนาไค้ หมู่ที่ 13 บ้านนาเหนือ หมู่ที่ 14 บ้านจันทร์เจริญ หมู่ที่ 15 และบ้านท่าแก หมู่ที่ 16 เขตตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ คือ บ้านประชาพัฒนา หมู่ที่ 12 และนักศึกษาและบุคลากรมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ รวมประชากรทั้งหมดจำนวน 8,653 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ประชาชนในพื้นที่ชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ และนักศึกษาและบุคลากรมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการคำนวณของ Taro Yamane⁽³⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างคือ 383 คน ดังนั้น การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดแบบสอบถามที่ใช้ในการสอบถามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 383 ชุด สุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling)

เครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ใช้ในการเก็บรวบรวมปัจจัยส่วนบุคคล การจัดการน้ำเสียในปัจจุบัน และทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียของประชาชนชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ เป็นข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยลักษณะคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Chacklist)

ส่วนที่ 2 การจัดการน้ำเสียในปัจจุบันประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการบำบัดน้ำเสีย ด้านการส่งเสริมความรู้

ด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันและจัดการน้ำเสีย โดย
ลักษณะคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Chacklist)

ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อการจัดการน้ำเสียประกอบด้วย
ข้อมูล 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการบำบัดน้ำเสีย ด้านการส่งเสริม
ความรู้ ด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันและจัดการน้ำเสีย
เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating
Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและ
เกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้

ข้อความ	คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	5
เห็นด้วยมาก	4
เห็นด้วยปานกลาง	3
เห็นด้วยน้อย	2
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1

เกณฑ์ในการวิเคราะห์คะแนนทัศนคติต่อ
การจัดการน้ำเสียของประชาชนชุมชนล้อมรอบ
มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ให้คะแนนตามค่าเฉลี่ยเพื่อใช้
กำหนดในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

ค่าคะแนน	ระดับทัศนคติ
เฉลี่ย	
4.21 – 5.00	มีทัศนคติเห็นด้วยมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีทัศนคติเห็นมาก
2.61 – 3.40	มีทัศนคติเห็นด้วยปานกลาง
1.81 – 2.60	มีทัศนคติเห็นด้วยน้อย
1.00 – 1.80	มีทัศนคติเห็นด้วยน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านข้อเสนอแนะแนว
ทางการจัดการน้ำเสีย ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถ
เสนอแนะข้อมูลจากความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ของตน
เพิ่มเติมได้

การหาคุณภาพของเครื่องมือ การวิเคราะห์คุณภาพ
เครื่องมือ วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (Item-
total Correlation) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ
เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) ซึ่ง

คัดเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป และ
วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม
โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient)
ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.911

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพื้นฐาน ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive
Statistics) ดังนี้ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ
(Percentage) การวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง ค่าเฉลี่ย
(Mean) การวัดการกระจายของข้อมูล ค่าส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติที่ใช้ในการ
ทดสอบสมมติฐาน ใช้สถิติอนุมาณ t- test (Independent
Samples), F-Test (One-way ANOVA) ในการทดสอบ
สมมติฐาน กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ทำการ
ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของ
Scheffe

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประชาชน
ชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ส่วนใหญ่เป็นเพศ
หญิง (ร้อยละ 65.5) โดยมีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 21 - 30 ปี
(ร้อยละ 31.1) การศึกษาอยู่ที่ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ
40.2) และส่วนใหญ่เป็นนักศึกษา (ร้อยละ 44.9)

2. สภาพการจัดการน้ำเสียในปัจจุบัน ประชาชน
ชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ส่วนใหญ่ใช้น้ำใน
การอุปโภค-บริโภคจากน้ำประปา (ร้อยละ 64.2) หลังจาก
เกิดน้ำเสียไม่มีการบำบัดน้ำเสีย (ร้อยละ 55.9) มีการระบาย
น้ำทิ้งด้วยวิธีการปล่อยลงแหล่งน้ำธรรมชาติ (ร้อยละ 84.9)
ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ได้รับผลกระทบจากปัญหาน้ำเสีย
(ร้อยละ 70.0) เมื่อมีน้ำเสียเกิดขึ้นก็ทราบดีว่าควรมีการ
บำบัดก่อนปล่อยออกสู่สิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 72.3) มีความรู้
ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการน้ำเสีย เนื่องจากการเคยเข้า
ร่วมกิจกรรม (ร้อยละ 42.3) ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการ
จัดการน้ำเสียส่วนใหญ่จากเพื่อนบ้าน/ผู้นำชุมชน (ร้อยละ
47.8) ส่วนใหญ่คิดว่าผู้แทนชุมชนเป็นผู้เกี่ยวข้องในการ
ทำงานด้านการจัดการน้ำเสีย (ร้อยละ 66.1) ประชาชนไม่
เคยมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการจัดการน้ำเสีย (ร้อยละ 50.7) ใน
ขั้นตอนของกระบวนการจัดการน้ำเสียกับเทศบาล/องค์กร

บริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ไม่เคยเข้าร่วม (ร้อยละ 37.1) และกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการน้ำเสียประชาชนชุมชน ล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ก็ไม่เคยเข้าร่วม (ร้อยละ 37.6)

3. ทักษะของประชาชนต่อการจัดการน้ำเสีย ชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

3.1 โดยรวม ประชาชนชุมชนล้อมรอบ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ทักษะต่อการจัดการน้ำเสีย โดยรวม อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก

3.2 ด้านการบำบัดน้ำเสีย ประชาชนชุมชน ล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ทักษะต่อการจัดการน้ำเสียด้านการบำบัดน้ำเสียโดยรวม อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก และในรายข้อ มีระดับทัศนคติสูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ ส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุดว่า น้ำเสีย คือ น้ำที่มีสิ่งเจือปนต่าง ๆ จนกระทั่งกลายเป็นน้ำที่ไม่เป็นที่ต้องการ ถ้าปล่อยลงสู่แหล่งน้ำธรรมชาติก็จะทำให้คุณภาพ น้ำของในธรรมชาติเสียหายได้ รองลงมา มีทัศนคติอยู่ใน ระดับเห็นด้วยมากที่สุดที่ชุมชนควรมีบำบัดน้ำเสียรวม ของส่วนกลางชุมชนเพื่อบำบัดน้ำเสียก่อนปล่อยลงสู่แหล่ง น้ำสาธารณะ รวมทั้งมีระดับทัศนคติอยู่ในระดับเห็นด้วย มากที่ปัญหาน้ำเสียชุมชนมีสาเหตุมาจากการวางแผนการ จัดการน้ำเสียอย่างไม่เป็นระบบ และน้อยที่สุดมีทัศนคติอยู่ ในระดับเห็นด้วยน้อยกว่าเมื่อมีน้ำเสียเกิดขึ้นควรปล่อยทิ้ง ลงทางระบายน้ำหรือแหล่งน้ำสาธารณะโดยไม่ต้องมีการ จัดการให้ถูกต้อง

3.3 ประชาชนชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัย กาฬสินธุ์มีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียด้านการส่งเสริม ความรู้โดยรวม อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก และในรายข้อ มี ระดับทัศนคติสูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ ส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ที่การให้ความรู้เกี่ยวกับการ จัดการน้ำเสียทำให้ประชาชนเกิดความรู้ความเข้าใจ และสามารถนำไปสู่การจัดการน้ำเสียชุมชนที่ดีได้ รองลงมา มี ทัศนคติอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ที่ควรมีการจัดอบรม ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการน้ำเสียให้ชุมชนและผู้สนใจ รวมถึงมีทัศนคติอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก ที่ควรมีการจัด ประชุมร่วมกันระหว่างตัวแทนชุมชน หรือประชาชนกลุ่ม ต่างๆร่วมกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นของชุมชน

ล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ เพื่อรับรู้และตัดสินใจ ดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อม และน้อยที่สุดมีทัศนคติอยู่ใน เห็นด้วยปานกลาง ที่ทางชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัย กาฬสินธุ์มีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ความเข้าใจ และ ความสำคัญเกี่ยวกับการจัดการน้ำเสียอย่างชัดเจนและ ทั่วถึง

3.4 ประชาชนชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัย กาฬสินธุ์มีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียด้านการมีส่วนร่วม ในการป้องกันและจัดการน้ำเสียโดยรวมอยู่ในระดับเห็น ด้วยมาก และในรายข้อ มีระดับทัศนคติสูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ ส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ใน การแก้ไขปัญหา น้ำเสียชุมชนควรเริ่มจากตนเองและ ครอบครัว รองลงมา มีทัศนคติอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก ที่สุด ที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและจัดการ ปัญหาน้ำเน่าเสียในชุมชน รวมถึงเห็นมีทัศนคติอยู่ใน ระดับเห็นด้วยมากที่สุด โดยยินดีให้ความร่วมมือใน กิจกรรมต่างๆ ที่จะช่วยป้องกันและลดปัญหาน้ำเสียใน ชุมชน และน้อยที่สุดมีทัศนคติอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก ว่า การเรียกเก็บค่าทำเนียมมีความสำคัญที่ช่วยให้การจัดการ น้ำเสียมีประสิทธิภาพ

4. การเปรียบเทียบทัศนคติของประชาชนต่อการ จัดการน้ำเสียชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ จำแนก ตามปัจจัยส่วนบุคคลของประชากรด้านเพศ อายุ ระดับ การศึกษา และอาชีพ

4.1 ประชาชนชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัย กาฬสินธุ์ที่มีเพศแตกต่างกันมีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสีย ทั้งโดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้าน ได้แก่ ด้านการบำบัด น้ำเสีย ด้านการส่งเสริมความรู้ และด้านการมีส่วนร่วมใน การป้องกันและจัดการน้ำเสียไม่แตกต่างกัน

4.2 ประชาชนชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัย กาฬสินธุ์ที่มีอายุแตกต่างกันมีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสีย โดยรวมแตกต่างกัน โดยประชาชนชุมชนล้อมรอบ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ที่มีช่วงอายุ 41 ปีขึ้นไป มีทัศนคติต่อ การจัดการน้ำเสียมากกว่าที่มีช่วงอายุต่ำกว่า 20 ปี และมีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียด้านการบำบัดน้ำเสียชุมชน ล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยประชาชนที่มีช่วงอายุ ตั้งแต่ 41 ขึ้นไปมีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียด้านการ

บำบัดน้ำเสียมากกว่าประชาชนทุกช่วงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.3 ประชาชนชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียโดยรวมแตกต่างกัน โดยประชาชนชุมชนที่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาที่มีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียมากกว่าประชาชนที่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าและระดับปริญญาตรี มีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียด้านการบำบัดน้ำเสีย ด้านการส่งเสริมความรู้ และด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันและการจัดการน้ำเสียของประชาชนชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยประชาชนชุมชนที่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียมากกว่าประชาชนที่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.4 ประชาชนชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียโดยรวมแตกต่างกัน โดยประชาชนที่มีอาชีพเกษตรกรกรรมมีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียมากกว่าประชาชนที่มีอาชีพนักศึกษา มีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียด้านการบำบัดน้ำเสียของประชาชนชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยประชาชนที่มีอาชีพเกษตรกรกรรม มีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียด้านการบำบัดน้ำเสียมากกว่าประชาชนที่มีอาชีพนักศึกษา มีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันและการจัดการน้ำเสีย โดยประชาชนที่มีอาชีพเกษตรกรกรรมมีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันและการจัดการน้ำเสียมากกว่าประชาชนที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัวและนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. แนวทางการจัดการน้ำเสียสำหรับชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้เสนอแนะแนวทางไว้ 3 ด้าน มีรายละเอียดดังนี้

5.1 ด้านการบำบัดน้ำเสีย ควรจัดให้มีทางระบายน้ำหรือท่อระบายน้ำสาธารณะ สำหรับบางจุดที่มีทางระบายน้ำหรือท่อระบายน้ำสาธารณะแต่เกิดการพังทลาย ดินเงินและอุดตัน ควรทำการขุดลอกและจัดการสิ่งกีดขวางออกจากท่อให้เรียบร้อย สำหรับหอพักต้องมีระบบดูแลและ

จัดการน้ำเสียที่ได้มาตรฐาน เพื่อบำบัดก่อนปล่อยออกสู่สิ่งแวดล้อม และส่วนราชการเองควรดำเนินการวางแผนในการจัดการและจัดสร้างระบบการจัดการน้ำเสียที่เป็นการจัดการน้ำเสียอย่างถาวรสำหรับปัจจุบันและอนาคตด้วย ชุมชนก็ต้องบำบัดน้ำเสียก่อนปล่อยออกสู่ธรรมชาติ โดยการเริ่มปฏิบัติจากตนเองและครอบครัวก่อน

5.2 ด้านการส่งเสริมความรู้ ควรมีการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการจัดการน้ำเสียและการบำบัดน้ำเสีย โดยมีการจัดอบรม หรือณรงค์ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการจัดการน้ำเสียให้ประชาชนได้รับทราบอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ อาจจะประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อเช่น เสียงตามสาย หรือหอกระจายเสียงหมู่บ้าน ป้ายประกาศ แผ่นพับ ใบปลิว หรือจากผู้นำหมู่บ้าน หรือโดยการนำเอาสื่อที่เกี่ยวข้องกับการจัดการน้ำเสียมาจัดแสดงไว้ ณ ที่ใดที่หนึ่ง เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และการออกสำรวจพื้นที่ในการแก้ไขปัญหาให้น้ำเสียนอกจากจะเป็นการปฏิบัติงานตามปกติแล้วยังทำให้ประชาชนเข้าถึงเจ้าหน้าที่ และสามารถปรึกษาปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาการจัดการน้ำเสียได้

5.3 ด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันและการจัดการน้ำเสีย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย มหาวิทยาลัย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ตัวแทนชุมชน รวมทั้งประชาชนจะต้องมีการวางแผน เพื่อประชุมหารือ ในประเด็นปัญหาปัญหาการจัดการน้ำเสีย ทำการสำรวจปัญหาน้ำเสีย ประเมินผล และ วางแผนในการจัดการน้ำเสียและผังระบบกำจัดน้ำเสีย หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีแผนอยู่แล้วควรริบนำแผนการจัดการน้ำเสียออกมาดำเนินการอย่างเร่งด่วนและจริงจัง เมื่อมีแผนแล้วให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้บริหารจัดการและดำเนินงาน จัดหางบประมาณในการแก้ไขปัญหา โดยมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์เป็นที่ปรึกษา ส่วนการจัดการนั้นให้เจ้าหน้าที่ออกมาดำเนินการจัดการด้วยตนเอง ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น ทางหน่วยราชการจะต้องออกมาตรการ กฎหมาย หรือระเบียบเพื่อมาควบคุม มีการปฏิรูปการบำบัดน้ำเสียให้เป็นรูปธรรมร่วมกัน และต้องสร้างความเข้าใจที่ดีในการจัดการน้ำเสียให้ประชาชน ซึ่งจะต้องปฏิบัติตามแผนการจัดการน้ำเสียอย่างจริงจัง โดยมี

มาตรการลงโทษผู้กระทำความผิดที่เด็ดขาด และทุกภาคส่วนจะต้องร่วมกันทำการประเมินการจัดการเพื่อปรับปรุงให้ระบบการจัดการน้ำเสียมีความเหมาะสมกับพื้นที่ และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาแนวทางในการจัดการน้ำเสียแบบมีส่วนร่วมสำหรับชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยได้ทำการอภิปรายผล ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ทักษะคิดต่อการจัดการน้ำเสียของประชาชนชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยแยกเป็นประเด็นในการพิจารณาดังนี้ พบว่า ส่วนใหญ่เห็นด้วยมากที่สุดว่าน้ำเสีย คือ น้ำที่มีสิ่งเจือปนต่าง ๆ จนกระทั่งกลายเป็นน้ำที่ไม่เป็นที่ต้องการ ถ้าปล่อยลงสู่แหล่งน้ำธรรมชาติก็จะทำให้คุณภาพน้ำของในธรรมชาติเสียหายได้ โดยที่ชุมชนควรมีบ่อบำบัดน้ำเสียรวมของส่วนกลางชุมชนเพื่อบำบัดน้ำเสียก่อนปล่อยลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะมากกว่าเมื่อมีน้ำเสียเกิดขึ้นควรปล่อยทิ้งลงทางระบายน้ำหรือแหล่งน้ำสาธารณะโดยไม่ต้องมีการจัดการให้ถูกต้อง ซึ่งมีน้อยที่สุด อาจจะเป็นผลมาจากปัจจัยด้านองค์ประกอบของทัศนคติด้านความรู้หรือความคิด (Cognitive Component) ซึ่งอธิบายว่า ทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้นจะต้องประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้นเป็นอันดับแรก และเป็นความรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้นด้านที่ว่าสิ่งนั้นมีคุณโทษมากน้อยเพียงใด เป็นความรู้หรือความเชื่อที่จะประเมินสิ่งนั้นได้ ด้านการส่งเสริมความรู้ของประชาชนชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการน้ำเสียทำให้ประชาชนเกิดความรู้ความเข้าใจ และสามารถนำไปสู่การจัดการน้ำเสียชุมชนที่ดีได้ ซึ่งเป็นอันดับแรก มากกว่าทางชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์มีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ความเข้าใจ และความสำคัญเกี่ยวกับการจัดการน้ำเสียอย่างชัดเจนและทั่วถึง ซึ่งมีน้อยที่สุด แสดงให้เห็นว่า ประชาชนชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์อาจจะยังไม่มีความรู้มากพอในเรื่องการจัดการน้ำเสีย จึงต้องการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการน้ำเสีย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ

พนิดา เหล่าทองสาร (2550 : 56)⁽⁴⁾ ศึกษาเรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการน้ำเสียชุมชนของประชาชนในตำบลท่าของยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่าระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการน้ำเสียชุมชนด้านประชาสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อศึกษาความคิดเห็นเป็นรายข้อพบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการน้ำเสียทำให้ประชาชนเกิดความรู้ความเข้าใจ และสามารถนำไปสู่การจัดการน้ำเสียชุมชนที่ดีในชุมชนได้ ด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันและจัดการน้ำเสียประชาชนชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์โดยรวมเห็นด้วย เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การแก้ไขปัญหาปัญหาน้ำเสียชุมชนควรเริ่มจากตนเองและครอบครัวเป็นอันดับแรก มากกว่าการเรียกเก็บค่าทำเนียมมีความสำคัญที่ช่วยให้การจัดการน้ำเสียมีประสิทธิภาพซึ่งมีน้อยที่สุด แสดงให้เห็นว่าประชาชนนั้นให้ความสนใจในการจัดการปัญหาน้ำเสียซึ่งกำลังเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตโดยปัญหานั้นอาจจะยังสามารถจัดการได้ในระดับครอบครัว จึงมีทัศนคติว่าหากมีมาตรการในการจัดการน้ำเสียจากส่วนราชการแล้วต้องเรียกเก็บค่าธรรมเนียมนั้นยังอาจจะไม่จำเป็นเท่าที่ควร เพราะส่วนมากประชาชนยังสามารถจัดการได้เองในเบื้องต้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของปริญญา จริยหัตถะกิจ (2552) ⁽⁵⁾ ได้ศึกษาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาปัญหาน้ำเสียในเขตเทศบาลเมืองป่าตอง จังหวัดภูเก็ต พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากในการป้องกันและแก้ไขปัญหาปัญหาน้ำเสีย ในเขตเทศบาลเมืองป่าตอง จังหวัดภูเก็ต ด้านการใช้มาตรการทางภาษี

2. ผลการศึกษาเปรียบเทียบทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียของประชาชนชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ที่มีเพศแตกต่างกันทั้งโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านการบำบัดน้ำเสีย ด้านการส่งเสริมความรู้ และด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันและจัดการน้ำเสีย ผลปรากฏว่า ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียไม่มีข้อจำกัดในด้านเพศ ทำให้มีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียเท่าเทียมกันไม่ว่าจะเป็นเพศชายหรือเพศหญิง ซึ่งแสดงถึงการมีองค์ประกอบของทัศนคติ ทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านความรู้สึก และด้านแนวโน้มในเชิงพฤติกรรม⁽⁶⁾ เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีเหมือนกัน

ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพนิดา เหล่าทองสาร (บทคัดย่อ : 2550)⁽⁴⁾ ศึกษาเรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการน้ำเสียชุมชนของประชาชนในตำบลท่าของยาง อำเภอกันทรวิชัยจังหวัด มหาสารคาม พบว่า ประชาชนที่มีเพศต่างกันและมีรายได้ต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการน้ำเสียชุมชนโดยรวม และรายด้านทั้ง 3 ด้านไม่แตกต่างกัน

3. ประชาชนชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ที่มีอายุแตกต่างกันมีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียโดยรวมแตกต่างกัน โดยประชาชนชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ที่มีช่วงอายุ 41 ปีขึ้นไป มีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียโดยรวมมากกว่าที่มีช่วงอายุต่ำกว่า 20 ปี และมีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียด้านการบำบัดน้ำเสีย โดยประชาชนที่มีช่วงอายุตั้งแต่ 41 ขึ้นไป มีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียด้านการบำบัดน้ำเสียมากกว่าช่วงอายุน้อยกว่า 20 ปี 21 – 30 ปี และ 31 – 40 ปี แสดงให้เห็นว่า วุฒิภาวะทางอายุของประชาชนชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ส่งผลต่อทัศนคติในการจัดการน้ำเสียด้านต่างๆ โดยที่ประชาชนชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ที่มีช่วงอายุ 41 ปีขึ้นไป ซึ่งอยู่ในวัยตั้งแต่ในวัยกลางคนที่ส่วนมากอาจจะประสบความสำเร็จในชีวิตแล้ว และอยู่ในวัยที่มีความรู้ ประสบการณ์ ซึ่งวัยนี้ส่วนมากเป็นประชาชนที่มีภูมิลำเนาในชุมชนแห่งนี้โดยกำเนิด และมีความรับผิดชอบในตนเอง ครอบครัวและสังคม อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างในวัยนี้อาจจะมีการศึกษาที่กระจายตัวไม่เหมาะสมและมีความผูกพันและให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมในชุมชนน้อย จึงทำให้มีทัศนคติในการจัดการน้ำเสียแตกต่างจากคนที่รักและห่วงหาอาสฐานที่อยู่อาศัยโดยกำเนิดของตนตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behaviorl View of Motivation) ที่ให้ความสำคัญกับประสบการณ์ในอดีต (Past Experience) ว่ามีผลต่อแรงจูงใจเป็นอย่างมาก โดยแรงจูงใจในทางบวกที่ส่งผลเร็วให้มนุษย์มีความต้องการแสดงพฤติกรรมในทิศทางนั้นมากยิ่งขึ้นโดยเฉพาะสิ่งเร้าภายนอก ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของพนิดา เหล่าทองสาร (2550 : 57)⁽⁴⁾ ศึกษาเรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการน้ำเสียชุมชนของประชาชนในตำบลท่าของยาง อำเภอกันทรวิชัยจังหวัด มหาสารคาม พบว่า ประชาชนที่มี

อายุมากกว่า 40 ปี มีความคิดเห็นรายด้านเกี่ยวกับการจัดการน้ำเสียชุมชน โดยรวม ด้านการประชาสัมพันธ์ และการเก็บค่าธรรมเนียมน้อยกว่าประชาชนที่มีอายุ 21 - 30 ปี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มอายุมากกว่า 40 ปี ไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการน้ำเสีย เท่ากับกลุ่มอายุ 21 – 30 ปี

4. ประชาชนชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียโดยรวมแตกต่างกัน โดยประชาชนชุมชนที่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียมากกว่าประชาชนที่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่าและระดับปริญญาตรี มีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียด้านการบำบัดน้ำเสีย ด้านการส่งเสริมความรู้ และด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันและการจัดการน้ำเสียของประชาชนชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยประชาชนชุมชนที่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียต่ำกว่าประชาชนที่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า เนื่องจากว่า ประชาชนชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ที่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาอาจจะเป็นประชาชนในกลุ่มที่มีเป็นวัยกลางคนขึ้นไปซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ จึงมีความใส่ใจในการจัดการน้ำเสียมากกว่าประชาชนที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าและระดับปริญญาตรีซึ่งส่วนมากอาศัยอยู่ตามหอพัก และไม่ค่อยสนใจและใส่ใจปัญหามากนักเนื่องจากไม่ใช่คนในพื้นที่ อาจจะได้รับผลกระทบน้อยจึงทำให้มีทัศนคติน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสมศักดิ์ วรวิทย์กุล (2550 : 75)⁽⁶⁾ ที่ศึกษาความคิดเห็นประชาชนเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยสำนักงานเขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร พบว่า ประชาชนที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวมต่ำกว่าประชาชนที่จบการศึกษาระดับต่ำกว่าอนุปริญญาและอนุปริญญาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของเอกนรินทร์ กลิ่นหอม ที่ได้ศึกษาความรู้ทัศนคติและความประพฤติดการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลจันทวี อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาและรายได้แตกต่าง

กัน มีทัศนคติแตกต่างกัน โดยที่ผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี/สูงกว่า มีค่าเฉลี่ยทัศนคติมากที่สุด⁽⁷⁾

5. ประชาชนชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียโดยรวมแตกต่างกัน โดยประชาชนที่มีอาชีพเกษตรกรกรรม มีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียมากกว่าประชาชนที่มีอาชีพนักศึกษา มีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันและจัดการน้ำเสีย โดยประชาชนที่มีอาชีพเกษตรกรกรรมมีทัศนคติต่อการจัดการน้ำเสียด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันและจัดการน้ำเสียมากกว่าประชาชนที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัวและนักศึกษา อาจเป็นเพราะว่าส่วนใหญ่ประชาชนชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ที่มีอาชีพเกษตรกรกรรมเป็นคนในพื้นที่ จึงทำให้สามารถรับรู้ถึงสถานการณ์ รวมถึงความเป็นมาและความแตกต่างของปัญหาน้ำเสีย และสภาพการจัดการน้ำเสียของชุมชนได้เป็นอย่างดี และเนื่องจากเป็นคนที่อยู่ในพื้นที่จึงทำให้มีความสนใจและใส่ใจในปัญหาน้ำเสีย และวิธีการจัดการน้ำเสียด้านต่างๆ เพื่อที่จะพัฒนาและหาแนวทางการจัดการน้ำเสียที่เหมาะสมกับพื้นที่ให้ดีที่สุด ซึ่งประชาชนที่มีอาชีพนักศึกษาและอาชีพธุรกิจส่วนตัวนั้น ส่วนมากแล้วจะเป็นประชากรแฝงที่มาอาศัยอยู่ในขณะที่ศึกษาหรือประกอบกิจการส่วนตัว จึงไม่เข้าใจว่าปัญหาการจัดการน้ำเสียมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตอย่างไรบ้าง จึงให้ความสำคัญและความสนใจในการจัดการน้ำเสียน้อย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของของพณิดา เหล่าทองสาร (บทคัดย่อ : 2550) ⁽⁴⁾ ศึกษาเรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการน้ำเสียชุมชนของประชาชนในตำบลท่าของยาง อำเภอกันทรวิชัยจังหวัด มหาสารคาม พบว่า ประชาชนที่มีอาชีพต่างกันมีความคิดเห็นด้วยด้านการจัดการน้ำเสียต่างกัน

5. แนวทางการจัดการน้ำเสียแบบมีส่วนร่วมสำหรับชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ควรจัดให้มีทางระบายน้ำหรือท่อระบายน้ำสาธารณะ สำหรับบางจุดที่

มีทางระบายน้ำหรือท่อระบายน้ำสาธารณะแต่เกิดการพังทลาย ดินเงินและอุดตันจากการไม่ได้รับการดูแลปัญหาน้ำเสียจากการปล่อยน้ำเสียของหอพักโดยไม่มีการบำบัด หอพักต้องมีระบบดูแลและจัดการน้ำเสียที่ได้มาตรฐาน เพื่อบำบัดก่อนปล่อยออกสู่สิ่งแวดล้อม ส่วนราชการเองควรดำเนินการวางแผนในการจัดการและจัดสร้างระบบการจัดการน้ำเสียทั้งทางระบายน้ำหรือท่อระบายน้ำสาธารณะ

ด้านการส่งเสริมความรู้ควรมีการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการจัดการน้ำเสียและการบำบัดน้ำเสีย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการน้ำเสีย ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่ดีได้ โดยมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับการจัดการน้ำเสียให้ประชาชนได้รับทราบอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ อาจจะประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ ทำให้ประชาชนได้รับทราบถึงสถานการณ์ในปัจจุบันเพื่อการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อไป หรือมีการนำเอาสื่อที่เกี่ยวข้องกับการจัดการน้ำเสียมาจัดแสดงไว้ ณ ที่ใดที่หนึ่ง เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เลือกเนื้อหาที่เหมาะสม และเป็นปัจจุบันเพื่อความสำเร็จในการจัดการน้ำเสีย และการออกสำรวจพื้นที่ในการแก้ไขปัญหาน้ำเสียนอกจากจะเป็นการปฏิบัติงานตามปกติแล้วยังทำให้ประชาชนเข้าถึงเจ้าหน้าที่ และสามารถปรึกษาปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหามานการจัดการน้ำเสียได้

ด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันและจัดการน้ำเสีย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย มหาวิทยาลัย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ตัวแทนชุมชน รวมทั้งประชาชนจะต้องมีการวางแผน เพื่อประชุมหารือ ในประเด็นปัญหาปัญหาการจัดการน้ำเสีย ทำการสำรวจ วิเคราะห์ และวางแผนในการจัดการน้ำเสียและผังระบบบำบัดน้ำเสีย โดยเร่งดำเนินการแก้ไขปัญหาดังนี้ ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น ทางหน่วยราชการจะต้องออกมาตรการกฎหมาย หรือระเบียบเพื่อมาควบคุม ให้ประชาชนได้ปฏิบัติตาม ฉะนั้นหน่วยงานภาครัฐและชุมชนต้องมีการปฏิรูปการบำบัดน้ำเสียให้เป็นรูปธรรมร่วมกัน เพื่อให้เกิดผลที่ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือส่วนราชการที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรดำเนินการสำรวจปัญหาน้ำเสียนำมาวิเคราะห์ และวางแผนวางแผนจัดการน้ำเสีย หรือมีนโยบายเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหาการจัดการน้ำเสียที่ชัดเจน

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือส่วนราชการที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรมีการจัดตั้งงบประมาณเพื่อจัดสร้างระบบรวบรวมและระบบบำบัดน้ำเสียส่วนกลางระบบใดก็ได้ในชุมชนล้อมรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณที่พบว่าได้รับผลกระทบจากปัญหาน้ำเสียมาก

3. ควรมีการออกมาตรการ กฎหมาย หรือระเบียบเพื่อกำหนดควบคุม ให้ประชาชนได้ปฏิบัติตาม และมีการติดตามประเมินผลกระทบ และความคืบหน้าของการ

ดำเนินงานด้านการจัดการน้ำเสียพร้อมมีการบันทึกข้อมูลเพื่อตรวจสอบในภายหลัง

4. มีนโยบายสนับสนุนการส่งเสริมความรู้ และสร้างความตระหนักถึงผลกระทบอันเกิดจากปัญหาน้ำเสีย และส่งเสริมมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการน้ำเสีย

5. ควรมีการขยายการศึกษาไปในพื้นที่ชุมชนใกล้เคียงเพื่อนำไปสู่การสร้างแนวทาง การจัดการน้ำเสียแบบมีส่วนร่วม และปัญหาอื่นๆของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. ควรศึกษาความต้องการ ความพึงพอใจ และพฤติกรรมของประชาชนต่อการจัดการน้ำเสียเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาแนวทางการจัดการน้ำเสียได้ตรงจุด

7. ควรศึกษารูปแบบของการจัดการน้ำเสีย ระบบบำบัดน้ำเสีย ที่เหมาะสมกับพื้นที่ แต่ละพื้นที่และผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ. สถานการณ์และการจัดการปัญหามลพิษทางน้ำ. กรุงเทพฯ : กระทรวง วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสิ่งแวดล้อม, 2542.
2. กรมควบคุมมลพิษ. คู่มือการจัดการน้ำเสียสำหรับบ้านเรือน. [ระบบออนไลน์] แหล่งที่มา http://www.koratinreo.org/Filedownload/EBook2556/EBook_01-07-2556_2.pdf, 2560.
3. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น, (2543).
4. พนิดา เหล่าทองสาร. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการน้ำเสียชุมชนของประชาชนในตำบล ท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. ปรินญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2550.
5. ปรินญา จริยหัตถะกิจ. แนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหา น้ำเสียในเขตเทศบาลเมืองปาดอง จังหวัดภูเก็ต. ปรินญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552
6. Fishbein, M. and Ajzen, I. Belief ,Attitude, Intention and Behavior : An Introduction to Theory and Research. London : Addison-Wesley, 1975.
6. สมศักดิ์ วรรณกุล. ความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยสำนักงานเขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา : มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี, 2550.
7. เอกนรินทร์ กลิ่นหอม. การศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน ในเขตเทศบาลตำบลจันทวี อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์สิ่งแวดล้อม : มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย, 2553.

การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ORGANIZATIONAL SUPPORT TO AFFECTING HOME AND BED BOUND

ELDER CARE OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS

SELAPHUM DISTRICT, ROI-ED PROVINCE

วราภรณ์ นันทวงศ์¹ สุวิทย์ อุดมพานิชย์²

Waraporn Nuntavong¹ Suwit Udompanich²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ(Survey Research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กร ที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ประชากรที่ใช้ศึกษา คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 2,430 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 168 คน และใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ(Systematic random Sampling) วิเคราะห์ ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.50 ทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในอำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด วิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช 0.96 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 5 เมษายน 2560 ถึงวันที่ 5 พฤษภาคม 2560 จากนั้น นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิติเชิงอนุมาน การหาค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบหลายขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า ระดับการสนับสนุนจากองค์กรและระดับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดนั้น ภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.42(S.D.=0.35) และ 2.51(S.D.=0.35) และพบว่า ในภาพรวมการสนับสนุนจากองค์กร มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r=0.565$, $p\text{-value}<0.001$) และพบว่า การสนับสนุนจากองค์กรด้านบุคลากร การสนับสนุนจากองค์กรด้านเวลา และการสนับสนุนจากองค์กรด้านวัสดุอุปกรณ์ ซึ่งทั้ง 3 ตัวแปร สามารถร่วมพยากรณ์การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ เสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ร้อยละ 37.9

คำสำคัญ: การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง, การสนับสนุนจากองค์กร

ABSTRACT

This Cross-sectional research was aimed to study the individual character and organizational support to affecting home and bed bound elder care of village health volunteers Selaphum District, Roi Et province. Data was collected by questionnaires. The sample were 168 personnel randomly selected by systematic random sampling from the 2430 population. The questionnaire was examined and verified by the three experts for content validity and tested for reliability in pilot study of 30 samples in Pho Chai District, Roi Et province, all times of IOC ≥ 0.5 and Alpha Coefficient was at 0.964. Data collected between April 5th, 2017 – May 5th, 2017. The data distribution was performed by descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation, median, minimum, maximum. The Inferential statistics were Pearson product moment correlation and Stepwise multiple linear regression

Overall, level of Organizational Support and level of the home and bed bound elder care of village health volunteers at Selaphum District in Roi Et province were at high level with averages of 2.42(S.D. 0.35), 2.51(S.D. = 0.35). The organization supports of had a medium level of positive relation with home and bed bound elder care of village health volunteers at the statistical significance($r=0.565$, $p\text{-value}<0.001$). Three organization variables that could predict the performance in home and bed bound elder care personel, time and material for 37.9%

Keyword: Home and bed bound elder care , Organizational support

¹ นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดอกเตอร์ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

องค์การสหประชาชาติ(United Nations: UN) คาดการณ์ว่า ในช่วงปี 2001-2100 ซึ่งเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ โลกกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุไม่น้อยกว่า 65 ปี ร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ ในปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ มีผู้สูงอายุกว่า 10 ล้านคนที่ส่วนหนึ่งต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงจากความสามารถของร่างกายและจากโรคภัยไข้เจ็บที่ทำให้เกิดความพิการ เช่น จากโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดภาวะ อัมพฤกษ์หรืออัมพาต หรือจากอุบัติเหตุต่างๆ มีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงราว ร้อยละ 10 หรือราว 1 ล้านคน โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงบางส่วน หรือเป็นประเภท "ติดบ้าน" ออกไปไหนไม่ได้ราวร้อยละ 85 หรือราว 8.5 แสนคน และต้องพึ่งพิงทั้งหมด หรือเป็นประเภท "ติดเตียง" ราวร้อยละ 15 หรือราว 1.5 แสนคน จำนวนผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงมีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งจากสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และจากสัดส่วนผู้สูงอายุ "วัยปลาย" ที่มากขึ้น ในการดูแล ผู้สูงอายุนั้น มีขั้นตอนห่วงโซ่อย่างต่อเนื่อง มีการกำหนดให้มีกฎหมาย มีการจัดตั้งองค์กรเฉพาะด้าน มีการจัดอบรมบุคลากรเฉพาะทาง มีการจัดอาสาสมัครดูแลชุมชน มีการส่งต่อจากอาสาสมัครดูแลญาติผู้ใกล้ชิดผู้สูงอายุ และญาติผู้ใกล้ชิดที่ดูแลผู้สูงอายุ และในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง หรือกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ถือว่าเป็นบุคคลหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง เนื่องจากเป็นผู้อยู่ในพื้นที่ จึงทำให้เห็นสภาพปัญหาในชุมชน และสามารถเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและสามารถประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งต่อหรือช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงได้อย่างเหมาะสมและทันทั่วถึง ซึ่งในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงนั้น ได้ใช้แนวคิดทฤษฎีของเกียรติกุล พวงทอง ไกรพิบูลย์ (2557)⁽¹⁾ ประกอบด้วย 1)

การดูแลทางด้านร่างกาย 2) การดูแลทางด้านจิตใจ 3) การดูแลทางด้านสังคม และ 4) การดูแลทางด้านสิ่งแวดล้อม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดได้มีนโยบายให้พื้นที่ต้นแบบ ในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะยาวซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้าน ติดเตียง โดยในปี 2559 มีตำบลต้นแบบในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะยาวในทุกอำเภอในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 23 ตำบล โดยจัดอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง(Care manager)ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง และจัดอบรมให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้เป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้าน ติดเตียง(Care giver)⁽²⁾

อำเภอเสลภูมิมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 25 แห่ง 16 ตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งหมด 2,430 คน จากทั้งหมด 213 หมู่บ้าน ในปี 2559 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ผ่านการอบรมให้เป็นส่วนหนึ่งของทีมหมอกรอบครัว ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะได้รับการอบรมให้มีความรู้ความสามารถในการออกให้บริการเยี่ยมบ้านดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้าน ติดเตียง จากการดำเนินงานที่ผ่านมาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ดำเนินการตรวจคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน(ADL) ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 18,780 คน พบว่า มีผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิงหรือกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ร้อยละ 7.21 และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ออกให้บริการเยี่ยมบ้านในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในละแวกที่ตัวเองรับผิดชอบ จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังพบปัญหาในการทำงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง เนื่องจาก งานด้านการดูแลผู้สูงอายุ เป็นงานใหม่ ซึ่ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องออกให้บริการเยี่ยมบ้าน ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง และไม่ลงบันทึกการเยี่ยมบ้าน จึงทำให้มีผลการรายงานการเยี่ยมบ้านต่ำ จากระเบียบรายงานของสถานบริการสาธารณสุข การดำเนินในกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง การสนับสนุนด้านงบประมาณ ด้าน

วิชาการและด้านวัสดุอุปกรณ์ การดำเนินงานยังไม่มี ความชัดเจนในด้านการประสานงานระหว่างองค์กรภาครัฐและ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้งบประมาณในการ จัดสรรมีความล่าช้า ขาดความต่อเนื่องในการเยี่ยมบ้าน ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง⁽³⁾

จากปัญหาดังกล่าว ทำให้ทราบว่า ในการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงนั้น ต้องอาศัยการสนับสนุน จากองค์กรหลายฝ่ายใน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะ ศึกษา การสนับสนุนจากองค์กร ที่มีผลต่อการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้าน ติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อที่จะได้ นำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนพัฒนาการปฏิบัติงาน ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มี ประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุน จากองค์กร ที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติด เตียง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสล ภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา

การศึกษครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ การเก็บ ข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้ แบบสอบถามเพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและการ สนับสนุนจากองค์กร ที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติด บ้าน ติดเตียง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในเขตอำเภอเสล ภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 18 ตำบล 235 หมู่บ้าน ซึ่งมี จำนวนอาสาสมัครทั้งหมด 2,430 คน(สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ,2559)

การคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้สูตรคำนวณขนาด ตัวอย่าง โดยใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ของ Cohen (1988)⁽⁴⁾ ได้ขนาดตัวอย่าง 168 คน สุ่มแบบ

เป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยมีวิธีการ สุ่มตัวอย่างดังนี้ นำรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ในอำเภอเสลภูมิ จังหวัด ร้อยเอ็ด ทั้งหมดจำนวน 2,430 คน มาเรียงลำดับตามรายชื่อตามตัวอักษร หา ช่วงของการเลือกตัวอย่าง โดยใช้สูตร $I = N/n$ ⁽⁵⁾ สุ่ม ตัวอย่างอย่างง่ายเพื่อหาตำแหน่งเริ่มต้น(Random start = r) ของตัวอย่างแรก โดยเขียน หมายเลข 1-16 สุ่มอย่างง่าย ได้ ตำแหน่งที่ 5 เมื่อได้ตำแหน่งเริ่มต้นแล้ว จากนั้น เลือก ตัวอย่างในลำดับถัดไป (5,21,37,...In+2) สุ่มตัวอย่างแบบ เป็นระบบต่อเนื่องจากตำแหน่งเริ่มต้นที่ได้ตามข้อ 3 แล้ว เลือกกลุ่มตัวอย่างอีก ทุกๆ ตำแหน่งที่ 16 ไปเรื่อยๆ จนได้ ขนาดตัวอย่างครบ 168 ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นคำถาม เกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์กร ส่วนที่ 3 เป็นคำถาม เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด และส่วนที่ 4 เป็นคำถาม ปลายเปิดให้ ผู้ตอบได้เสนอเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

การแปลผลคะแนนระดับการสนับสนุนจาก องค์กรและระดับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย⁽⁶⁾ ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้

ระดับมาก

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.35 – 3.00

ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.68 – 2.34

ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.67

สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ของ อิลลิปสัน เกรท⁽⁷⁾ มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 แบ่งระดับดังนี้

$$r = \pm 1$$

หมายถึง มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์

$$r = \pm 0.71 \text{ ถึง } \pm 0.99$$

หมายถึง มีความสัมพันธ์สูง

$$r = \pm 0.31 \text{ ถึง } \pm 0.70$$

หมายถึง มีความสัมพันธ์ปานกลาง

$$r = \pm 0.01 \text{ ถึง } \pm 0.30$$

หมายถึง มีความสัมพันธ์ต่ำ

$$r = 0$$

หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficients) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยรวม เท่ากับ 0.96 ส่วนรายด้านมีดังนี้ (1) การสนับสนุนจากองค์กร เท่ากับ 0.92 (2) การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง เท่ากับ 0.95

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนาในการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) กรณีเป็นข้อมูลต่อเนื่องเมื่อแจกแจงจัดกลุ่มแล้ว ใช้สถิติแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ 1.สถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient หรือการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) 2. สถิติ Stepwise Multiple Linear Regression Analysis หรือการถดถอยพหุแบบขั้นตอนในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariate Relationship)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้ผ่านการรับรองขกเว้นจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2560 เลขที่ HE 602046 โดยดำเนินการ

เก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 5 เมษายน 2560 ถึงวันที่ 5 พฤษภาคม 2560

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าด้านเพศ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.9 มีอายุมากที่สุดระหว่าง 41 - 50 ปี ร้อยละ 37.5 โดยมีอายุเฉลี่ย 49.82 ปี (S.D.= 9.22 ปี) อายุต่ำสุด 30 ปี อายุสูงสุด 74 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 87.5 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 61.3 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 84.5 รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 61.3 รายได้เฉลี่ย 6239.29 บาท (S.D.=3977.77บาท, Median = 5,000 บาท) รายได้ต่ำสุด 600 บาท รายได้สูงสุด 20,000 บาท และมีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่าง 11-20 ปี ร้อยละ 43.5 มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉลี่ย 12.50 ปี (S.D.= 7.79) มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่ำที่สุด 1 ปี และมากที่สุด 35 ปี

2. ระดับการสนับสนุนจากองค์กร ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.42 (S.D.=0.35) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการจัดการ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.63 (S.D.=0.41) รองลงมาคือ ด้านบุคลากร อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.58 (S.D.=0.43) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านงบประมาณ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.12 (S.D.=0.52) รองลงมาคือ ด้านวัสดุอุปกรณ์ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.33 (S.D.=0.50)

3. ระดับการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.51 (S.D.=0.35) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย

2.63(S.D.=0.45) รองลงมาคือ ด้านร่างกาย อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.54(S.D.=0.35) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านสังคม อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.39(S.D.=0.42) รองลงมาคือ ด้านจิตใจ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.49 (S.D.=0.45)

4. คุณลักษณะส่วนบุคคล และการสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ

ดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างการสนับสนุนจากองค์กรกับการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

การสนับสนุนจากองค์กร	การดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P - value	ระดับความสัมพันธ์
การสนับสนุนจากองค์กร	0.565*	< 0.001	ปานกลาง
ด้านบุคลากร	0.522*	< 0.001	ปานกลาง
ด้านงบประมาณ	0.318*	< 0.001	ปานกลาง
ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.452*	< 0.001	ปานกลาง
ด้านการจัดการ	0.379*	< 0.001	ปานกลาง
ด้านเวลา	0.512*	< 0.001	ปานกลาง

หมายเหตุ * มีความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การสนับสนุนจากองค์กร พบว่า ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์กร มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r=0.565$, $p\text{-value} < 0.001$) ส่วนการสนับสนุนจากองค์กรรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ได้แก่ ด้านบุคลากร($r=0.522$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านงบประมาณ($r=0.318$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านวัสดุอุปกรณ์($r=0.452$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านการจัดการ($r=0.379$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านเวลา($r=0.512$, $p\text{-value} < 0.001$)

5. คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ตาราง 2 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ตัวแปร	B	Beta	T	P-value	R	R ²	R ² change
การสนับสนุนจากองค์กรด้านบุคลากร	0.275	0.335	4.722	< 0.001	0.522	0.272	0.272
การสนับสนุนจากองค์กรด้านเวลา	0.203	0.259	3.197	0.002	0.603	0.364	0.092
การสนับสนุนจากองค์กรด้านวัสดุอุปกรณ์	0.111	0.159	2.023	0.045	0.616	0.379	0.016

ค่าคงที่ 1.053 , F = 33.369 , p – value < 0.001 , R = 0.616 , R² = 0.379 , R² Adjusted = 0.368

จากตาราง พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด คือ การสนับสนุนจากองค์กรด้านบุคลากร ($P\text{-value} < 0.001$) การสนับสนุนจากองค์กรด้านเวลา ($P\text{-value} = 0.002$) และ การสนับสนุนจากองค์กรด้านวัสดุ

6. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิด โดยกลุ่มตัวอย่างได้เสนอเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด 38 ฉบับ จากแบบสอบถาม 168 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 22.62 โดยปัญหาการสนับสนุนจากองค์กร คือ ด้านการสนับสนุนจากองค์กรด้านบุคลากร ร้อยละ 55.26 มีข้อเสนอแนะ คือ จัดอบรม อสม.ทุกคน และญาติผู้ดูแล ให้มีความรู้ สามารถดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงได้ และจัดอบรมให้ญาติหรือผู้ดูแลให้มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง รองลงมาคือ การสนับสนุนจากองค์กรด้านวัสดุ อุปกรณ์ ร้อยละ 47.37 มีข้อเสนอแนะ คือ จัดทำแผนการใช้เงินร่วมกันระหว่างคณะกรรมการกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้ตรงกับความต้องการ ปัญหาทางด้านการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงทางด้านร่างกาย ร้อยละ 60.53 มีข้อเสนอแนะ คือ ผู้นำชุมชน หรือ อสม. ควรเข้าร่วมเสนอแผนเพื่อบรรจุแผนของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการจัดซื้ออุปกรณ์ในการออกให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่าระดับการสนับสนุนจากองค์กรของกลุ่มตัวอย่าง ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.42 ($S.D.=0.35$) การดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงให้ประสบความสำเร็จนั้น จะต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์กรทั้งทางด้านกำลังคน ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุ อุปกรณ์ ดำเนินงาน และความพร้อมด้านเวลา⁽⁸⁾ ซึ่งในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุข

อุปกรณ์ ($P\text{-value} = 0.045$) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปรสามารถพยากรณ์การดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ร้อยละ 37.9 ดัง

ประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดนั้น ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และสถานบริการสาธารณสุข ในการออกให้บริการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง เมื่อพิจารณาระดับการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.51 ($S.D.=0.35$) เนื่องจากในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จะต้องได้รับการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมจากบุคคลในครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ และหน่วยบริการทางการแพทย์หรือสังคมจะเข้าไปช่วยเหลือเมื่อมีความต้องการหรือมีปัญหา⁽¹⁾ และพบว่าภาพรวมการสนับสนุนจากองค์กร มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r=0.565$, $p\text{-value} < 0.001$) เนื่องจาก ต้องได้รับการสนับสนุนทั้งทางด้านกำลังคน ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุ อุปกรณ์ดำเนินงาน และความพร้อมด้านเวลา เพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และจากการศึกษา พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้การวิเคราะห์หาคออยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ ตัวแปรการสนับสนุนจากองค์กรด้าน

บุคลากร การสนับสนุนจากองค์การด้านเวลา การสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุ อุปกรณ์ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าตัวแปร ทั้ง 3 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ร้อยละ 37.9 ซึ่งการสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร เป็นการคัดเลือกบุคคลให้เข้ามาปฏิบัติงานในองค์การให้มีความรู้ในหน้าที่ที่รับผิดชอบ ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากที่สุด เมื่อเทียบกับปัจจัยด้านอื่น ๆ เพราะบุคคลเป็น ผู้กำหนด เป็นผู้จัดหา และใช้ทรัพยากรบริหารอื่นๆให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้ถ้าหน่วยงานใดเริ่มต้นด้วยการมีบุคลากรที่เก่งกล้ามีความสามารถยอดเยี่ยมแล้ว ปัจจัยอื่น ๆ ก็จะตามมายังจะทำให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงานทั้งนี้ผู้บริหารก็ต้องมีการสร้างแรงจูงใจ การรักษาและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากรมีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร การสนับสนุนจากองค์การด้านเวลา เป็นปัจจัยที่มีข้อจำกัด ที่ทุกคนมีเท่ากัน และทุกคนจะต้องบริหารและให้ความสำคัญในการวางแผนใช้เวลาเพื่อลำดับความสำคัญก่อนและหลังของแต่ละกิจกรรม เพื่อให้ผลการปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมาย ทำให้ผลงานมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า การสนับสนุนจากองค์การด้านเวลา มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน^(9,10) และ การสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุ อุปกรณ์ มีความสำคัญต่อการบริหารงานเพราะ ในการปฏิบัติงานของบุคคล จำเป็นจะต้องได้รับการสนับสนุน ด้านเครื่องมือ เครื่องใช้และวัสดุอุปกรณ์ จากองค์การที่ปฏิบัติงานอยู่ ถ้าหากได้รับการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอจากหน่วยงาน ด้านเครื่องมือ เครื่องใช้และวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ สิ่งเหล่านี้ก็จะมีผลต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า การสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุ อุปกรณ์ มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน⁽¹⁰⁾

ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรจัดการอบรมความรู้ ทักษะ ขึ้นตอน ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ให้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคน และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคอยเป็นที่ปรึกษาในการดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องได้รับการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจัดการอบรม ส่งเสริมแนะแนวทางให้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีการวางแผน จัดลำดับความสำคัญในการดูแล และจัดสรรเวลาในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง อย่างเพียงพอและเหมาะสม
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ หรือเทศบาล ตำบล ควรมีการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์อย่างเพียงพอเหมาะสม แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจัดอบรมวิธีการใช้วัสดุอุปกรณ์ให้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
4. ควรมีการศึกษาความสามารถในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
5. ควรมีการศึกษารูปแบบ การสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง เช่น เครื่องวัดความดันโลหิตสูง เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด โปรทวัดไข้ ให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง
6. ควรมีการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ที่เหมาะสม เพื่อให้เป็นแนวทางในการวางแผนสำหรับส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง มีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ทพ. ดร.สุวิทย์ อุดมพานิชย์ ขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ คุณปิยมนต์ พงษ์ชาติ และคุณสันติ ธรรมิ คุณสุทัศน์ ที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ประจักษ์ บัวผัน อาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ และคณาจารย์คณะสาธารณสุข

ศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้ความเมตตาอบรมสั่งสอนให้ความรู้ในการศึกษาตลอดหลักสูตร และขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไค่นุ่น สาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ เพื่อนร่วมงานในสังกัดทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยอย่างยิ่ง และทุกท่านที่ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่มีส่วนร่วมให้การทำการศึกษานี้ประสบความสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. เกียรติคุณ พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2557). การดูแลผู้สูงอายุ (Elderly care). สืบค้นเมื่อ 8 กันยายน 2559, จาก <http://haamor.com/th>.
10. เสกสรรค์ สองจันทร์และประจักษ์ บัวผัน. (2554). การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสุเมธ อำเภอยะผิง จังหวัดอุดรธานี. วารสาร มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 16(6), 730-738.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. (2559). แผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพ จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2559 –2560. ร้อยเอ็ด: สำนักงาน.
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ.(2559). ฐานข้อมูล อสม. ปี 2559.ร้อยเอ็ด: สำนักงาน. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.(2559). นโยบายและทิศทางการดำเนินงานของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
4. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill.
5. วินัส พิษณิษฐ์, สมจิต วัฒนาชยากุลและเบญจมาศ ตูลยนิติกุล. (2547) สถิติพื้นฐานสำหรับนักสังคมศาสตร์พร้อมการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ไมโครซอฟท์เอกเซล. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ : ปรากฏพิริก
6. Best, J.W. (1977). *Research in Education*. 3rd ed. Engle Wood Clift, N J: Prentice Hall.
7. Elison, K.W. (1990). *Fundamentals of social statistics*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill.
8. ประจักษ์ บัวผัน. (2554). หลักการบริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: โรงพิมพ์สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
9. พรพิมล จิตธรรมมา. (2557). การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อซ้ำของโรคพยาธิใบไม้ตับในอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Factors associated to reinfection of *Opisthorchis Viverrini* in Namon district,

Kalasin province, Thailand

อนุวัฒน์ เพ็งพุฒ¹, จุฑามาศ สุจริต², ดุลศักดิ์ เทพขันธ์³, พุทธิไกร ประมวล⁴

Anuwat Pengput, Chuthamart Chucharit, Dulsak Thepkhan, Putthikai Pramual

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Analytical case-control study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อซ้ำของโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เคยได้รับการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับด้วยวิธี Kato thick smear พร้อมการรักษาด้วยยาพาซิคอนเทลในปี 2558 และเข้ารับการตรวจซ้ำในปี 2559 ในเขตตำบลหลักเหลี่ยม และตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มศึกษา คือ ผู้ที่มีการติดเชื้อซ้ำ 136 คน และกลุ่มควบคุม คือ ผู้ที่ไม่มีการติดเชื้อซ้ำ 136 คน ทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างมีระบบจากทะเบียนผู้เข้ารับการตรวจพยาธิใบไม้ตับ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ระหว่างวันที่ 18 เมษายน 2558 ถึง 13 พฤษภาคม 2559 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการติดเชื้อซ้ำของโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโลจิสติก นำเสนอด้วยค่า Adjusted odd ratio (OR_{adj}) และค่าช่วงความเชื่อมั่น 95%

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อซ้ำของโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ผู้ที่ไม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะมีโอกาสมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำของโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็น 4.6 เท่าของคนที่ได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (OR_{adj} = 4.6, 95% CI=1.3-16.5, P-value=0.01) ผู้ที่เคยรับประทานก้อยปลาดิบร่วมกับครอบครัวจะมีโอกาสมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำของโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็น 2.0 เท่าของคนที่ไม่เคยรับประทานก้อยปลาดิบร่วมกับครอบครัว (OR_{adj} = 2.0, 95% CI=1.2-3.4, P-value=0.006) และผู้ที่เคยรับประทานก้อยปลาดิบร่วมกับเพื่อนบ้านในละแวกเดียวกัน จะมีโอกาสมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำของโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็น 2.6 เท่าของคนที่ไม่เคยรับประทานก้อยปลาดิบร่วมกับเพื่อนบ้านในละแวกเดียวกัน (OR_{adj} = 2.6, 95% CI=1.5-4.4, P-value<0.001) ดังนั้น การให้สุขศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินงานรณรงค์ป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำจากให้ประสบผลสำเร็จ โดยเน้นให้สุขศึกษาและเฝ้าระวังติดตามในกลุ่มคนที่เคยตรวจพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ครอบครัวทั้งสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้านในละแวกเดียวกัน

คำสำคัญ: การติดเชื้อซ้ำของโรคพยาธิใบไม้ตับ, พยาธิใบไม้ตับ, อำเภอนามน, จังหวัดกาฬสินธุ์

Abstract

This an analytical case-control study aimed to investigate factors associated with the reinfection of *Opisthorchis viverrini* (*O.viverrini*) in Thai population, Namon district, Kalasin province. Samples were conducted of 272 participants in Laklaim and Songpluay sub-districts who were found liver flukes infection, using the examination of Kato thick smear method in 2015; in addition, received treatment by Praziquantel drugs. After that, they were re-examined of *O.viverrini* infection, using the Kato thick smear method in 2016. They were divided into 2 groups: a case group was 136 participants, people who were reinfection of *O.viverrini*, and a control group was 136 participants, people who were non-reinfection of *O.viverrini*. Systematic random sampling was used randomly samples from *O.viverrini* registration number. The data collection was conducted from April 18, 2016, to May 13, 2016, and there were interview through structural questions to find factors associated to reinfection of *O.viverrini*. A multiple logistic regression was analyzed the relationship between the risk factor and reinfection of *O.viverrini*. The effect size was presented by adjusted odd ratio (OR_{adj}) and 95% confidence interval

The result showed that the statistically significant factors associated to risk factor of reinfection of *O.viverrini*. The people who did not received health education about liver flukes and cholangiocarcinoma from public health officers were higher risk to reinfection of

¹ ศ.ม. (ชีวสถิติ) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยุวเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

² พ.บ. นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

³ ศ.บ. เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอุทัยวรรณ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

⁴ ศ.ม. (ชีวสถิติ) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคงี อำเภอชนบท จังหวัดศรีสะเกษ

O. viverrini than who received health education equal 4.6 time. ($OR_{adj} = 4.6$, 95% CI=1.28-16.54, P-value = 0.019). The people who consumed “Koi Pla” (raw freshwater cooked) with families were higher risk to reinfection of *O. viverrini* than who did not consume “Koi Pla” with families equal 2.0 time ($OR_{adj} = 2.0$, 95% CI = 1.22-3.40, P-value = 0.006), and the people who consumed “Koi Pla” with neighbors were higher risk to reinfection of *O. viverrini* than who did not consume “Koi Pla” with neighbors equal 2.6 time ($OR_{adj} = 2.6$, 95% CI=1.54-4.35, P-value <0.001). In conclusion, Health education of public health officers are very important to conducting campaigns of prevention cholangiocarcinoma and liver flukes successfully. Identification of this risk factor might be helpful for the prompt decision in selecting the risk group to need to refer for surveillance and focus on among of people were used to infect liver flukes cover the members of families, neighbors, and communities.

Keywords: reinfection of *Opisthorchis Viverrini*, *O. viverrini*, Namon district, Kalasin province

บทนำ

โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยที่อัตราการเสียชีวิตเกินกว่าครึ่งของการเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีนั้นเป็นประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽¹⁾ และนอกจากนั้นยังเป็นพื้นที่ที่มีความชุกของมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก⁽²⁾ ปัจจุบันคนไทยประมาณ 6 ล้านคน หรือร้อยละ 10 ของประเทศ ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประชากรประมาณ 1.5-2 ล้านคน ติดเชื้อพยาธิ ใบไม้ตับ ในปี พ.ศ. 2550-2551 มีอัตราป่วยของโรคมะเร็งท่อน้ำดี 2.0 และ 1.1 ต่อแสนประชากร ตามลำดับจากการสำรวจอัตราความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในระดับหมู่บ้าน พบว่า หมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงถึงร้อยละ 85^(3,4,5)

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี คือ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จากพฤติกรรมกรับบริโภคปลาน้ำจืดดิบๆ ปลาจืด ปลา ก้อยปลา ปลาต้ม และนอกจากนี้ยังพบว่าวัฒนธรรมท้องถิ่นในภาคอีสานที่นิยมรับประทานปลาดิบหรือก้อยปลาดิบ ส่งผลให้มีอัตราการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีสูง⁽⁶⁾ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้มีจำนวนพยาธิใบไม้ตับสะสมในร่างกายจำนวนมาก อีกทั้งความถี่หรือจำนวนครั้ง ที่ได้รับพยาธิใบไม้ตับในตับซ้ำๆ จะทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อหุ้มท่อน้ำดี เมื่อมีการอักเสบซ้ำๆ มากขึ้นจะทำให้เกิดรอยโรค และพัฒนาเป็นพังผืดและพัฒนาต่อไปจนกลายเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในที่สุด^(7,8)

สถานการณ์การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดกาฬสินธุ์ ในปี พ.ศ. 2558 จากการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 308,173 คน พบว่า มี

ประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 3.2 เคยได้รักษาด้วยยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 6.4 รับประทานก้อยปลาดิบหรือลาบปลาดิบ ร้อยละ 38.6 และมีประชาชนที่ตรวจพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 22⁽⁹⁾ เมื่อพิจารณาสถานการณ์การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในอำเภอนามนจากการคัดกรอง จำนวน 1,437 คน ในปี พ.ศ. 2558 ตรวจพบไขพยาธิใบไม้ ร้อยละ 38 ซึ่งสูงกว่าอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในภาพรวมของจังหวัดกาฬสินธุ์ และเมื่อพิจารณาข้อมูลผลการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ปี พ.ศ. 2559 โดยการคัดกรองกลุ่มติดเชื้อในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 423 คน พบว่า มีผู้ที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ร้อยละ 35 ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการ คัดกรองพบพยาธิใบไม้ตับ ในปี 2558 ได้รับการรักษาด้วยยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ และให้สุขศึกษาทุกราย แต่ยังพบการติดเชื้อซ้ำที่สูงมาก สะท้อนถึงการรับเชื้อพยาธิ ใบไม้ในตับซ้ำ ซึ่งจะเป็ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่จะทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในอนาคต ดังนั้น การศึกษาเพื่อค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อซ้ำของโรคพยาธิใบไม้ในตับในประชาชนที่เคยได้รับการรักษาแล้วนั้น จะช่วยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง วางแผนการแก้ไขปัญหามะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนได้อย่างตรงจุด รวมทั้งสามารถประยุกต์ใช้ผลการศึกษารั้งนี้เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่สอดคล้องกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ส่งผลต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ อันจะเป็นลดอัตราอุบัติการณ์ของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับและ โรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อซ้ำของโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Analytical case-control study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนในเขตตำบลหลักเหล็ยมและตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่เคยตรวจพบพยาธิใบไม้ในตับในโครงการรณรงค์คัดกรองพยาธิใบไม้ในตับ ปี พ.ศ. 2558 ด้วยวิธี Kato thick smear และได้รับการรักษาด้วยยาพลาซิควอนเทล (Praziquantel (PZQ)) และหลังจากนั้นได้รับการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ในตับซ้ำอีกครั้งในโครงการรณรงค์คัดกรองพยาธิใบไม้ในตับ ปี พ.ศ. 2559

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ในตับด้วยวิธี Kato thick smear ที่ได้รับการให้สุขศึกษาพร้อมกับการรักษาด้วยยาพลาซิควอนเทล ในโครงการรณรงค์คัดกรองพยาธิใบไม้ในตับ ประจำปี พ.ศ. 2558 และได้รับการตรวจซ้ำในโครงการรณรงค์คัดกรองพยาธิใบไม้ในตับ ประจำปี พ.ศ. 2559 จำนวน 423 คน ในเขตตำบลหลักเหล็ยม และตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่เข้ามาตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ในตับในระหว่างวันที่ 18 เมษายน พ.ศ. 2559 - 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2559 แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษา (Case) คือ ผู้ที่มีการติดเชื้อซ้ำของโรคพยาธิใบไม้ในตับในปี พ.ศ. 2559 กลุ่มควบคุม (Control) คือ ผู้ที่ไม่มีการติดเชื้อซ้ำของโรคพยาธิใบไม้ในตับในปี พ.ศ. 2559 เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) เป็นผู้ที่ได้รับการตรวจพบไข่พยาธิในโครงการรณรงค์คัดกรองพยาธิใบไม้ในตับ ในปี พ.ศ. 2558 ได้รับการรักษาด้วยยาพลาซิควอนเทล และได้รับการตรวจซ้ำในโครงการรณรงค์คัดกรองพยาธิใบไม้ในตับ ประจำปี พ.ศ. 2559 เป็นผู้สามารถสื่อสาร และตอบแบบสัมภาษณ์ได้เป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลหลักเหล็ยมและตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ การคำนวณขนาดตัวอย่าง ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ⁽¹⁰⁾ คือ

$$n_p = \frac{n_1}{1 - \rho_{1.23...p}^2}$$

เมื่อ n_p คือ ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ กรณีใช้การวิเคราะห์หัดถดถอยพหุคูณ

n_1 คือ ขนาดตัวอย่างกรณีการศึกษาแบบย้อนหลัง (Case-control study)

$\rho_{1.23...p}$ คือ ความสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างตัวแปรประเภทของที่เลี้ยงกับตัวแปรอิสระอื่นๆ โดยที่

$$n_1 = \left(Z_{\alpha/2} \sqrt{(1 + 1/c) \bar{p}q} + Z_{\beta} \sqrt{p_1 q_1 + p_0 q_0 / c} \right)^2 / (p_1 - p_0)^2 \quad (11)$$

$Z_{\alpha/2}$ คือ ค่าสถิติแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนด $\alpha = 0.05$ และทำการทดสอบสมมติฐานแบบสองทาง ($Z_{\alpha/2} = 1.96$)

กำหนดอำนาจในการทดสอบเป็น ร้อยละ 90 ($\beta = 0.01$) ($Z_{\beta} = 1.28$)

p_0 คือ สัดส่วนของผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาพลาซิควอนเทล และไม่มีอาการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ในตับซ้ำในการศึกษาครั้งนี้ใช้ค่าสัดส่วนของผู้ที่ไม่มีการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ในตับซ้ำ หลังจากได้รับการรักษาด้วยยาพลาซิควอนเทล ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.81⁽¹²⁾

p_1 คือ สัดส่วนของผู้ที่มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับซ้ำ หลังจากได้รับการรักษาด้วยยาพลาซิควอนเทล

R = ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของผู้ที่มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับซ้ำ หลังจากได้รับการรักษาด้วยยาพลาซิควอนเทล ผู้วิจัยได้พิจารณาใช้ความเสี่ยงของการบริโภคปลาดิบมีผลต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ในตับ ของอภัยมา ยศปัญญา และคณะ (2558)⁽¹³⁾ มีค่า Odd Ratio (OR) เท่ากับ 2.14 หมายถึง ผู้ที่บริโภคปลาดิบมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับมากกว่าของผู้ที่ไม่บริโภคปลาดิบถึง 2.14 เท่า

c = อัตราส่วนระหว่างกลุ่มศึกษา (Case) กับกลุ่มควบคุม (Control) กำหนดให้เท่ากับ 1:1

จากนั้นแทนค่าต่างๆ ลงในสมการ ดังนี้

$$n_1 = 113.6 \text{ คน}$$

$$n_1 \approx 114$$

จากขนาดตัวอย่างขั้นต้น จำนวน 114 คน นำไปปรับด้วยค่า $\rho_{1.2...p}^2$ โดยกำหนดให้ ρ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.1 – 0.9 เมื่อคำนึงถึงระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันที่ไม่ควรมีค่าสูงเกินไปก่อปรกฏความเป็นไปได้ในการทำวิจัยให้สำเร็จ จึงเลือกใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุเท่ากับ 0.4 ดังนั้น จะได้ขนาดตัวอย่างที่เป็นกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 136 คน ขนาดตัวอย่างรวมทั้งหมดจึงเท่ากับ 272 คน

นำข้อมูลผู้ที่เข้ารับการตรวจพยาธิใบไม้ตับในปี พ.ศ. 2559 ซึ่งเป็นผู้ที่เคยได้รับการตรวจพยาธิใบไม้ในตับในปี พ.ศ. 2558 และได้รับการรักษาด้วยยา พลาซิควอนเทล ทั้งตำบลหลักเหลี่ยมและตำบลสงเปลือย จำนวน 423 คน เป็นผู้ที่มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจำนวน 146 คน และเป็นผู้ที่ไม่มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 277 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มในการศึกษา ดังนี้ กลุ่มศึกษา คือ ผู้ที่มีการติดเชื้อซ้ำของโรคพยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 136 คน และกลุ่มควบคุม คือ ผู้ที่ไม่มีการติดเชื้อซ้ำของโรคพยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 136 คน โดยนำรายชื่อมาจัดทำทะเบียนรายกลุ่ม และทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic random sampling) จากเลขทะเบียนผู้เข้ารับการตรวจพยาธิใบไม้ตับจนครบตามขนาดตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่ม

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามที่มีโครงสร้างสำหรับเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยตรงจากกลุ่มตัวอย่าง สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปด้านลักษณะประชากร ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านทัศนคติต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประเมินโดยใช้ความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ ในการตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามและแบบคัดลอกที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธี

วิจัย 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องและเหมาะสม จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้เครื่องมือในพื้นที่ตำบลหนองบัว อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์เพื่อทดสอบเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามโดยในส่วนของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี หาค่าความเชื่อมั่นโดยคำนวณหาค่า KR 20 ของ Kuder-Richardson ได้ค่าเท่ากับ 0.71 และแบบสอบถามความเชื่อกันศนคติ หาค่าความเชื่อมั่นโดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ใช้สถิติเชิงพรรณนา กรณีข้อมูลแจกแจงนับ นำเสนอในรูปแบบการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ กรณีที่เป็นข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงแบบปกติ นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ถ้าข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงของข้อมูลไม่ปกติจะนำเสนอด้วยค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแบบหลายตัวแปรกับการติดเชื้อซ้ำของพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโลจิสติก (Multiple Logistic Regression) ด้วยเทคนิคแบบขจัดออกทีละตัวแปร (Backward Elimination) แล้วนำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted odds ratio (OR_{adj}) และช่วงความเชื่อมั่น 95% ประเมินความเหมาะสมของโมเดล (Goodness of fit) ด้วยสถิติ Pearson chi-square ซึ่งค่าระดับนัยสำคัญที่ได้มีค่ามากกว่า 0.05 จึงจะถือว่าโมเดลที่ได้มีความเหมาะสมกับข้อมูลที่ศึกษา

ผลการศึกษา

คุณลักษณะประชากร จากจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 272 คน แบ่งออกเป็น กลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 136 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.9 และ 52.2 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 57 ปี ($SD = 9.6$) และอายุ 56 ปี ($SD = 9.7$) ตามลำดับ อาศัยกันเป็นครอบครัว ร้อยละ 96.3 และ 91.9 ตามลำดับ มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ที่ประถมศึกษา

ร้อยละ 88.2 และร้อยละ 88.2 ตามลำดับ ไม่มีญาติป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 91.2 และ 87.5 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่มีบิดาหรือมารดาป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี เพียงร้อยละ 4.4 และ 8.8 ตามลำดับ

ข้อมูลพฤติกรรมการรับประทานอาหาร กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม เคยรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดสุกๆ ดิบๆ และปลาร้าดิบ ร้อยละ 89.7 และร้อยละ 88.9 ตามลำดับ โดยร้อยละ 77.2 และ 58.1 ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม กลับมากินก้อยปลาดิบ ส้มปลาดิบ หลังจากรับประทานยาฆ่าพยาธิ ไบไม่ดับแล้ว การร่วมวงดื่มสุรามีผลต่อการอยากรับประทานก้อยปลาดิบ ส้มปลาดิบ ทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มทดลองร้อยละ 32.4 และ 20.1 ตามลำดับ ในกลุ่มที่กลับมาติดเชื้อซ้ำส่วนใหญ่จะเคยร่วมรับประทานก้อยปลาดิบกับครอบครัว ร้อยละ 64.7 รองลงมาคือเคยร่วมรับประทานอาหารกับเพื่อนบ้านละแวกเดียวกัน ร้อยละ 52.2

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี กลุ่มศึกษามีความรู้พื้นฐานคะแนนความรู้ 7 คะแนน (ค่าต่ำสุด-สูงสุด: 3-9 คะแนน) กลุ่มควบคุมมีพื้นฐานคะแนนความรู้ 7 คะแนน (ค่าต่ำสุด-สูงสุด: 2-9 คะแนน) โดยทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีความรู้ระดับปานกลาง (5-8 คะแนน) ร้อยละ 88.2 และ 84.6 ตามลำดับ มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดพยาธิ ไบไม่ดับและมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 94.9 และ ร้อยละ 92.7 ตามลำดับ แต่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันเกี่ยวกับพาหะนำโรคทางหนึ่งพยาธิ ไบไม่ดับ คือ สุนัขและแมว ในกลุ่มศึกษา ร้อยละ 88.9 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 83.8

เกี่ยวกับการหมักปลาร้าอย่างน้อย 30 วัน หรือการหมักนานข้ามปี ทำให้ปลอดพยาธิ ไบไม่ดับได้ ในกลุ่มศึกษา ร้อยละ 69.1 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 63.9

ความเชื่อและทัศนคติต่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี ส่วนใหญ่มีความเชื่อและทัศนคติต่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี ไบไม่ดับในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.7 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 40.4 และระดับต่ำ ร้อยละ 7.4 โดยในกลุ่มไม่ติดเชื้อพยาธิ ไบไม่ดับในต้นซ้ำ ส่วนใหญ่มีความเชื่อและทัศนคติต่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี ไบไม่ดับในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.2 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 41.2 และระดับต่ำ ร้อยละ 8.1 การรับประทานก้อยปลาดิบ ส้มปลาดิบ ยังคงเป็นอาหารเชิงวัฒนธรรมที่นิยมกันมาอย่างยาวนานของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มยังมีความเชื่อว่าควรมีการสืบทอดกันต่อไป โดยมีระดับความคิดเห็นด้วยอย่างมาก ร้อยละ 14.3 และระดับมากที่สุดร้อยละ 7.4 นอกจากนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่างที่ยังคงมีความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราร่วมกับก้อยปลาดิบจะสามารถฆ่าพยาธิ ไบไม่ดับได้ โดยมีระดับความคิดเห็นด้วยอย่างมาก ร้อยละ 12.1 และระดับมากที่สุด ร้อยละ 7.00 โดยในข้อคำถามที่ว่าหากนำก้อยปลาดิบ ส้มปลา ปลาร้า มาทำให้สุกก่อนรับประทานจะทำให้เสียรสชาติของอาหาร มีระดับความคิดเห็นด้วยอย่างมาก ร้อยละ 18.0 และมากที่สุดร้อยละ 9.9

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการติดเชื้อซ้ำของพยาธิ ไบไม่ดับ

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับการติดเชื้อซ้ำของพยาธิ ไบไม่ดับ

ตัวแปร	ติดเชื้อซ้ำ	ไม่ติดเชื้อซ้ำ	OR (95% CI)	OR _{adj} (95% CI)	P-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
การได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
ไม่ได้รับ	15 (11.0)	3 (2.2)	5.5 (1.6 – 10.5)	4.6 (1.3 – 16.5)	0.019
ได้รับ	121(47.6)	133 (52.3)			
เคยรับประทานก้อยปลาดิบร่วมกับครอบครัว					
เคย	88 (64.7)	67 (49.3)	1.9 (1.2 – 3.1)	2.0 (1.2 - 3.4)	0.006
ไม่เคย	48 (35.3)	69 (50.7)			
เคยรับประทานก้อยปลาดิบร่วมกับเพื่อนบ้านในละแวกเดียวกัน					
เคย	71 (52.2)	39 (28.7)	2.7 (1.7 – 4.5)	2.6 (1.5 – 4.4)	<0.001
ไม่เคย	65 (47.8)	97 (71.3)			

จากตารางพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อของพยาธิใบไม้ตับ คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การรับประทานก้อยปลาดิบร่วมกับครอบครัว และเพื่อนบ้านในละแวกเดียวกัน มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อของโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางด้านสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ที่ไม่ได้รับข่าวสารความรู้เกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีโอกาสต่อการติดเชื้อของโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็น 4.6 เท่าของผู้ที่ได้รับข่าวสารความรู้เกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($OR_{adj}=4.6, 95\% CI=1.3-16.5$, $P-value=0.019$) ผู้ที่เคยรับประทานก้อยปลาดิบร่วมกับครอบครัว มีโอกาสต่อการติดเชื้อของโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็น 2.0 เท่าของผู้ที่ไม่รับประทานก้อยปลาดิบ ($OR_{adj}=2.0, 95\% CI=1.2-3.4$, $P-value=0.006$) ผู้ที่เคยรับประทานก้อยปลาดิบร่วมกับเพื่อนบ้านในละแวกเดียวกัน มีโอกาสต่อการติดเชื้อของโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็น 2.6 เท่าของผู้ไม่รับประทานก้อยปลาดิบ ($OR_{adj}=2.6$, $95\% CI=1.5-4.4$, $P-value<0.001$)

สรุปและอภิปรายผล

การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่เกิดขึ้นซ้ำๆ หรือมีประวัติการติดเชื้อสะสมและเกิดซ้ำซาก ซึ่งเป็นผลรวมของความถี่ ความหนาแน่น และระยะเวลาในการติดเชื้อเป็นความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดี⁽¹⁴⁾ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเกิดจากวิถีชีวิตและวัฒนธรรมในการรับประทานก้อยปลาดิบยังคงอยู่ ทำให้เกิดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำหลายครั้ง จากการได้รับพยาธิใบไม้ตับสะสมทีละเล็กละน้อย ภูมิคุ้มกันของผู้ที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจะมีความต้านทานต่อการติดเชื้อได้ค่อนข้างน้อย ส่งผลให้สามารถติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้ตลอดเวลา^(1,7,15)

การให้สุศึกษาส่งผลต่อการกลับมาติดเชื้อของพยาธิใบไม้ตับ โดยผู้ที่ได้รับการสุศึกษาจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะกลับมาติดเชื้อของพยาธิใบไม้ตับได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้รับสุศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการทางสุศึกษาในการ

ป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ พบว่า กลุ่มที่ได้รับวิธีการทางสุศึกษามีการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการปกติเพียงเล็กน้อย รวมถึงการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับพบโอกาสเสี่ยงน้อยกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการบริการปกติ⁽¹⁶⁾ การให้สุศึกษานั้นต้องนำแนวคิดของทฤษฎีเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค (The protection motivation theory) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support theory) มาประยุกต์ในการสร้างโปรแกรมสุศึกษาที่สามารถช่วยส่งเสริมความรู้ การปฏิบัติตัว ทักษะคิดของกลุ่มเสี่ยงและประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้นได้⁽¹⁷⁾ ตักยังมีประชาชนที่ยังไม่เปลี่ยนพฤติกรรม และยังคงกลับมารับประทานก้อยปลาดิบ ปลาสดดิบ ปลาสดดิบ ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อของพยาธิใบไม้ตับ สอดคล้องกับการศึกษาของชุมพล พลนรา และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่า ประชาชนบางส่วนยังนิยมบริโภคก้อยปลาดิบอยู่ แม้จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับที่ดีแล้วก็ตาม อีกทั้งประชาชนมีความเชื่อในการประกอบอาหารที่ผิด เช่น แคล่คั้นน้ำคาวปลาออกก็รับประทานได้แล้ว ใส่เครื่องปรุงเหมือนลาบ ใส่น้ำมันาว และดื่มสุราก็จะช่วยป้องกันพยาธิได้⁽¹⁸⁾

การติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้จากอาหารที่มีการปนเปื้อนของไข่พยาธิ เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และเป็นโรคที่มักจะถูกละเลย ซึ่งมีการประมาณค่าผู้ที่ติดเชื้อจากอาหารเป็นสื่อทั่วโลกมากกว่า 50 ล้านคนประมาณครึ่งหนึ่งเป็นการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ⁽¹⁹⁾ การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ส่วนใหญ่หลังจากกินยาขับพยาธิแล้ว มักจะกลับมารับประทานก้อยปลาดิบเหมือนเดิม โดยรับประทานร่วมกับครอบครัวและชักชวนเพื่อนบ้านในละแวกเดียวกันมารับประทานร่วมกัน ซึ่งเป็นกิจกรรมพิเศษของคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือหลังจากการหาปลาจากแหล่งน้ำจืดส่งผลให้เกิดการติดเชื้อของพยาธิใบไม้ตับ ขยายเป็นวงกว้างมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในชุมชนที่มีวัฒนธรรมการแบ่งปันหรือแลกเปลี่ยนอาหารระหว่างครัวเรือนญาติพี่น้องและคนในชุมชนสูง⁽²⁰⁾ โดยวัฒนธรรมการรับประทาน

ก้อยปลาดิบ การแบ่งปันก้อยปลาดิบในชุมชนเป็นวัฒนธรรมที่ฝังรากลึกมาอย่างยาวนานของประชาชนในกลุ่มแม่น้ำโขง⁽²¹⁾ อีกทั้งประชาชนบางส่วนยังมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับที่ผิดๆ คือเมื่อรับประทานยาแล้วจะไม่มีอาการติดเชื้อซ้ำอีก หรือมีทัศนคติที่ว่ารับประทานก้อยปลาดิบได้ปลอดภัย เพราะมียาสามารถรักษาได้ ซึ่งผู้ที่มีประวัติการรับประทานยาพลาซิควอนเทิลในอดีตมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อซ้ำของโรคพยาธิใบไม้ตับ^(22,23)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ

1. การให้สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินการรณรงค์ป้องกันโรคมาเร็งท่อน้ำดีให้ประสบความสำเร็จ โดยเฉพาะกลุ่มคนที่เคยตรวจพบติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และควรจัดการให้สุขภาพครอบคลุมทั้งคนในครอบครัว เพื่อนบ้านและชุมชน
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง จะต้องเร่งการสร้างความรู้ความเข้าใจ ปรับทัศนคติของประชาชนที่มีความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ปรุงจากปลาน้ำจืดสุกๆ ดิบๆ โดยการเชื่อมโยงถึงการติดเชื้อพยาธิและโรคมาเร็งท่อน้ำดี
3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อที่จะสามารถศึกษาข้อมูลเชิงลึกของรากฐานความเชื่อของคนในภาคตะวันออกเฉียงใต้กับการรับประทานอาหารที่ปรุงจากปลาน้ำจืดสุกๆ ดิบๆ
4. ควรทำการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารสุกๆ ดิบๆ ที่

เหมาะสมตามบริบทพื้นที่ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีต่างๆ ทางพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ทฤษฎีเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค (The protection motivation theory) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support theory)

5. ควรมีการเก็บข้อมูลเพื่อทำการศึกษาไปข้างหน้า (Cohort study) เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative risk) กับอัตราการอุบัติการณ์ของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับซ้ำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกองทุนสุขภาพประจำตำบลหลักเลี่ยมเป็นอย่างสูงที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานวิจัย ขอขอบพระคุณนายแพทย์พรพัฒน์ ภูนาภรณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน นายอรรถเดช อรรถเศรษฐ์ สาธารณสุขอำเภอเมือง และนายสุพจน์ แสงบาล ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเมือง ที่ให้คำปรึกษา แนะนำ และสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยจนแล้วเสร็จ ขอขอบพระคุณ ดร.สุทิน ชนบุญ ผู้ให้แนวคิดในการริเริ่มการวิจัย ตลอดจนให้คำปรึกษาตลอดการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) อำเภอเมืองในการออกคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ อาสาสมัครสาธารณสุขทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเข้าไปเก็บข้อมูลในพื้นที่ตำบลหลักเลี่ยมและตำบล สงเปลือย สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณประชาชนชาวตำบลหลักเลี่ยมและตำบล สงเปลือยที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม และให้ความร่วมมือในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Sripa, B., et al. (2011). Opisthorchiasis and Opisthorchis-associated cholangiocarcinoma in Thailand and Laos. *Acta Tropica*, 120 Suppl 1, S158-168.
2. Vatanasapt, V., et al. (1995). Cancer incidence in Thailand, 1988-1991. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention: A Publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 4(5), 475-483.
3. ธนพร หล่อเปียนนท์. (2550). *โรคพยาธิใบไม้ตับ (Liver Fluke)*. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี พ.ศ. 2550. สำนักโรคบาวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 107-109.

4. ชนพร หล่อปียานนท์. (2551). โรคพยาธิใบไม้ตับ (Liver Fluke). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี พ.ศ. 2551. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 122–123.
5. รุ่งเรือง กิจผาดี, และสิริลักษณ์ รังษิวงศ์. (2559). ทศวรรษการลดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี “รู้ป้องกัน รักษาเร็ว ไม่ตาย ด้วยมะเร็งท่อน้ำดี”. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 3(6).
6. ญัฐวุฒิ แก้วพิบูลย์. (2553). พยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย. วารสารวิชาการ มอช, 12(1), 49–63.
7. Pinlaor, S., et al. (2004b). Repeated infection with *Opisthorchis viverrini* induces accumulation of 8-nitroguanine and 8-oxo-7,8-dihydro-2'-deoxyguanine in the bile duct of hamsters via inducible nitric oxide synthase. *Carcinogenesis*, 25(8), 1535–1542.
8. กลุ่มงานวิจัย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2553). การลดพยาธิใบไม้ตับแบบซ้ำซาก. <http://www.lfrcr.kku.ac.th/home/index.php/blog/entry/2015-10-21-06-34-50> สืบค้นเมื่อ 16 ตุลาคม 2559.
9. อานาจพล รัชพล, และอิสรา ธารสวัสดิ์. (2558). รายงานแสดงจำนวนผู้ถูกคัดกรองความเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ที่ได้รับการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับด้วยวิธี Kato's thick smear และบันทึกผลตรวจผ่านเว็บไซต์ ที่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ. <http://203.157.186.27/ov58/index.php> สืบค้นเมื่อ 16 มีนาคม 2559.
10. Hsieh, F. Y., et al. 1998. A Simple Method of Sample Size Calculation for Linear and Logistic Regression. *Statistics in Medicine* 17 (14): 1623–34.
11. Schlesselman, James J. 1982. Case-Control Studies: Design, Conduct, Analysis. Oxford University Press.
12. ชุมพล พลนรา, และนิรุจน์ อุทธา. (2541). พฤติกรรมการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชาชนจังหวัดขอนแก่น.เอกสารวิชาการและสื่อการสอนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับนักศึกษา พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น. พิมพ์ครั้งที่ 1. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น. ขอนแก่น.
13. อังษณา ศกปัญญา, และคณะ. (2558). ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดเลย ปี 2556. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น, 22(1) : 89–97.
14. Sithithaworn, P. (2005). Current Roles of Liver Fluke on Occurrence of Cholangiocarcinoma. *Srinagarind Medical Journal*, 20(3), 135–142.
15. Wongratanchewin, S., et al. (2003). Immunology and molecular biology of *Opisthorchis viverrini* infection. *Acta Tropica*, 88(3), 195–207.
16. Namkhot, P., Kamsa-ard, S., Laopaiboon, M., Kamsa-ard, S., & Banchonhattakit, P. (2017). Effectiveness of Health Education Methods for Preventing Liver Fluke Infection: Systematic Review and Meta-analysis. *Srinagarind Medical Journal*, 32(4), 379–388.
17. ศิวชัย ทองนาเมือง, และรุจิรา ดวงสงค์. (2557). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในนักเรียนประถมศึกษา อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 12(2), 80–91.
18. กรณ์ชาตรี บุญช่วยชนาสิทธิ์, และคณะ. (2557). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. กรุงเทพฯ.
19. Fürst, T., et al. (2012). Global burden of human food-borne trematodiasis: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 12(3), 210–221.
20. Saenna, P., et al. (2017). Fish sharing as a risk factor for *Opisthorchis viverrini* infection: evidence from two villages in north-eastern Thailand. *Infectious Diseases of Poverty*, 6, 66.
21. Grundy-Warr, C., Andrews, R. H., Sithithaworn, P., Petney, T. N., Sripa, B., Laithavewat, L., & Ziegler, A. D. (2012). Raw attitudes, wetland cultures, life-cycles: Socio-cultural dynamics relating to *Opisthorchis viverrini* in the Mekong Basin. *Parasitology International*, 61(1), 65–70.
22. Saengsawang, P., et al. (2016). Reinfection by *Opisthorchis Viverrini* after Treatment with Praziquantel. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 17(2), 857–862.
23. Chudthaisong, N., et al. (2015). Risk factors for *Opisthorchis viverrini* Infection in Nong Khai Province, Thailand. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 16(11), 4593–4596.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการจัดการขยะมูลฝอยในเขตรับผิดชอบองค์การบริหาร
ส่วนตำบลภูดั่ง อำเภอภูดั่ง จังหวัดมหาสารคาม

Factors Affecting Peoples Satisfaction Toward Solid Waste Management of Kut Rang Subdistrict

Administrative Organization, Kut Rang District,

Maharakham Province

วิรัตน์ พิธีร์¹ ชัยรัช จันทร์สมุด²

Wirat Pisai¹ . Chaitach Jansamood²

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของประชาชนต่อการจัดการขยะมูลฝอยของ ตำบลภูดั่งอำเภอภูดั่งจังหวัดมหาสารคามศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 378 คน ด้วยการสุ่มแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัยปรากฏดังนี้ 1. ประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลภูดั่ง อำเภอภูดั่ง จังหวัดมหาสารคามมีความพึงพอใจต่อการจัดการขยะมูลฝอย โดยรวมและเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านอุปกรณ์ ด้านการปฏิบัติงานที่ ด้านสถานที่ ด้านสิ่งสนับสนุน อยู่ในระดับมาก 2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ ได้แก่ อายุ และระยะเวลาอาศัยในพื้นที่ มีความสัมพันธ์ทางบวกและทางลบ กับความพึงพอใจต่อการจัดการขยะมูลฝอย เมื่อนำเข้าสู่สมการพยากรณ์ สามารถเขียนเป็นสมการในรูปของคะแนนดิบ ได้ดังนี้ $Y = 2.886 + 0.117(\text{อายุ}) + 0.182(\text{ระยะเวลาอาศัยในพื้นที่})$ 3. แนวทางการพัฒนาการจัดการขยะมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลภูดั่ง อำเภอภูดั่ง จังหวัดมหาสารคามพบว่า ควรอบรมพนักงานเรื่องการขับรถในที่ชุมชน และล้างรถเก็บขยะ รวมถึงควรมีที่ทิ้งขยะใหม่ที่อยู่ห่างจากชุมชนมากกว่านี้ มีการประชาสัมพันธ์ให้คัดแยกขยะ

คำสำคัญ: ความพึงพอใจ, การจัดการขยะมูลฝอย

Abstract

This research aimed to study factors affecting peoples satisfaction toward solid waste management of Kut Rang subdistrict administrative organization, Kut Rang district, Maharakham province. The samples consisted of 378 peoples selected by using the stratified sampling technique. The questionnaire form developed in this study was used to collect data. The data were analyzed with percentage, mean, and standard deviation. Multiple regression analysis, by stepwise, was employed to test the hypotheses.

The research results revealed the following: 1. Peoples in Kut Rang subdistrict administrative organization, Kut Rang district, Maharakham province, showed satisfaction toward solid waste management in overall and in each aspect. Staff, equipment, functional, location, and support were at the high level. 2. Regarding relations among predictive variables, age and duration of residence, had positive and negative relations with satisfaction toward solid waste management. However, when put into the predictive equation, it can be written in the form of raw score as follow. $Y = 2.886 + 0.117(\text{Age}) + 0.182(\text{Duration of residence})$ 3. With regards to guideline for develop solid waste management of Kut Rang subdistrict administrative organization, Kut Rang district, Maharakham province, it was found that the Sub-district Administrative Organization involved had to have training staff on driving in the community, and clean the garbage truck, There should also be a new garbage dump that is far from the community and public relations to separate waste.

Keywords: Satisfaction, Solid Waste Management

¹ นักศึกษาลัทธิศูตกร วท.ม. (การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน) มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

² ผศ.ดร. สาขาวิชาการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

บทนำ

ปัญหาขยะมูลฝอยได้กลายมาเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสภาวะแวดล้อมของประเทศไทยในปัจจุบัน เนื่องจากการเจริญเติบโตของชุมชนเมือง ในปี พ.ศ. 2544 กรมควบคุมมลพิษ ได้รายงานว่ามีปริมาณมูลฝอยทั่วประเทศมีประมาณ 14.10 ล้านตันต่อปี ในปี 2545 ปริมาณมูลฝอยจากชุมชนทั่วประเทศเพิ่มขึ้นเป็น 14.20 ล้านตัน และปี 2546 มี 14.40 ล้านตันหรือ 39,240 ตันต่อวัน จะเห็นได้ว่าปริมาณมูลฝอยมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ตามสภาพการพัฒนาและวิถีชีวิตที่มีการบริโภคมากขึ้น และจากการคาดการณ์ปริมาณมูลฝอยในสิบปีข้างหน้า (พ.ศ. 2545–2555) จะมีปริมาณมูลฝอยเพิ่มขึ้นเป็นวันละ 47,000 ตันในปี พ.ศ. 2555 คิดเป็นปริมาณมูลฝอยที่เพิ่มขึ้นประมาณวันละ 7000–9000 ตันต่อวัน สาเหตุที่มูลฝอยเพิ่มขึ้นนั้นส่วนหนึ่งเกิดจากจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี และอีกส่วนหนึ่งเป็นผลจากการพัฒนาที่นำมาซึ่งความเจริญทางเศรษฐกิจและสังคม ก่อให้เกิดผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ สำหรับใช้บริโภคผลิตภัณฑ์แปลกๆ ใหม่ ๆ จึงส่งผลให้เกิดสิ่งของเหลือใช้มากขึ้น⁽¹⁾ ปัญหาที่กลั่นแกล้งกันจากขยะมูลฝอยสร้างความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้ที่อาศัยอยู่ใกล้เคียงเป็นอย่างยิ่ง นอกจากปัญหาเกี่ยวกับกลิ่นแล้วภาวะอากาศอาจเกิดขึ้นได้จากควันและละอองเถ้าถ่านต่างๆ ที่เกิดจากการเผาไหม้ของขยะมูลฝอยเอง รวมทั้งการฟุ้งกระจายของเศษขยะมูลฝอยขึ้นเล็กน้อยบริเวณใกล้เคียง⁽²⁾

ตำบลกุดรังเป็นพื้นที่ที่ประสบปัญหาเรื่องขยะมูลฝอยเช่นเดียวกับเมืองต่างๆ ซึ่งมีประชาชนร้องเรียนการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ และประกอบกับจำนวนประชากรที่เพิ่มมากขึ้นในระหว่างปี พ.ศ. 2555-2557 ซึ่งในปัจจุบันมีประชากรในพื้นที่ประมาณ 6,704 คน 1,646 ครัวเรือน ภายใต้อำเภอ 19.11 ตารางกิโลเมตร ทั้งนี้ยังไม่นับรวมจำนวนประชากรแฝงซึ่งไม่สามารถตรวจสอบได้อีกเป็นจำนวนมาก การเพิ่มจำนวนเพิ่มขึ้นของประชากรส่งผลให้ปริมาณขยะมีปริมาณสูงขึ้นเป็นเงาตามตัวการจัดการการควบคุมขยะมูลฝอยยังมีปัญหาอย่างมาก ได้แก่ ด้านการจัดเก็บขยะไม่ทันเกิดขยะตกค้างทำให้เกิดปัญหาเหม็นพิษจากขยะเนื่องจากทาง ตำบลกุดรังมีรถเก็บขยะคันเดียว ซึ่งบรรจุ

ขยะได้ประมาณ 5 ลูกบาศก์เมตร ในพื้นที่รับผิดชอบเข้าเก็บขยะในพื้นที่สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และปัญหาที่สำคัญอีกอย่างคือ รถเก็บขยะมักจะเสียอยู่บ่อยๆ ทำให้การเก็บขยะไม่สามารถทำได้ จึงทำให้เกิดมูลฝอยล้นในชุมชน⁽³⁾

จากความสำคัญและความจำเป็นของปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษา มีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของประชาชนต่อการจัดการขยะมูลฝอยของตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคามเพื่อที่จะได้ทราบความคิดเห็นของประชาชนในพื้นที่ ว่ามีความคิดเห็นอย่างไรต่อการจัดการขยะมูลฝอยของ ตำบลกุดรัง ซึ่งจะใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหรือปรับปรุงการจัดการขยะมูลฝอยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการจัดการขยะมูลฝอยของ ตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาระดับ ความพึงพอใจของประชาชนต่อการจัดการขยะมูลฝอยของ ตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของประชาชนต่อการจัดการขยะมูลฝอยของ ตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา

การศึกษา“ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของประชาชนต่อการจัดการขยะมูลฝอยของตำบลกุดรังอำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม” นี้ เป็นการ ศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ผู้ศึกษาได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ได้แก่ เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประสานงานหน่วยงานในพื้นที่ เช่น ตำบลกุดรัง ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ เพื่อรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับการศึกษารังนี้

ประชากรเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ประชาชนที่อยู่อาศัยในตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 6,704 คน ทั้งนี้เนื่องจากพื้นที่

ดังกล่าวเป็นตำบลที่มีจำนวนประชากรมากที่สุด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อปริมาณขยะมูลฝอยสูงสุด

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา กำหนด ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการศึกษา คำนวณจากประชากร 6,704 คน โดยใช้วิธีของ Taro Yamane (1967: 125)⁽⁴⁾ ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 378

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการศึกษาคความพึงพอใจของประชาชนต่อการจัดการขยะมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลภูดั่ง อำเภอภูดั่ง จังหวัดมหาสารคาม แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล 2) ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบตอบว่า ใช่ หรือไม่ใช่ คำถามที่ตอบว่า ใช่ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 5, 6, 7, 9 และ 10 คำถามที่ตอบว่า ไม่ใช่ จำนวน 4 ข้อ ข้อ 1, 3, 4 และ 8 2) ระดับความพึงพอใจของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลภูดั่ง อำเภอภูดั่ง จังหวัดมหาสารคาม โดยกำหนดให้เลือกรับรองตามระดับความพึงพอใจ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 1-5 คะแนน โดยวิธีของ Likert Scale ตามระดับความพึงพอใจดังต่อไปนี้ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง ไม่พึงพอใจและไม่แสดงความคิดเห็น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผู้ศึกษาได้แบ่งระดับการตอบแบบสอบถามออกเป็น 5 ระดับ ซึ่งเป็นการวัดข้อมูลแบบอันตรภาคชั้น (Interval Scale)และมีการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

การแปลผล

5 หมายถึง ระดับ มากที่สุด

4 หมายถึง ระดับ มาก

3 หมายถึง ระดับ ปานกลาง

2 หมายถึง ระดับ น้อย

1 หมายถึง ระดับ น้อยที่สุด

การแปลค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็น⁽⁵⁾

ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.21 – 5.00 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด

ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.41 – 4.20 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก

ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.61 – 3.40 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.81 – 2.60 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.80 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ หาความเที่ยงตรง (Validity) ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามแบบมีโครงสร้างที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา การค้นคว้าอิสระ เพื่อทำการตรวจสอบความถูกต้องที่เที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)ของคำถามในแต่ละข้อว่าตรงตามจุดมุ่งหมายของการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ หลังจากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุงเพื่อดำเนินการต่อไป การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง ที่แก้ไขไปปรับปรุงแล้วไปทดสอบ (Pre-test) กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลภูดั่ง อำเภอภูดั่ง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง มาวิเคราะห์เพื่อหาความเชื่อมั่นเป็นรายข้อ (Item Analysis) โดยแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของประชาชนต่อการจัดการขยะมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลภูดั่งอำเภอภูดั่ง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 16 ข้อ หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient Alpha) ของ ครอนบาค (Cronbach)⁽⁴⁾ เพื่อทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของมาตรวัดตัวแปรแต่ละตัว ซึ่งผลที่ได้มีค่าความเชื่อมั่นที่ ผู้ศึกษาจึงนำแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) ใช้ทดสอบสมมติฐานต่างๆ ใช้สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอย

ผลการวิจัย

1. ประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลลูกครึ่ง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.0 อายุระหว่าง 31-40 ปี มากที่สุด 28.0 ระดับการศึกษาสูงสุดระดับ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 55.0 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 79.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 10,001-15,000 บาท

2. ประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลลูกครึ่ง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคามมีความพึงพอใจต่อการจัดการขยะมูลฝอย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.94$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า

ด้านบุคลากร มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.89$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ การทำงานของพนักงานขับรถเก็บขยะ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.21$) และข้อที่มีข้อเจ็ลี่ยน้อยที่สุดได้แก่การทำงานของพนักงานมีการทำงาน ที่เป็นระบบเป็นขั้นตอนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.76$)

ด้านอุปกรณ์และยานพาหนะมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.05$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่รถบรรทุกขยะ เพียงพอสำหรับการบริการจัดเก็บขยะมูลฝอยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.14$) และข้อที่มีข้อเจ็ลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ความทันสมัยของอุปกรณ์ เช่นสภาพรถบรรทุกขยะถึงขยะอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.93$)

ด้านการปฏิบัติหน้าที่ที่มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.93$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่การจัดหน่วยรับซื้อวัสดุสิ่งของที่

ใช้แล้วจากประชาชนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.13$) และข้อที่มีข้อเจ็ลี่ยน้อยที่สุดได้แก่การบริการประชาชนอย่างเท่าเทียมกันอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.64$)

ด้านสถานที่มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.85$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่สถานที่กำจัดขยะมีความเพียงพอต่อจำนวนขยะอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.97$) และข้อที่มีข้อเจ็ลี่ยน้อยที่สุดได้แก่สถานที่พักขยะมีความเหมาะสมและเพียงพออยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.74$) ด้านสิ่งสนับสนุนมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.16$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่การจัดเตรียมถังบรรจุขยะมูลฝอย ในกรณีที่มีการร้องขอเพิ่มเติมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.16$) และข้อที่มีข้อเจ็ลี่ยน้อยที่สุดได้แก่เปิดโอกาสให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นในการจัดการขยะอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.83$)

3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของประชาชนต่อการจัดการขยะมูลฝอย ขององค์การบริหารส่วนตำบลลูกครึ่ง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของประชาชนต่อการจัดการขยะมูลฝอย ของการบริหารส่วนตำบลลูกครึ่ง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation) ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นบวกและลบ 2 ตัว ได้แก่ อายุและระยะเวลาการอยู่อาศัยในพื้นที่มีผลต่อความพึงพอใจต่อการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลลูกครึ่ง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคามและเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นบวกและลบตามลำดับ

ตาราง 1 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม

ตัวแปร	B	Std.Error	Beta	t	p	VIF
ค่าคงที่ (Y)	2.886	0.287		10.063	0.000*	
อายุ(X2)	0.117	0.031	0.188	3.735	0.000*	1.002
ระยะเวลาอาศัยในพื้นที่	0.182	0.071	0.129	2.570	0.011*	1.002

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

โดยสร้างสมการถดถอยดังนี้

$$Y = a + b_2(X_2) + b_6(X_6)$$

เมื่อนำตัวแปรทั้ง 2 ตัว เข้าทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยใช้เทคนิค Stepwise พบว่ามีตัวแปรอิสระที่เข้าสู่สมการเพียง 2 ตัว ได้แก่ อายุเมื่อพิจารณา น้ำหนักและทิศทางพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก (Beta = 0.117) และระยะเวลาที่อาศัยในพื้นที่เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก (Beta = 0.182) ดังรายละเอียดในตารางที่ ซึ่งสามารถเขียนเป็นสมการในรูปแบบของคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y = 2.886 + 0.117(X_2) + 0.182(X_6)$$

4. แนวทางการพัฒนาการจัดการขยะมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลภูดั่ง อำเภอดุสิต จังหวัดมหาสารคาม

4.1 ด้านการให้บริการประชาชนต้องการให้มีการปรับปรุงด้านการให้บริการ ในประเด็นเรื่อง การติดป้ายให้ชัดเจนเพื่อบอกประเภทของขยะที่สามารถทิ้งได้ ที่ตัวถังขยะ เพื่อให้ประชาชนตระหนักและทราบว่าชนิดไหนทิ้งถึงไหนได้

4.2 ด้านบุคลากรประชาชนต้องการให้มีการปรับปรุงด้านบุคลากร ในประเด็นเรื่อง อยากรู้อบรมพนักงานเรื่องการขับรถในที่ชุมชน

4.3 ด้านอุปกรณ์ประชาชนต้องการให้มีการปรับปรุงด้านบุคลากร ในประเด็นเรื่องอยากให้มีถังเก็บขยะ

4.4 ด้านสถานที่ประชาชนต้องการให้มีการปรับปรุงด้านสถานที่ ในประเด็นเรื่องอยากให้มีที่ทิ้งขยะใหม่ที่ห่างจากชุมชนมากกว่านี้

5. ด้านข้อมูลข่าวสารประชาชนต้องการให้มีการปรับปรุงด้านบุคลากร ในประเด็นเรื่องอยากให้มีการ

ประชาสัมพันธ์ ถึงประเภทของขยะ เนื่องจากปัจจุบันถังขยะแยกประเภท แต่ประชาชนยังทิ้งรวมกัน

สรุปและอภิปรายผล

1. ประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลภูดั่ง อำเภอดุสิต จังหวัดมหาสารคาม มีความพึงพอใจต่อการจัดการขยะมูลฝอย โดยรวมอยู่ในระดับมากเนื่องจากการจัดการด้านการบริการของบุคลากรขององค์การบริหารส่วนตำบลภูดั่งมีแผนการดำเนินการด้านการจัดการขยะ และจัดเก็บขยะที่ชัดเจนในการให้บริการประชาชนในชุมชนอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอจากความพึงพอใจของประชาชนในด้านบุคลากรและการบริการของพนักงานจัดเก็บขยะอยู่ในระดับ มาก แต่ยังมีประชาชนบางส่วนยังต้องการให้มีการปรับปรุงด้านบุคลากร ในประเด็นเรื่องอยากให้มีการประชาสัมพันธ์ ถึงประเภทของขยะ เนื่องจากปัจจุบันถังขยะแยกประเภท แต่ประชาชนยังทิ้งรวมกัน

ด้านบุคลากร พบว่าความพึงพอใจ และปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลเมืองบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี อยู่ในอันดับมากไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของธนศ สิริธรรมวัติ (2546)⁽⁶⁾ ได้ศึกษาเรื่อง ความคิดเห็นของประชาชนต่อการให้บริการจัดเก็บขยะมูลฝอยของเทศบาลตำบลแม่สายอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่าด้านบุคลากร อยู่ในอันดับปานกลาง

ด้านอุปกรณ์ พบว่าความพึงพอใจ และปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลเมืองบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี อยู่ในอันดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของสมเจษฎ์ สามารถ (2550, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องความคิดเห็นของประชาชน

ต่อระบบการจัดการขยะมูลฝอยในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลพานทอง อำเภopanทอง ผลการศึกษาพบว่าด้านอุปกรณ์อยู่ในอันดับปานกลาง และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของธนศ สิริธรรมวดี (2546)⁽⁶⁾ ได้ศึกษาเรื่องความคิดเห็นของประชาชนต่อการให้บริการจัดเก็บขยะมูลฝอยของเทศบาลตำบลแม่สายอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่าด้านวัสดุอุปกรณ์ อยู่ในอันดับน้อย

ด้านการปฏิบัติหน้าที่ พบว่า ความพึงพอใจ และปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย ขององค์การบริหารส่วนตำบลกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม อยู่ในอันดับมากสอดคล้องกับงานวิจัยของศักดิ์ทวีชัย หมื่นหน้า (2552)⁽⁷⁾ ที่ได้ศึกษาเรื่องความพึงพอใจของประชาชนในการให้บริการกำจัดขยะมูลฝอย ของเทศบาลตำบลปากคาด อำเภอปากคาด จังหวัดหนองคาย ผลการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมการให้บริการอยู่ในอันดับมาก โดยแบ่งเป็นรายด้านดังนี้ด้านการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ด้านการให้บริการอย่างพอเพียง ด้านการให้บริการอย่างก้าวหน้าด้านการให้บริการเท่าเทียม และด้านการให้บริการอย่างทันเวลา และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของธนศ สิริธรรมวดี (2546)⁽⁶⁾ ได้ศึกษาเรื่องความคิดเห็นของประชาชนต่อการให้บริการจัดเก็บขยะมูลฝอยของเทศบาลตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่าด้านเงื่อนไขในการให้บริการ อยู่ในอันดับปานกลาง

ด้านสถานที่ พบว่าความพึงพอใจ และปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย ขององค์การบริหารส่วนตำบลกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม อยู่ในอันดับมากสอดคล้องกับงานวิจัยของธนพร เรือนคำ (2550)⁽⁸⁾ พฤติกรรมการจัดการขยะและความพึงพอใจของประชาชนในเขตเทศบาล ตำบลสัมมาพณ อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ เกี่ยวกับโครงการเพิ่มประสิทธิภาพในการ

จัดเก็บขยะมูลฝอย ผลการศึกษาพบว่าสถานที่ฝังกลบขยะเทศบาล มีความพึงพอใจอยู่ในอันดับมาก

ด้านสิ่งสนับสนุน พบว่าความพึงพอใจ และปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย ของ องค์การบริหารส่วนตำบลกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม อยู่ในอันดับมาก ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของพนารัตน์ พ่วงบุญปลูก (2542)⁽⁹⁾ ศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อการจัดการขยะมูลฝอยในเขตเทศบาลตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรีผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารการจัดการขยะมูลฝอยในเขตเทศบาลตำบลแสนสุข อยู่ในอันดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะ

1. องค์การบริหารส่วนตำบลกุดรังควรจัดให้มีการประชาสัมพันธ์แก่ประชาชน ได้ทราบเกี่ยวกับการแยกขยะก่อนทิ้ง เช่น ขยะที่สามารถนำกลับมาใช้ ขยะอันตราย
2. องค์การบริหารส่วนตำบลกุดรังควรส่งเสริมการนำขยะรีไซเคิลมาใช้ประโยชน์ เช่น นำขยะมาเป็นผลิตภัณฑ์หรือของชำร่วย โดยจัดหาบุคลากรที่มีความรู้และความคิดสร้างสรรค์ มาสอน และหาตลาดเพื่อหาที่รองรับผลิตภัณฑ์
3. องค์การบริหารส่วนตำบลกุดรังควรขอความร่วมมือไปยังสถาบันการศึกษา บริษัท หรือห้างร้านต่าง ๆ ให้รณรงค์ แก่บุคลากรในการคัดแยกขยะ การนำขยะกลับมาใช้ การทิ้งขยะให้ถูกที่ และการกำจัดขยะให้ถูกวิธี
4. ควรมีการศึกษาความพึงพอใจของประชาชน ที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมจากการจัดการขยะมูลฝอย องค์การบริหารส่วนตำบลกุดรัง
5. ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการเข้าร่วมเข้าฝึกฝีมือหัตถกรรมเพื่อไปประกอบอาชีพของตนเองกับสิ่งแวดล้อม

เอกสารอ้างอิง

1. สุนีย์ มัลลิกะมาส และนันทพล กาญจนวัฒน์. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะชุมชน. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
2. สาโรช ทัพมี. ความคิดเห็น ของประชาชนต่อประสิทธิผลการเก็บขน และกำจัดขยะมูลฝอย : ศึกษากรณี เทศบาลตำบลท่าบุญมีกิ่งอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม (นโยบายสาธารณะ). ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา, 2546.

3. องค์การบริหารส่วนตำบลกุฉีาริง. รายงานผลการดำเนินงานการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน. มหาสารคาม องค์การบริหารส่วนตำบลกุฉีาริง, 2557 (เอกสารอัดสำเนา)
4. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น, 2543.
5. Best, J. W. **Research in Education. (3 rd ed)**. New Jersey: Prentice hall Inc. 1977.
6. ชเนศ ลิทธิธรรมวัด. ความคิดเห็นของประชาชนต่อการให้บริการจัดเก็บขยะของเทศบาลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ 2546.
7. ศักดิ์ทวีชัย หมั่นหน้า. ความพึงพอใจของประชาชนในการให้บริการกำจัดขยะมูลฝอยของเทศบาลตำบลปากคาด อำเภอปากคาด จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ ปร.ม. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, 2552.
8. ชนพร เรือนคำ. พฤติกรรมการจัดการขยะและความพึงพอใจของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลสันมหาพน อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขายุทธศาสตร์การพัฒนา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, 2550.
9. พนารัตน์ พ่วงบุญปลูก. ความคิดเห็นของประชาชนต่อการจัดการขยะมูลฝอยในเขตเทศบาลตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสิ่งแวดล้อม, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู

Surveillance System Developing for Depression in Diabetic Patients Suwannakhuha district,

Nongbua Lamphu Province

รวมพล เหล่าหวาน¹

Ruamphol Laowarn¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภูโดยใช้รูปแบบ CIPP model ศึกษาปัจจัยทำนายด้านภาวะสุขภาพและโรคซึมเศร้าที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานและศึกษาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 57 คน ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 314 คน และเครือข่ายท้องถิ่น จำนวน 327 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2561 โดยใช้เครื่องมือ 1) แบบสอบถามบุคลากร 2) แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) $\alpha=0.82$, 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิต $\alpha=0.84$ และ 4) แบบสอบถามเครือข่ายท้องถิ่น $\alpha=0.89$ สถิติเชิงพรรณนาโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสรุปเนื้อหาข้อมูลเชิงคุณภาพ สถิติเชิงอนุมาน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 วิเคราะห์ปัจจัยทำนาย multinomial logistic regression แสดงด้วยค่า adjusted odds ratio (AOR) และ 95% confidence interval (CI)

ผลการศึกษพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 80.6 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 51.6 การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 89.8 รายได้ช่วง 1,000-9,999 บาท ร้อยละ 63.4 ระยะเวลาป่วยเบาหวานช่วง 5-10 ปี ร้อยละ 38.3 ระยะเวลาที่ได้รับยารักษาโรคเบาหวาน ช่วง 5-10 ปี ร้อยละ 41.8 และ BMI ค่าไม่ดี ร้อยละ 99.0 ความดันโลหิตค่าไม่ดี ร้อยละ 90.5 ปริมาณโปรตีนในปัสสาวะค่าไม่ดี ร้อยละ 76.5 เครียดในชีวิตร่วมค่า ร้อยละ 82.2 ไขมันในเลือดค่าไม่ดี ร้อยละ 51.0, LDL ค่าไม่ดี ร้อยละ 60.8, HDL ค่าดี ร้อยละ 67.5, HbA1c ค่าไม่ดี ร้อยละ 79.0 และอัตรา การกรองไตค่าดี ร้อยละ 58.6 ผู้ป่วยเบาหวานมีโรคซึมเศร้า ร้อยละ 31.5 ไม่มีอาการคิดทำร้ายตนเอง ร้อยละ 98.1 พุดและทำอะไรซ้ำ ร้อยละ 82.5 และมีสมาธิไม่ดี ร้อยละ 74.5 ตามลำดับ คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 56.1 (mean=97.89±12.81SD) โดยพบว่าคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางด้านสุขภาพกาย ร้อยละ 61.5 ในระดับดีด้านจิตใจ ร้อยละ 51.0 ด้านสังคม ร้อยละ 53.8 และด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 65.6 โดยรวมมีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 51.7 (mean=19.84±3.85SD) ปัจจัยที่ส่งผล ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ได้แก่ โรคซึมเศร้าระดับรุนแรงมีผลต่อคุณภาพชีวิต 16.45 เท่า (AOR=16.45, 95%CI: 9.02-30.0), รายได้, การศึกษา, Cholesterol, LDL, ปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ, ระยะเวลาที่ได้รับยารักษาโรคเบาหวาน, ความดันโลหิต, HDL, HbA1C และ อายุ ตามลำดับ ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ เพศ ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน BMI และ eGFR, การมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่นพบว่าการสื่อสารความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ร้อยละ 95.1 สรุป ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานหลังการพัฒนา ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดีและ โรคซึมเศร้าระดับรุนแรงมีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ระบบเฝ้าระวัง, โรคซึมเศร้า, ผู้ป่วยเบาหวาน

ABSTRACT

This research aimed to study the evaluation of surveillance system developing for depression in diabetic patients in Suwannakhuha district, Nongbua Lamphu province with the CIPP model, predictor of health status, depression affects quality of life (QOL) in diabetic patients and the involvement of local networks. This cross-sectional descriptive research to study sample groups were selected: 57 of health personnel, 314 of diabetic patients and 327 of local networks. Data was collected from January - February 2018. tools used include: 1) health personnel questionnaire, 2) depression questionnaire (9Q) $\alpha=0.82$, 3) Quality of Life questionnaire $\alpha=0.84$ and 4) local networks questionnaire $\alpha=0.89$. Descriptive statistics used percentages, means, standard deviations and content analysis, inferential statistics used significance <0.05 , multinomial logistic regression, adjusted ODDS ratio (AOR) and 95% confidence interval (CI).

¹ พบ., วุฒิปริญญาตรีสาขาเวชกรรมป้องกัน (สุขภาพจิตชุมชน), แพทย์ประจำโรงพยาบาลสุวรรณคูหา, e-mail: DrRuamphol@gmail.com โทร. 0637194545

Results shown that most of diabetic patients was female 80.6%, 60 years old and over 51.6%, primary school graduation 89.8%, income between 1,000-9,999 baht 63.4%, duration of diabetes 5-10 years 38.3%, duration of treatment 5-10 years 41.8% and BMI bad value 99.0%, blood pressure bad value 90.5%, microalbuminuria bad value 76.5%, serum-creatinine good value 82.2%, Cholesterol bad value 51.0%, LDL bad value 60.8%, HDL good value 67.5%, HbA1c bad value 79.0% and kidney filtration rate good value 58.6%, prevalence of depression in diabetic patients 31.5%, no symptoms of self-harm 98.1%, speak and do something slower 82.5% and do not concentrate 74.5% respectively. Overall, QOL at good level 56.1% (mean=97.89±12.81SD) were as follows Physical 61.5%, Mental 51.0%, Social 53.8% and Environment 65.6%, Overall, satisfaction was high level 51.7% (mean=19.84±3.85SD). Factors affecting quality of life of diabetic patients with statistical significance was less than 0.05, include severe depression affects quality of life 16.45times (AOR=16.45,95%CI: 9.02-30.0), income, education level, cholesterol, LDL, microalbuminuria, duration of treatment, blood pressure, HDL, HbA1C and age respectively. Factors not affect the quality of life were gender, duration of diabetes, BMI and kidney filtration rate. The involvement of local networks that the risk of severe depression was communicated 95.1%. Conclusion: this surveillance system after developing for depression in diabetic patients overall at good level and severe depression affects quality of life at statistical significance.

Key words: Surveillance System, Depression, Diabetic Patients

บทนำ

โรคซึมเศร้า จัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี 2556 พบว่า โรคซึมเศร้านั้นเป็นสาเหตุหลักอันดับหนึ่งที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพในเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 12.6 รองลงมาคือ โรคต่อกระดูก ร้อยละ 8.5 และโรคข้อเสื่อมร้อยละ 7.4 จากข้อมูลของระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า ซึ่งมีการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี นั้นจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูงมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ที่ร้อยละ 6.4 และ ร้อยละ 1.17 ตามลำดับ⁽¹⁾ โรคซึมเศร้าที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและไม่ได้รับการรักษา มีผลอย่างมากต่อการฆ่าตัวตาย ใน พ.ศ. 2552 กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายบูรณาการการเฝ้าระวังการป้องกัน และการรักษาโรคซึมเศร้าอย่างจริงจัง โดยใช้ระบบบริการปฐมภูมิเป็นหลักในการดำเนินการคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน และการประเมินความรุนแรงของโรคด้วยแบบประเมินสองคำถามและเก้าคำถาม ผู้ที่ได้รับการประเมินว่าอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจะได้รับการวินิจฉัยยืนยันและการรักษาโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชน ในขณะที่เดียวกันที่โรงพยาบาลทำหน้าที่ดูแลระดับประคับประคองสภาพจิตใจเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำของโรค และป้องกันการฆ่าตัวตาย⁽²⁾ ใน พ.ศ. 2559

ประชากรไทยมากกว่า 14 ล้านคน ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าได้รับการคัดกรองและได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตเบื้องต้น โดยประชากรมากกว่า 1.7 ล้านคนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าและได้รับการประคับประคองด้านจิตใจ ในจำนวนนี้ 7 แสนคน ได้รับยาต้านซึมเศร้า (antidepressants) และอีก 8 แสนคน ได้รับการติดตามเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ (relapse) และป้องกันการฆ่าตัวตาย นโยบายนี้ของกระทรวงสาธารณสุขทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการเข้าถึงบริการที่เป็นมาตรฐานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.1 ใน พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 48.5 ในปี พ.ศ. 2559 ถึงแม้มาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายจะประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังมีสิ่งที่จะต้องพัฒนาอีกมาก ใน พ.ศ. 2555 อุบัติการณ์ปรับมาตรฐานอายุ (age-standardised incidence) ของการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 11.4 รายต่อประชากรแสนคน และระหว่าง พ.ศ. 2543 -2555 อุบัติการณ์การฆ่าตัวตายลดลงถึงร้อยละ 24.6 (ร้อยละ 22.4 เพศชาย และร้อยละ 32 เพศหญิง)⁽³⁾

สถานการณ์โรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2557 พบประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีอัตราความชุกโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.9 ในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 9.8 และ 7.9 ตามลำดับ) อัตราความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้นและพบสูงที่สุดในช่วงอายุ 60-69 ปี อัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.7 ภาวะคอเลสเตอรอลมากกว่าหรือเท่ากับ 240 มก./ดล. นอกจากนี้

ยังพบความชุกของปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือหลายปัจจัยร่วมกันที่พบบ่อย 5 ปัจจัย ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันคอเลสเตอรอล สูบบุหรี่เป็นประจำและอ้วน⁽⁴⁾ และการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของประเทศไทยปี พ.ศ. 2551 โดยกรมสุขภาพจิตพบว่า คนไทยอายุ 15-59 ปี ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึง 1.23 ล้านคน (ความชุกร้อยละ 2.5) ซึ่งสาเหตุหนึ่งของโรคซึมเศร้าคือโรคเรื้อรังทางกาย⁽⁵⁾

จังหวัดหนองบัวลำภู จากรายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าปี พ.ศ.2559 พบความชุกผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้จากการสำรวจจำนวนผู้ป่วยสะสม 6,147 คน คิดเป็นร้อยละ 55.31 ของจำนวนผู้ป่วยคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ 11,113 คน⁽⁶⁾ และรายงานปี พ.ศ.2560 พบความชุกผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้จากการสำรวจจำนวนผู้ป่วยสะสม 6,205 คน คิดเป็นร้อยละ 55.83 ของจำนวนผู้ป่วยคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ 11,113 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 0.52⁽⁷⁾ และพบผู้ป่วยเบาหวาน ปีงบประมาณ 2558-2560 พบจำนวน 6,926, 2,597, 2,640 คน ตามลำดับ และผู้ที่ทำร้ายตนเองจนเสียชีวิตปี พ.ศ.2559 เท่ากับ 5.29 ต่อแสนประชากร

ในอำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู พบผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนระหว่าง ปีงบประมาณ 2558-2560 จำนวน 65, 48 และ 54 คน คิดเป็นร้อยละ 0.49, 1.85, 2.05 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งจังหวัด ตามลำดับ มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 198, 220 และ 230 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 3.22, 3.58, 3.74 ของความชุกผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปีงบประมาณ 2560 โดยมีอัตราเพิ่มร้อยละ 9.86⁽⁸⁾ ดังนั้น กระบวนการพัฒนาระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานและประเมิน ปัจจัยทำนายด้านภาวะสุขภาพและ โรคซึมเศร้าที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน ของอำเภอสุวรรณคูหา ครั้งนี้ เพื่อเฝ้าระวังป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า รวมทั้งลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน โดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมหมอครอบครัว และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นการสร้างความเข้มแข็งให้แก่เครือข่ายระบบบริการ

สุขภาพปฐมภูมิ เชื่อมโยงระบบสุขภาพอำเภอสุวรรณคูหา จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์บริบท ปัจจัยนำเข้าและกระบวนการพัฒนาระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน
2. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ โรคซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน
3. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้านภาวะสุขภาพและโรคซึมเศร้าที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน
4. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น

วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2561 ศึกษาประชากรในอำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 57 คน ศึกษาที่เป็นหัวหน้าหรือผู้อำนวยการและผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ในศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
 2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 314 คน ศึกษาผู้ป่วยเบาหวาน ที่ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 2 ปี
 3. กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายท้องถิ่น จำนวน 327 คน ศึกษาเป็นผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากร⁽⁹⁾ ดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2(p(1-p))}{(e^2(N-1)) + Z_{\alpha/2}^2(p(1-p))}$$

1. กลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 57 คน คำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้

N = ประชากร คือบุคลากรสาธารณสุข หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอสุวรรณคูหา จำนวน 65 คน

P = สัดส่วนบุคลากรอำเภอสุวรรณคูหา ที่
รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ จำนวน 15 คน ของ
ทั้งหมด 65 คน คิดเป็นร้อยละ 23.07, $p = 0.23$

$$n = \frac{65 \times (1.96)^2 \times (0.23(1-0.23))}{((0.05)^2 \times (65-1) + (1.96)^2(0.23(1-0.23)))} = 57 \text{ คน}$$

3. กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 314 คน
คำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้

N = ประชากร คือกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ที่ขึ้น
ทะเบียนรับการรักษาใน รพ. สุวรรณคูหา 2 ปีขึ้นไป ใน
ปีงบประมาณ 2560 จำนวน 2,640 คน ต่ออัตราฆ่าตัวตาย
สำเร็จ 1.6 ต่อแสนประชากร (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559), p
 $= 0.16$

$$n = \frac{2,640 \times (1.96)^2 \times (0.16(1-0.16))}{((0.05)^2 \times (2,640-1) + (1.96)^2(0.16(1-0.16)))}$$

2. กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายท้องถิ่น จำนวน 327
คน คำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้

N = ประชากร คือ ผู้บริหารองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น (อปท.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน จำนวน 1,411 คน สัดส่วนต่อประชากรในอำเภอ
สุวรรณคูหา จำนวน 67,559 คน (ร้อยละ 2.08), $p = 0.2$

$$n = \frac{1,411 \times (1.96)^2 \times (0.2(1-0.2))}{((0.05)^2 \times (1,411-1) + (1.96)^2(0.2(1-0.2)))}$$

1. เกณฑ์คัดเข้าศึกษา (inclusion criteria) 1) กลุ่ม
ตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุข ที่เป็นผู้รับผิดชอบงานโรคไม่
ติดต่อในศูนย์สุขภาพชุมชนและ รพ.สต.2) กลุ่มตัวอย่าง
เครือข่ายท้องถิ่น เป็นผู้บริหาร อปท. และ อสม. 3) กลุ่ม
ตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน ศึกษาผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้วอย่างน้อย
2 ปี

2. เกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (exclusion
criteria) 1) ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วม
การวิจัยและผู้ป่วยเบาหวานน้อยกว่า 2 ปี 2) ตอบ
แบบสอบถามไม่ครบตามที่กำหนดไว้หรือย้ายออกไปอยู่ที่
อื่น 3) ผู้ที่ไม่ยินยอมลงนามเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

ชุดที่ 1 แบบประเมินระบบการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า
ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน สำหรับบุคลากร มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกผลการวิเคราะห์ SWOT
analysis

ส่วนที่ 2 แบบประเมินกระบวนการเฝ้าระวังโรค
ซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบประเมินผู้ป่วยเบาหวาน มี 3 ส่วน ดังนี้
ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะของผู้ป่วย 15 ข้อ ได้แก่
เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยเป็น
โรคเบาหวาน น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต (mmHg)
ปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ (mg/gCr) Serum-creatinine
(mg/dl), cholesterol (mg/dl), LDL (mg/dl), HDL (mg/dl),
HbA1c และอัตราการกรองไต (eGFR/ ml/min)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินโรคซึมเศร้าแบบ 9 Q เป็น
แบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากศูนย์โรคซึมเศร้า กรม
สุขภาพจิต ที่พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งใน
และต่างประเทศ⁽¹⁰⁾ แบ่งเป็นระดับ ดังนี้

ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือน้อยมาก น้อยกว่า 7
คะแนน

ซึมเศร้าระดับน้อย 7-12 คะแนน

ซึมเศร้าระดับปานกลาง 13-18 คะแนน

ซึมเศร้าระดับรุนแรง ตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน
ฉบับภาษาไทยพัฒนาจากองค์การอนามัยโลก โดย สุวัฒน์
มัทนีนันท์กุล และคณะ (2541)⁽¹¹⁾ alpha = 0.84 จำนวน
26 ข้อ มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และทางลบ 3 ข้อ คือ
ข้อ 2, 9, 11 เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ มีคะแนน 26 –
130 คะแนน ด้านสุขภาพกาย ข้อ 1, 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24
ด้านจิตใจ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23 ด้านสังคม ข้อ 13, 14, 25
และด้านสิ่งแวดล้อม ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26
วิเคราะห์รายด้าน ดังนี้

กลุ่มคุณภาพชีวิต	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ด้านสุขภาพกาย	7-16	17-26	27-35
ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
ด้านสังคม	3-7	8-11	12-15
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
Total	26-60	61-95	96-130

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจผู้ป่วยต่อระบบเฝ้าระวังโรค
ซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 5 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่าย
ท้องถิ่น จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา
วางแผนแก้ไข และการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ที่สร้างขึ้นแล้วเสนอ
ต่อผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ แล้ว
นำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของ
ผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ
(reliability) แบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไป
ทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับ
กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์
แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)
วิเคราะห์ค่าเชื่อมั่น ได้ค่า alpha ดังนี้

1. แบบประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่าย
ท้องถิ่น $\alpha = 0.89$

2. แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) $\alpha = 0.82$

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคจิต (QOL:
Quality of Life) ฉบับภาษาไทย $\alpha = 0.84$

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน กำหนดระดับ
นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายที่ส่งผล
ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน โดยจัดข้อมูลเป็นกลุ่ม
คือ โรคซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต แบ่งเป็น 3 ระดับ นำเข้า
วิเคราะห์ปัจจัยทำนายแบบถดถอยลอจิสติก (multinomial
logistic regression) แสดงด้วยค่า adjusted odds ratio
(AOR) และ 95% confidence interval (CI) ข้อมูลเชิง
คุณภาพ โดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา

1. บริบท ปัจจัยนำเข้าและกระบวนการพัฒนา
ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่ามี
การบริหารจัดการสุขภาพเชิงระบบในระดับอำเภอ ที่มี

District Health System (DHS) เชื่อมโยงระบบบริการปฐม
ภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น โดยผู้จัดการประสานระบบดูแล
เฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน (system manager)
ระดับอำเภอ มีการบริหารจัดการเชิงระบบโดยผู้จัดการ
ประสานระบบดูแลเฝ้าระวังภาวะสุขภาพในผู้ป่วย
เบาหวาน จัดระบบคัดกรองดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าใน
ผู้ป่วยเบาหวาน ด้านกระบวนการปฏิบัติงานระบบดูแลเฝ้า
ระวังโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานหลังการพัฒนา มีการ
สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่นและตรวจสอบ
ปรับปรุงกิจกรรมการปฏิบัติ ร้อยละ 96.5 มีการพัฒนา
ศักยภาพบุคลากร ระบบที่พัฒนามีความเหมาะสม ร้อยละ
87.7 และมีการสื่อสารสร้างการรับรู้ความเสี่ยงและความ
รุนแรงของโรค ร้อยละ 86.0 ตามลำดับ

2. ภาวะสุขภาพ โรคซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต
ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ
80.6 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 51.6 การศึกษาประถมศึกษา
ร้อยละ 89.8 รายได้ช่วง 1,000-9,999 บาท ร้อยละ 63.4
ระยะเวลาป่วยเบาหวานช่วง 5-10 ปี ร้อยละ 38.3 ระยะเวลา
ที่ได้รับรักษาโรคเบาหวาน ช่วง 5-10 ปี ร้อยละ 41.8
และ BMI ค่าไม่ดี ร้อยละ 99.0 ความดันโลหิตค่าไม่ดี ร้อย
ละ 90.5 ปริมาณโปรตีนในปัสสาวะค่าไม่ดี ร้อยละ 76.5
เกร็ดนินในซีรัม ค่าดี ร้อยละ 82.2 ไขมันในเลือดค่าไม่ดี
ร้อยละ 51.0, LDL ค่าไม่ดีร้อยละ 60.8, HDL ค่าดี ร้อยละ
67.5, HbA1c ค่าไม่ดี ร้อยละ 79.0 และอัตราการกรองไตค่า
ดี ร้อยละ 58.6 ผู้ป่วยเบาหวานมีโรคซึมเศร้า ร้อยละ 31.5
ไม่มีอาการคิดทำร้ายตนเอง ร้อยละ 98.1 พูดและทำอะไร
ช้าลง ร้อยละ 82.5 และมีสมาธิไม่ดี ร้อยละ 74.5 ตามลำดับ
คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 56.1 (mean=
97.89±12.81SD) โดยพบว่ามีคุณภาพชีวิตในระดับปาน
กลางด้านสุขภาพกาย ร้อยละ 61.5 ในระดับดีด้านจิตใจ
ร้อยละ 51.0 ด้านสังคม ร้อยละ 53.8 และด้านสิ่งแวดล้อม
ร้อยละ 65.6

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อระบบเฝ้าระวังโรค
ซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ความพึงพอใจใน
ระดับมาก ร้อยละ 51.7 (mean=19.84±3.85SD) พึงพอใจ
ต่อกิจกรรมค้นหาปัญหา ร้อยละ 56.1 การมีส่วนร่วมปรับ

พฤติกรรม ร้อยละ 52.2 และการเข้าร่วมประชุมประชาคม
ร้อยละ 40.8 ตามลำดับ

3. ปัจจัยทำนายด้านภาวะสุขภาพและโรคซึมเศร้า ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน

ตาราง 4 ปัจจัยทำนายอิทธิพลที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (n=314)

ปัจจัย	ระดับคุณภาพชีวิต		p-value
	Adj.OR	95%CI	
เพศ			0.571
ชาย	0	0	
หญิง	0.79	0.04-0.13	0.420
อายุ (ปี)			<0.001*
ต่ำกว่า 35	1.77	0.017-0.17	<0.001*
35 - 39	0	0	
40 - 49	0.25	0.12-0.51	<0.001*
50 - 59	1.47	0.08-0.25	0.152
60 ปีขึ้นไป	0	0	
ระดับการศึกษา			<0.001*
ประถมศึกษา	9.18	0.0-0.01	<0.001*
มัธยมศึกษา/ปวช.	2.24	0.24-0.27	0.471
อนุปริญญา/ปวส.	0	0	
รายได้ต่อเดือน (บาท)			<0.001*
ต่ำกว่า 1,000	9.39	0.05-0.15	<0.001*
1,000-9,999	6.79	0.06-0.67	
มากกว่า 9,999	1	1	
ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน (ปี)			0.261
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4	0.72	0.04-0.12	0.259
มากกว่า 4	0.66	0.03-0.11	0.130
ระยะเวลาที่ได้รับยารักษาโรคเบาหวาน (ปี)			0.031*
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4	0.52	0.29-0.95	0.035*
มากกว่า 4	0.84	0.04-0.14	0.532
BMI			0.051
ค่าไม่ดี BMI ≥ 23	0	0	
ค่าดี BMI $>18 < 23$	4.64	0.09-0.22	0.058
ระดับความดันโลหิต (mmHg)			
ค่าไม่ดี มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90	0.46	0.37-0.99	0.046*
ค่าดี น้อยกว่า 140/90	0	0	
ปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ (mg/gCr)			0.021*
ค่าดี น้อยกว่า 30	0.53	0.36-0.91	0.024*
ค่าไม่ดี 30->299 ขึ้นไป	0	0	
serum-creatinine (mg/dl)			0.060
ค่าดี (0.5 - 1.2)	0.53	0.02-0.10	0.061

ตาราง 4 ปัจจัยทำนายอิทธิพลที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (n=314)

ปัจจัย	ระดับคุณภาพชีวิต		p-value
	Adj.OR	95%CI	
ค่าไม่ดี (<0.5 /> 1.2)	0	0	
Cholesterol (mg/dl)			0.207
ค่าดี น้อยกว่า 200	0.91	0.05-0.14	0.702
ค่าไม่ดี มากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg/dl	0	0	
LDL-Cholesterol (mg/dl)			0.157
ค่าดี น้อยกว่า 100	0.71	0.04-0.11	0.159
ไม่ดี มากกว่าหรือเท่ากับ 100	0	0	
HDL-Cholesterol (mg/dl)			0.031*
ค่าดี มากกว่าหรือเท่ากับ 40	1.70	1.04-2.76	0.033*
ไม่ดี น้อยกว่า 40	0	0	
ค่า HbA1C (%)			0.052*
HbA1c ค่าดี น้อยกว่า 7%	1.71	0.09-0.29	0.052*
HbA1c ไม่ดี มากกว่าหรือเท่ากับ 7%	0	0	
อัตราการกรองไตหรือ eGFR (ml/min)			0.324
ค่าไม่ดี: eGFR<60	0.79	0.05-0.12	0.325
ค่าดี: eGFR≥60	0	0	
โรคซึมเศร้า			<0.001*
เล็กน้อย	4.41	2.06-8.29	<0.001*
ปานกลาง	5.18	3.15-8.51	<0.001*
รุนแรง	16.45	9.02-30.0	<0.001*

*. นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05

จากตาราง พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ได้แก่ โรคซึมเศร้าระดับรุนแรงมีผลต่อคุณภาพชีวิต 16.45 เท่า (AOR=16.45,95%CI: 9.02-30.0), รายได้, การศึกษา, ระดับไขมัน, LDL, ปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ, ระยะเวลาที่ได้รับยารักษาโรคเบาหวาน, ความดันโลหิต, HDL, HbA1C และ อายุ ตามลำดับ ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ เพศ ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน BMI และอัตราการกรองไต

4. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น พบว่ามีการสื่อสารความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมามากขึ้น ร้อยละ 95.1 การเข้าร่วมประชุมเพื่อกำหนดเกณฑ์การประเมินผล ร้อยละ 88.7 เข้าร่วมในการประชุมประชาคมหมู่บ้าน ร้อย

ละ 87.5 และมีการนำข้อมูลด้านโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานมาวางแผน ร้อยละ 86.5 ตามลำดับ

สรุปผลอภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่พบว่า ผลการวิจัยนี้ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป และพบว่ามีค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่ดีหรือไม่สามารถควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงได้ ได้แก่ BMI ความดันโลหิต ปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ เครียดในในชีวิตประจำวัน ระดับไขมัน LDL และ HbA1c ทั้งนี้อาจเนื่องจากอัตราความชุกโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้นและพบสูงที่สุดในช่วงอายุ 60-69 ปี⁽¹²⁾

ผลการวิจัยนี้ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีอาการโรคซึมเศร้า ร้อยละ 31.5 ซึ่งต่ำกว่าระดับจังหวัดหนองบัวลำภู

ร้อยละ 55.83⁽⁷⁾ ทั้งนี้เนื่องจากวิธีการประเมินภาวะซึมเศร้าและปีที่ศึกษาแตกต่างกัน เนื่องจากการพัฒนาแบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานมาแล้ว 1 ปี และเป็นผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ศึกษาดำกว่าการศึกษาที่ผ่านมา แต่พบโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานต่ำกว่าในบังคลาเทศที่พบว่าความชุกโรคซึมเศร้าร้อยละ 45.2⁽¹³⁾

ผลการวิจัยที่พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ โรคซึมเศร้าระดับรุนแรง, รายได้, การศึกษา, Cholesterol, LDL, ปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ, ระยะเวลาที่ได้รับยารักษาโรคเบาหวาน, ความดันโลหิต, HDL, HbA1C และ อายุ ตามลำดับ แสดงว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ อีกมากที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงและมีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ร้อยละ 24.29⁽¹⁴⁾ และการศึกษาที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ อายุ และรายได้⁽¹⁵⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ อัตราโรคซึมเศร้า และผลการรักษาในระดับต่ำ⁽¹⁶⁾ ด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่นมีการสื่อสารความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมามากขึ้น ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยเบาหวานจะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว สังคมและเพื่อน⁽¹⁷⁾

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากร การศึกษาครั้งนี้พบค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่ดีหรือไม่สามารถควบคุม

ปัจจัยเสี่ยงได้ ดังนั้นควรจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพ แกนนำ อสม. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. ประชุม Case conference กรณีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานร่วมกันภายในอำเภอ ต่างอำเภอและภายในจังหวัด พร้อมทั้งขยายบริการคลินิกสุขภาพจิต (Psychosocial clinic) ในรพ.สต. ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน จากการวิจัยนี้ที่พบผู้ป่วยเบาหวานคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับดี โดยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย (Physical) สิ่งแวดล้อม (Environment) สังคม (Social) และจิตใจ (Mental) ตามลำดับ ควรประชุมชี้แจงแนวทางการประเมินตามมาตรฐานการบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคเบาหวาน

3. การประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่นในการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานครั้งนี้ มีการสื่อสารความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมามากขึ้น ควรสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) แก่ประชาชน

4. ผลการพัฒนาแบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานครั้งนี้ อาจจะทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำไปใช้ประโยชน์สำหรับการสร้างแผนปฏิบัติการได้

5. จากผลการศึกษาที่น่าจะมีการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ รวมทั้งศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าในระดับต่างๆ ที่ส่งผลกระทบถึงคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย. โรคซึมเศร้าในประเทศไทย, 2556. [เข้าถึงเมื่อ 16 กุมภาพันธ์ 2560] จาก www.thaidepression.com
2. Kongsuk T, Supanya S, Kenbubpha K, Phimtra S, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Services for depression and suicide in Thailand. WHO South-East Asia J Public Health: 34–38, 2017.
3. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Luxembourg. WHO, 2014. [cited 2017 December 15] from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

4. รัม รังสินธุ์ และ ปิยทัศน์ ทศนาวิวัฒน์. การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร. เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (MedResNet) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: 3-4, 2555.
5. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 3), 2557.
6. กรมสุขภาพจิต. รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ายอดสะสมตั้งแต่ปี 2552 ถึงปัจจุบัน ณ วันที่ 25 ตุลาคม 2559. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2559.
7. กรมสุขภาพจิต. Psychosocial Care for NCD, ผลการสังเคราะห์เรื่อง การดูแลทางสังคมจิตใจในประเด็น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง. เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการ “ขับเคลื่อนงานการพยาบาลอาชีวอนามัยมุ่งสู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดี” ระหว่างวันที่ 6-7 มิถุนายน 2560 ณ โรงแรมเอเชีย. กทม.: กระทรวงสาธารณสุข, 2560.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู. สถิติการป่วยจังหวัดหนองบัวลำภู, 2559.
9. Daniel WW. **Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences**. 6th ed. Singapore: John Wiley & Sons, 1995.
10. ธรณินทร์ กองสุข, เกษราภรณ์ เกนบุปผา, จินตนา ถีจงเพิ่มพูน, พุระหงษ์ ไชยพันธ์ และสิริธร บุตรวงศ์. การประเมินโรคซึมเศร้า: การทบทวนหลักฐานทางวิชาการ. อุบลราชธานี: สิริธรรมออฟเซต, 2550.
11. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล ปรีทรรศ ศิลปกิจ และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ: เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI). กรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2541.
12. สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน. ข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เข้าถึงบริการ ปี 2559. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559.
13. Islam SMS, Ferrari U, Seissler J, Niessen L, Lechner A. **Association between depression and diabetes amongst adults in Bangladesh: Hospital-based case-control study.** jogh; 5(2): 1-9, 2015.
14. พรหมพิไล วิริยะ และ กิตติพร เนาว์สุวรรณ. สถานการณ์โรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงใน อ.คลองหอยโข่ง จ. สงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้; 4: 1-18, 2560.
15. อธิพิณ พลเยี่ยม, สุคนธา ศิริ, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ และ ดุสิต สุจิรารัตน์. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดร้อยเอ็ด. GRC: 1848-1854, 2014.
16. Mossie TB, Berhe GH, Kahsay GH, Tareke M. **Prevalence of Depression and Associated Factors among Diabetic Patients at Mekelle City.** North Ethiopia. Indian J Psychol Med; 39(1): 52-58, 2017.
17. กัตติกา ธนะขว้าง, วันทนา ถิ่นกาญจน์ และ รวมพร คงกำเนิด. การวิจัยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในประเทศไทย. สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี: 1-5, 2558.

การพัฒนาระบบการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วม อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

Improvement and collaboration for mental health and psychiatric problem system

Si Bun Rueang District, Nongbua Lamphu Province

ดวงสุดา ดาวเศรษฐี¹

Duangasuda Daoset¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของประชาชน วิเคราะห์ปัจจัยทำนายต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคจิต ประเมินผลกระบวนการบริการ ผลงานตามเกณฑ์วัด และการมีส่วนร่วมดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของเครือข่ายท้องถิ่น เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ศึกษากลุ่มตัวอย่าง 5 กลุ่ม ได้แก่ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 263 คน ผู้ป่วยสุขภาพจิต จำนวน 138 คน บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 36 คน เครือข่ายท้องถิ่น จำนวน 644 คน และผู้ดูแล จำนวน 5 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-ตุลาคม 2560 โดยใช้ 1) แบบคัดกรองโรคจิต GHQ (General Health Questionnaire) 2) แบบประเมินความสามารถ GAF (Global Assessment of Function scale) 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิต QOL (WHO quality of Life) (alpha 0.91, 0.85, 0.84 ตามลำดับ) 4) โครงสร้างการสนทนากลุ่ม และ 5) โครงสร้างการสัมภาษณ์เชิงลึก สติเชิงพรรณนา โดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสรุปเนื้อหาข้อมูลเชิงคุณภาพ (content analysis) สติเชิงอนุมาน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 วิเคราะห์ความแตกต่างด้วย Chi-square tests, multinomial logistic regression แสดงค่า adjusted Odds ratio (AOR), 95% confidence interval

ผลการศึกษา พบว่า การคัดกรองประชาชนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.8 อายุเฉลี่ย 43.5 ปี อาการที่พบเห็นจากญาติมีคะแนน GHQ เฉลี่ย 0.46 (mean 0.46±1.01 SD) อาการที่พบเห็นของผู้สัมผัสมีคะแนน GHQ เฉลี่ย 0.18 (mean 0.18±0.40 SD) ผู้ป่วยโรคจิตมีความสามารถ GAF อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 87.7 และคุณภาพชีวิต QOL อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.8 ด้านร่างกาย ร้อยละ 85.5 ด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 79.0 ด้านจิตใจ ร้อยละ 74.6 และด้านสังคม ร้อยละ 68.1 ตามลำดับ ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ (AOR = 0.83; 95%CI= 0.62-0.83) อายุ (AOR = 3.96; 95%CI= 1.73-4.02) และความสามารถ GAF (AOR = 1.43; 95%CI= 0.18-0.87) ผู้รับบริการด้วยปัญหาสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2559 พบปัญหาอ่อนมากกว่า 10 คน เฉลี่ย 8.33 ครั้ง, โรคจิตกึ่งวล 1-5 คน เฉลี่ย 4.0 ครั้ง, ผู้ป่วยโรคจิตมากกว่า 5 คน เฉลี่ย 2.50 ครั้ง และโรคซึมเศร้า 1 คน เฉลี่ย 1.56 ครั้ง ตามลำดับ บุคลากรสาธารณสุขมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94.5 (mean 19.31± 2.41SD) เครือข่ายท้องถิ่นมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 38.3 (mean 18.38± 3.82SD) ผลการพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ มีส่วนร่วมเขียนบ้าน ร้อยละ 67.4 (p=0.016) มีส่วนร่วมดำเนินงาน ร้อยละ 67.1 (p<.001) และเป็นจิตอาสา ร้อยละ 65.8 (p=.026) ตามลำดับ ผลงานผ่านเกณฑ์ทั้งหมดในปีงบประมาณ 2560 ได้แก่ ไม่กลับมารักษาซ้ำ ร้อยละ 97.8, ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 95.3, หลังการรักษามีความสามารถเพิ่มขึ้น ร้อยละ 87.7, มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ร้อยละ 84.1 และประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคจิต ร้อยละ 81.4 ตามลำดับ สรุป ผลการพัฒนากระบวนการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนนี้ ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตมีความสามารถ GAF และคุณภาพชีวิต QOL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ปัญหาสุขภาพจิต, การพัฒนาระบบ, การมีส่วนร่วม

ABSTRACT

This research aimed to study the mental health of the people, factors predicting quality of life for psychiatric patients, evaluate the service process, performance and collaboration in local mental health problem solving. The cross-sectional descriptive research to study five sample groups were selected: 263 people aged 15 and above, 138 psychiatric patients, 36 personnel, 644 local networks and 5 caregivers. Data was collected from June May - October 2017, tools used include: General Health questionnaire (GHQ), Global Assessment of Function scale (GAF), Quality of Life (QOL) questionnaire (alpha 0.91, 0.85, 0.84 respectively), group discussion structure and in-depth interview structure. Descriptive statistics used percentages, means, standard deviations and content analysis, inferential statistics used significance at 0.05, Chi-square test, multinomial logistic regression show the adjusted ODDS ratio (AOR) and 95% confidence interval (CI).

¹ พบ., วุฒิบัณฑิตวิชาชีพสาขาเวชกรรมป้องกัน (สุขภาพจิตชุมชน), แพทย์ประจำโรงพยาบาลศรีบุญเรือง

Results shown that screened for psychosis was most of female 57.8%, average age 43.5 years, symptoms by relatives GHQ score means $0.46(\pm 1.01SD)$, symptoms by interviewer GHQ score means $0.18(\pm 0.40 SD)$, the GAF of psychiatric patients at moderate level 87.7% and QOL at moderate level 84.8%, Physical 85.5%, Environmental 79.0%, Mental 74.6% and Social 68.1% respectively. Predictors that affect to the QOL of psychiatric patients with statistically significant at 0.05 level were as follows gender (AOR = 0.83; 95%CI= 0.62-0.83), age (AOR = 3.96; 95%CI= 1.73-4.02) and GAF (AOR = 1.43; 95%CI= 0.18-0.87). Mental health service recipients in 2016 was more than 10 of mentally retarded means 8.33 times, 1-5 of Anxiety Disorder means 4.0 times, more than 5 of psychiatric patients means 2.50 times and 1 depression means 1.56 times respectively. Overall of personnel satisfaction was high level 94.5% (mean $19.31 \pm 2.41SD$), local networks satisfaction was high level 38.3% (mean $18.38 \pm 3.82SD$). There was a statistically significant difference at .05 level were as follows participation in patient home visits 67.4% ($p=.016$), active participation 67.1% ($p<.001$) and volunteers 65.8% ($p=.026$) respectively. Fiscal year 2017 achieved all criteria were as follow psychiatric patients did not return 97.8%, continuing treatment with 95.3%, after treatment the GAF increased 87.7%, QOL increased 84.1% and people aged 15 and above were screened for psychosis 81.4% respectively. Conclusion: these improvement and collaboration for psychiatric problem system effect to improved GAF and QOL in psychiatric patients with statistically significant.

Key words: Psychiatric Problem, Improvement System, Collaboration

บทนำ

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพชีวิตประชากร สิ่งแวดล้อม มลภาวะ เศรษฐกิจในปัจจุบันและปัจจัยอื่น เช่น ค่านิยม ความเชื่อ โครงสร้างครอบครัวอ่อนแอ เด็กถูกทอดทิ้ง เด็กและสตรีถูกทารุณกรรม เป็นต้น ได้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย และมีแนวโน้มสูงขึ้น กลุ่มโรคจิต โรคระบบประสาท และความผิดปกติจากพฤติกรรมเสพติด มีความชุกสูงในทุกภูมิภาคทั่วโลก และเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ ซึ่งได้แสดงข้อมูลทั่วโลกในปี 2005 ได้แก่ ผลแทรกซ้อนของการบาดเจ็บทางโรคจิตประมาณ 170 ล้านคน มาจากอาการปวดศีรษะไมเกรน และภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในสมองประมาณ 877,000 คน เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในทุกปี นอกจากนี้ยังพบว่าการเจ็บป่วยทางจิตบางส่วนเป็นผลมาจากโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง โรคหัวใจ โรคระบบหลอดเลือด เบาหวาน และเอชไอวี เอดส์ การไม่ได้รับการรักษาทางจิต นำมาสู่สุขภาพที่ไม่ดี ด้านพฤติกรรมที่ไม่สอดคล้องกับการรักษาของแพทย์ และมีระยะของอาการที่ไม่ดี ปี พ.ศ. 2555 พบว่า ประเทศที่มีการฆ่าตัวตายสูงสุด ได้แก่ กายอานา เกาหลีใต้ ศรีลังกา ลิชัวเนีย และซูรินาม อัตราการฆ่าตัว

ตายเท่ากับ 44.2, 28.9, 28.8, 28.2 และ 27.8 รายต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽²⁾

สถานการณ์ด้านการเปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพชีวิตประชากร สิ่งแวดล้อม มลภาวะ เศรษฐกิจในปัจจุบันและปัจจัยอื่น ในปี พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยทางจิต 1,668,041 ราย แบ่งเป็นโรคจิตเภท จำนวน 445,840 ราย โรควิตกกังวล จำนวน 375,035 ราย โรคซึมเศร้า จำนวน 199,667 ราย ที่ตามลำดับ จากรายงานสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2552 พบประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 12 หรือประมาณ 5 ล้านคน คนกลุ่มนี้ยังไม่ใช่ คนป่วย เพราะหากได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตก็สามารถจะทุเลาและหายเป็นปกติได้ สถิติผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการดูแลรักษา สถิติของผู้ป่วยโรคจิต ในปี พ.ศ. 2553-2555 มีจำนวน 1,055,548, 1,091,646 และ 1,076,155 ราย ตามลำดับและมีแนวโน้มสูงขึ้น⁽³⁾

จังหวัดหนองบัวลำภู จากการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มสถิติผู้ป่วยทางจิตพบว่า มีแนวโน้มการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ในปี 2554-2558 พบว่า มีอัตราตาย 4.97, 3.97, 5.92, 5.31 และ 6.09 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ คิดเป็นอัตราเพิ่ม ร้อยละ 1.83 ต่อปี⁽⁴⁾

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด ยังไม่สามารถลดอุบัติการณ์ปัญหาสุขภาพจิตได้ และปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยได้ตระหนัก

ถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2558 เป็นต้นมา อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ได้มีโครงการพัฒนาระบบการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วม โดยอาศัยการมีส่วนร่วมดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของเครือข่ายท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ทั้งการพัฒนาศูนย์สุขภาพจิต โครงการเกี่ยวกับการป้องกันช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และการดำเนินกิจกรรมด้านการเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ มุ่งเน้นการพัฒนาระดับความสามารถในการทำวัตรประจำวัน การเฝ้าระวังดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และผู้มีปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ การเฝ้าระวังจิตใจผู้ได้รับผลกระทบทางสุขภาพจิต ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและดูแลรักษาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน การพัฒนาศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเฝ้าระวังผู้ที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัวและชุมชน ภายใต้กองทุนสุขภาพจิตของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽⁵⁾ การวิจัยครั้งนี้เพื่อนำข้อมูลไปกำหนดเป็นมาตรการป้องกันและการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยอาศัยร่วมมือกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งการพัฒนาศูนย์สุขภาพจิต พัฒนาระบบการบริการ ระบบเฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของประชาชน อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้านข้อมูลทั่วไปและความสามารถโดยรวมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคจิต
3. เพื่อวิเคราะห์การมีส่วนร่วมดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตของเครือข่ายท้องถิ่น
4. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ชี้วัดสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2560

วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-ตุลาคม 2560 ศึกษาประชากรในเขตอำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างประชาชน จำนวน 263 คน สำหรับการคัดกรองภาวะสุขภาพจิต

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสุขภาพจิต จำนวน 138 คน สำหรับประเมินระดับความสามารถโดยรวมและคุณภาพชีวิต

3. กลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 36 คน โดยสุ่มแบบเจาะจงศึกษาหัวหน้าหรือผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตใน ศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำหรับประเมินผลการดำเนินงานสุขภาพจิต

4. กลุ่มตัวอย่างผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 644 คน โดยสุ่มแบบเจาะจงศึกษานายกหรือรองนายก อปท.แห่งละ 1 คน (12 อปท.=12 คน) สมาชิกสภาบ้านละ 1 คน รวมจำนวน 328 คน อสม. บ้านละ 2 คน จำนวน 316 คน

5. กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 5 คน โดยสุ่มแบบเจาะจงศึกษาผู้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตมาแล้วอย่างน้อย 2 ปี

กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากร⁽⁶⁾ ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2} (p(1-p))}{(e^2(N-1)) + Z^2_{\alpha/2} (p(1-p))}$$

กำหนด n = ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

N = ประชากรทั้งหมด ในอำเภอสรีบุญเรือง จำนวน 100,834 คน

$Z_{\alpha/2} = 1.96$ กำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95

e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ โดยกำหนดเป็นขนาดความต่างไว้อยู่ที่ 5 หรือ 0.05

1. กลุ่มตัวอย่างประชาชน จำนวน 263 คน

P = สัดส่วนประชากรที่ศึกษาอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 79,218 คน คิดเป็นร้อยละ 78.56 ของประชากรทั้งหมดในพื้นที่อำเภอสรีบุญเรือง จำนวน 100,834 คน กำหนดค่า $p = 0.78$

$$n = \frac{100,834 \times (1.96)^2 \times (0.04 (1-0.8))}{((0.05)^2 \times (100,834-1) + (1.96)^2 (0.8 (1-0.8)))} = 263 \text{ คน}$$

$$((0.05)^2 \times (100,834-1) + (1.96)^2 (0.8 (1-0.8)))$$

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสุขภาพจิต จำนวน 138 คน

P = สัดส่วนข้อมูลระดับความพิการฆ่าตัวตาย จังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างปี พ.ศ. 2554-2558 พบว่า มีอัตราตาย 4.97, 3.97, 5.92, 5.31 และ 6.09 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ คิดเป็นอัตราเพิ่ม ร้อยละ 1.83 ต่อปี กำหนดค่า $p = 0.1$

$$n = \frac{100,834 \times (1.96)^2 \times (0.1 (1-0.1))}{((0.05)^2 \times (100,834-1) + (1.96)^2 (0.1 (1-0.1)))} = 138 \text{ คน}$$

$$((0.05)^2 \times (100,834-1) + (1.96)^2(0.1(1-0.1)))$$

เกณฑ์คัดเข้าศึกษา (inclusion criteria) 1) กลุ่มตัวอย่างประชากรศึกษาที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 2) สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสุขภาพจิต ศึกษาผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 2 ปี

เกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) 1) เจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย 2) ตอบแบบสอบถามไม่ครบตามที่กำหนดไว้หรือย้ายออกไปอยู่ที่อื่น 3) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสุขภาพจิตที่ป่วยน้อยกว่า 2 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

ชุดที่ 1 แบบคัดกรองโรคจิต (psychotic screening Test) พัฒนาจาก the general health questionnaire (GHQ) ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาโดย อภิชัย มงคล (2545)⁽⁷⁾ มี 3 ส่วน ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน ส่วนที่ 2 อาการที่พบเห็นจากการสัมภาษณ์ญาติ จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 3 อาการที่พบเห็นจากผู้ให้สัมภาษณ์ จำนวน 3 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสุขภาพจิต

ส่วนที่ 1 แบบประเมินสำหรับวัดความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิต พัฒนาจาก the global assessment scale (GAF) ฉบับภาษาไทย⁽⁸⁾ ประเมิน 10 ระดับ 100 คะแนน ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคจิต (QOL: Quality of Life) พัฒนาจากองค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-Thai)⁽⁸⁾ จำนวน 26 ข้อ มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9, 11 เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คุณภาพชีวิตมีคะแนน 26 – 130 คะแนน เปรียบเทียบกับเกณฑ์ระดับความพึงพอใจ ดังนี้ ด้านสุขภาพกาย ข้อ 1, 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24 ด้านจิตใจ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23 ด้านสังคม ข้อ 13, 14, 25 และด้านสิ่งแวดล้อม ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26 วิเคราะห์รายด้าน ดังนี้

กลุ่มคุณภาพชีวิต	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ด้านสุขภาพกาย	7 -16	17-26	27-35
ด้านจิตใจ	6 -14	15-22	23-30
ด้านสังคม	3 - 7	8 -11	12-15
ด้านสิ่งแวดล้อม	8 -18	19-29	30-40
Total	26 -60	61-95	96-130

ชุดที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลบริการสุขภาพจิตเบื้องต้นของสถานบริการ ส่วนที่ 1 ข้อมูลการให้บริการของสถานพยาบาล ได้แก่ จำนวนผู้รับบริการ ส่วนที่ 2 ระบบบริการและบุคลากรสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ รูปแบบที่ให้บริการ หน้าที่บุคลากร การอบรมด้านสุขภาพจิต การบันทึกแฟ้มผู้ป่วย ห้องตรวจเฉพาะ และผู้รับผิดชอบ ส่วนที่ 3 ระบบส่งต่อ ภาควิชาและงานการนิเทศงาน ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อระบบการดำเนินงานสุขภาพจิต รวม 25 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 17 – 25 คะแนน = ระดับสูง, 9 – 16 คะแนน = ระดับปานกลาง, 1 – 8 คะแนน = ความพึงพอใจระดับต่ำ ส่วนที่ 5 แนวคำถามสนทนากลุ่มการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพจิตของสถานบริการสาธารณสุข ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลศรีบุญเรือง ได้แก่ การพัฒนาทักษะบุคลากรสุขภาพและอสม. กระบวนการคัดกรองโรคจิต การเข้าถึงบริการ การไม่กลับมารักษาซ้ำ (re-admission) การพัฒนาความสามารถและคุณภาพชีวิตโดยรวม ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและข้อเสนอแนะ

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแล

4.1 แบบสอบถามสำหรับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบระบบดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน ระบบเดิม (ก่อนปี พ.ศ. 2558) กับ 1 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2559) และข้อเสนอแนะแนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตและปัญหาอุปสรรค ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อระบบการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน รวม 25 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 17 – 25 คะแนน = ระดับสูง, 9 – 16 คะแนน = ระดับปานกลาง, 1 – 8 คะแนน = ความพึงพอใจระดับต่ำ

4.2 แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 5 คน โดยสุ่มแบบเจาะจง ซึ่งเป็นผู้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตมาแล้วอย่างน้อย 2 ปี ประกอบด้วย ความต้องการของผู้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตที่เป็นสมาชิกในครอบครัว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) นำแบบสัมภาษณ์ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านพิจารณาตรวจสอบความครอบคลุม ความตรงของเนื้อหา รวมทั้งความเหมาะสม

ของภาษา การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับประชาชนในชุมชนอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มประชากรที่ศึกษา หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเชื่อมั่น (alpha) ดังนี้ แบบคัดกรองโรคจิต GHQ (General Health Questionnaire) ฉบับภาษาไทย (alpha 0.91) แบบประเมินความสามารถโดยรวม GAF (the global assessment scale) ฉบับภาษาไทย (alpha 0.85) แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคจิต (QOL: Quality of Life) ฉบับภาษาไทย (alpha 0.84)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยใช้ Chi-Square Tests, multinomial logistic regression แสดงค่า adjusted odds ratio (AOR) และ 95%

ตาราง 1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต (n=138)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิต		p-value***
	AOR	95%CI	
เพศ			
ชาย	0.83	0.62-0.83	
หญิง	1	1	0.038*
อายุ			
ต่ำกว่า 31	1.88	0.57-0.62	
31 – 39	0.85	0.45-0.59	
40 – 49	0.77	0.40-0.49	
50 – 59	3.96	1.73-4.02	<0.001*
มากกว่า 59	1	1	
ความสามารถโดยรวม GAF			
ต่ำลง	1	1	
ไม่เปลี่ยนแปลง	1.27	0.36-0.97	
ดีขึ้น	1.43	0.18-0.87	<0.001*

*, นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05, ***, multinomial logistic regression

จากตารางพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ (AOR = 0.83; 95%CI= 0.62-0.83), อายุ (AOR = 3.96;

confidence interval (CI) ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา

1. การคัดกรองประชาชนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.8 อายุเฉลี่ย 43.5 ปี อาการที่พบเห็นจากญาติมีคะแนนคัดกรองโรคจิต GHQ เฉลี่ย 0.46 (mean 0.46±1.01 SD) อาการที่พบเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์มีคะแนน GHQ เฉลี่ย 0.18 (mean 0.18±0.40 SD)

2. ผู้ป่วยโรคจิตมีคะแนนความสามารถโดยรวม GAF อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 87.7 (mean 85.90±29.77 SD), มีคุณภาพชีวิตโดยรวม QOL อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.8 เฉลี่ย 77.18 (mean 77.18± 13.36SD), ด้านร่างกาย ร้อยละ 85.5 (mean 20.88± 3.81SD), สิ่งแวดล้อม ร้อยละ 79.0 (mean 23.97± 4.56SD), จิตใจ ร้อยละ 74.6 (mean 17.57± 3.53SD) และสังคม ร้อยละ 68.1 (mean 8.89± 1.87SD)

95%CI= 1.73-4.02) และความสามารถ GAF (AOR = 1.43; 95%CI= 0.18-0.87)

3. ผู้เข้ารับบริการด้วยปัญหาสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2559 พบปัญหาอื่นมากกว่า 10 คน เฉลี่ย 8.33 ครั้ง, โรค

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

วิตกกังวล 1-5 คน เฉลี่ย 4.0 ครั้ง, ผู้ป่วยโรคจิตมากกว่า 5 คน เฉลี่ย 2.50 ครั้ง และโรคซึมเศร้า 1 คน เฉลี่ย 1.56 ครั้ง ตามลำดับ บุคลากรสาธารณสุขมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94.5 (mean 19.31± 2.41SD)

4. การมีส่วนร่วมดำเนินงานแก้ไขปัญหাসุภาพจิตของเครือข่ายท้องถิ่น

ตาราง 2 การมีส่วนร่วมดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุภาพจิตของเครือข่ายท้องถิ่น (n=644)

ประเด็น	ระบบเดิม		ระบบที่พัฒนา		χ^2 (p-value)
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
มีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทางจิต (ครั้งต่อเดือน)					12.14(.016)*
ไม่มี	233	36.2	210	32.6	
มี	411	63.8	434	67.4	
มีส่วนร่วมในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน					1.91(<.001)*
ไม่มี	278	43.2	212	32.9	
มี	366	56.8	432	67.1	
มีการสนับสนุนและเป็นจิตอาสา เยี่ยมดูแลผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิต					6.20(.026)*
ไม่มี	260	40.4	220	34.2	
มี	384	59.6	424	65.8	
ความพึงพอใจโดยรวม (mean 19.31± 2.41SD)					
ระดับต่ำ (1 – 8 คะแนน)	4	0.6			
ระดับปานกลาง (9 – 16 คะแนน)	224	34.7			
ระดับสูง (17 – 25 คะแนน)	247	38.3			

จากตารางพบว่า เครือข่ายท้องถิ่นมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 38.3 (mean 18.38± 3.82SD) ก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ มีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 67.4 (p=.016) มีส่วนร่วมดำเนินงาน ร้อย

ละ 67.1 (p<.001) และเป็นจิตอาสา ร้อยละ 65.8 (p=.026) ตามลำดับ

5. ผลการดำเนินงานตามการบรรลุตัวชี้วัดปีงบประมาณ 2560

ตาราง 3 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามการบรรลุตัวชี้วัด ปีงบประมาณ 2560

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน	สรุป
	ร้อยละ	ร้อยละ	
1. ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคจิต	≥80	81.4	ผ่าน
2. ผู้ป่วยโรคจิต ได้รับการรักษาด้วยยาต่อเนื่อง	≥70	95.3	ผ่าน
3. ผู้ป่วยโรคจิต ไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล	≥70	97.8	ผ่าน
4. ผู้ป่วยโรคจิตหลังรับการรักษา มีความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้น	≥80	87.7	ผ่าน
5. ผู้ป่วยโรคจิตหลังรับการรักษา มีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น	≥70	84.1	ผ่าน

ผลงานปีงบประมาณ 2560 ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด ได้แก่ ไม่กลับมารักษาซ้ำ ร้อยละ 97.8, ได้รับการรักษาด้วย

ยาต่อเนื่อง ร้อยละ 95.3, หลังการรักษามีความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 87.7, มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ร้อยละ

84.1 และประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 81.4 ผู้ป่วยโรคจิต ตามลำดับ (ตาราง 6)

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิต สามารถสรุปข้อเสนอความต้องการของผู้ดูแล ได้แก่ ภาครัฐควรกำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเชื่อมดูแลผู้ป่วยโรคจิตและเป็นที่ปรึกษาใกล้ชิดกับผู้ดูแล ส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแลและฝึกอาชีพและควรตั้งชมรมช่วยเหลือผู้ดูแล

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่พบว่า การคัดกรองประชาชนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.8 อายุเฉลี่ย 43.5 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษา ที่ศึกษาพบกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุดในกลุ่มอายุ 35-44 ปี เป็นเพศหญิง ว่างงาน ว่างาน และผู้ป่วยจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า⁽⁹⁾ ซึ่งควรเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงสูงนี้ แสดงว่ากลุ่มอายุดังกล่าวเป็นวัยกลางคนที่มีความเสี่ยงที่จะบางคนเป็นถึงหัวหน้าครอบครัว

จากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้เข้ารับบริการด้วยปัญหาสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2559 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพียง 1 คน แต่ก็ควรให้ความสำคัญต่อความเสี่ยงที่จะเป็นสาเหตุระดับต้นๆ ของการนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ที่ศึกษาพบผู้ป่วยฆ่าตัวตายจะมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งอยู่ในระดับเล็กน้อย⁽¹⁰⁾ และอัตราการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในทุกโรคก่อนข้างต่ำ มีบางโรคเข้าถึงบริการ ไม่ถึงร้อยละ 10⁽¹¹⁾

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาด้านผู้ป่วยโรคจิตมีคะแนนความสามารถโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 87.7 และคุณภาพชีวิตโดยรวม QOL คะแนนเฉลี่ย 77.18 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.8 ทั้งนี้จากการศึกษาถึงแม้ว่าจะพบคุณภาพชีวิตด้านจิตใจเพียง ร้อยละ 74.6 แต่ผลของความสามารถโดยรวมจะดีขึ้นมาก ดังนั้น เมื่อได้รับการรักษาต่อเนื่องมากกว่า 2 ปี ทำให้อาการทางจิตต่างๆ ดีขึ้นตามลำดับ จึงส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามไปด้วย ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยมี

คุณภาพชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เป็นการศึกษาหลังเข้าโปรแกรมรักษาครบ 6 เดือน⁽¹²⁾ โดยสุขภาพจิตต้องประกอบด้วย ความสุข และ ความสามารถโดยรวมของจิตใจในการสร้างสมดุลของใจ⁽¹³⁾

จากผลการศึกษาที่พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความสามารถโดยรวม GAF (AOR= 1.43) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตซึมเศร้าที่ระดับความสามารถ GAF ลดลงจะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง⁽¹⁴⁾

สรุป ผลการพัฒนากระบวนการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนนี้ ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตมีความสามารถ GAF และคุณภาพชีวิต QOL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานภาครัฐและภาคีเครือข่ายท้องถิ่นในชุมชน ควรให้การสนับสนุนช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ดูแลในประเด็นสำคัญ ได้แก่ การเชื่อมดูแลผู้ป่วยโรคจิตและเป็นที่ปรึกษาใกล้ชิดสม่ำเสมอ มีการส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิต ให้ค่าตอบแทนเบี้ยยังชีพ และการพัฒนาศักยภาพตลอดจนฝึกอาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายชุมชน ควรตั้งชมรมช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน

2. บทเรียนที่ได้รับที่ควรนำไปใช้ในการพัฒนากระบวนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ได้แก่ มีการกำหนดรูปแบบการจัดยา ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ การเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และรพ.สต. ติดตามอาการเพื่อวางแผนให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูปัญหาให้ครบองค์รวม จะช่วยแก้ไขปัญหาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและภาวะแทรกซ้อนหลายระบบได้

3. ควรให้การสนับสนุนดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิต จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าการมีผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลในครอบครัว ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถเผชิญและแก้ปัญหาในกิจวัตรประจำวันได้ดี

4. เครือข่ายท้องถิ่นควรมีส่วนร่วมดำเนินงานแก้ไข ปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน หน่วยบริการสาธารณสุขควร ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างเครือข่ายท้องถิ่น ในการดำเนินงาน

5. การพัฒนาระบบการดำเนินงานแก้ไข ปัญหา สุขภาพจิตในชุมชน จะทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ อันได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน (รพ.) และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.) สามารถนำไปใช้ประโยชน์สำหรับการสร้าง

แผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในชุมชนที่สอดคล้อง กับปัญหาและความต้องการของแต่ละพื้นที่ได้

6. ควรศึกษาการมีส่วนร่วมในการทำงานด้าน สุขภาพจิตของชุมชน และศึกษาเพื่อพัฒนาการสื่อสารและ ประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพจิตให้สอดคล้องกันกับโรคไม่ ติดต่อกหรือโรคเรื้อรังชนิดอื่นๆ ที่สามารถเฝ้าระวังความเสี่ยง ได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. **The global burden of disease, 2008.** [cited 2017 November 1] Available from URL: <http://www.who.int>.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559.** [เข้าถึงเมื่อ 3 มีนาคม 59] จาก <http://www.thaidepression.com>
3. กรมสุขภาพจิต. **สถิติผู้ป่วยนอกจิตเวช ช่วงปี 2553-2556.** [เข้าถึงเมื่อ 4 ตุลาคม 2558] จาก <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp>
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู. **สถานการณ์และแนวโน้มความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตในจังหวัดหนองบัวลำภูจากรายงาน 506 DS, 2558.**
5. กรมสุขภาพจิต. **กรอบทิศทางการพัฒนางานสุขภาพจิตและแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต. ในช่วงแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 – 2559.** [เข้าถึงเมื่อ 31 กรกฎาคม 2559] จาก www.dmh.go.th/intranet/p2554/dmh2554.pdf
6. Daniel WW. **Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences.** (6th ed). John Wiley & Sons Singapore, 1995.
7. อภิชัย มงคล. **แบบคัดกรองโรคจิต (psychotic screening test).** คู่มือการใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิต โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการ สํารวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี 2545. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545.
8. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล ปิรทรรศ ศิลปกิจ และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. **คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ: เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI).** ทูลสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัด เชียงใหม่, 2541.
9. หวาน ศรีเรือนทอง, ธณินทร์ กองสุข, วชิระ เพ็งจันทร์, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพพลย์, เกษรภรณ์ เกนบุปผา, รุ่งมณี ยิ่งยืน, สุพัตรา สุขาวห และ จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. **ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของคนไทย: การสำรวจระดับชาติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย; 56: 413-24, 2554.**
10. วรภรณ์ ประทีปธีรานันต์. **อัตราการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข; 28: 90-103, 2557.**
11. เบญจมาศ พุกภัยกานนท์, ชีระ ศิริสมุท, สุรเดช ดวงทิพย์ศิริกุล, สกาวรัตน์ พวงลัดดา และ กนกวรรณ สุดศรีวิไล. **การสำรวจระดับวิทยา ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2556.**
12. อัญชลี ศิริเทพทวี, สำราญ อยู่หมั่นไวย, ปราณีต ชุ่มพุทรา และ สุพัตรา รัชอินทร์. **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าโปรแกรมจิต สังคมบำบัดโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์. วารสาร โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์; 12: 45-53, 2555.**
13. ชนิตา ประดิษฐ์สถาพร, พิมสุภาว จันทนะโสคติ, ขวัญใจ อานาจสัตย์เชื้อ และ รัชณี สรรเสริญ. **สุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยตามแนวคิด พุทธ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข; 26: 70-9, 2555.**
14. Koshy B, Gopal Das CM, Rajashekarachar Y, Bharathi DR and Hosur SS. **A cross-sectional comparative study on the assessment of quality of life in psychiatric patients under remission treated with monotherapy and polypharmacy. Indian J Psychiatry; 59: 333-340, 2017.**

ความรู้และพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยของประชาชนในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม

Knowledge and Behavior on Solid Waste Disposal of Peoples in Na Pho Subdistrict, Kut Rung

District, Mahasarakham Province

ปรีชา ศรีน้อยขาว¹, ชัยรัช จันทรสมุค²

Preecha Srinoikaw¹, Chaitach Jansamood²

Abstract

การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยของประชาชนในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคามศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 346 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยใช้ t-test (Independent Sample) และ F-test (One-way ANOVA)

ผลการวิจัยปรากฏดังนี้ 1. ประชาชนในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม มีความรู้และพฤติกรรมในการกำจัดขยะมูลฝอย โดยรวมอยู่ในระดับมาก 2. ประชาชนในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ที่มีเพศ อาชีพ และรายได้ต่อเดือนต่างกัน มีความรู้และพฤติกรรมในการกำจัดขยะมูลฝอยไม่แตกต่างกัน 3. ประชาชนในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยประชาชนที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีพฤติกรรมสูงกว่ามัธยมศึกษา แต่มีความรู้ในการกำจัดขยะมูลฝอยไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: ความรู้, พฤติกรรม, การกำจัดขยะมูลฝอย

Abstrac

This research aimed to study and compare knowledge and behaviors of solid waste disposal towards the people in Na Pho Subdistrict, Kut Rung District, Mahasarakham Province. The selected population covered 346 peoples using stratified random sampling technique. A questionnaire was a research instrument. In the section of statistical analysis, frequency, percentage, means and SD (Standard Deviation) were calculated as well as t-test (Independent Sample) and F-test (One-way ANOVA) were also used in the hypothesis testing.

The research results revealed that 1. The overall levels of knowledge and behaviors of the people in Na Pho Sub-district, Kut Rung District, Mahasarakham Province towards solid waste disposal were in a high level. 2. There were differences in genders, occupation and incomes but no differences in knowledge and behaviors towards the solid waste disposal among the people in Na Pho Subdistrict, Kut Rung District, Mahasarakham Province. 3. There were statistical differences at .05 at the stage of different educational; different behaviors of the solid waste disposal whereas the people who were at the educational level of primary school were likely to have higher behaviors than those were at secondary level. There was no difference in having knowledge of solid waste disposal.

Keywords: Knowledge, Behavior, Solid Waste Disposal

¹ นักศึกษาหลักสูตรหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตรสิ่งแวดล้อม คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

บทนำ

ขยะมูลฝอยเป็นปัญหาสิ่งแวดล้อมที่สำคัญปัญหาหนึ่งในชุมชนต่างๆ ของประเทศไทยนับเป็นปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากมนุษย์ใช้สิ่งแวดล้อมเป็นแหล่งรองรับการถ่ายเทของเสียมากเกินไปจนเกิดปัญหาขยะมูลฝอย โดยเฉพาะขยะมูลฝอยชุมชนเป็นปัญหาสิ่งแวดล้อมหลักที่ควรให้ความสำคัญในระดับต้น⁽¹⁾ จากรายงานสถานการณ์ขยะมูลฝอยของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า มีปริมาณขยะมูลฝอยรวม 26.85 ล้านตัน/ปี หรือ 73,560 ตัน/วัน อัตราการเกิดขยะมูลฝอยเท่ากับ 1.13 กิโลกรัม/คน/วัน ซึ่งขยะทั้งหมดถูกนำไปกำจัดอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการเพียง 8.34 ล้านตัน/ปี คิดเป็นร้อยละ 31.06 ทั้งนี้ ยังมี ขยะมูลฝอยที่ถูกนำไปกำจัดไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ 7.14 ล้านตัน/ปี คิดเป็นร้อยละ 26.63 ตกค้างในพื้นที่และกำจัดไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ 6.22 ล้านตัน/ปี คิดเป็นร้อยละ 23.16 ด้วยวิธีการ เทกองกลางแจ้ง และการเผาในที่โล่ง ซึ่งส่วนที่จัดการไม่ถูกต้องจะเพิ่มขึ้นทุกปีจากขยะคงค้างและปริมาณขยะที่เพิ่มขึ้น และมีขยะ มูลฝอยที่ถูกนำไปใช้ประโยชน์เพียง 4.94 ล้านตัน/ปี คิดเป็นร้อยละ 18.40⁽²⁾ การสำรวจขยะมูลฝอยของจังหวัดมหาสารคาม พบว่า ในปี 2558 มีปริมาณ ขยะมูลฝอยรวม 66,562 ตัน ถูกนำไปกำจัดอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการเพียง 27,809 ตัน คิดเป็น ร้อยละ 42.00 ซึ่งมีปริมาณขยะมูลฝอยตกค้างถึง 38,753 ตัน คิดเป็นร้อยละ 58.00 จากการศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ของปริมาณขยะมูลฝอยของจังหวัดมหาสารคาม พบว่า มีปริมาณขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มที่ปริมาณขยะจะสูงเพิ่มขึ้น⁽³⁾

ตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม มีประชากรทั้งสิ้น 10,271 คน ทั้งนี้มีปริมาณขยะมูลฝอยเกิดขึ้นในปี 2559 4,236.27 ตัน/ปี⁽⁴⁾ แต่ตำบลนาโพธิ์ยังไม่ได้มีการจัดการขยะให้ถูกต้อง จากการสำรวจและสอบถามจากประชาชน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) พบว่า ไม่มีหน่วยงานใดเข้ามารับผิดชอบในการนำไปกำจัด และขนถ่ายขยะ ประชาชนจึงใช้วิธีจัดการเองโดยไม่ได้มีการคัดแยกขยะ นำขยะไปทิ้งในสวนป่า

สาธารณะ ริมถนนข้างลำห้วย เมากลางแจ้ง และฝั่ง บางส่วน ไม่มีการกำจัดก็ปล่อยให้เน่าเปื่อยเองตามธรรมชาติ ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม สุขภาพทั้งนี้เพราะในการแก้ไขปัญหาก็ต้องอาศัยการแก้ไขปัญหามาแบบองค์รวมเนื่องจากปริมาณขยะที่เกิดขึ้นมีมากในขณะที่ความสามารถในการจัดการและการกำจัดมีค่อนข้างจำกัด ถ้าการบริหารจัดการไม่ดี ชุมชนและประชาชนไม่ให้ความร่วมมือหรือไม่มีส่วนร่วมในขั้นตอนต่างๆ ปัญหาขยะก็จะไม่ได้รับการแก้ไขไปได้ สิ่งสำคัญของการจัดการขยะจะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วน⁽⁵⁾

จากการที่มีขยะมูลฝอยเป็นจำนวนมากขึ้นนั้น หากไม่มีการแก้ไขใดๆ จะส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม และเป็นอันตรายคุกคามต่อสุขภาพของประชาชน⁽⁶⁾ ส่งผลให้เกิดปัญหาการจัดการขยะมูลฝอย ได้แก่ ระบบเก็บขนและกำจัดขยะมูลฝอยที่ยัง ไม่สามารถรองรับปริมาณขยะมูลฝอยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การปนเปื้อนของขยะมูลฝอยเป็นแหล่งอาหาร และแหล่งเพาะพันธุ์ของแมลงนำโรค เช่น แมลงวัน แมลงสาบ ยุง ฯลฯ และเป็นที่ซุกซ่อนของหนูและสัตว์อื่นๆ ทำให้เกิดกลิ่นเหม็น และก่อให้เกิดความรำคาญ ทั้งยังเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคโดยตรง เช่น อหิวาตกโรค อุจจาระร่วง บิด โรคผิวหนัง บาดทะยัก โรคระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดการปนเปื้อนของสารพิษ เช่น ตะกั่ว ปรอท ลงสู่พื้นดินและแหล่งน้ำ เป็นแหล่งกำเนิดมลพิษทางอากาศ เช่น ฝุ่นละออง เขม่า คาร์บอน จากการเผาขยะกลางแจ้ง และขยะมูลฝอยบางชนิดไม่ย่อยสลาย และกำจัดได้ยาก เช่น โฟม พลาสติก ทำให้ตกค้างสู่สิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ขยะมูลฝอยที่กองทิ้งไว้นานๆ จะมีก๊าซที่เกิดจากการหมักขึ้น ได้แก่ ก๊าซมีเทน ซึ่งติดไฟ⁽⁷⁾ จากปัญหาของขยะมูลฝอยที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนและสิ่งแวดล้อม ซึ่งการป้องกันและการแก้ไขปัญหามูลฝอยจะสำเร็จได้หรือไม่ขึ้น สิ่งที่ต้องพิจารณาคือ ต้นเหตุที่ก่อให้เกิดขยะมูลฝอย ได้แก่ ประชาชนหรือผู้สร้างขยะมูลฝอยนั่นเอง เพราะพฤติกรรมทางขยะมูลฝอยโดยการไม่แยกประเภท เป็นตัวการหนึ่งที่ทำให้ปริมาณขยะมูลฝอยที่ทิ้งรวมกันในแต่ละวันมีปริมาณเพิ่มขึ้น⁽⁸⁾

จากปัญหาและรายงานสถานการณ์ขยะมูลฝอยดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้และพฤติกรรม การกำจัดขยะมูลฝอยของประชาชนในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง

กุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการขยะมูลฝอย สร้างความรู้ความเข้าใจในการกำจัดขยะ การตัดสินใจในการแก้ปัญหาการจัดการขยะแก่ประชาชนตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ด้วยวิธีที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ในการกำจัดขยะมูลฝอยของประชาชนในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการกำจัดขยะมูลฝอยของประชาชนในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมในการกำจัดขยะมูลฝอยของประชาชน ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่ หัวหน้าครัวหรือตัวแทนของครัวเรือนใน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 2,544 คน
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่ หัวหน้าครัวหรือตัวแทนของครัวเรือนในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamanae⁽⁹⁾ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ได้ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งหมด 346 ครัวเรือน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้างนี้เป็นแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมในการกำจัดขยะมูลฝอยของประชาชนในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม โดยแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้
 - ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 4 ข้อ
 - ตอนที่ 2 ความรู้ในการกำจัดขยะมูลฝอยในครัวเรือน จำนวน 15 ข้อ

แบบสอบถามวัดความรู้ในการกำจัดขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม แบ่งข้อคำถามออกเป็น 3 วิธี คือ วิธีการฟังกลบอย่างถูกวิธี วิธีการเผาในเตาเผา และวิธีการหมักทำปุ๋ย รวมทั้งหมด 15 ข้อ เป็นคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)⁽⁹⁾ แบ่งออกเป็น 2 ระดับคือ ใช่ ไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ใช่	1 คะแนน	0 คะแนน
ไม่ใช่	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 พฤติกรรมในการกำจัดขยะมูลฝอยในครัวเรือน จำนวน 15 ข้อ		

แบบสอบถามวัดพฤติกรรมในการกำจัดขยะมูลฝอยในครัวเรือน ของประชาชนตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม แบ่งข้อคำถามออกเป็น 3 วิธี คือ วิธีการฟังกลบอย่างถูกวิธี วิธีการเผาในเตาเผา และวิธีการหมักทำปุ๋ย รวมทั้งหมด 15 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามมีคำตอบ 4 ระดับดังนี้ เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ประจำ 15 ครั้งขึ้นไป / เดือน	4 คะแนน	1 คะแนน
บางครั้ง 8-14 ครั้ง / เดือน	3 คะแนน	2 คะแนน
นานๆ ครั้ง 1-7 ครั้ง / เดือน	2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เคยสักครั้ง / เดือน	1 คะแนน	4 คะแนน
เกณฑ์การแปลความหมาย		
คะแนนเฉลี่ย		
3.00 - 4.00	มีการปฏิบัติตามก	
2.00 - 2.99	มีการปฏิบัติปานกลาง	
1.00 - 1.99	มีการปฏิบัติน้อย	

โดยเกณฑ์ดังกล่าวในเครื่องมือทั้ง 2 ตอนข้างต้นนั้น ได้มาจากการนำคะแนนทุกระดับมารวมกัน หาค่าด้วยจำนวน

ชั้น นำมากำหนดช่วงคะแนน โดยใช้คะแนนมากที่สุด (4) - คะแนนน้อยที่สุด (1) หาค่าด้วย 3 ได้เท่ากับ 1 แล้วนำ 1 มา กำหนดช่วงห่างคะแนน⁽¹⁰⁾

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ นำแบบสอบถามความรู้ และพฤติกรรมในการกำจัดขยะมูลฝอย ที่แก้ไขเสนอต่อ ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิง เนื้อหาให้มีความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยาม ปฏิบัติการและตรวจสอบภาษาแล้วนำมาปรับปรุงในเรื่อง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และแก้ไขความซับซ้อนของ ข้อคำถามตามข้อเสนอแนะ เลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความ สอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป นำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไป ทดลองใช้ (Try-out) กับประชาชนในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำคะแนนมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (Item-total Correlation) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) ซึ่ง คัดเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป ดัง ภาควรรณก ค และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของ แบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่น ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป⁽⁹⁾ ซึ่งได้ค่าเท่ากับ 0.87

2.5 นำแบบสอบถามที่ผ่านการหา

ประสิทธิภาพแล้วไปพิมพ์เป็นฉบับสมบูรณ์เพื่อเก็บรวบรวม ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพื้นฐาน ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) คะแนนเฉลี่ย (Mean) และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน เปรียบเทียบพฤติกรรมในการกำจัดขยะมูลฝอยของประชาชน ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคามที่มี เพศ ต่างกัน โดยใช้ t-test (Independent Samples) ที่ระดับนัยสำคัญ ทางสถิติ .05 เปรียบเทียบพฤติกรรมในการกำจัดขยะมูลฝอย ของประชาชนในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัด มหาสารคามที่มี เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อ เดือนต่างกัน โดยใช้ F-test (One-way ANOVA) ที่ระดับ

นัยสำคัญทางสถิติ .05 และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วย วิธีของ Sheffe

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของประชาชน ประชาชนในตำบลนา โพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิง (ร้อยละ 56.40) มีการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 64.50) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 76.50) และมีรายได้ต่อ เดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 43.90)

2. ความรู้ในการกำจัดขยะมูลฝอย ประชาชนใน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม มีความรู้ใน การกำจัดขยะมูลฝอย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 12.77$, ร้อยละ 85.13) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีความรู้อยู่ใน ระดับมาก 12 ข้อ และระดับปานกลาง 3 ข้อ โดยมีข้อที่มี ค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ การฝังกลบมูลฝอยเป็นวิธีที่ ดีเหมาะสม สามารถลดอันตรายต่างๆ ได้ดีที่สุด ถูกหลัก สุขาภิบาลมากที่สุด ($\bar{X} = 14.74$, ร้อยละ 98.30) รองลงมา ได้แก่ การฝังกลบที่ถูกวิธีต้องใช้แผ่นพลาสติกปูรองพื้นที่ที่ จะถมเสียก่อน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาเป็นพิษต่อแหล่ง น้ำใต้ดิน และต้องบดอัดให้แน่น ($\bar{X} = 14.70$, ร้อยละ 98.00) และมูลฝอยจำพวกกระป๋องยาฆ่าแมลง อลูมิเนียม ถ่านไฟฉาย เศษแก้วแตก พลาสติก หรือกระดากที่บรรจु อาหารควรนำมาเผาเท่านั้น ($\bar{X} = 14.35$, ร้อยละ 95.70) ส่วน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ เตาเผาขยะขยะมูลฝอยเหมาะ ะกับชุมชนขนาดใหญ่ที่มีพื้นที่กำจัด ที่ดินที่มีราคาแพง และ ปริมาณขยะมาก ($\bar{X} = 9.75$, ร้อยละ 65.00)

3. พฤติกรรมในการกำจัดขยะมูลฝอย ประชาชน ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม มี พฤติกรรมในการกำจัดขยะมูลฝอย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.21$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีพฤติกรรมอยู่ใน ระดับมาก 12 ข้อ และมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง 3 ข้อ โดยมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ให้ความช่วยเหลือ เก็บกวาดเจ้าหน้าที่ในการคัดแยกขยะบริเวณสถานที่รวบรวม ตามจุดต่างๆ ของชุมชน ($\bar{X} = 3.65$) รองลงมา ได้แก่ เคย ร่วมรณรงค์การสร้างจิตสำนึกให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมใน การรักษาความสะอาดภายในชุมชน ($\bar{X} = 3.55$) และเคยนำ ขยะมูลฝอยไปทิ้งที่สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยของชุมชน ($\bar{X}$

= 3.50) โดยมีข้อที่ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ เกษนาเศษชยะ หรือเศษสิ่งของไปขาย ($\bar{X} = 2.47$)

3. เปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติในการกำจัดขยะมูลฝอยของประชาชนในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ที่มีเพศ การศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือนต่างกัน

ตาราง 1 เปรียบเทียบความรู้ในการกำจัดขยะมูลฝอยของประชาชนในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ที่มีเพศต่างกัน

เพศ	n = 346		t	df	P-value
	$\bar{X}$	S.D.			
เพศชาย	12.79	1.09	0.374	332.339	0.708
เพศหญิง	12.74	1.17			

จากตาราง 1 พบว่า ประชาชนในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ที่มีเพศต่างกัน มีความรู้ในการกำจัดขยะมูลฝอยไม่แตกต่างกัน

ตาราง 2 เปรียบเทียบความรู้ในการกำจัดขยะมูลฝอยของในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ที่มีระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือนต่างกัน

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P-value
ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	3.884	2	1.942	1.495	0.226
	ภายในกลุ่ม	445.619	343	1.299		
	รวม	449.503	345			
อาชีพ	ระหว่างกลุ่ม	5.904	3	1.968	1.517	0.210
	ภายในกลุ่ม	443.599	342	1.297		
	รวม	449.503	345			
รายได้	ระหว่างกลุ่ม	5.902	3	1.967	1.517	0.210
	ภายในกลุ่ม	443.600	342	1.297		
	รวม	449.503	345			

จากตาราง 2 พบว่า ประชาชนในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ที่มีระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่างกัน มีความรู้ในการกำจัดขยะมูลฝอยไม่แตกต่างกัน

ตาราง 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมในการกำจัดขยะมูลฝอยของประชาชนในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ที่มีเพศต่างกัน

เพศ	n = 346		t	df	P-value
	$\bar{X}$	S.D.			
เพศชาย	3.19	0.28	-0.704	344	0.482
เพศหญิง	3.22	0.31			

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

จากตาราง 3 พบว่า ประชาชนในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมในการกำจัดขยะมูลฝอยไม่แตกต่างกัน

ตาราง 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมในการกำจัดขยะมูลฝอยของในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ที่มีระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือนต่างกัน

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P-value
ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	0.828	2	0.414	4.733	0.009*
	ภายในกลุ่ม	30.003	343	0.087		
	รวม	30.831	345			
อาชีพ	ระหว่างกลุ่ม	0.260	3	0.087	0.969	0.408
	ภายในกลุ่ม	30.571	342	0.089		
	รวม	30.831	345			
รายได้	ระหว่างกลุ่ม	0.312	3	0.104	1.166	0.323
	ภายในกลุ่ม	30.518	342	0.089		
	รวม	30.831	345			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4 พบว่า ประชาชนในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ที่มีอาชีพ และรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมในการกำจัดขยะมูลฝอยไม่แตกต่างกัน แต่ระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมในการกำจัดขยะมูลฝอยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงมีการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ด้วยวิธีของ Sheffe ดังตาราง 13

ตาราง 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ของพฤติกรรมในการกำจัดขยะมูลฝอยของในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคามที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

ระดับการศึกษา	$\bar{X}$	มัธยมศึกษา	ประถมศึกษา	ปวช.ปวส.หรือเทียบเท่า
		3.13	3.23	3.27
มัธยมศึกษา	3.13		0.016*	0.866
ประถมศึกษา	3.23			0.133

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 5 พบว่า ประชาชนในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ที่มีระดับการประถมศึกษาหรือเทียบเท่า มีพฤติกรรมในการกำจัดขยะมูลฝอยสูงกว่าประชาชน ที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องความรู้และพฤติกรรมในการกำจัดขยะมูลฝอยของประชาชนใน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยได้แบ่งเนื้อหาการอภิปรายผลไว้ดังนี้

1. ความรู้ในการกำจัดขยะมูลฝอยของประชาชนในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม มีความรู้ในการกำจัดขยะมูลฝอย โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การฝังกลบมูลฝอยเป็นวิธีที่เหมาะสม สามารถลดอันตรายต่างๆ ได้ดีที่สุด ถูกหลักสุขาภิบาลมากที่สุด แสดงให้เห็นว่า ประชาชนเคยเห็นสถานที่ทำการกำจัดขยะมูลฝอยโดยวิธีฝังกลบเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอาจเห็นว่าเมื่อจะหาที่ดินในการฝังกลบที่ใดนั้น จะทำให้เกิดผลกระทบสิ่งแวดล้อม สภาพชุมชนและสังคมในบริเวณนั้นๆด้วย แต่อาจยังไม่มีความเข้าใจการกำจัดขยะ

มูลฝอยด้วยวิธีเผาอย่างถูกวิธี เนื่องจากวิธีการดังกล่าว จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีและเครื่องจักรกลขั้นสูง เข้ามาดำเนินการจึงจะเป็นการเผาอย่างถูกวิธีและเหมาะสม ดังผลการศึกษาที่พบว่าประชาชนมีระดับความรู้ในด้านที่ว่า เตาเผาขยะมูลฝอยเหมาะกับชุมชนขนาดใหญ่ที่มีพื้นที่จำกัด ที่ดินที่มีราคาแพง และปริมาณขยะมาก อยู่ในระดับน้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับ ชศภัทร ชศสูงเนิน และคณะ (2558)⁽¹¹⁾ ศึกษาพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนเทศบาลตำบลโคกกรวด พบว่า ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.72 ทักษะการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.72 ส่วนพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 90.77 และการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย ของประชาชนเทศบาลตำบลโคกกรวด อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.51

2. พฤติกรรมในการกำจัดขยะมูลฝอยของประชาชนในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม มีความรู้ในการกำจัดขยะมูลฝอย โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ให้ความช่วยเหลือเก็บกวาดเจ้าหน้าที่ในการคัดแยกขยะบริเวณสถานที่รวบรวมตามจุดต่างๆของชุมชน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด แสดงให้เห็นว่า คราวเรือนส่วนใหญ่ความสะอาดของครัวเรือนและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของพื้นที่โดยรอบ และพื้นที่สาธารณะประโยชน์ร่วมกัน หรือแม้แต่การทำกิจกรรมอื่นในครัวเรือนที่ทำให้เกิดขยะมูลฝอยได้ แต่อาจจะเป็นขยะที่สามารถนำกลับมาใช้ประโยชน์หรือมีมูลค่าได้นั้น ประชาชนในตำบลนาโพธิ์ ยังมีการดำเนินการน้อย ดังผลการศึกษาที่พบว่า เชนำเศษขยะหรือเศษสิ่งของไปขาย มีค่าเฉลี่ยในพฤติกรรมน้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับ ชศภัทร ชศสูงเนิน และคณะ (2558)⁽¹¹⁾ ศึกษาพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนเทศบาลตำบลโคกกรวด พบว่า ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.72 ทักษะการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.72 ส่วนพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 90.77 และการปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย

ของประชาชนเทศบาลตำบลโคกกรวด อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.51

3. ประชาชนในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ที่มีเพศ อาชีพ และรายได้ต่อเดือนต่างกัน มีความรู้และพฤติกรรมในการกำจัดขยะมูลฝอยไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความรู้ของประชาชนทั้งเพศชาย หรือหญิงนั้น ไม่มีข้อจำกัดสามารถรับความรู้ได้เท่าเทียมกัน รวมถึงสามารถปฏิบัติตามการจัดขยะมูลฝอยได้เช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมในครัวเรือนไม่ก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมัชชา หนูทอง (2556)⁽¹²⁾ ศึกษาความรู้และพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยของผู้นำท้องถิ่น: กรณีศึกษาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี พบว่า เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และความรู้ที่แตกต่างกัน พบว่า พฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย ไม่แตกต่างกัน คือปฏิบัติเป็นบางครั้ง

4. ประชาชนในตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ที่มีการศึกษาต่างกัน มีความรู้และการปฏิบัติในการกำจัดขยะมูลฝอยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยประชาชนที่มีการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา มีความรู้และการปฏิบัติมากกว่าประชาชนที่มีการศึกษาค่ำกว่ามัธยมศึกษา โดยอาจจะเป็นเพราะว่า ประชาชนที่มีการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา มีความตระหนักในเรื่องปัญหาสิ่งแวดล้อมมากกว่าประชาชนที่มีการศึกษาค่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา เพราะว่ามีโอกาสได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีต่างๆในการกำจัดขยะมูลฝอยมากกว่า

ซึ่งสอดคล้องกับวินัส ะวีวรรณ (2551)⁽¹³⁾ ศึกษาความรู้และการปฏิบัติในการกำจัดขยะมูลฝอยของหมู่บ้านตะกุดบัง ตำบลสะเดียง อำเภอมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ประชาชนที่มีการศึกษาต่างกัน มีความรู้และการปฏิบัติในการกำจัดขยะมูลฝอยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดการให้ความรู้กับประชาชนในเรื่องขยะมูลฝอยอันตราย และการกำจัดขยะมูลฝอยด้วยวิธีการเผาอย่างถูกวิธี
2. ควรมีการจัดกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับการกำจัดขยะมูลฝอย เพื่อปลูกฝังเจตคติ ค่านิยม และเกิดความตระหนักต่อปัญหาขยะมูลฝอย โดยจัดเป็นกิจกรรมต่างๆ อย่างจริงจัง เช่น โครงการธนาคารขยะรีไซเคิล โครงการรักษาความสะอาดภายในชุมชน เป็นต้น
3. เน้นให้ประชาชนทุกคน เกิดความตระหนักในความรับผิดชอบ เสียสละเวลาเพื่อประโยชน์ส่วนรวมในการกำจัดขยะมูลฝอยให้มากขึ้น

4. ควรมีการจัดประชุมเพื่อรับทราบปัญหาในการกำจัดขยะมูลฝอย รวมถึงฟังความคิดเห็นร่วมกันระหว่างผู้นำและประชาชนในชุมชน
5. ควรศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพการกำจัดขยะมูลฝอยของชุมชนต่างๆ
6. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับระบบและนโยบายของการกำจัดขยะมูลฝอยของชุมชนต่างๆ
7. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้สภาพปัญหาและการจัดการขยะมูลฝอยและการมีส่วนร่วมในการกำจัดขยะมูลฝอยของชุมชนต่างๆ
8. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการหรือวิธีการกำจัดขยะที่ไม่กระทบกับสิ่งแวดล้อม

เอกสารอ้างอิง

1. อมรสิทธิ์ เทียนบุบ. การจัดการธนาคารขยะสำหรับชุมชน กรณีศึกษาชุมชนอยู่เจริญบุญมา เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์
2. กรมควบคุมมลพิษ. การจัดการขยะมูลฝอยชุมชน. <http://www.pcd.go.th/info_serv/waste_garbage.html> สืบค้นเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2559.
3. กรมควบคุมมลพิษ. สถานการณ์การจัดการขยะมูลฝอยและอันตรายของเสียอันตรายของประเทศ. <http://www.pcd.go.th/info_serv/waste_garbage.html>
4. สำนักงานสถิติจังหวัดมหาสารคาม. รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์จังหวัดมหาสารคาม. มหาสารคาม : ม.ป.พ. 2558.
5. พัชร ไกรแก้ว. พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของแม่บ้าน กรณีศึกษา : แม่บ้านเขตเทศบาล ตำบลบางปู อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2550.
6. ปิยะชาติ ศิลปะสุวรรณ. ขยะมูลฝอยชุมชนปัญหาใหญ่ที่ประเทศกำลังเผชิญ. สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 10. กรุงเทพฯ : สำนักวิชาการ
7. วิโรจน์ จิระรังสรรค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยบริเวณทางสาธารณะของเทศบาลนครขอนแก่น. ขอนแก่น : สำนักงานเทศบาลนครขอนแก่น. 2544.
8. จิรพรรณ กองสุวรรณ. พฤติกรรมการทิ้งขยะมูลฝอยของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน เขตพื้นที่การศึกษาที่ 1 จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2549.
9. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น. 2543.
10. ประคอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2538
11. ยศภัทร ยศสูงเนิน และคณะ. พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนเทศบาลตำบลโคกกรวด. การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ “สร้างสรรค์และพัฒนา เพื่อก้าวหน้าสู่ประชาคมอาเซียน” ครั้งที่ 2 18-19 มิถุนายน 2558. ณ วิทยาลัยนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา : ภาคโปสเตอร์. 2558.
12. สมัชชา หนูทอง. ความรู้และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของผู้นำท้องถิ่น : กรณีศึกษาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี. ปัญหาพิเศษการศึกษา รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ. ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา. 2556.
13. วินัส ระวีวรรณ. ความรู้และการปฏิบัติในการกำจัดขยะมูลฝอยของหมู่บ้านตะกุดบง ตำบลสะเดียง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. รายงานการศึกษาชั้นควัอิสระ วท.ม. สิ่งแวดล้อมศึกษา. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2551.

ภูมิปัญญาการใช้พืชสมุนไพรในท้องถิ่นของชุมชนสองเหนือตำบลตลาด อำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม

Local Wisdom to Use of medicinal plants at Songneu Community

Talad sub-district Muang district Mahasarakham province

ชมนาด แปลงมัลย์¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจข้อมูลและภูมิปัญญาการใช้พืชสมุนไพรที่มีในชุมชนสองเหนือ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นพื้นที่เขตเมือง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 25 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสำรวจ การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้แบบสำรวจ แบบสัมภาษณ์และแนวทางการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่าชุมชนสองเหนือมีการปลูกพืชสมุนไพร 106 ชนิด 10 อันดับแรกที่พบมากที่สุด คือ ตะไคร้ ถั่วลิสง ข่า มะกรูด ข่านาง กระเพรา มะนาว พริก ชะอม และใบชะพลู ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับสรรพคุณทางยาของพืชสมุนไพร จึงมีการใช้ยาสมุนไพรเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 31 ส่วนที่ใช้มากที่สุด คือ ใบ หัว ดอกและผล รูปแบบการใช้ส่วนใหญ่ใช้เป็น ส่วนประกอบของอาหารและเครื่องดื่ม ข้อเสนอแนะหน่วยงานสาธารณสุขหรือท้องถิ่นควรจัดทำคู่มือการใช้พืชสมุนไพรที่เป็นที่นิยมในชุมชนและควรส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรเพื่อให้ประชาชนมีความรู้และใช้พืชสมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองและชุมชน

คำสำคัญ : ภูมิปัญญา , พืชสมุนไพร

Abstract

The purpose of this study was to explore the data and the use of medicinal plants in the Songnua community of Talad sub-District, Muang District, Maha Sarakham Province. It is a mixture of quantitative and qualitative research and 25 samples selection by purposive sampling. Data was collected by survey method, in-depth interviews, group discussions and use of questionnaires and guideline. The results show that 31 % of Song Nua community's population use herbal medicine when they are sick and that they grow 106 kinds of herbs. The 10 most common herbs are Lemon grass Banana Galangal Leech lime

Bamboo grass holy basil Common lime Chilli Climbing wattle and Wildbetel Leafbush.

Medicinal plant parts that are used the most are leaves, fruits, and blossoms. They are used mostly in cooking and boiling as tea. They are used both as a local food source and as a treatment for disease. The recommendations for greatest benefit produced by the study are as follows: The department of Public Health or Local Government should propagate this knowledge by distributing the Necessary Local Herbal Usage Handbook. They should also promote and support the use of medicinal plants by families for both personal consumption, and for commercial use to add earning income in the future.

Keywords: Wisdom, Medicinal plants

¹ อาจารย์ประจำสาขาวิชาปรัชญา ศาสนาและวัฒนธรรม คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
Chommanat2511@gmail.com โทรศัพท์ 0951949596

บทนำ

การดำเนินชีวิตในปัจจุบันมีการใช้เทคโนโลยีที่มีความก้าวหน้าขั้นสูง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมกรบริโภคเลียนแบบตะวันตกที่เรียกว่า ตะวันตกนิยม เห็นได้จากการบริโภคสินค้าจากต่างประเทศ อิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงส่งผลกระทบต่อคนชนบทและในเมือง โดยเฉพาะเรื่องระบบสุขภาพ มีการละเลยการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองหลายด้าน⁽¹⁾

การใช้พืชสมุนไพรเป็นภูมิปัญญาพื้นบ้านมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนมาโดยตลอด แต่ในปัจจุบันความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ถูกพัฒนาเจริญก้าวหน้ามากขึ้น มีผลผลิตจากสารเคมีเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายขึ้น ทำให้ความนิยมใช้สมุนไพรลดน้อยลง รวมทั้งการพัฒนาองค์ความรู้ การถ่ายทอดและการนำไปใช้ประโยชน์ด้านสมุนไพรขาดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง⁽²⁾

หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนต่างได้ส่งเสริมให้มีการใช้ผลิตภัณฑ์จากพืชสมุนไพรกันมากขึ้น โดยพัฒนารูปแบบการผลิต การทำผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร การแปรรูป การใช้ประโยชน์ การบรรจุภัณฑ์ ให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายสอดคล้องกับวิถีชีวิตสมัยใหม่หลายรูปแบบ เช่น อาหาร ยารักษาโรค ผลิตภัณฑ์เพื่อบำรุงกำลังทางเพศ บำรุงผิวพรรณ บำรุงความงาม และเครื่องสำอาง เป็นต้น⁽³⁾

ชุมชนท่องเที่ยว ด่านตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม เป็นชุมชนเขตเมืองรอบนอกที่ได้รับผลกระทบจากกระแสโลกาภิวัตน์ มีระบบการสื่อสารทำให้มีความสามารถเข้าถึงข้อมูล

ข่าวสารได้อย่างรวดเร็วและทันสมัย ทำให้มีประชาชนจะต้องปรับตัวโดยผสมผสานวิถีชีวิตแบบสังคมเมืองกับสังคมชนบทได้อย่างสมดุลทุกด้าน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะสำรวจพืชสมุนไพรที่มีการใช้เป็นประจำในชุมชน และภูมิปัญญาการใช้พืชสมุนไพรในชีวิตประจำวัน ทั้งส่วนขององค์ความรู้เกี่ยวกับส่วนที่ใช้ รูปแบบการใช้และสรรพคุณทางยาที่มีในชุมชนท่องเที่ยว ด่านตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม เพื่อการจัดการความรู้พืชสมุนไพรโดยอาศัยภูมิปัญญาที่มีอยู่ในท้องถิ่น ให้มีการดำรงอยู่และมีการใช้พืชสมุนไพรอย่างยั่งยืนภายในชุมชน รวมทั้งก่อให้เกิดการสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจระดับชุมชนได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสำรวจข้อมูลพืชสมุนไพรที่มีในชุมชนท่องเที่ยว ด่านตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

2. เพื่อศึกษาภูมิปัญญาการใช้พืชสมุนไพรในชุมชนท่องเที่ยว ด่านตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจผสมผสานทั้งเทคนิคเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนทุกคนที่อาศัยในชุมชนท่องเที่ยว ด่านตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 1,221 หลังคาเรือน

กลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 25 คน โดยมีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเลือก คือ ผู้รับผิดชอบงานสมุนไพรของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอุทัยทิศ ผู้มีความรู้ในชุมชน

หมอยาพื้นบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ ชาวบ้านในชุมชนที่มีความสนใจเกี่ยวกับสมุนไพรและมีความเต็มใจเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบสำรวจแบบไม่มีโครงสร้าง แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม
2. ประเด็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ ชนิดพืชสมุนไพรที่มีในชุมชน และระดมความเห็นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลภูมิปัญญาการใช้พืชสมุนไพรที่มีในชุมชน ได้แก่ ส่วนที่ใช้รูปแบบการใช้ รวมทั้งสรรพคุณทางยา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาเอกสารตำราและงานวิจัย เพื่อกำหนดแนวทางและสร้างแบบสำรวจ แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม
2. สร้างเครื่องมือเป็นแบบสำรวจเพื่อใช้ในการสำรวจและรวบรวมพืชสมุนไพรที่มีในชุมชน โดยเก็บรวบรวมชนิดพืชสมุนไพรพร้อมเก็บภาพถ่าย จำนวนหลังคาเรือนละ 5 ชนิด จำนวน 100 หลังคาเรือน
3. ศึกษาเอกสารข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับตำราพืชสมุนไพรและอนุกรมวิธานเพื่อออกแบบและกำหนดประเด็นในการประชุมเชิงปฏิบัติการ
4. นำข้อมูลการสำรวจชนิดพืชสมุนไพรมาวิเคราะห์ และการสังเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารนำมาออกแบบเพื่อกำหนดประเด็นและแนวทางใน

การประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2

5. นำกรอบแนวทางของการประชุมเชิงปฏิบัติการ ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความครอบคลุมเนื้อหา และความถูกต้องด้านภาษา

6. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการคืนข้อมูลที่ได้จากการวิจัยข้อที่ 1 แก่กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ชนิดพืชสมุนไพรที่มีในชุมชน และระดมความเห็นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลภูมิปัญญาการใช้พืชสมุนไพรที่มีในชุมชน ได้แก่ ส่วนที่ใช้รูปแบบการใช้ รวมทั้งสรรพคุณทางยา

7. นำข้อมูลพืชสมุนไพรที่มีในชุมชนมาจัดทำเป็นคู่มือประจำบ้านสำหรับประชาชนในชุมชน ได้แก่ ชื่อวิทยาศาสตร์ของสมุนไพร ชื่อเรียกตามท้องถิ่น ชื่อวงศ์ ส่วนที่นำมาใช้ประโยชน์ สรรพคุณ จำแนกพืชสมุนไพรตามส่วนที่ใช้โดยใช้เกณฑ์ของเต็ม สมิตินันท์ (2544) ⁽⁴⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมโดยใช้สถิติวิเคราะห์ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพมีการจัดกระทำข้อมูลตามหมวดหมู่ที่กำหนด และวิเคราะห์เชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลการสำรวจพืชสมุนไพรที่มีในชุมชนต้องเหนือ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

ตาราง 1 ข้อมูลพืชสมุนไพร ในชุมชนสองเหนือ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามจำแนก
ตามหมวดอักษร

หมวดอักษร	จำนวน (ชนิด)	รายชื่อพืชสมุนไพร
หมวดอักษร ก.	11	แก่นตะวัน กระเจี๊ยบ กระเทียม กระเพรา กระชายดำ กระถิน กระเทียม กระหล่ำปลี กล้วย กุ้ยช่าย กุหลาบ
หมวดอักษร ข.	6	ขมิ้น ขมิ้นชัน ข่า ขมิ้น ขี้เหล็ก
หมวดอักษร ค.	3	แคบ้าน แคป่า กระเทียม
หมวดอักษร ง.	2	งวงช้าง งาดำ
หมวดอักษร จ.	1	จันทน์แดง
หมวดอักษร ช.	3	ชมพู ชมพู ชมพู
หมวดอักษร ด.	2	ดอกแก้ว ดาวเรือง
หมวดอักษร ต.	7	เตย เตยขาว ต้นคูณ ตะไคร้ ตะไคร้ ตะไคร้ ตำลึง
หมวดอักษร ถ.	2	ถั่วฝักยาว ถั่วพู
หมวดอักษร ท.	3	ทองพันชั่ง ทับทิม ทานตะวัน
หมวดอักษร น.	2	น้อยหน่า นางแดง
หมวดอักษร บ.	4	บวบ บอระเพ็ด บัวบก บานเย็น
หมวดอักษร ป.	2	โป๊ยเซียน ปีกไก่ดำ
หมวดอักษร ผ.	9	เผือก ฝัสดำ ฝักขาม ฝักกระแต ฝักขี้เหล็ก ฝักขี้เหล็ก ฝักขี้เหล็ก ฝักขี้เหล็ก ฝักขี้เหล็ก
หมวดอักษร ฝ.	3	ฝรั่ง ฝรั่งทอง ฝรั่งแดง
หมวดอักษร พ.	5	เพกา ไพล(ว่านไฟ) พริก พริกขี้หนู พริก
หมวดอักษร ฟ.	1	ฟ้าทะลายโจร
หมวดอักษร ม.	18	แมงลัก ไม้ราบ มะเขือเทศ มะเขือเทศ มะเขือเทศ มะเขือเทศ มะเขือเทศ มะเขือเทศ มะเขือเทศ มะเขือเทศ มะเขือเทศ มะเขือเทศ มะเขือเทศ มะเขือเทศ มะเขือเทศ มะเขือเทศ มะเขือเทศ
หมวดอักษร ย.	1	ย่านาง
หมวดอักษร ร.	1	รางจืด
หมวดอักษร ล.	2	ละมุด ลำไย
หมวดอักษร ว.	2	ว่านหางจระเข้ ว่านอ้อท้อ
หมวดอักษร ส.	6	เสาวรส สะระแหน่ ส้มซ่า สะเดา สับปะรด สับปะรด
หมวดอักษร ห.	8	เหือกปลาหมอ เหงือกปลาหมอ โหระพา หอมแดง หอมแดง หอมแดง หอมแดง หอมแดง
หมวดอักษร อ.	2	อ้อย อัญชัน

จากการสำรวจข้อมูลในชุมชนสองเหนือ
จำนวน 100 หลังคาเรือน พบว่ามีพืชสมุนไพร
จำนวน 106 ชนิด จำแนกตามหมวดอักษร จำนวน
25 หมวด

2. ภูมิปัญญาการใช้พืชสมุนไพรในชุมชน
สองเหนือ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัด
มหาสารคาม

2.1 ภูมิปัญญาการใช้พืชสมุนไพร

ตาราง 2 ร้อยละหลังคาเรือนที่มีการใช้พืชสมุนไพรในชุมชนท้องเหนือ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ที่	รายการ	ร้อยละ	การใช้ประโยชน์
1	ตะไคร้	78	- ดินใช้ประกอบพิธีกรรม “ปักตะไคร้” เพื่อไม่ให้ฝนตก - หัวและใบใช้ปรุงอาหาร - รากใช้ต้มแก้ท้องผูกและขับลม - ใบนำไปอบหรือตากแห้งใช้กันแมลงและอบสมุนไพร
2	กล้วย	59	- ผลใช้กินผลสดและประกอบอาหาร และใช้ทำพิธีกรรม เชื่อว่าทำอะไรได้ง่ายเหมือนปลอกกล้วย เจริญ งอกงาม เช่น พิธีขึ้นบ้านใหม่จะทำให้ออกแม่แก่ลูก (มีลูกหลานเต็มบ้านเต็มเมือง) - ดอก (ปลี) ใช้ทำอาหารเพื่อบำรุงน้ำนม และเอามาหั่นคอกเด็กเพื่อรักษาโรคคอเอียง (คอเอียง) - ต้น (หยวก) ใช้ทำอาหารแก้ท้องร่วงและใช้เป็นผสมอาหารเลี้ยงไก่ - หน่อกล้วยใช้ทำปุยและไล่แมลง - รากใช้ทำรักษาฝีหนอง
3	ข่า	58	- หัวใช้ปรุงอาหาร - ดินใช้กินสดและตำเมี่ยงแก้ท้องผูกและเป็นยาบำรุงเลือดเจริญอาหาร
4	มะกรูด	53	- ใบใช้ปรุงอาหาร - ผลใช้รักษาหูดตาปลา - เปลือกใช้เป็นเครื่องเทศ, ควบคุมบรรเทาอาการวิงเวียนและกำเียนเพื่อรักษาอาการมีนชา
5	ย่านาง	47	- ใบใช้คั้นผสมน้ำเหล้าดื่มเพื่อยาเย็นรักษามะเร็ง และโรคความดัน - ใบและเถาใช้คั้นผสมน้ำเปล่าปรุงอาหาร เช่น แกงหน่อไม้ และแกงผักขี้เหล็ก
6	กระเพรา	43	- ใบใช้ปรุงอาหารและต้มดื่มบำรุงร่างกายกระชุ่มกระชวย บรรเทาอาการวิงเวียนและแก้ท้องผูก - รากใช้ต้มเป็นยาบำรุงเลือดสำหรับหญิงหลังคลอด
7	มะนาว/ มะขี้/ส้ม โอ	42	- ผลใช้ปรุงอาหารและกินสด เพราะมีวิตามินซีสูงเพื่อบรรเทาอาการวิงเวียนและรักษาโรคเลือดออกตาม ไรฟัน - ใบมะขี้ใช้ปรุงอาหารประเภทลาบและแกงโรคมวิงเวียนรวมทั้งช่วยย่อยและขับลม
8	พริก	41	- ใบ, ยอด, ผลใช้ปรุงอาหารช่วยย่อยอาหารขับเลือดลม ห้ามกินปริมาณมาก - ต้นและรากใช้เผาเพื่อทำส่วนผสมเชื้อเพลิงของบั้งไฟและตะไล
9	ชะอม	37	- ใบและยอดใช้ปรุงอาหารและกินสด บำรุงร่างกาย แต่มีกลิ่นฉุนห้ามใช้กับหญิงตั้งครรภ์เพราะจะทำให้ เกิดอาการวิงเวียนได้ - ต้นใช้ต้มกับปลาร้าเพื่อเพิ่มรสชาติให้นัว (กลมกล่อมอร่อย)
10	ใบชะพลู	35	- ใบใช้ปรุงอาหารประเภทลาบและอ่อม และกินสดผสมลูกข่อยเป็นยาบำรุงเลือดและใช้แก้เส้นเท้าแตก - ใบรากใช้ต้มกินทำให้ร่างกายกระปรี้กระเปร่า
11	ขิง	35	- ราก/หัว/หน่อใช้กินสด, ปรุงอาหารช่วยขับลมและบำรุงเลือด
12	ขมิ้นชัน	35	- หัวนำมาตากบดแห้งใช้ทำบำรุงผิวและแก้ผด รวมทั้งใช้ต้มแก้โรคกระเพาะและขับลม - ใบใช้แช่น้ำอาบ และทำความสะอาดไถ่ชน
13	มะละกอ	33	- ยางใช้ทาตุ๋นพิษแมลง, กัดหู, หมักเนื้อให้เปื่อย

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

ตาราง 2 ร้อยละหลังคาเรือนที่มีการใช้พืชสมุนไพรในชุมชนท้องเหนือ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ที่	รายการ	ร้อยละ	การใช้ประโยชน์
			-ผลใช้รับประทานสดและปรุงอาหาร เป็นยาระบาย
14	เคย	33	-ใบใช้ต้มน้ำดื่มเพื่อลดความดัน
15	โหระพา	32	-ใบใช้กินสด, ปรุงอาหาร, ต้ม รักษาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ, บำรุงเลือดและรักษาอาการวิงเวียน
16	ว่านหาง จระเข้	30	-ใบใช้เมื่ออกพอกหน้า, ทาบำรุงผิว, ทารักษาแผลพุพอง , น้ำลาว และล้างยางออกให้สะอาดใช้กินสดรักษาแผลและเพราะ
17	ฟ้าทะลาย โจร	29	-ใบ, ราก, ต้นใช้ต้มน้ำรักษาอาการหวัด, ปวดท้อง, เจ็บคอ และด้านมะเร็ง
18	มะขาม	28	- ใบ, ยอด, ผลใช้ปรุงอาหารและกินสดเพื่อเป็นยาระบายรักษาอาการท้องผูก -ใบใช้ต้มน้ำ, อบสมุนไพร, บ่มผลไม้ให้เกิดความร้อน -เปลือกและต้นใช้แช่น้ำอาบบรรเทาอาการไข้และอาการคัน -ต้นใช้ปลูกเพราะมีความเชื่อว่าคนจะมีความเกรงขาม
19	ไพล(ว่าน ไฟ)	28	-ใบใช้กินสดช่วยขับลม ลดอาการท้องอืดท้องเฟ้อ -ใบใช้เป็นสมุนไพรในการอบ และกลั่นเป็นน้ำมันใช้ทำส่วนผสมยานวด ทำให้ระบบไหลเวียนเลือดดีขึ้น
20	มะยม	27	-ผลใช้กินสดรักษาอาการไข้ -ใบใช้กินสดเพราะเป็นยาบำรุงน้ำนม -ใบใช้ประกอบพิธีกรรมเพราะเชื่อว่าจะมีคนนิยมชมชอบและมีความโชคดี
21	อัญชัน	27	-ดอกใช้กินสด, ปรุงอาหารและดอกตากแห้งใช้ต้มน้ำชาดื่มช่วยลดความดันและเบาหวาน -ดอกใช้เป็นส่วยผสมยาสระผม จะทำให้ผมดกดำและใช้เขียนคิ้วให้คิ้วดำสวยงาม
22	ยอ	27	-ใบใช้ประกอบอาหาร -ผลใช้กินสด เช่น ตำเมี่ยงใช้เป็นยาขับเลือดในสตรี
23	กระเทียม	26	-หัว, ใบใช้กินสด, ปรุงอาหาร, ใช้เป็นเครื่องเทศ สามารถบำรุงเลือดและบำรุงสมรรถภาพทางเพศ
24	มะรุม	25	-ดอก, ผล, ยอดใช้กินสด, ปรุงอาหาร บำรุงหัวใจ, ลดความดันและโรคเบาหวาน -ผลแก่ใช้ปรุงอาหารเป็นยาระบาย -ต้น, เปลือกใช้ต้มน้ำดื่มบรรเทาอาการไข้
25	ตำลึง	25	-ยอด, ใบใช้ปรุงอาหารเป็นยาระบายสำหรับเด็กและผู้สูงอายุ -ผลอ่อนใช้ต้มน้ำบรรเทาอาการหวัดคัดจมูก

จากการสำรวจข้อมูลการใช้พืชสมุนไพรในชุมชนท้องเหนือ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 100 หลังคาเรือน พบว่ามีการใช้พืชสมุนไพร จำนวน 106 ชนิด ซึ่งพืชสมุนไพรที่มี

การใช้มากที่สุด 25 ชนิดแรก ได้แก่ ตะไคร้ กัญชง ข่า มะกรูด ย่านาง กระเพรา มะนาว/มะขาม/ส้มโอ พริก ชะอม ใบชะพลู จิง ขมิ้นชัน มะละกอ เคย โหระพา ว่านหางจระเข้ ฟ้าทะลายโจร มะขาม ไพล

(ว่านไฟ) มะขม อัญชัน ขอ กระเทียม มะรุม ตำลึง ตามลำดับ ส่วนใหญ่พบว่ามีการใช้พืชสมุนไพรเพื่อการรักษาพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย แต่พบว่ามีการใช้พืชสมุนไพรบางชนิดในพิธีกรรม เช่น กลัวย ตระไคร้ เป็นต้น

2.2 การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย จากการ

สำรวจ ในชุมชนสองเหนือ ตำบลตลาด อำเภอเมือง

จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 100 หลังคาเรือน พบว่ามีการใช้ยาแผนปัจจุบันเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 69 หลังคาเรือน และมีการใช้ยาสมุนไพร จำนวน 31 หลังคาเรือน

2.3 การใช้ประโยชน์ส่วนต่างๆ ของพืชสมุนไพร

ตาราง 3 การใช้ประโยชน์จากส่วนต่างๆ ของสมุนไพร ในชุมชนสองเหนือ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ที่	รายการ	จำนวน (ชนิด)	รายชื่อตัวอย่างพืชสมุนไพร
1	ใบ	84	กลัวย ข่า มะกรูด ย่านาง กระเพรา เป็นต้น
2	ยอด	57	พริก ชะอม ใบชะพลู จิง เเค เป็นต้น
3	ผล	42	มะขาม มะขม มะรุม มะละกอ เป็นต้น
4	ดอก	18	อัญชัน กระเจี๊ยบ แคนกัน แคนป่า ดาวเรือง เป็นต้น
5	เปลือก	17	สะเดา มะรุม มะกรูด บอระเพ็ด ต้นคูณ เป็นต้น
6	หัว	16	กระเทียม ใพล(ว่านไฟ) กระชายดำ ขมิ้นชัน เป็นต้น
7	ราก	13	กระเพรา ผักชี แห้วหัวหมู ส่องฟ้า เป็นต้น
8	หน่อ	3	ไผ่ กลัวย ข่า
9	แก่น	3	มะรุม คูณ มะขม

ภูมิปัญญาการใช้พืชสมุนไพรในชุมชนสองเหนือ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 106 ชนิด พบว่ามีการใช้ประโยชน์ส่วนต่างๆ 9 ส่วน ได้แก่ ใบ ยอด ผล ดอก เปลือก หัว หน่อ และแก่น

ซึ่ง 3 อันดับแรก ได้แก่ ส่วนใบ 84 ชนิด ยอด 57 ชนิด และผล 42 ชนิด ตามลำดับ

2.4 รูปแบบการใช้พืชสมุนไพร

ตาราง 4 รูปแบบการใช้พืชสมุนไพรในชุมชนสองเหนือ ตำบลตลาด อำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม

ที่	รายการ	จำนวน(ชนิด)	รายชื่อตัวอย่างพืชสมุนไพร
1	ปรุงอาหาร	69	ตระไคร้ กลัวย ข่า มะกรูด ย่านาง กระเพรา มะนาว/มะนาวส้มโอ พริก ชะอม ใบชะพลู จิง เป็นต้น
2	การดื่ม	38	ตระไคร้ ข่า เเค ฟักทะลายโจร มะขาม เป็นต้น
3	ประคบ	4	ตระไคร้ มะกรูด ขมิ้น มะขาม
4	แช่	3	ตระไคร้ ข่า มะขาม
5	ทา	3	บอระเพ็ด หางจระเข้ พญ

ตาราง 4 รูปแบบการใช้พืชสมุนไพรในชุมชนสองเหนือ ตำบลตลาด อำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม

ที่	รายการ	จำนวน(ชนิด)	รายชื่อตัวอย่างพืชสมุนไพร
6	อบ	2	ตะไคร้ มะขาม
7	สุดคม	2	มะกรูด มะลิ
8	นวด	2	ไพล มะกรูด
9	อาบ	1	มะขาม

ภูมิปัญญาการใช้พืชสมุนไพรในชุมชนสองเหนือ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่ามีรูปแบบการใช้ประโยชน์ 9 รูปแบบ ได้แก่ ประคบอาหาร การต้ม ประคบ แช่ ทา อบ สูดดม นวด และ อาบ ซึ่ง 3 อันดับแรก

ได้แก่ ประคบอาหาร 69 ชนิด การต้ม 38 ชนิดและ ประคบ 4 ชนิด ตามลำดับ

2.5 การใช้ประโยชน์จากพืชสมุนไพร

ตาราง 6 การใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรของชุมชนสองเหนือ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ที่	รายการ	จำนวน(ชนิด)	รายชื่อตัวอย่างพืชสมุนไพร
1	ยาบำบัดรักษาโรค	95	ขมิ้นชัน แคป้า ตะกวด ตะไคร้ จันทน์แดง เป็นต้น
2	ประกอบอาหารพื้นบ้าน	73	ผักและผลไม้ทุกชนิด เช่น ตะไคร้ ข่า ผักกะแยง ใผ่ เป็นต้น
3	บำรุงร่างกายให้แข็งแรง	37	ผักและผลไม้ทุกชนิด เช่น กระถิน ขมิ้น เป็นต้น

ภูมิปัญญาการใช้พืชสมุนไพรในชุมชนสองเหนือ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 106 ชนิด พบว่ามีการใช้ประโยชน์ 3 รูปแบบ ได้แก่ ยาบำบัดรักษาโรค 95 ชนิด ใช้เป็นพืชอาหารพื้นบ้าน 73 ชนิด และบำรุงร่างกายให้แข็งแรง 37 ชนิด ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

ภูมิปัญญาการใช้พืชสมุนไพรของชุมชนสองเหนือ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่ามีการใช้พืชสมุนไพร จำนวน 106 ชนิด จำแนกเป็น 25หมวดอักษร โดยส่วนใหญ่มีการใช้พืชสมุนไพรเพื่อการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย และบำรุงร่างกาย สร้างภูมิคุ้มกันให้ร่างกายแข็งแรง ป้องกัน

การเจ็บป่วย นอกจากนี้ ยังมีบางส่วนที่ใช้ประกอบพิธีกรรมเพื่อสร้างขวัญกำลังใจของคนครอบครัวและชุมชน รูปแบบการใช้ประโยชน์ 9รูปแบบ ได้แก่ ประคบอาหาร การต้ม ประคบ แช่ ทา อบ สูดดม นวด สอดคล้องกับงานวิจัยของรุ่งทิวกองสอน (2551)^(๑) ได้ศึกษาเรื่อง ความหลากหลายชนิดของพืชสมุนไพรและการใช้ประโยชน์ของชุมชน :กรณีศึกษาป่าชุมชนโลกหินลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่ามีลักษณะการใช้หลายรูปแบบ ได้แก่ การรับประทานร่วมกับอาหาร การต้ม ฝน แช่ อาบ อบ ประคบ สูดดม ทา นวด ขึ้นอยู่ภูมิปัญญาความรู้ของคนในชุมชนหรือหมอจะเป็นผู้บอกและแนะนำการนำมาใช้ประโยชน์ ส่วนที่นำมาใช้มากที่สุดคือ ใบ

การใช้ประโยชน์ของพืชสมุนไพร พบว่าชุมชนได้นำพืชสมุนไพรไปใช้ในการบำบัดรักษา ปรุงเป็นอาหารพื้นบ้าน และบำรุงร่างกายสอดคล้องกับงานวิจัยของรุ่งทิwa กองสอน (2551)⁽⁵⁾ ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ความหลากหลายของพืชสมุนไพรและการใช้ประโยชน์ของชุมชน : กรณีศึกษาป่าชุมชนโคกหินลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามที่พบว่ามีการใช้ประโยชน์ของพืชสมุนไพร และยุทธนา ทองบุญเกื้อ (2551)⁽⁶⁾ การศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการใช้พืชสมุนไพร รวมทั้งสุวิทย์ วรรณศรีและประจักษ์ บัวพันธ์ (2556)⁽⁷⁾ ได้ศึกษาความหลากหลายทางชีวภาพและการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรบริเวณพื้นที่ภูแฝงม้า อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ มีการพบชาวบ้านใช้ประโยชน์ในด้านเป็นยาบำบัดรักษาโรคและบำรุงร่างกายให้แข็งแรงและใช้เป็นพืชอาหารพื้นบ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุขหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดทำคู่มือการใช้พืชสมุนไพรที่จำเป็นที่มีในชุมชน

เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และใช้พืชสมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองและชุมชน

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรรณรงค์/ส่งเสริม/สนับสนุนการปลูกพืชสมุนไพรเพื่อใช้ในครัวเรือนและสนับสนุนการสร้างกลุ่มเกษตรกรเพื่อสร้างรายได้แก่ชุมชน

3. ชุมชนควรจัดตั้งกลุ่มปลูกพืชสมุนไพรเชิงอนุรักษ์และพาณิชย์ และเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ภูมิปัญญาการใช้พืชสมุนไพรแก่เยาวชนรุ่นต่อไปในชุมชน

4. ผู้วิจัยควรนำผลการวิจัยในครั้งนี้พัฒนางานต่อยอดในลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อการขับเคลื่อนให้เกิดกลุ่มหรือเครือข่ายเกษตรกรในชุมชน รวมทั้งรณรงค์และส่งเสริมให้มีการปลูกไว้ใช้ในครัวเรือน และเชิงพาณิชย์เพื่อสร้างรายได้แก่ชุมชน

5. มหาวิทยาลัยหรือหน่วยงานสนับสนุนทุนวิจัยควรสนับสนุนทุนวิจัยในลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับชุมชน เพื่อขับเคลื่อนเศรษฐกิจชุมชนและเพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็ง

เอกสารอ้างอิง

1. วิสุทธิ์ ใบไม้, ธรรมชาติกับวัฒนธรรมและสังคมไทยในกระแสโลกาภิวัตน์, โครงการพัฒนา, กรุงเทพฯ : บริษัทเจริญวัฒนา เอ็กเพรส จำกัด, 2550.
2. สรจักร ศิริบริรักษ์..ศุขยอสมุนไพรเพื่อสุขภาพ, กรุงเทพฯ : ซีเอ็ดบุ๊คเซ็น, 2551
3. พรหมมินทร์ สายนาคร, 2554. การแปรรูปสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจชุมชนบนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง. ลำปาง : มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา.
4. เต็ม สมิตินันท์, ชื่อพรรณไม้แห่งประเทศไทย, พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพฯ : ส่วนพฤกษศาสตร์ป่าไม้ สำนักวิชาการป่าไม้ กรมป่าไม้, 2544.
5. รุ่งทิwa กองสอน. ความหลากหลายของพืชสมุนไพรและการใช้ประโยชน์ของชุมชน: กรณีศึกษา ป่าชุมชนโคกหินลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม, มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2551.
6. ยุทธนา ทองบุญเกื้อ, 2551. ความหลากหลายและการใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรในวนอุทยานถ้ำเพชร-ถ้ำทอง อำเภอตากลี จังหวัดนครสวรรค์, นครสวรรค์ : สำนักงานบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ 12 กรมอุทยานแห่งชาติสัตว์ป่าและพันธุ์พืช.
7. สุวิทย์ วรรณศรีและประจักษ์ บัวพันธ์, 2556. ความหลากหลายทางชีวภาพและการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรบริเวณพื้นที่ภูแฝงม้า อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์, เพชรบูรณ์ : มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกัน
สุขภาพ ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

LOCAL HEALTH SECURITY FUNDS MANAGEMENT BY HEALTH SECURITY FUNDS

COMMITTEE OF LOCAL GOVERNMENT ADMINISTRATION

IN PHON DISTRICT, KHON KAEN PROVINCE.

วนิดา คงแสง¹ ชนะพล ศรีฤๅชา²

Wanida Khongsae¹ Chanaphol Sriruecha²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross – Sectional Descriptive Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2559 จำนวน 208 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ แบ่งชั้น จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้ขนาดตัวอย่างครบจำนวน 133 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เจาะลึก ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อมีค่า IOC มากกว่า 0.5 ทดลองใช้ใน กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในอำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.96 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 7 เมษายน 2560 ถึง วันที่ 5 พฤษภาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติการวิเคราะห์เชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติวิเคราะห์ เชิงอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการสนับสนุนจากองค์กร และระดับการบริหารของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.97 (S.D. = 0.64) และค่าเฉลี่ย 3.91 (S.D. = 0.65) ตามลำดับ และพบว่า ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.855$, $p\text{-value} < 0.001$) การสนับสนุนจากองค์กรด้านวิธีการจัดการ ด้านงบประมาณ และด้านวัสดุอุปกรณ์ ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 74.0 จากการศึกษาครั้งนี้ ในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพควรมีวิธีการจัดการที่มีประสิทธิภาพและสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอเหมาะสมจะทำให้การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ประสบผลสำเร็จได้ในการดำเนินงานต่อไป

คำสำคัญ: กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ABSTRACT

This Cross-sectional descriptive study was aimed to study individual attributes and the organizational support affecting the local health security funds management of the Local Health Security Funds management by Health Security Funds committee of local government administration in Phon district, Khon Kaen. The population was 223 steering committee member of local health security funds management. And 133 samples were selected by Stratified random sampling and Simple Random Sampling technique. The validity was verified by 3 experts and the Chronbach's Alpha Coefficient of instrument was 0.96. Collected data during April 7, 2017 to May 5, 2017. The data was analyzed by statistic package programs. Descriptive statistics were used percentage, mean, standard deviation, median, minimum, maximum. Inferential analytical statistics, Pearson Product Moment Correlation Coefficient and Stepwise multiple regression, while the qualitative data were analyzed by content analysis.

¹ นักศึกษาสาขารัฐศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Result: It was found that the majority of sample was male (62.4%) with average age of varied between 41-50 years (54.1%) with average aged of 49.97 years old (S.D.=8.35). The youngest age was 32 years old, while the oldest was 72 years old. Ninety-one percent had status married. Their income was lowest through 10,000 baht (54.9%), while the average income was 14,644.47 baht (S.D.=11,718.14). Sixty-four point seven percent lower Bachelor's degree. Thirty-one point six percent of committee was village health volunteer. The average term of being the committee was 4.6 years (S.D.=2.3).

The findings showed that, as a whole, the level of organizational supports was high ($\bar{X}=3.97$, S.D. = 0.64). The overall fund management was also high ($\bar{X} = 3.91$, S.D. =0.65). The organizational supports had high positive relation with the local fund management was of the steering committee ($r=0.855$, $p\text{-value}<0.001$). There were 3 significant variables that predicted the performance of the steering committee; the organizational supports, method factor, money factor and material factor. These 3 factors could predict the performance as 74.0%. Most of the problem and obstacles found in this study were associated with the money factors and man factor.

Key words: Local Health Security Funds

บทนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2560-2564) มุ่งเน้นการจัดบริการทางสังคมให้ทุกคนตามสิทธิขั้นพื้นฐาน และเน้นการสร้างภูมิคุ้มกันระดับปัจเจก โดยพัฒนาระบบบริการสาธารณะให้มีคุณภาพและมีช่องทางการเข้าถึงอย่างหลากหลายโดยเฉพาะระบบบริการสาธารณสุข รวมถึงการจัดรูปแบบสวัสดิการพื้นฐานที่จำเป็นและเหมาะสมตามกลุ่มเป้าหมาย (Customized Welfare) ที่คำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกัน โดยมีแนวทางการรับภาระค่าใช้จ่ายร่วมกัน (Cost Sharing) ทั้งนี้ โดยการยกระดับการบริหารจัดการระบบสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความยั่งยืนในระยะยาว โดยพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการบริหารทรัพยากรด้านสาธารณสุข บูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้เกิดความเป็นเอกภาพในการบริหารจัดการและการใช้ทรัพยากร และส่งเสริมการอภิบาลระบบสุขภาพ ในรูปแบบเครือข่ายที่มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันเป็นศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Hub) รวมทั้งส่งเสริมการให้ความสำคัญกับมิติสุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะ (Health in All Policies) เพื่อให้การขับเคลื่อนนโยบายของทุกภาคส่วนตระหนักถึงผลกระทบของนโยบายสาธารณะที่มีต่อสุขภาพของประชาชน⁽¹⁾

การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีจุดเริ่มต้นจากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงาน

และบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ซึ่งสอดคล้องกับประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล การดำเนินการและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่⁽²⁾ ทั้งนี้ สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ได้กล่าวว่าบุคคลมีสิทธิได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสมสุขภาพของเด็กคนพิการคนสูงอายุคนด้อยโอกาสในสังคมและกลุ่มคนต่างๆ ที่มีความจำเพาะในเรื่องสุขภาพต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสม⁽³⁾

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนับเป็นหน่วยงานที่สำคัญในการประสานงานกับองค์กรและภาคีเครือข่ายอื่นๆ ในการร่วมกันค้นหาปัญหาและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ รวมถึงการร่วมกันวางแผน และส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาด้านสุขภาพสามารถติดตามผลการดำเนินงานให้เกิดเป็นรูปธรรมกับประชาชนมากที่สุด และกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่มีหน้าที่สนับสนุนให้ประชาชนในพื้นที่ได้แสดงบทบาทในการพึ่งตนเองในด้านสุขภาพ และส่งเสริมให้บุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่ได้แสดงบทบาทในการ

สนับสนุนให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองและร่วมแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นนั้นได้มีผู้ที่ทำวิจัยที่เกี่ยวข้องคือ ภาพรวมระดับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพอยู่ในระดับมาก⁽⁴⁾ และภาพรวมของการบริหารกองทุนสุขภาพอยู่ในระดับสูง⁽⁵⁾ เมื่อพิจารณาารายด้าน พบว่า ด้านการจัดทำสรุปผลการดำเนินงานมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดรองลงมา คือ การจัดทำข้อมูลและแผนการดำเนินการที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุข และการปฏิบัติงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ภาพรวมอยู่ในระดับมาก⁽⁶⁾

ในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้นั้น คุณลักษณะส่วนบุคคลของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติงาน ซึ่ง Schermerhorn, Hunt, & Osborn (2003)⁽⁷⁾ ได้อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ร่วมกับความพยายามในการทำงาน และการสนับสนุนจากองค์กร ซึ่งการสนับสนุนจากองค์กร ประกอบด้วย คน เงิน วัสดุสิ่งของ และวิธีการจัดการ⁽⁸⁾ การสนับสนุนจากองค์กรนั้นได้มีผู้ทำวิจัยพบว่าปัจจัยการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับมากทางบวกกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนปัญหาที่พบ คือ ปัจจัยการบริหารด้านกำลังคน^(4,5) และพบว่า ภาพรวมของปัจจัยการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามโปรแกรมบริหารจัดการกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพของเจ้าหน้าที่กองทุนระบบวัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

หลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี⁽⁹⁾ ปัจจัยด้านบุคลากร ด้านการบริหารจัดการ ด้านงบประมาณ และด้านวัสดุอุปกรณ์ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอมุมแพ จังหวัดขอนแก่น⁽⁶⁾

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 13 แห่ง ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบล 12 แห่ง และเทศบาลเมือง 1 แห่ง ซึ่งทุกแห่งเข้าร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ทั้งหมดจากผลการประเมินและติดตามผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ 2559 นั้น พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน คือ การจัดทำแผนงาน โครงการ การบริหารงบประมาณและรายงานการเงิน การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ และการประเมินติดตามผลการดำเนินงาน ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลให้การบริหารงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

ดังนั้น จากปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น โดยศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 208 คน (สำนักงานสาธารณสุข อำเภอพล, 2559)

กลุ่มตัวอย่าง

1) กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณ ขนาดตัวอย่างของอรุณ จิรวัดกุล (2550) ดังนี้

สูตร

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{e^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}$$

ได้ขนาดตัวอย่าง 133 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) เป็นการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม ประชากรของแต่ละกลุ่ม โดยจำแนกคณะกรรมการ กองทุนออกเป็น 9 กลุ่ม ตามตำแหน่ง จากนั้นใช้วิธีการ สุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับ ฉลากออกแบบไม่ใส่คืนตามจำนวนที่กำหนดในแต่ละ ชั้นตามสัดส่วนที่คำนวณไว้เพื่อให้เหลือขนาดตัวอย่าง จำนวน 133 คน

2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการกองทุน หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ที่เป็นผู้รู้เรื่องราวหรือสามารถให้ข้อมูล สำคัญได้เป็นอย่างดี ดังตาราง 1

ตาราง 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามและในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

กลุ่ม	ตำแหน่ง	ประชากร (คน)	ตัวอย่าง ตอบแบบสอบถาม(คน)	ตัวอย่างในการสัมภาษณ์แบบ เจาะลึก(คน)
1	ประธานกรรมการ	13	8	1
2	รองประธานกรรมการ	26	17	1
3	สมาชิกสภา	26	17	1
4	หัวหน้าหน่วยปฐมภูมิ	13	8	1
5	อาสาสมัครสาธารณสุข	26	17	1
6	ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชน	65	42	1
7	ผู้แทนศูนย์ประสานงาน	13	8	1
8	เลขานุการ	13	8	1
9	ผู้ช่วยเลขานุการ	13	8	1
	รวม	208	133	9

การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของ เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการ ศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีทั้งหมด 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire)

ประกอบด้วยข้อมูลทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็น

คำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็น คำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์กร ส่วนที่ 3 เป็น แบบสอบถามเกี่ยวกับการบริหารกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของคณะกรรมการกองทุน หลักประกันสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอ พล จังหวัดขอนแก่น และ ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ แผลผลโดยการนำมา

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

จัดระดับ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยได้ ดังนี้ (สำเร็จ จันทรสุวรรณ และสุวรรณ บัวทวน, 2547)

ระดับ	ช่วงคะแนน
มากที่สุด	4.50-5.00
มาก	3.50-4.49
ปานกลาง	2.50-3.49
น้อย	1.50-2.49
น้อยที่สุด	1.00-1.49

ชุดที่ 2 แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) มีทั้งหมด 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์กร และส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึกซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่าทุกข้อมีค่า IOC มากกว่า 0.50 ได้ทดลองใช้ (Try Out) จำนวน 30 คน ที่อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.96

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติการวิเคราะห์เชิงในการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) กรณีเป็นข้อมูลต่อเนื่องเมื่อแจกแจงจัดกลุ่มแล้ว ใช้สถิติแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient หรือการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สถิติ Stepwise Multiple Linear

Regression Analysis กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยื่นขออนุมัติจริยธรรมต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อขอรับการพิจารณาและได้รับการรับรองเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2560 เลขที่ HE 602055 และได้เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 7 มีนาคม 2560 ถึง วันที่ 5 เมษายน 2560

สรุปและอภิปรายผล

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 62.4 อายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 45.1 อายุเฉลี่ย 49.97 ปี (S.D. = 8.35 ปี) อายุต่ำสุด 32 ปี อายุสูงสุด 72 ปี สถานภาพสมรสส่วนมากสถานภาพคู่ จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 91.0 รายได้ส่วนมากต่ำกว่า 10,000 บาท รายได้สูงสุด 65,000 บาท รายได้ต่ำสุด 600 บาท ค่ามัธยฐาน 10,000 บาท ระดับการศึกษาส่วนมากต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 64.7 ตำแหน่ง ส่วนมากมาจากผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชน จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 31.6 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ระหว่าง 1-5 ปี จำนวน 96 คน ระยะเวลาในการเป็นกรรมการกองทุนสูงสุด 9 ปี ต่ำสุด 1 ปี ค่ามัธยฐาน 4 ปี

2. ระดับการสนับสนุนจากองค์กรที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ได้รับ พบว่า ในภาพรวมมีระดับการสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.97 (S.D. = 0.64) -สอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล จิตธรรมา, และชนะพล ศรีฤาชา (2558) พบว่า ภาพรวมของการสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.70 (S.D. = 0.50) กับ การปฏิบัติงานตามมาตรฐานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ จังหวัดอุดรธานี เช่นเดียวกับ

การศึกษาของ อนนก นนทะมาตย์ และชนะพล ศรีฤาชา (2558) พบว่า ภาพรวมระดับปัจจัยการบริหารอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.79, S.D.=0.45) กับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เช่นเดียวกับการศึกษาของสมหมาย ชาน้อย และ ชนะพล ศรีฤาชา (2558) พบว่า ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.74, S.D.=0.62) กับการใช้โปรแกรมระบบฐานข้อมูล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยบริการปฐมภูมิ (JHCIS) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น เช่นเดียวกับการศึกษาของนพพล สิทธิวงษ์ และชัญญา อภิบาลกุล(2557) ภาพรวมระดับปัจจัยทางการบริหารอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.44, S.D.=0.47) กับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดเพชรบูรณ์ เช่นเดียวกับการศึกษาของกัลยาพร ภูจิตทอง, ประจักษ์ บัวผัน และ พรทิพย์ คำพอ (2556) พบว่าการสนับสนุนจากองค์กรโดยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.20, S.D.=0.36) กับการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในองค์กรบริหารส่วนตำบล อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

เช่นเดียวกับการศึกษาของ วรพรรณ บุญมี, และชนะพล ศรีฤาชา (2555) พบว่า ภาพรวมของปัจจัยทางการบริหารประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.59 (S.D. = 0.58) กับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งสอดคล้องในระดับที่ต่างกับการศึกษาของสมหมาย คำพิจิต, และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี (2555) พบว่า ภาพรวมปัจจัยทางการบริหารอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.53 (S.D.=0.41) เช่นเดียวกับสุวรรณ โคตรชุม, และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี (2553) พบว่า ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรโดยรวม ประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านบริหารอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.79 (S.D.=0.42) ใน การปฏิบัติงานควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น

3. ระดับการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการแปลผลระดับการบริหารกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

การบริหารงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ	Mean	S.D.	การแปลผล
1. ด้านการจัดทำแผนงานโครงการ	3.99	0.74	มาก
2. ด้านการบริหารงบประมาณและรายงานทางการเงิน	4.03	0.65	มาก
3. ด้านการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ	3.68	0.83	มาก
4. ด้านการติดตามประเมินผล	3.94	0.72	มาก
ภาพรวมของการบริหารงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ	3.91	0.65	มาก

จากตาราง 2 พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.91 (S.D. = 0.65) สอดคล้องกับการศึกษา

ของอนนก นนทะมาตย์ และชนะพล ศรีฤาชา (2558) พบว่า ระดับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย

3.83 (S.D. = 0.49) ในการปฏิบัติงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เช่นเดียวกับการศึกษาของวรรณ บุญมี และชนะพล ศรีฤาชา (2555) พบว่า ภาพรวมการปฏิบัติของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.72 (S.D. = 0.65) เช่นเดียวกับการศึกษาประนอม ชันทะ และประจักษ์ บัวผัน (2553) พบว่า ในภาพรวมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของรัตนกร พลโพธิ์ และพิระศักดิ์ ศรีฤาชา (2553) พบว่า ภาพรวมการปฏิบัติงานของกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมากซึ่งสอดคล้องในรับที่ต่างจากการศึกษาของของชาญศักดิ์ วิจิต และประจักษ์ บัวผัน (2553) ภาพรวมการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดหนองคายอยู่ในระดับ ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.39 (S.D.= 0.52) ของธีระวัฒน์ วีระพันธ์ (2552) พบว่า ภาพรวมการปฏิบัติงานด้านการบริหารงานของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเขตพัฒนาสาธารณสุขที่ 2 จังหวัดอุบลราชธานี อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.00 (S.D.=0.46)

4. ความสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การกับการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอลาด จังหวัดขอนแก่น

4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรสในปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา ตำแหน่งในกองทุนหลักประกันสุขภาพ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอลาด จังหวัดขอนแก่น

4.2 การสนับสนุนจากองค์การ พบว่า ภาพรวมของการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอลาด จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.855$, $p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของเอนก นนทะมาตย์ และชนะพล ศรีฤาชา (2558) พบว่า ภาพรวมของปัจจัยการบริหาร ประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านวิธีการจัดการ มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ($r = 0.833$, $p\text{-value} < 0.001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของวรรณ บุญมี และชนะพล ศรีฤาชา (2555) พบว่า ภาพรวมของปัจจัยทางการบริหารประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ($r = 0.824$, $p\text{-value} < 0.001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของสมหมาย คำพิชิต และวิทัศน์ จันทโรโพธิ์ศรี (2555) พบว่า ภาพรวมปัจจัยทางการบริหาร ประกอบด้วย ด้านการใช้เวลา ด้านการบริหาร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านบุคลากร มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดำเนินงานข้อมูลสารสนเทศของผู้รับผิดชอบงานข้อมูลสารสนเทศในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม ($r = 0.795$, $p\text{-value} < 0.001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ รัตนกร พลโพธิ์ และพิระศักดิ์ ศรีฤาชา (2553) พบว่าการสนับสนุนจากองค์การภาพรวมประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านการบริหารจัดการ ด้านงบประมาณ และด้านวัสดุอุปกรณ์มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดขอนแก่น ($r = 0.719$, $p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของญาณิน หนองหารพิทักษ์ และประจักษ์ บัวผัน (2555) พบว่าภาพรวมของปัจจัยทางการบริหาร ประกอบด้วย ด้านกำลังคน ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านขวัญกำลังใจใน

การทำงานและด้านเวลาที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ($r=0.583$, $p\text{-value}<0.001$) สุวรรณ โคตรชุม และวิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี (2553) พบว่า ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรโดยรวม ประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานควบคุม

การระบาดของโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น ($r=0.601$, $p\text{-value}<0.001$)

5. คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอลาด จังหวัดขอนแก่น ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าสถิติการวิเคราะห์หาค่าความเหมาะสมแบบขั้นตอนของการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอลาด จังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	B	Beta	t	P-value	R	R ²	R ² Change
1.การสนับสนุนจากองค์กร ด้านวิธีการจัดการ	0.342	0.383	3.671	<0.001	0.833	0.693	-
2.การสนับสนุนจากองค์กร ด้านงบประมาณ	0.348	0.355	3.933	<0.001	0.855	0.731	0.038
3.การสนับสนุนจากองค์กร ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.158	0.173	3.116	0.036	0.861	0.740	0.009
ค่าคงที่ = 0.514, F = 122.680, P-value <0.001, R=0.861, R ² = 0.740, R ² _{adj} = 0.734							

จากตาราง 3 พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอลาด จังหวัดขอนแก่น และถูกนำเข้าสมการนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เรียงตามลำดับ ดังนี้ ด้านวิธีการจัดการ ($p\text{-value}<0.001$) ด้านงบประมาณ ($p\text{-value}<0.001$) และด้านวัสดุอุปกรณ์ ($p\text{-value}=0.036$) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอลาด จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 74.0

สรุปได้ว่า ความสามารถในการร่วมพยากรณ์การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพใน

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอลาด จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 3 ตัวแปร คือ การสนับสนุนจากองค์กรด้านวิธีการจัดการ ด้านงบประมาณ และด้านวัสดุอุปกรณ์ ได้ร้อยละ 74.0 โดยผลการศึกษาในครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของของเอนก นนทะมัตย์ และชนะพล ศรีฤาชา (2558) พบว่า ภาพรวมของปัจจัยการบริหาร ประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านวิธีการจัดการ สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ร้อยละ 70.7 เช่นเดียวกับการศึกษาของวรรณ บุญมี และชนะพล ศรีฤาชา (2555) พบว่า ภาพรวมของปัจจัยทางการบริหารประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ได้ร้อยละ 75.3 เช่นเดียวกับการศึกษาของ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

สมหมาย คำพิชิตและวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี (2555) พบว่า ภาพรวมปัจจัยทางการบริหาร ประกอบด้วย ด้านการ ใ้ เวลา ด้านการบริหาร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านบุคลากร สามารถพยากรณ์การดำเนินงานข้อมูล สารสนเทศของผู้รับผิดชอบงานข้อมูลสารสนเทศใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม ได้ร้อยละ 76.0

ดังนั้น ในการบริหารกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของคณะกรรมการ กองทุนหลักประกันสุขภาพในองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ควรพิจารณาการ สนับสนุนจากองค์กรให้เหมาะสม โดยเฉพาะด้าน วิธีการจัดการ ด้านงบประมาณ และด้านวัสดุอุปกรณ์ เรียงตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ต้องสนับสนุนคณะกรรมการกองทุน หลักประกันสุขภาพในด้านวิธีการจัดการ โดยกำหนด บทบาทหน้าที่และมอบหมายงานเป็นลายลักษณ์อักษรให้ ชัดเจน เพื่อให้คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ฝ่ายต่างๆ สามารถดำเนินถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม

1.2 ต้องสนับสนุนคณะกรรมการกองทุน หลักประกันสุขภาพในด้านงบประมาณ โดยการควบคุม กำกับและติดตามประเมินผลการใช้จ่ายงบประมาณ กองทุนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การบริหารงานกองทุนเกิด ความเหมาะสมและต่อเนื่อง

1.3 ต้องสนับสนุนคณะกรรมการกองทุน หลักประกันสุขภาพในด้านงบประมาณ โดยการกำหนด แนวทางในการใช้จ่ายงบประมาณในการดำเนินงาน

เพื่อให้เกิดความรัดกุม รอบคอบ และเป็นไปอย่าง ประหยัด

1.4 ต้องสนับสนุนคณะกรรมการกองทุน หลักประกันสุขภาพในด้านวัสดุอุปกรณ์ โดยจัดสรร งบประมาณสำหรับซ่อมบำรุงวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นใน การปฏิบัติงาน เพื่อให้มีวัสดุอุปกรณ์สำหรับใช้งานได้ ตลอดเวลาตามกิจกรรมที่จัดให้มีขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษา การวางแผนการจัดการทรัพยากร ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสม ในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่

2.2 ควรศึกษา การควบคุมกำกับและติดตาม ประเมินผลการใช้จ่ายงบประมาณกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของคณะกรรมการกองทุน หลักประกันสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ชนะพล ศรีฤาชา รองศาสตราจารย์ ดร.ประจักษ์ บัว ผ้น ประธานกรรมการบริหารหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข สุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น และอาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินธร จังหวัดขอนแก่น กรรมการสอบป้องกันการศึกษา อิศระ นายสันต์ บุญหล้า รองปลัดเทศบาลเมืองเมืองพล นายบุญถม ชัยญวน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สาธารณสุขอำเภอพล และ ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ ๙ ผู้เชี่ยวชาญตรวจ สอบเครื่องมือ

เอกสารอ้างอิง

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2550). สถิติสำหรับงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กัลยาพร ภูจิตทอง, ประจักษ์ บัวผ้น และพรทิพย์ คำพอ. (2556). การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในองค์กรบริหารส่วนตำบล อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสาร วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 6(1), 85-95.

- จริญญ ทองอนก, และ ประจักษ์ บัวผัน. (2557). สุนทรียทักษะผู้นำที่มีผลต่อบทบาทในการควบคุมกำกับกำกับการดำเนินงานตามโครงการของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดร้อยเอ็ด. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**; 7(2): 218-229.
- จารุกิตติ์ นาคคำ, และชนะพล ศรีฤาชา. (2557). ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการรายงานข้อมูลสุขภาพระดับปฐมภูมิของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชัยภูมิ. **วารสารสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น**, 21(1), 1-13.
- จิรัฐติกา นาคอก, และประจักษ์ บัวผัน (2553). การบริหารงานพัสดุของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข (บศ.)**, 10(4), 27-36.
- จิรัฐดา บัวผัน, ประจักษ์ บัวผัน, และพรทิพย์ คำพอ. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนในเขตสาธารณสุขที่ 12. **วารสารวิจัย มข**, 16(6), 679-692.
- ชาญศักดิ์ วิจิต, และประจักษ์ บัวผัน. (2553). การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. **วารสารวิจัย มข (บศ.)**, 10(2), 18-29.
- ญาณิน หนองหารพิทักษ์, และประจักษ์ บัวผัน. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี. **วารสารวิจัย มข (บศ.)**, 13(1), 99-111.
9. ถนัด งามสนิท, และประจักษ์ บัวผัน. (2556). การปฏิบัติงานตามโปรแกรมบริหารจัดการกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพของเจ้าหน้าที่กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี. **วารสารวิจัย มข (บศ.)**, 13(1), 63-75.
8. ทองหล่อ เดชไทย. (2545). **หลักการบริหารสาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์.
- ธรรมบุญ บุญจันทร์, และวิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี. (2556). ลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. **วารสารสาธารณสุขขอนแก่น**; 25(293): 30-33.
- ธีระวัฒน์ วีระพันธ์. (2552). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านการบริหารงานของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเขตพัฒนาสาธารณสุขที่ 2 จังหวัดอุบลราชธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นพพล สีหะวงษ์, และชาญญา อภิบาลกุล (2557). ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดเพชรบูรณ์. **การประชุมเชิงวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2557**. มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์. 13-21.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2553). **การวิจัยเบื้องต้น**. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2553). **การเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์**. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว.
- ประจักษ์ บัวผัน. (2558). **หลักการบริหารสาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประนอม ชันทะ, และประจักษ์ บัวผัน. (2553). การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. **รายงานการศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**.
- ปลุวัชร อาจโยธา, และชนะพล ศรีฤาชา (2559). ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว เครือข่ายระดับตำบลพื้นที่ติดชายแดนแม่น้ำโขง จังหวัดมุกดาหาร. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. 10(1).

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

- พรพิมล จิตธรรมมา, และชนะพล ศรีฤทธา. (2558). การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอจังหวัดอุดรธานี. *วารสารสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น*, 22(1), 9-21.
- พุทธรชัย มาลัย, และประจักษ์ บัวผัน. (2553). การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการบริหารโครงการสุขภาพของหัวหน้าสถานีอนามัยในจังหวัดชัยภูมิ. *วารสารวิจัย มข (บศ.)*, 15(6), 475-486.
- มยุรี สุวรรณโคตร, และไพรัชศักดิ์ ศรีฤทธา. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานกองทุนพัฒนาสุขภาพในจังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. (3).
- รติ บุญมาก, และประจักษ์ บัวผัน. (2551). แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารวิจัย มข (บศ.)*, 8(3), 75-82.
- รังสรรค์ แสงโทโป, และชนะพล ศรีฤทธา. (2559). แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535ของเจ้าหน้าที่รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*. 10(2).
6. รัตนกร พลโพธิ์, และไพรัชศักดิ์ ศรีฤทธา. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. *คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.
- วรรณดดา กลิ่นแก้ว, และไพรัชศักดิ์ ศรีฤทธา. (2552). ปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัย มข (บศ.)*, 9(3), 28-41.
5. วรพรรณ บุญมี, และชนะพล ศรีฤทธา. (2556). ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 6(2), 11-12
- วันดี บุญหล้า, และประจักษ์ บัวผัน. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักบริหารงานสาธารณสุขในเทศบาล เขตสาธารณสุขที่12. *วารสารวิจัย มข*, 16(6), 693-705.
- วิภาวรรณ อริยานนท์ และคณะ. (2544). *ความสามารถพื้นฐานทางด้านการบริการ*. กรุงเทพฯ: วิจิตรหัตถการ.
- ศิริณี เสนานุช, และประจักษ์ บัวผัน. (2560). แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*. (10)1.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ. (2541). *พฤติกรรมองค์การ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมคิด บางโม. (2547). *หลักการจัดการ*. กรุงเทพฯ: นานาอักษรการพิมพ์.
- สมยศ นาวิการ. (2536). *การบริหาร*. กรุงเทพฯ: ดอกหญ้าการพิมพ์.
- สมหมาย คำพิชิต, และวิทัศน์ จันทโรทัยศรี. (2556). คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานข้อมูลสารสนเทศของผู้รับผิดชอบงานข้อมูลสารสนเทศในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 6(1), 21-29.
- สมหมาย ชาน้อย, และชนะพล ศรีฤทธา. (2558). ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการใช้โปรแกรมระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 7(3), 129-136.
- สมาน รังสิโยกฤษฎ์. (2535). *ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล*. พิมพ์ครั้งที่ 17. กรุงเทพฯ: สวัสดิการสำนัก ก.พ.

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2558). **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12**. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพล. (2559). **สรุปผลการติดตามประเมินกองทุนตำบล อำเภอพล**.ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพล.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต 7 ขอนแก่น. (2559). **คู่มือหลักประกันสุขภาพ เขต 7 ขอนแก่น**. ขอนแก่น: สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต 7 ขอนแก่น.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2551). **คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2551**. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). **คู่มือการปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่**. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). **คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2557**. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สำเริง จันทรสุวรรณ, และสุวรรณ บัวทวน. (2547). **สถิติสำหรับกาวิจัยทางสังคมศาสตร์**. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สิทธิพร นามมา และสุรศักดิ์ ช้องปรง (2557) การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดมหาสารคาม. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น**, 21(2), 20-32.
- สิทธิพร นามมา, และประจักษ์ บัวผัน. (2552). การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น**, 16(4), 41-52.
- สิทธิศักดิ์ แก้วโพนเพ็ก, และประจักษ์ บัวผัน. (2559). คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักบริหารงานสาธารณสุขในเทศบาล จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข (บศ.)**, 15(4), 74-87.
- สุกัญญา มีกำลัง, และประจักษ์ บัวผัน (2553). ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการประเมินผลของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์. **วารสารวิจัย มข (บศ.)**, 10(3), 75-88.
- สุจิตรา สายแก้ว, และพรทิพย์ คำพอ (2556). การพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลหนองบัวลาย อำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**, 6(3), 55-65.
- สุวรรณ โคตรชุม, และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพ จังหวัดขอนแก่น. **วารสารสำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 6 ขอนแก่น**, 18(1).
- เสกสรร สองจันทร์, และประจักษ์ บัวผัน. (2554). การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสุเมธ อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุดรธานี. **วารสารวิจัย มข (บศ.)**, 16(6), 728-736.
4. อเนก นนทะมาตย์, และชนะพล ศรีฤาชา. (2558). ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**, 7(3), 146-154.

- อรรถวิทย์ ปลัดพรหม, และชนะพล ศรีฤชา (2559). การสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในจังหวัดหนองคาย. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. 10(1).
- อรุณ จิรวัดนกุล. (2550). **ชีวิตรัตติ**. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวิตรัตติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรุณ บุญมาก. (2538). ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับทรัพยากรสาธารณสุข. ใน สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. **เอกสารการสอนชุดวิชาการบริหารสาธารณสุขทั่วไป**. (หน้า 1-55). พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- อาคม ปัญญาแก้ว, และประจักษ์ บัวพันธ์. (2554). ปัจจัยการบริหารองค์กรที่มีผลต่อสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัยเขตโซนเหนือจังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข (บค.)**, 16(7), 855-863.
- อาทิตย์ เทียงธรรม, และชนะพล ศรีฤชา (2559). ปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานด้านระบบฐานข้อมูลสุขภาพ HOSxP PCU ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. 10(1).
- อุเทน จินโรจน์, และวิทัศน์ จันทโรศรี. (2557). ลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยในการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม. **วารสารสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น**, 21(1), 63-74.
- Blumberg, M. & Pringle, C.D. (1982). The missing opportunity in organizational research: Some implications for a theory of work performance. **Academy of Management Review**, 7(4), 560-569.
- Cronbach, J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure or test. **Psychometrika**, 16(3), 297-334.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organization support. **Journal of Applied Psychology**, 71(3), 500-507.
- Elifson, K.W. (1990). **Fundamentals of Social Statistics**. 2nd ed. New York: McGraw-Hill.
- Koontz, H., & O'Donell, C. (1993). **Principle of management: An analysis of managerial function**. 5th ed. New York: McGraw-Hill.
- Likert, R. (1967). **The human organization: Its management and value**. New York: McGraw-Hill.
7. Schermerhorn, J.R., Hunt, J.G., & Osborn, R.N. (2003). **Organizational behavior**. 8th ed. Danver, MA: Wiley.
- Wehrich, H., & Koontz, H. (1993). **Management: A global perspective**. 10th ed. New York: McGraw-Hill.

พฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยแถลง
จังหวัดนครราชสีมา

Foot Care Behaviors of Type 2 Diabetic Patients Attending at Diabetic Clinical in Huaithalaeng
Hospital Nakorn Ratchasima Province

เนตรนภา พลพิชิต¹, วิพร เสนารักษ์²

Natenapa Polpichit¹, Wiporn Senarak²

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 178 คนเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล*2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลที่เท้า 3) พฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 – ธันวาคม พ.ศ. 2559 ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.60) มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 68.53) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 60.10) สำหรับพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมพบว่ามีเหมาะสมและปฏิบัติสม่ำเสมอ โดยพฤติกรรมการดูแลเท้าได้ดี คือ ก่อนสวมรองเท้าจะตรวจสอบเท้าในรองเท้า พร้อมทั้งเคาะรองเท้าก่อน การเลือกรองเท้าที่สวมใส่สบาย ร้อยละ 98.90 และมีการสวมรองเท้าทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้าน ร้อยละ 97.80 ในขณะที่ พฤติกรรมในเชิงลบ ยังพบว่า เมื่อมีตาปลา หรือหนังแข็ง ร้อยละ 82.00 ของตัวอย่างจะใช้ของมีคมตัดออก ร้อยละ 82.00 และมีพฤติกรรมการนั่งยองหรือนั่งพับเพียบเป็นเวลานาน ๆ ร้อยละ 48.90

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลเท้า, โรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This purpose of this descriptive research was to study foot care behaviors of type 2 diabetic patients attending at diabetic clinic in Huaithalaeng hospital, Nakhon Ratchasima province. The sample were composed of 178 patients with type 2 diabetes who was attended at the medical out-patient diabetes clinic in Huaithalaeng hospital, Nakhon Ratchasima province. The Collecting data instruments were a demographic questionnaire, foot care behavior questionnaire, and foot assessment form which asking and assessing skin including foot conditions. The reliability of the instrument was 0.85. (Cronbach's Alpha Coefficient). The data was analyzed using descriptive statistics such as frequencies, percentages, means and standard deviations. The majority of the samples were female (82.60 %) and the mean age was 54.45 years old. More than half of the samples were farmers (60.10 %), duration of diabetes was less than ten years (68.53 %). The overall mean score of foot care behaviors was at a good level in term of looking for foreign body inside shoes and use comfortable shoe (98.90). However, there was about 82.00% of sample were found some negative foot care behaviors such as using knife cutting hard foot sole, cutting toe nail in the wrong way. Given results of this study, nurses and health care providers should aware of foot care promotion behaviors, implement the result for the patient program for education can enhancement of foot care behaviors, particularly, foot assessment including negative foot care behaviors to prevent complications in the foot.

Keywords: foot care Behaviors, type 2 Diabetic

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ดร.สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข ทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก ประมาณการณั้จะมีผู้ป่วยจำนวน 415 ล้านคน ในปี 2015 และเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน ในปี 2040 สำหรับในประเทศไทย พบว่า ความชุกของโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.9^(1,2) เบาหวาน เมื่อเป็นโรคนี้ในระยะเวลาอันจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่ตา หัวใจ ไต เท้า โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ยิ่งยาวนานและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี ยิ่งมีเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนก็จะมากขึ้น^(3,4) โดยเฉพาะการเกิดแผลที่เท้า ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังสำคัญที่พบบ่อยการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นผลจากความผิดปกติของเส้นประสาทและหลอดเลือดแดงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือร่วมกัน การเสื่อมของประสาทส่วนปลายเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุด และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดแผล^(3,5)

อุบัติการณ์ของการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดพบสูงถึงร้อยละ 25⁽⁶⁾ ส่วนในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติมีแผลมาก่อนมีโอกาสดังกล่าวซ้ำภายใน 5 ปีประมาณร้อยละ 70 ซึ่งการเกิดแผลจะนำไปสู่การที่ผู้ป่วยต้องถูกตัดเท้าได้ ซึ่งจากการสำรวจคนไทยที่เป็นโรคเบาหวานพบว่า มีอัตราการความชุกของการถูกตัดเท้าร้อยละ 14⁽⁶⁾ กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานต่างๆ เล็งเห็นความสำคัญในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า จึงร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ความเข้าใจและนำแนวทางไปใช้เพื่อป้องกันการถูกตัดขา ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานต้องได้รับการคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้า และสอนวิธีดูแลสุขภาพเท้าด้วยตนเอง⁽⁷⁾ ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมีโอกาสดังกล่าวซ้ำได้มากกว่ากลุ่มอื่น ทั้งนี้เพราะความเสี่ยงของระบบประสาทและหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้การรับรู้สัมผัสการสัมผัสเสียดแรงกดและการรับรู้ตำแหน่ง (tactile sensation) บริเวณเท้าลดลง อีกทั้ง ผู้ป่วยเบาหวานอาจมีปัญหาลำไส้ประสาทตาเสื่อมจากโรคเบาหวาน จึงทำให้มีกิจกรรม

ทางกายน้อยและน้ำหนักเกิน ทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่ดี ประกอบกับการมีน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้เกิดเลือดเกาะตัวกันมากขึ้นซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดแผลที่เท้า การติดเชื้อและการถูกตัดขาในที่สุด การเกิดแผลเบาหวานที่เท้า มีผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยเบาหวาน และระบบบริการสุขภาพ ในด้านผู้ป่วย ทำให้สูญเสียบทบาทหน้าที่ และเกิดปัญหาด้านจิตใจ รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง โดยเฉพาะในรายที่มีความพิการเนื่องจากถูกตัดขา มีการสูญเสียภาพลักษณ์และความสามารถในการดูแลตนเองลดลงเกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่น และมีภาวะซึมเศร้า⁽⁸⁾

ในปี 2556, 2557 และ ปี 2558 คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยแถลง มีผู้ป่วยที่เป็นแผลเบาหวานที่เท้าจำนวน 9 ราย 12 ราย และ 30 ราย มีวันนอนเฉลี่ย 17 – 18 วัน คิดค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 24,182 บาท ต่อราย การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานในปี 2558 พบผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าถึงร้อยละ 92.27 โดยจำแนกเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง จำนวน 41 ราย (ร้อยละ 2.32) กลุ่มเสี่ยงปานกลาง จำนวน 102 ราย (ร้อยละ 5.80) และกลุ่มเสี่ยงเล็กน้อย จำนวน 1,481 ราย (ร้อยละ 84.15) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบผู้ป่วยที่มีปัญหาแผลเบาหวานที่เท้า จำนวน 116 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.9 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 30 ราย และต้องส่งต่อไปที่โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 8 ราย (ในจำนวนนี้ต้องเข้ารับการรักษาดูแลเท้าด้วยการตัดนิ้วเท้า หรือตัดเท้า 5 ราย) ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิก ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า ทั่วๆ ที่ได้รับการดูแลตามแนวเวชปฏิบัติที่กำหนด

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาพฤติกรรมและการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยแถลง อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาพฤติกรรมและการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลห้วยแถลง อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา ทั้งหมด 1,624 ราย โดยจำแนกตามผลการตรวจเท้าตามระดับความเสี่ยง แบ่งเป็น 3 ระดับ

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยนำชื่อของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ มาจับฉลากแบบไม่แทนที่ โดยคิดร้อยละ 10 จากผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา ตามระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าจนครบ จำนวน 178 คน ซึ่งได้จากการคำนวณจากสูตรของ Parel et al. (1973)⁽⁹⁾ และทราบจำนวนประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ศึกษาได้ใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของสมเพียร ประภาการ (2552)⁽¹⁰⁾ ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้วค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของแบบประเมินพฤติกรรมดูแลเท้าที่เสี่ยงต่อการเกิดแผล เท่ากับ 0.92 และผู้ศึกษาได้นำแบบทดสอบมาใช้สอบถามกับผู้ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่า 0.85 ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว
2. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า ประกอบด้วย ข้อมูล 3 ด้าน คือ สภาวะเท้าแบบบันทึกลักษณะและสภาพเท้าได้แก่หนังเท้าหนา ตาปลา นิ้วเท้าจิก เท้าผิดรูปโดยลักษณะคำถามจำนวน 10 ข้อตอบว่าใช่และไม่ใช่โดยถ้าตรวจไม่พบความผิดปกติข้างต้นให้บันทึกว่าปกติถ้าตรวจพบความผิดปกติให้ลงบันทึกว่าผิดปกติการไหลเวียนเลือดคำถามมี 7 ข้อ โดยการบันทึกผลการคลำชีพจรตำแหน่ง dorsalispedis และ posterior tibialis ถ้าคลำพบชีพจรให้บันทึกว่าปกติถ้าคลำไม่พบชีพจรให้บันทึกว่าผิดปกติ ประสาธน์ความรู้สึกร่องมือที่ใช้ในการประเมินประสาธน์ความรู้สึกร่องเท้า คือ Monofilament ที่มีขนาด

แรงกด 10 กรัมสูญเสียประสาธน์ความรู้สึกร่อง 0 – 5 ตำแหน่ง หมายถึง เท้าปกติ, 6 – 8 ความเสี่ยงต่ำ, 9 – 10 ตำแหน่ง ความเสี่ยงปานกลาง, 11 – 12 ตำแหน่ง ความเสี่ยงสูง, 13 – 20 ตำแหน่ง ความเสี่ยงสูงมาก

3. พฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานการแปลผลแบบประเมินพฤติกรรมคะแนนพฤติกรรมดูแลเท้า เป็นคะแนนรวมจากแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับ มีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 17 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 85 คะแนน นำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามหารด้วยจำนวนข้อแบบสอบถาม เป็นคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลเท้า จำแนกระดับความเสี่ยงตามคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลเท้า ดังนี้ 1.00 – 1.49 พฤติกรรมการดูแลเท้าเหมาะสมน้อยที่สุด, 1.50 – 2.49 พฤติกรรมการดูแลเท้าเหมาะสมน้อย, 2.50 – 3.49 พฤติกรรมการดูแลเท้าเหมาะสมปานกลาง, 3.50 – 4.49 พฤติกรรมการดูแลเท้าเหมาะสมมาก, 4.50 – 5.00 พฤติกรรมการดูแลเท้าเหมาะสมมากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่เก็บรวบรวม จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทางประชากรและภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เพศหญิงเป็นส่วนใหญ่ อายุต่ำสุด 35 ปี อายุสูงสุด 60 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4206.74 บาทและมีเพียง 8 คน ที่มีประวัติสูบบุหรี่ ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เกินครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่าง เป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 10 ปี มีระดับน้ำตาลในเลือดประมาณครั้งหนึ่ง มี FPG ย้อนหลัง 3 เดือน สูงกว่า 141 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจ Hemoglobin A1C อย่างต่อเนื่อง จำนวน 124 ราย (ร้อยละ 69.66) โดยมีผลการตรวจ HbA1C ≥ 7 ร้อยละ 59.57 ลักษณะของร่องเท้าที่สวมใส่ กลุ่มตัวอย่างสวมรองเท้า

ฟองน้ำแบบคืบ ร้อยละ 61.80 และรองเท้าฟองน้ำแบบสวม ร้อยละ 31.50

2. ปัจจัยที่เกี่ยวกับการเกิดแผลที่เท้า ประกอบด้วย การประเมิน 3 ด้าน ดังนี้

2.1 สภาวะเท้า จากการประเมิน พบว่า ตรวจพบความผิดปกติทั้งหมด 57 ราย ปัญหาที่พบคือ มีเล็บขบมากที่สุด (ร้อยละ 30.30)

2.2 การประเมินการไหลเวียนเลือดที่เท้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีความผิดปกติ จำนวน 62 ราย จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 178 ราย ซึ่งความผิดปกติที่พบมากที่สุดคือ มีอาการปวดน่องเวลาขึ้นบันได 3 นาที (ร้อยละ 57.40) แต่เมื่อได้พักแล้ว อาการปวดน่องหายไป (ร้อยละ 19.20)

2.3 การประเมินการรับรู้ความรู้สึกที่เท้าด้วย Monofilament ขนาด 10 gm พบว่า ตำแหน่งที่ตรวจพบความผิดปกติมากที่สุดคือ บริเวณนิ้วเท้าที่ 1, 3, 5 โคนนิ้วเท้าที่ 1 และสันเท้า ร้อยละ 15.2, 14.0, 15.7, 14.0 และ 14.0 ตามลำดับ

3. พฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ พฤติกรรมในเชิงลบ และพฤติกรรมในเชิงบวก ดังนี้

3.1 พฤติกรรมในเชิงลบ จากการศึกษา พบว่า เมื่อมีตาปลา หรือหนังแข็ง กลุ่มตัวอย่างจะใช้มีด หรือกรรไกรตัด เล็บตัดออก ร้อยละ 82.00 และพฤติกรรมการนั่งยองๆ หรือนั่งพับเพียบเป็นเวลานานๆ พบร้อยละ 48.90 ถือเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการเกิดแผลเนื่องจากการไหลเวียนเลือดไม่ดีพอ

3.2 พฤติกรรมเชิงบวก จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีความเหมาะสมของพฤติกรรมการดูแลเท้าดีและมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ โดย ก่อนสวมรองเท้าตรวจดูภายในรองเท้าว่ามีเศษหิน กรวด ทราย หรือวัสดุใดๆ อยู่ภายใน พร้อมทั้งเกาะรองเท้าก่อนร้อยละ 98.90 โดยมีการเลือกรองเท้าที่สวมใส่สบาย ไม่บีบรัดเท้าร้อยละ 98.90 และสวมรองเท้าทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้านร้อยละ 97.80

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยแถลง จังหวัด นครราชสีมา ในครั้งนี้ พบว่า เกินครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง เป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 10 ปี มีระดับน้ำตาลในเลือดประมาณครึ่งหนึ่ง มี FPG ขึ้นหลัง 3 เดือน สูงกว่า 141 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจ Hemoglobin A1C อย่างต่อเนื่อง จำนวน 124 ราย (ร้อยละ 69.66) โดยมีผลการตรวจ HbA1C ≥ 7 ร้อยละ 59.57 ซึ่งเมื่อเป็นโรคเบาหวานในระยะเวลาานาน จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางหลอดเลือด ซึ่งเพิ่มโอกาสการเกิดแผลที่เท้าได้ ร่วมกับการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลาานาน โดยดูผลจากการตรวจระดับ HbA1C แต่ในทางปฏิบัติ โรงพยาบาลห้วยแถลง ยังมีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณในการตรวจ จึงใช้ผลการตรวจระดับ Fasting plasma glucose แทน มีการศึกษาพบว่ายังเป็นโรคเบาหวานนานเท่าใด โอกาสที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนก็จะมีมากขึ้น⁽¹¹⁾ สอดคล้องกับประวัติการเกิดแผลที่เท้า ความเสื่อมของหลอดเลือดส่วนปลายและระบบประสาทส่วนปลาย เพิ่มโอกาสการเกิดแผลที่เท้าได้ง่ายกว่าคนที่ไม่มีประวัติการเกิดแผลที่เท้ามาก่อน⁽³⁾ รวมทั้ง รองเท้าที่สวมใส่ไม่เหมาะสม นั้น คือ การสวมรองเท้าที่เปิดเท้า อาจทำให้เดินสะดุด หรือเดินตะลึงของ ทำให้เกิดแผลได้ง่าย ประกอบกับกลไกการป้องกันตนเองของเท้าสูญเสียไป อาจทำให้ผู้ป่วยไม่รู้ตัวเมื่อเกิดบาดแผลเล็กน้อย⁽¹¹⁾

ลักษณะของรองเท้าที่สวมใส่ กลุ่มตัวอย่างสวมรองเท้า ฟองน้ำแบบคืบ ร้อยละ 61.80 และรองเท้าฟองน้ำแบบสวม ร้อยละ 31.50 จากการศึกษาของน้าอ้อย ภักดีวงศ์ (2554)⁽¹²⁾ ที่พบว่าชนิดของรองเท้าที่กลุ่มตัวอย่างสวมเป็นรองเท้าแตะทั้ง ชนิดแตะสวมและแตะหนีบทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพ เกษตรกรรม (ร้อยละ 60.1) การสวมรองเท้าที่หุ้มเท้าสวมใส่สบาย ไม่รัดเกินไป เพื่อป้องกันการเกิดแรงกดที่เท้าจนเกิดแผลได้ และป้องกันอุบัติเหตุที่อาจทำให้เกิดแผลที่เท้า เนื่องจากมีความผิดปกติทางระบบประสาทส่วนปลายร่วมด้วย โดยผู้ป่วย อาจไม่รู้ตัวเมื่อเกิดบาดแผลเล็กน้อย^(3,11)

ปัจจัยที่เกี่ยวกับการเกิดแผลที่เท้า ประกอบด้วย การประเมิน 3 ด้าน พบว่า สภาวะเท้า จากการประเมิน พบว่า ตรวจพบความผิดปกติทั้งหมด 57 ราย ปัญหาที่พบคือ มีเล็บขบมากที่สุด (ร้อยละ 30.30) ต่างจากการศึกษาของ กนกวรรณ บัณฑิต (2552)⁽¹³⁾ ที่พบความผิดปกติมากที่สุดคือ สภาพเท้า ผิวหนัง และเล็บเท้า (ร้อยละ 75.1) ความผิดปกตินี้เป็นผลจากความเสื่อมของระบบประสาทและหลอดเลือด การประเมินการไหลเวียนเลือดที่เท้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีความผิดปกติจำนวน 62 ราย จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 178 ราย ซึ่งความผิดปกติที่พบมากที่สุดคือ มีอาการปวดบวมเวลาขึ้นนอน 3 นาที (ร้อยละ 57.40) แต่เมื่อได้พักแล้วอาการปวดบวมหายไป (ร้อยละ 19.20) ซึ่งมักพบได้จาก การเสื่อมของหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral Vascular Disease) ทำให้เกิดผนังหลอดเลือดแดงหนาและแข็ง เป็นผลให้เลือดไหลผ่านได้น้อยทำให้เกิดอาการปวดบวมและชา⁽¹¹⁾ จากความผิดปกติที่ตรวจพบ บางรายมีความผิดปกติหลายอย่างร่วมกัน แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าได้ง่ายกว่าคนที่ไม่มี ความผิดปกติ จากการที่เนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยง (Ischemic Ulcer) ทำให้เกิดอาการปวดบวมและชา เมื่อเป็นมากขึ้นก็จะปวดตลอดเวลา เมื่อเกิดแผลจะทำให้แผลหายช้าและติดเชื้อได้ง่าย และยังมีความเสี่ยงต่อการถูกตัดขาเพิ่มขึ้น⁽¹¹⁾ หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลไม่ครอบคลุม เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วยและญาติ และหน่วยบริการสาธารณสุข การประเมินการรับรู้ความรู้สึกที่เท้าด้วย Monofilament ขนาด 10 gm พบว่า ตำแหน่งที่ตรวจพบความผิดปกติมากที่สุดคือ บริเวณนิ้วเท้าที่ 1, 3, 5 โคนนิ้วเท้าที่ 1 และสันเท้า ร้อยละ 15.2, 14.0, 15.7, 14.0 และ 14.0 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tantisirawat and Janchai (2008)⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าตำแหน่งที่เกิดหนังหนาที่เท้าที่พบบ่อยคือ ตำแหน่งนิ้วหัวแม่เท้า (ร้อยละ 40.00) ใต้โคนนิ้วหัวแม่เท้า (first metatarsal head) (ร้อยละ 14.00) และได้นิ้วก้อย (fifth toe) (ร้อยละ 12.60) ตามลำดับ ตำแหน่งที่ตรวจพบการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก มีโอกาสต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าได้ง่าย จึงควรมีการดูแลเท้าด้วยตนเองที่ดีและปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ ร่วมกับการสวมใส่รองเท้าที่เหมาะสม ส่งพบ

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน และการคัดกรองเท้าเฉพาะ (15,16,17)

3. พฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ พฤติกรรมในเชิงลบ จากการศึกษา พบว่า เมื่อมีตาปลาหรือหนังแข็ง กลุ่มตัวอย่างจะใช้มีด หรือกรรไกรตัดเล็บตัดออก ร้อยละ 82.00 และพฤติกรรมการนั่งของๆหรือนั่งพับเพียบเป็นเวลานานๆ พบร้อยละ 48.90 ถือเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการเกิดแผลเนื่องจากการไหลเวียนเลือดไม่ดีพอ จากการศึกษาของสุมาลี เชื้อพันธ์ (2550)⁽¹⁸⁾ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมักนั่งพับเพียบ นั่งไขว่ห้างหรือนั่งขัดสมาธิอยู่เสมอบทบาทของพยาบาล ควรการเน้นย้ำกับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม ให้หลีกเลี่ยงการแช่เท้าในน้ำร้อน หรือการนั่งพับเพียบ⁽¹⁵⁾ อาจให้คำแนะนำเรื่อง การปรับเปลี่ยนมาเป็นการนั่งบนเก้าอี้แทน ซึ่งในกรณีการไปวัด ถือเป็นวัฒนธรรมที่ปฏิบัติสืบกันมา มีอาจหลีกเลี่ยงหรือละเลยได้ จึงอาจต้องใช้เก้าอี้ที่นั่งแต่ให้อยู่ด้านหลังบุคคลอื่นที่ไปวัดด้วยกัน และ พฤติกรรมเชิงบวก จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างมีความเหมาะสมของพฤติกรรมการดูแลเท้าดีและมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ โดย ก่อนสวมรองเท้าตรวจดูภายในรองเท้าว่ามีเศษหิน กรวด ทราย หรือวัสดุใดๆอยู่ภายใน พร้อมทั้งเชาะรองเท้าก่อนร้อยละ 98.90 โดยมีการเลือกรองเท้าที่สวมใส่สบาย ไม่บีบรัดเท้าร้อยละ 98.90 และสวมรองเท้าทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้านร้อยละ 97.80 การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจนทำให้เกิดเป็นนิสัยต่อเนื่อง จากการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ นั้น ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยตรงและโดยอ้อม โดยไม่ต้องใช้ความพยายาม ไม่กระทบต่อการเปลี่ยนแปลงในวิถีทางดำเนินชีวิต⁽¹⁹⁾ จากการศึกษาของ กนกวรรณ บัณฑิต (2552)⁽¹³⁾ และสมเพียร ประภากร (2552)⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานจะมีการสวมใส่รองเท้าก่อนออกจากบ้านทุกครั้ง ซึ่งต่างจากการศึกษาของ หนึ่งฤทัย จันทรอินทร์ และคณะ (2557)⁽²⁰⁾ พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีการตรวจรองเท้าก่อนสวมใส่ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 95.50 ไม่สูบบุหรี่หรือเลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่ทราบว่า เป็นโรคเบาหวานอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วน

ใหญ่เป็นเหตุหนึ่ง และไม่นิยมสูบบุหรี่ ซึ่งการสูบบุหรี่ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อระบบการไหลเวียนเลือดโดยตรง

จากการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การดูแลเท้าที่ดีจะช่วยลดหรือชะลอการเกิดแผลที่เท้าได้⁽²¹⁾ โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลเท้าทั่วไป และเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการดูแลเท้าที่ดี แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลเท้าตนเอง (self-foot care) อย่างถูกต้องเพื่อลดโอกาสหรือความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะได้รับบาดเจ็บ หรืออันตรายที่เท้าโดยไม่จำเป็น ควบคุมปัจจัยเสี่ยงและงดสูบบุหรี่ ซึ่งการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมและมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ⁽¹⁹⁾ พฤติกรรมการดูแลเท้าที่ถูกต้องของผู้ป่วยเบาหวาน สามารถป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าได้ หากผู้ป่วยสามารถดูแลเท้า และมีการประเมินเท้าของตนเองได้อย่างถูกต้อง จะช่วยลดหรือชะลอการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าได้⁽²¹⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำข้อมูลจากการประเมินพฤติกรรม การดูแลเท้า ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดให้มีระบบการค้นหาความเสี่ยงที่เท้า ติดตามปัญหา และการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานตามระดับความเสี่ยงที่เท้า มีการประเมินผลอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง หรือการจัดโปรแกรม

การส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลเท้าที่ตรงกับกลุ่มความเสี่ยงในแต่ละระดับ ที่สอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรม รวมทั้งมีการประเมินผลการใช้โปรแกรมนั้นด้วย

2. ควรมีการศึกษาพฤติกรรม การดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานในปัจจัยอื่น ที่มีผลต่อการดูแลเท้าเพิ่มเติม

3. ผู้ศึกษาทำงานในคลินิกเบาหวาน และเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง จึงอาจทำให้เกิดอคติ (Bias) ในการให้ข้อมูลของผู้ป่วยในการศึกษาวิจัย

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาของ รองศาสตราจารย์ ดร. วิพร เสนารักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาที่ได้ อุทิศเวลาคอยอบรม ให้กำลังใจ และผลักดันให้ผู้ศึกษา เรียนรู้ ตลอดเวลา ด้วยจิตเมตตาที่เปี่ยมไปด้วยความเป็นครูอย่าง แท้จริง สนับสนุนและให้โอกาสศิษย์ได้เติบโตก้าวหน้าอย่าง เต็มกำลังความสามารถและสติปัญญา เพื่อสร้างให้เป็น มหาบัณฑิตอย่างมีคุณภาพและเต็มภาคภูมิ ผู้ศึกษาขอกราบ ขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ ขอบพระคุณผู้บริหาร หน่วยงานและเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ศึกษา โดยเฉพาะคลินิก เบาหวาน โรงพยาบาลห้วยแถลง อำเภอห้วยแถลง จังหวัด นครราชสีมา ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการให้สัมภาษณ์และ สังเกตการณ์ รวมไปถึงผู้ตอบแบบสอบถามในการอำนวยความสะดวกการเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนและสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation (IDF). **IDF Diabetes Atlas sixth edition**. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation (IDF), 2011.
2. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2 . นนทบุรี: กราฟิโก ชิสเต็มส์, 2553.
3. วิทยา ศรีดาม. **Clinical Practice Guideline 2010**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553.
4. เทพ หิมะทองคำ. **ความรู้เรื่องเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์**. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์, 2552.
5. Rubaan K.A., Derwish M., Ouizi S., Youssef A.M., Subhani S.N., Ibrahim H.M., and et al. Diabetic Foot Complications and Their Risk Factors from a Large Retrospective Cohort Study. **Journal Pone**, 2015.
6. Singh, N., Armstrong, D.G., and Lipsky, B.A. Preventing Foot Ulcers in Patients with Diabetes. **A Journal of American Medical Association**, 293(2), 2005. 217 – 228.
7. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำข้อมูลโรคไม่ติดต่อระดับประเทศในการประชุม UN General assembly high level meeting on the prevention and control of non communicable disease. กรุงเทพฯ: โอ-วิทย์, 2555.

8. สายพิน ยอดกุล. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. *Journal of Nurses' association of Thailand north-eastern division*, 30(3), 2555. 50-75.
9. Parel, C.P., Caldito, G.C., Ferrer, P.L., De Guzman, G.G., Sinsio, C.S., and Tan R.H. *Sampling design and Procedures*, Agricultural development Council Inc. New York: Wiley, 1973.
10. สมเพียร ประภากร. การตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.
11. International Diabetes Federation (IDF). *IDF Diabetes Atlas sixth edition*. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation (IDF), 2013.
12. น้ำอ้อย ภักดีวงศ์. การเกิดแผลที่เท้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *Thai Journal of Nursing Council*, 25(3), 2554. 51-63.
13. กนกวรรณ ปันทรัพย์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าของผู้ที่เป็นเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552.
14. Tantisirawat N., and Janchai, S. Common foot problems in diabetic foot clinic. *Jula Medicine Association Thai*, 91(7), 2008. 1097-1101.
15. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์. *แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า*. กรุงเทพฯ: โอ-วิทซ์, 2556.
16. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย,สมาคมโรคต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย,กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขและสถาบันวิจัยและเทคโนโลยีทางการแพทย์, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. *แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (ตา ไต เท้า)*. กรุงเทพฯ: โอ-วิทซ์, 2553.
17. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย,สมาคมโรคต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย,กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขและสถาบันวิจัยและเทคโนโลยีทางการแพทย์, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. *แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2556.
18. สุมาลี เชื้อพันธุ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2550.
19. Pender, N.J., Murdaugh, C.L., and Parsons, M.A., *Health Promotion in Nursing Practice*. (5th ed.). Prentice Hall, 2006.
20. หนึ่งฤทัย จันทรัตน์, อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ, และพรทิพย์ มาลาธรรม. พฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารการพยาบาลโรงพยาบาลรามธิบดี*, 21(2), 2557. 199-213.
21. Chistma, A.L., Selvin, E., Margolis, D.J., Lazarus, G.S., and Garza, L.A. Hemoglobin A1C predict healing rate in diabetic wounds. *Journal of Investigative Dermatology*, 131(10), 2001. 2121-2127.

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน บ้านคำไฮ หมู่ที่ 8 ตำบลหนองกุ้งศรี
อำเภอหนองกุ้งศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

DEVELOPING CARE FOR DIABETES PATIENT THROUGH FAMILY AND COMMUNITY PARTICIPATION AT KHAMHAI VILLAGE, NONGKUNGSRI DISTRICT, KALASIN PROVINCE.

มัทธนา ศรีสุทัศน์¹, เพชรไสว ลิมตระกูล²

Manthana Srisutas¹, Petchsawai Limtragool²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในชุมชนบ้านคำไฮ หมู่ที่ 8 ตำบลบ้านคำไฮ อำเภอหนองกุ้งศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 23 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 23 คน อสม. และผู้นำชุมชน จำนวน 15 คน โดยมีการศึกษาสถานการณ์โรคเบาหวาน การวิเคราะห์ข้อมูล ระบุปัญหาและความต้องการ วางแผนออกแบบบริการกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน โดยใช้กระบวนการ PDCA การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้ Content Analysis

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ผู้ดูแลหลัก อสม. และผู้นำชุมชน ขาดความรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนน้อย ระบบบริการคลินิกโรคเบาหวานไม่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยในชุมชน และยังไม่มีความเห็นแนวทางในการเชื่อมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างชัดเจน จากปัญหาดังกล่าวจึงนำสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้ 1) การอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ดูแลหลัก 2) การอบรมเชิงปฏิบัติการสาธิตการออกกำลังกายและการประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ดูแลหลัก 3) การอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนแก่ อสม. และผู้นำชุมชน 4) การพัฒนาสุขภาพอสม. เพื่อให้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน 5) การให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งในคลินิกโรคเบาหวานและสุขาสา และ 6) การติดตามเชื่อมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน การประเมินผลสรุปพบว่า 1) ผู้ป่วยมีความตระหนักในการรับประทานอาหารมากขึ้น เลือกรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของน้ำตาลน้อย 2) ผู้ป่วยและญาติมีการออกกำลังกาย บริหารร่างกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 – 5 วัน อย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 86 3) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับ FPG ลดลงจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.61 4) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับ HbA1C ลดลงจำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.30 5) ผู้ดูแลหลักมีความตระหนักเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานมากขึ้น 6) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจกับการบริการในคลินิกโรคเบาหวานและการติดตามเชื่อมบ้าน

คำสำคัญ: การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน¹ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน²

Abstract

This study aimed to study the problems of care for patients with type 2 diabetes mellitus in the community and develop care for patients with type 2 diabetes mellitus with the participation of family and community at Khamhai Village, Moo 8, Khamhai Sub-district, Nongkungsri District, Kalasin Province. The target group included 23 patients with type 2 diabetes mellitus, 23 primary caregivers and 15 community leaders. The diabetes situation was studied. The data were analyzed and the problems and the need were identified. Diabetes care service in

¹ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ อำเภอหนองกุ้งศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

² รองศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

the community was designed and planned using the PDCA process. The quantitative data were analyzed by descriptive statistics and the qualitative data were analyzed by content analysis.

The study revealed that most patients with diabetes had a poor perception of diabetes and inappropriate behaviors in terms of eating, using medicine for curing diabetes, exercise and stress management. The caregivers lacked knowledge about diabetes and supportive care for patients with appropriate health behaviors. The village health volunteers and the community leaders were less involved in care and support provided for the patients with diabetes in the community. The diabetes clinical service system did not correspond to the lifestyle of the patients in the community and there was no clear approach for home visits. These problems led to the development of care for patients with diabetes with the participation of the community as follows: 1) providing knowledge about diabetes, proper practice for the disease and guidelines for diabetes care to the patients and the primary caregivers, 2) organizing workshops on appropriate exercise and cooking for the patients with diabetes and the primary caregivers, 3) organizing workshops on knowledge about diabetes, care and assistance for the patients with diabetes to the village health volunteers and the community leaders, 4) developing the potential of the village health volunteers in the care provided for the patients with diabetes in the community, 5) providing services for the patients with diabetes in the community both at diabetes clinic and sanatorium, and 6) following-up by doing home visits for the patients with diabetes in the community. The results of the evaluation were as follows. 1) The patients were more aware of eating, and they chose foods containing less sugar. 2) Eighty-six percent of the patients and their relatives did exercising at least 3 to 5 days a week. 3) The level of FPG of 19 patients, accounted for 82.61 percent decreased. 4) The level of HbA1C in 21 patients, accounted for 91.30 decreased. 5) The primary caregivers were more aware of care and assistance provided for the patients with diabetes. 6) Most of the patients were satisfied with the services at diabetes clinic and home visits.

Keywords : Improving care for people with diabetes in the community¹, Participation of family and community

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาของสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย เป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นกับอวัยวะที่สำคัญๆ ของร่างกายตามมา เช่น ไต หัวใจ สมอง และระบบประสาทส่วนปลาย ความพิการขึ้นทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เป็นต้น เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจภายในครอบครัว เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ดูแลต้องเสียเวลาทำงานเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานทำให้ขาดรายได้ที่จะนำมาจุนเจือครอบครัว รวมทั้งประเทศชาติต้องเสียค่าใช้จ่ายมหาศาล และใช้บุคลากรทางการแพทย์เป็นจำนวนมาก⁽¹⁾ และโรคเบาหวานยังเป็นโรคที่กำลังจะมีแนวโน้มการคุกคามสุขภาพของคนไทยเพิ่มมากขึ้นด้วยการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตการรับประทานอาหารที่เน้นความง่าย สะดวกสบาย และรวดเร็ว ขาดการออกกำลังกาย อีกทั้งยังมีการคิดค้น

เทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ๆ ที่ช่วยทุ่นแรงทำให้มนุษย์มีการเคลื่อนไหวน้อยลง ด้วยวิถีชีวิตที่รีบเร่งในสังคมทั้งชุมชนเมืองและชนบทนั้นยังทำให้มนุษย์หันมาดูแลใส่ใจสุขภาพของตนเองน้อยลงจึงก่อให้เกิดโรคโรคเบาหวาน⁽²⁾

จากสถิติการเปรียบเทียบจำนวนและอัตราการตายของผู้ป่วยเบาหวานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 – 2556 พบว่าจำนวนผู้ป่วยจากทั่วประเทศมีการเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ จาก 7,625, 7,749, 9,647 คน ตามลำดับ ในขณะที่เดียวกันกลับพบว่าอัตราการตายเพิ่มมากขึ้นจาก 11.88, 12.06, 14.93 ตามลำดับ สอดคล้องกับข้อมูลของเขตส่งเสริมสุขภาพที่ 7 ซึ่งมีจำนวนและอัตราการตายของผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในแต่ละปี จากจำนวน 1,764 ,1,610, 1,923 คน ตามลำดับ และอัตราการตายก็พบว่าเพิ่มขึ้นตามลำดับคือ 35.30, 31.42, 38.2 ตามลำดับ และรายงานสถิติข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดกาฬสินธุ์ก็มีความสอดคล้องกับข้อมูล

ในระดับเขตและระดับประเทศ คือ มีจำนวนผู้ป่วย 318, 309, 420 คน ตามลำดับ และอัตราการตาย 32.88, 31.42, 42.66⁽³⁾ ผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่บ้านคำไฮ หมู่ที่ 8 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด 23 รายและผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้อยู่ในระดับดีมีน้อยมาก จากการรวบรวมข้อมูลการตรวจระดับ HbA1c ปี 2556 – 2558 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนบ้านคำไฮ หมู่ที่ 8 ที่มีระดับ HbA1c > 7 ร้อยละ 88.89, 83.33, 100.00 ตามลำดับ แต่ข้อมูลการเจาะระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วในการรับยาแต่ละเดือนในคลินิกโรคเบาหวานนั้นกลับมีค่าอยู่ในช่วง 130 – 180 mg% และพบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางตา 2 ราย แทรกซ้อนทางไต 2 ราย และแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนปลายอีก 2 ⁽⁴⁾ การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานแต่ละคนนั้นจำเป็นจะต้องได้รับความร่วมมือจากครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก อสม.และผู้นำชุมชนเป็นบุคคลหนุนเสริมอย่างเป็นระบบเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้ศึกษาจึงใช้กระบวนการ PDCA ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันที่เคยปฏิบัติมาแบบเดิมๆ เพื่อช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและยังเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงอื่นๆที่จะเกิดผลเสียขึ้นกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การบริหารร่างกายที่เหมาะสมและการลดปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลกับโรคเบาหวาน คือ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดผลเสียต่อตัวผู้ป่วยนั้น ล้วนขึ้นอยู่กับธรรมชาติของพฤติกรรม ความเคยชิน แนวคิด ความเชื่อ แรงจูงใจและลักษณะนิสัยของแต่ละบุคคล⁽²⁾

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนบ้านคำไฮ หมู่ 8 ต.หนองกุงศรี อ.หนองกุงศรี จ.กาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านคำไฮ หมู่ที่ 8 ต.หนองกุงศรี อ.หนองกุงศรี จ.กาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ขั้นตอนการศึกษา มี 4 ระยะ คือ

1. ระยะศึกษาสถานการณ์ปัญหาโรคเบาหวานในชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลในสถานบริการและแฟ้มประวัติผู้ป่วย ข้อมูลปฐมภูมิจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ป่วย ผู้ดูแล อสม.และผู้นำชุมชน และการสนทนากลุ่มอสม.และผู้นำชุมชน จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลและคืนข้อมูลให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนเพื่อให้ได้รับรู้ข้อมูลร่วมกันสรุปประเด็นปัญหาและความต้องการ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา
2. ระยะการวางแผนเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน มีการจัดประชุมระดมสมองเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาและออกแบบกิจกรรมครั้งนี้โดยตัวแทนของผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้เข้าร่วมการประชุมในครั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 5 คน ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 คน ผู้นำชุมชนจำนวน 2 คน รวมทั้งหมดมีผู้เข้าร่วมประชุมในครั้งนี้ จำนวน 25 คน ได้กิจกรรมในการดำเนินงาน ดังนี้ 1) การจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างเหมาะสมแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยพยาบาลผู้รับผิดชอบงานโรคเบาหวานจากโรงพยาบาลและรพ.สต. 2) กิจกรรมการสาธิตการประกอบอาหารและการบริหารร่างกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยนักโภชนาการ นักกายภาพจากโรงพยาบาล และผู้ช่วยแพทย์แผนไทยจากรพ.สต. 3) การจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานในชุมชนและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย

โรคเบาหวานในชุมชนแออัด และผู้นำชุมชนโดย
พยาบาลที่รับผิดชอบงานจากรพ.สต. 4) การพัฒนา
ศักยภาพอาสาสมัคร เพื่อให้สามารถดูแลและ ประเมิน
ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนแออัด
โดยพยาบาลที่รับผิดชอบงานจากรพ.สต. 5) การพัฒนา
กิจกรรมในคลินิกโรคเบาหวานโดยการให้ชุมชนเข้ามามี
ส่วนร่วมกับกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคน
ในชุมชน 6) กิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานใน
ชุมชน ทั้งผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน และ ไม่มี
ภาวะแทรกซ้อนและแนวทางในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

3. ระยะดำเนินการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน โดยปฏิบัติตามแผนการ
ดำเนินงานที่ได้วางไว้เป็นระยะเวลา 4 เดือน ติดตาม
ประเมินผลการดำเนินงานในชุมชนโดยพยาบาลและอาสาสมัคร
ในระหว่างการดำเนินงานนั้นมีการสะท้อนปัญหา ปรับปรุง
แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน
เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ดังนี้ 1) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ใน
เกณฑ์ 70 – 130 mg% 2) เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิด
ภาวะแทรกซ้อน 3) เพื่อให้ผู้ป่วยมีการควบคุมการ
รับประทานอาหารที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดและ
ผู้ดูแลสามารถประกอบอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
โรคเบาหวานให้ผู้ป่วยรับประทานได้ 4) เพื่อให้ผู้ป่วยมี
การควบคุมน้ำหนักตัวและมีพฤติกรรมออกกำลังกาย
อย่างเหมาะสม 5) เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างถูกต้อง
ตามแผนการรักษาและรับบริการตามนัดเพื่อประเมิน
อาการทุกครั้ง 6) เพื่อให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มี
แอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลและการ
สูบบุหรี่ 7) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียดได้
อย่างเหมาะสม

4. ระยะประเมินผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย
โรคเบาหวานในชุมชน การประเมินผล ได้แก่ การ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย
โรคเบาหวาน ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและระดับน้ำตาลใน
เลือด (FPG, HbA1C)

กลุ่มตัวอย่าง

มีการเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง คือ บ้านคำไฮ
หมู่ 8 ตำบลหนองกุงศรี อำเภอนองกุงศรี จังหวัด
กาฬสินธุ์ ทำการศึกษาในช่วงเดือนพฤษภาคม – ธันวาคม
2559 ผู้ให้ข้อมูล เลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 23 คน 2) ผู้ดูแลผู้ป่วย
จำนวน 23 คน 3) อาสาสมัครและผู้นำชุมชน จำนวน 15 คน
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้ป่วย
โรคเบาหวาน และผู้ดูแล
2. แนวทางการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง
สำหรับอาสาสมัครและผู้นำชุมชน มีการตรวจสอบความตรงเชิง
เนื้อหาโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน
3. แบบบันทึกการรับประทานอาหารของผู้ป่วย
โรคเบาหวาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา
(Content analysis)

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยโรคเบาหวานใน ชุมชน

1.1 ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย
โรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 23 คน ส่วนใหญ่
เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.3 มีอายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี ร้อย
ละ 52.2 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 64 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 73.9 จบ
การศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 100 ประกอบ
อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 82.6 รายได้ต่ำสุด น้อยกว่า
2,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 4.3 รายได้สูงสุด รายได้ต่อเดือน
ของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ที่ประมาณมากกว่า 4001 -
5,000 บาท ขึ้นไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะป่วยด้วย
โรคเบาหวานอยู่ในช่วง 5 – 10 ปี ร้อยละ 60.9 พบว่าผู้ป่วย
โรคเบาหวานส่วนใหญ่ไม่มีโรคแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ
73.9 ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด
อยู่ในช่วงมากกว่า 181 mg.% ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 34.8
ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25.0 – 29.9 คิดเป็นร้อยละ 47.8

ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ใช้ยาลดน้ำตาลชนิดเม็ด จำนวน 2 ชนิดขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 65.2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 87.0 และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 82.6 และจากการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความเข้าใจในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน

1.2 ปัญหาพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่บอกว่าโรคเบาหวานต้องกินยารักษาตลอดชีวิตแต่มี 2 คนบอกว่าสามารถรักษาหายได้ มีผู้ป่วย 10 คนไม่กลัวอันตรายที่เกิดจากโรคเบาหวานเพราะเป็นมาตั้งหลายปีไม่เห็นมีอาการผิดปกติอะไร การรับประทานยาและการรับบริการตามนัด มีผู้ป่วย 5 คนที่บอกว่าลืมรับประทานยาบ่อยครั้ง โดยเฉพาะยาที่ต้องรับประทานก่อนอาหารจนทำให้ยาเหลือมากกว่าตัวอื่นๆ และมีผู้ป่วย 3 คน กินยาทันทีที่นึกได้ว่าลืม อีก 2 คนไม่กิน รอกินพร้อมวันถัดไป บางคนยาไม่พอก็ไปขอยาจากเพื่อนบ้านที่เป็นโรคเบาหวานเหมือนกันและได้รับประทานยาชนิดเดียวกันมารับประทานต่อเนื่องจนถึงวันนัดครั้งต่อไป ผู้ป่วย 2 คนบอกว่าอ่านวันนัดและฉลากยาไม่ออกสายตาไม่ค่อยดีจำลักษณะของซองยาเอาว่าเป็นอย่างไรแล้วค่อยกินถูก บางครั้งมีอาการมือสั่นและขาก็เมื่อยทำให้เมื่อยหุดมือหายเลยต้องแกะกินเม็ดใหม่ทำให้ยาไม่พอกินถึงวันนัด บางคนเดินทางไปต่างถิ่นลืมเอายาไปกินด้วยทำให้ไม่ได้กินยาไปหลายวันการไปรับยาตามนัด พบว่าผู้ป่วย 7 คนบอกว่ามักจะลืมวันนัดเพราะหลงลืมและอ่านหนังสือลำบากเจ้าหน้าที่เขียนวันนัดในสมุดตัวเล็กและเขียนไม่ชัดเจน บางครั้งถ้าลูกหลานไม่ดูให้ก็ลืมวันนัดไปบ้าง บางครั้งเขียนวันนัดใส่ปฏิทินไว้ดูลูกหลานก็ลืมปฏิทินออกก็ลืมวันนัดอีก บางครั้งลืมวันนัดรับยาตื่นเช้าขึ้นมาถึงกินข้าวกินยาเลยไม่ได้ไปเจาะเลือดที่รพ.สต. พอเลยวันนัดไปแล้วก็ไม่กล้าไปขอยากับเจ้าหน้าที่เพราะกลัวโดนตำมาไม่ตรงนัด การมารับยาและรับบริการที่สถานพยาบาลส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมาเองด้วยการเดินมา มี 2 คนบอกว่าปั่นจักรยานมา และมี 4 คน เดินไม่สะดวกต้องให้ลูกหลานมาส่ง การออกกำลังกายผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเข้าใจว่าการ

ทำงาน ทำไร่ ทำสวนก็เป็นการออกกำลังกายแล้ว ไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายอีก มีผู้ป่วย 3 คนบอกว่าตนออกกำลังกายโดยการเตะขาแกว่งแขนแต่ใช้เวลาในการออกกำลังกายไม่ถึง 30 นาทีและไม่มีเหงื่อออกและไม่มีการออกกำลังกายอย่างเป็นประจำสม่ำเสมอ ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าตนเองไม่มีเวลาออกกำลังกายและไม่รู้ว่าจะออกกำลังกายแบบไหน ผู้ป่วย 1 คนบอกว่าบางวันก็คิดเรื่องโรคที่ตนเองเป็นอยู่ว่าวันไหนจะหาย วันไหนจะได้เลิกกินยา กินยามากๆกลัวไถวยา คนอื่นๆก็ค่อยๆตายไปที่ละคนๆ ผู้ป่วยเบาหวาน 3 คน สูบบุหรี่เป็นประจำประมาณวันละ 4 – 20 มวน และไม่คิดว่าการสูบบุหรี่จะมีผลกระทบต่อโรคเบาหวาน และมีผู้ป่วย 2 คน ดื่มสุราเป็นประจำสัปดาห์ละ 2 – 3 ครั้ง ครั้งละ 1 – 2 แก้ว

1.3 การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ผู้ดูแลคือผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เป็นบุตรและคู่สมรส โดยมีส่วนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย คือ 1) การประกอบอาหารให้ผู้ป่วยรับประทาน 2) การพาไปรับบริการที่สถานบริการ 3) การกระตุ้นเตือนผู้ป่วยในการรับประทานยาและการไปรับบริการตามนัด พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในชุมชน ไม่มีการประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคให้ผู้ป่วยรับประทานส่วนใหญ่ไม่มีส่วนรับรู้ในเรื่องการรับประทานยาและการรับบริการตามนัดเพราะผู้ป่วยจะเป็นผู้ปฏิบัติเองทั้งหมด มีเพียง 4 คน ที่คอยรับ-ส่งผู้ป่วยในการรับบริการ ผู้ป่วยทุกคนไม่เคยได้รับการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน

อสม.และผู้นำชุมชนไม่เคยรับทราบสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนและไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องโรคเบาหวานและอสม.บางคนมีการเยี่ยมผู้ป่วยอย่างไม่เป็นทางการ การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนมีอสม. 3 คน ที่เคยผ่านการอบรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน แต่ไม่ได้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทำให้ไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติ

1.4 ระบบบริการในคลินิกโรคเบาหวาน ผู้ป่วย
โรคเบาหวานต้องอดน้ำอดอาหารเพื่อรอรับบริการแต่เช้า
ของวันนัดและต้องรอเจ้าหน้าที่เพื่อรับบริการ ระยะเวลา
ในการรับบริการในวันคลินิกประมาณ 5-6 ชั่วโมง และ
เมื่อเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลมาถึงก็จ่ายยาแล้วกลับบ้าน
ไม่มีกิจกรรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ไม่มีการติดตามเยี่ยม
บ้านผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
ทั้งมีและไม่มีความแตกต่างอย่างค่อนเนื่อง

2. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน
ได้มีการจัดกิจกรรม ดังนี้

2.1 จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการอบรมให้ความรู้
เรื่องโรคเบาหวาน สาเหตุ อาการและอาการแสดง
ภาวะแทรกซ้อน การประเมินอาการและการดูแลผู้ป่วยเมื่อ
เกิดภาวะแทรกซ้อนและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย
โรคเบาหวานในช่วงเช้าและช่วงบ่ายจัดกิจกรรมสาธิตการ
บริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีคัดคน 15 ท่า เพื่อให้ผู้ป่วย
สามารถปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่าง
เหมาะสมและผู้ป่วยสามารถดูแลช่วยเหลือสนับสนุน
ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 44 คน
ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 22 คน
ผู้ดูแล 18 คน และผู้สนใจเข้าร่วมอีก 4 คน กิจกรรมนี้มี
เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพที่
เหมาะสมสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อยู่
ในช่วง 70 – 130 mg% ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและผู้ดูแล
สามารถดูแลสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม

2.2 กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการการสาธิตการ
ประกอบอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมี
การให้ความรู้เรื่องอาหารและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ
น้ำตาล บอกปริมาณน้ำตาลที่สามารถรับประทานได้ในแต่ละวัน
การบอกถึงข้อดีข้อเสียของและปริมาณที่เหมาะสม
ในการใช้เครื่องปรุงรสและสาธิตการประกอบอาหาร
พื้นบ้านที่ผู้ป่วยรับประทานเป็นประจำ คือ ส้มตำ แกง
หอย นึ่งปลาและผักลวก จากนั้นมีการรับประทานอาหาร
ร่วมกัน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมได้รับรู้วิธีการประกอบ
อาหารและรสชาติของอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

โรคเบาหวาน มีผู้เข้าร่วมการอบรม 45 คน ประกอบด้วย
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 22 คน ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย
โรคเบาหวานจำนวน 21 คน และประชาชนทั่วไปจำนวน
2 คน

2.3 กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพของอสม.และผู้นำ
ชุมชนในการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ในชุมชน โดยในช่วงเช้ามีการอบรมให้ความรู้เรื่อง
สถานการณ์โรคเบาหวานในชุมชน สาเหตุ อาการ
ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การดูแลช่วยเหลือและ
ประเมินอาการของผู้ป่วยเก้อสม.และผู้นำชุมชนและ
ในช่วงบ่ายเป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วย
โรคเบาหวานด้วยการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วและการวัด
ความดันโลหิตแก่อสม. กิจกรรมครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมอบรม
ทั้งหมด 15 คน มีเป้าหมายเพื่อให้อสม.และผู้นำชุมชน
สามารถประเมินอาการและดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วย
โรคเบาหวานในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

2.4 การพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยในคลินิก
โรคเบาหวานของสถานบริการ ก่อนวันนัดเจ้าหน้าที่จะส่ง
หนังสือประชาสัมพันธ์การรับยาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ถึงผู้ใหญ่บ้านและมีการจัดเตรียมยาไว้สำหรับผู้ป่วยที่นัด
รับยาโดยมีการเขียนการใช้จ่ายและวันนัดรับยาไว้บนถุงยา
ด้วยปากกาเคมีทำให้เห็นชัดเจน พอถึงวันนัดตอนเช้า เวลา
ประมาณ 06.00 – 07.00 น. จะมีกิจกรรมการประเมิน
อาการเบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วยโดยการเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว
และการวัดความดันโลหิตที่สุซศาลาของหมู่บ้านโดยการ
ปฏิบัติงานของอสม.ในความกำกับดูแลของเจ้าหน้าที่
หลังจากรับบริการที่สุซศาลาผู้ป่วยก็จะกลับไปรับประทาน
อาหารที่บ้านแล้วเตรียมตัวไปรับบริการที่รพ.สต. กิจกรรม
ในรพ.สต. ในระหว่างการรอรับยานั้นเจ้าหน้าที่จะมีการจัด
กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น
การใช้จ่ายเบาหวานชนิดต่างๆ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สุขภาพ การดูแลเท้า การบริหารร่างกายและกิจกรรมการ
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากผู้ป่วยคนอื่นๆ สามารถ
ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เป็นต้น โดยจะมีการจัดกิจกรรม
หมุนเวียนกันไปเรื่อยๆในแต่ละเดือน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ
ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพ

ของตนเองอย่างเหมาะสมสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และลดระยะเวลาในการรับบริการรวมถึงผู้ป่วยไม่ต้องอดน้ำอดอาหารเป็นเวลานานๆ

2.5 กิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่และอสม.จะมีการออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชนทั้งมีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนตามแนวทางการเยี่ยมบ้านที่ได้จัดทำขึ้น คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนต้องได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือออกจากโรงพยาบาลต้องได้รับการเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ไปจนกว่าอาการจะดีขึ้นและเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้งเหมือนกันผู้ป่วยคนอื่นๆ มีเป้าหมายเพื่อการติดตามประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติหลังจากจัดกิจกรรมไปแล้วและให้คำแนะนำในส่วนที่มีปัญหาการปฏิบัติตัว โดยในการศึกษาครั้งนี้มีการเยี่ยมบ้านทั้งหมด 4 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย ความเป็นอยู่และการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้านรวมถึงเป็นการประเมินทบทวนความรู้ที่ได้จากการอบรมว่าผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมหรือไม่ และติดตามให้ความรู้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวที่ไม่ได้เข้าร่วมการอบรมที่จัดขึ้น ครั้งที่ 2 เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผลจากการอบรมให้ความรู้เชิงวิชาการ ปัญหาและอุปสรรคต่อการปฏิบัติพร้อมทั้งร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ครั้งที่ 3 เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านตามแนวทางการเยี่ยมบ้านและติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ครั้งที่ 4 ติดตามพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายรวมถึงการติดตามระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานรวมถึงการประเมินผลการดำเนินโครงการและข้อเสนอแนะจากผู้ป่วยและญาติ หลังจากการดำเนินโครงการ

3. การประเมินผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน

3.1 การประเมินผลในภาพรวม จากการสัมภาษณ์และการสังเกต พบว่า ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวานมากขึ้นและสามารถปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคได้ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ฟังพอใจในบริการในคลินิกโรคเบาหวานของสถานบริการ ผู้ดูแล อสม.และผู้นำชุมชนสามารถดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนได้ เจ้าหน้าที่และอสม.มีแนวทางในการเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน

3.2 การประเมินผลลัพธ์ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดที่เปลี่ยนแปลงไปจากก่อนทำการศึกษา คือ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) ลดลงจากเดิมจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.61 และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ลดลงจากเดิมจำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.30

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาสถานการณ์ในชุมชนพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมจากเจ้าหน้าที่แต่ไม่ปฏิบัติตาม และยังคงขาดทักษะในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการลด ละ เลิก การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา จึงมีการคืนข้อมูลให้กับชุมชน ผู้ศึกษาและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจึงได้มีการวางแผน (Plan) และร่วมกันจัดกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกายที่เหมาะสมและการแนะนำให้ผู้ป่วยใช้แบบบันทึกการรับประทานอาหารเพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วย (Do) และมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติโดยเจ้าหน้าที่และอสม.ทุกสัปดาห์ (Check) จากการปฏิบัติพบว่าผู้ป่วยมีความตระหนักและให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค ส่วนคนที่ประกอบ

อาหารรับประทานเองนั้นมีการใช้เครื่องปรุงรสที่มีผลต่อระดับน้ำตาลน้อยลง ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อให้ลดลงจากก่อนการศึกษาได้ถึงแม้บางคนจะมีระดับน้ำตาลลดลงไม่ได้ถึงระดับที่ควบคุมได้ดี แต่ก็ลดลงจากก่อนการศึกษาและผู้ป่วยยังมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมโดยการปฏิบัติตามทำการบริหารของฤๅษีตัดตน 15 ท่าตามที่เจ้าหน้าที่สาธิตและฝึกปฏิบัติไป บางคนจำได้ไม่หมดก็สามารถดูจากแผ่นพับที่แจกให้ได้ ดังนั้นทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และในผู้ป่วยบางรายที่ยังมีการปฏิบัติไม่ต่อเนื่องก็มีการให้ความรู้รายบุคคลและการใช้บุคคลตัวอย่างที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงบันดาลใจในการควบคุมระดับน้ำตาล (Action) (5,6,7,8)

จากการศึกษาทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เหมาะสมกับโรคได้ทั้ง การรับประทาน อาหาร การรับประทานยา การจัดการความเครียดและการออกกำลังกายซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลที่ดีขึ้นและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลผู้ป่วยให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย สามารถดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และปรับเปลี่ยนวิธีการปรุงและประกอบอาหารเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน กระตุ้นและสนับสนุนผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค อสม.และผู้นำชุมชนมีความรู้เรื่องโรคและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนทั้งการให้บริการในคลินิกโรคเบาหวานและการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย กิจกรรมคลินิกโรคเบาหวานเข้ากับ

บริบทและวิถีชีวิตผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยไม่ต้องอดอาหารและรอรับบริการเป็นเวลานานๆ (5,6,7,8)

ข้อเสนอแนะ

1. การที่ผู้ป่วยจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่องนั้นทั้ง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ดูแลหลัก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรได้รับการฟื้นฟูความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อเป็นการฟื้นฟูความรู้อยู่เสมอ

2. การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการประเมินอาการผู้ป่วยโรคเบาหวานก็ควรปฏิบัติอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการลาออกและเข้าใหม่อยู่ตลอดและเป็นการฟื้นฟูความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอยู่เสมอ เพื่อให้การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคเบาหวานในชุมชนดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

3. การจัดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นควรมีการจัดกิจกรรมรวมกลุ่ม เช่น การออกกำลังกายซึ่งอาจจะเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยอยากออกกำลังกายมากขึ้นเมื่อมารวมกลุ่มกับผู้ป่วยคนอื่นๆหรือคนที่มีความใกล้เคียงกัน และควรมีการหาผู้นำในการทำกิจกรรมเพื่อให้เกิดความมั่นคงและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. แผนการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติคณะที่ 10 การควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปีงบประมาณ 2552. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2551.
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: หจก. อรุณการพิมพ์, 2558.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสรุปข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้ดี ปีงบประมาณ 2556. 2556. เข้าถึงได้จาก: www.thaincd.com
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำไฮ. รายงานข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน. รายงานการส่งออกข้อมูลจากฐานข้อมูล Hosxp.PCU, 2559.
5. อมรรัตน์ สุขเลิศ. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแสง ตำบลคูมใหญ่ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี. รายงานการศึกษาระดับปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.
6. ระพีพร วาโยบุตร. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ณ บ้านหนองโดน อำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล, 2556.
7. ญาดาวิ กาญจน์แก้ว. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนบ้านน้อยสามัคคี ตำบลตาต้อ อำเภอหนองหิน จังหวัดเลย. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.
8. สุพรรณิ ศรีกงพาน. การดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและองค์กรในพื้นที่: กรณีศึกษาในเขตเทศบาลตำบลพันดอน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2550.

การพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในชุมชน

The development of self-care for uncontrolled hypertensive patients in community

กนกพร โพชนัน¹ วิลาวรรณ ชมนิรัตน์² เกศินี สราญฤทธิชัย²

Kanokporn pochano¹ Wilawan Chomniratt² Kesinee Saranrittichai²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ใช้กระบวนการพัฒนาต่อเนื่อง (PDCA) เพื่อพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในชุมชน กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จำนวน 10 คน สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 10 คน พยาบาลที่ให้บริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเรณูนคร จำนวน 2 คน พยาบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโลกหินแฮ่ จำนวน 2 คน ศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 – พฤษภาคม พ.ศ. 2559 รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การประเมินความรู้ การประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย การสนทนากลุ่ม และการสังเกต กระบวนการศึกษาเริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ การดูแลของครอบครัว การให้บริการของสถานบริการสุขภาพหลังจากนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดมาร่วมกันวางแผนเพื่อพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วย นำแผนสู่การปฏิบัติและสะท้อนผลการปฏิบัติ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ขาดความรู้และทักษะในการส่งเสริมการดูแลตนเอง จากปัญหาดังกล่าวได้มีกระบวนการพัฒนาความรู้แก่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว โดยมีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวมีความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง และเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ศักยภาพของครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับ อสม. ผลจากกระบวนการพัฒนาพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และสมาชิกครอบครัวมีความรู้เพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 90 อาการของโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 100 การรักษาโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 90 ภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 100 และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยร้อยละ 100 ส่วนสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 100 อาการของโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 100 การรักษาโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 100 ภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 100 และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยร้อยละ 100 ส่วนพฤติกรรมของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น โดยมีพฤติกรรมการใช้ยา การบริโภคอาหารและเกลือ การออกกำลังกายเหมาะสมร้อยละ 100 การจัดการกับน้ำหนักตัวของตนเองเหมาะสมร้อยละ 50 ด้านการสูบบุหรี่ยังมีผู้ป่วยสูบบุหรี่จำนวนเท่าเดิมคือ 2 คน แต่ได้ลดปริมาณการสูบลง ด้านการดื่มแอลกอฮอล์ ยังมีผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 1 คนเหมือนเดิมแต่ได้ลดปริมาณการดื่มลง

คำสำคัญ : การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้

ABSTRACT

This research uses continuous development process (PDCA) to develop self-care for uncontrolled hypertensive patients in the community. The samples were 10 uncontrolled hypertensive patients in the community, 10 family members of uncontrolled hypertensive patients in the community, two nurses who work in hypertension clinic at Renu Nakhon hospital and two nurses who work at Khok Hin Hae sub-district health promoting hospital. Data collection was carried out from February to May 2016. The data was collected by interview, knowledge test, patient behavior assessment, group discussion and observation. The study process starts with analysis the situation of uncontrolled hypertensive patients, family care and health service after that all of the stakeholders provide the plan to develop self-care for uncontrolled hypertensive patients and offer the plan to practical use and feedback.

The results showed that hypertensive patients and family members lack knowledge and skill to support self-care. The problem of the patient that use to find the process for improving knowledge of patients and family members after that provide workshop program, demonstration program and home visit with participation from village health volunteers. Noticeably from the program, the patients have knowledge about hypertension 50 percent, a symptom of hypertension 100 percent, hypertension treatment 90 percent, complications of

¹ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

hypertension 100 percent and knowledge about patient's practice 100 percent. The family members have knowledge about hypertension 100 percent, a symptom of hypertension 100 percent, hypertension treatment 100 percent, complications of hypertension 100 percent and knowledge about patient's practice 100 percent. Patient has better behavior including medication, consumption of food and salt and exercise at 100 percent, body weight manage 50 percent, two patients still smoking they can't stop it, but reduce volume of smoking and a patient still consume alcohol and can't stop it, but reduces the volume consumption.

Keyword: self-care for uncontrolled hypertensive patients

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 35 – 40⁽¹⁾ ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งเป็นความผิดปกติที่มาจากหลอดเลือดแดงที่ตีบแคบลงจนอุดตันเกิดเส้นเลือดที่สมองตีบและหากควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีโอกาสที่เส้นเลือดในสมองแตกทำให้เป็นอัมพฤกษ์อัมพาตได้ และมีโอกาสเกิดภาวะพิการและเสียชีวิตจากโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ 2-4 เท่า⁽²⁾ เนื่องจากหัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อต่อต้านกับความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้น ความดันโลหิตสูงถือเป็นโรคเรื้อรังอันดับที่ 2 ที่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในประเทศไทย⁽³⁾ ในระยะรุนแรงทำให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรัง ผลต่อตา จอภาพขั้นต้ายไปเนื่องจากหลอดเลือดไปที่ตาตีบลงตามัว การมองเห็นลดลงมีโอกาสตาบอดได้⁽⁴⁾ ผลจากการได้รับยาและฤทธิ์ข้างเคียงในการใช้ยา เช่น ใจสั่น ปวดศีรษะ สมรรถภาพทางเพศลดลง ผลด้านจิตใจผู้ป่วยมีความเครียดซึ่งเป็นทั้งเหตุและผลของโรคความดันโลหิตสูง ผลทางด้านเศรษฐกิจและสังคมสูญเสียรายได้เข้าสู่ครอบครัว เป็นภาระของสมาชิกครอบครัว การเข้าสังคมลดลง และยังส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมาชิกครอบครัวด้วย⁽⁵⁾ สมาคมโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกได้มีการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายคือการควบคุมความดันโลหิตซิสโตลิกให้ต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว และควบคุมความดันโลหิตซิสโตลิกให้ต่ำกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมเช่น ไตวายเรื้อรังและเบาหวาน⁽⁶⁾

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหินแฮ่ อำเภอรณนคร จังหวัดนครพนม พ.ศ. 2555 – 2558 พบอัตราป่วยต่อแสนประชากร 5,855.14, 5,873.20, 5,879.63 และ 6019.84 ตามลำดับ อัตราตายเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนต่อแสนประชากร 22.8, 26.3, 29.1 และ 32.62 ตามลำดับ และใน พ.ศ.2557 -2558 มีผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ร้อยละ 44.7 และ 51.27 ตามลำดับบ้านโคกพัฒนา หมู่ที่ 12 ตำบลโคกหินแฮ่ อำเภอรณนคร จังหวัดนครพนม มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2558 สูงเป็นอันดับ 2 ของพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหินแฮ่ อัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร 4,761.90 มีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 52.64 ซึ่งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้ง 10 คน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ และรับบริการที่โรงพยาบาลรณนคร โดยมีการออกติดตามต่อเนื่องที่บ้าน โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหินแฮ่⁽⁷⁾

ปัญหาที่พบจากการติดตามเยี่ยมบ้านพบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้นั้น เนื่องจากผู้ป่วยยังมีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเช่น ในด้านการรับประทานยา เมื่อผู้ป่วยรับประทานยาไปแล้ว ทำให้อาการปวดหรือมีน้ีรยะ ปวดท้ายทอยของผู้ป่วยดีขึ้น จึงคิดว่าตนเองหายจากภาวะความดันโลหิตสูง จึงไม่ไปรับการรักษาต่อเนื่อง เหตุผลรองลงมาคือผู้ป่วยไม่มีญาติพาไปรับยา จึงทำให้ผู้ป่วยขาดนัด บางคนลืมวันนัดและลืมรับประทานยา เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุและขาดคนดูแล ผู้ป่วยบางคนไม่ทราบว่า โรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถรักษาหายได้ ด้านการรับประทานยา บางคนไม่ได้ประกอบอาหารรับประทานเอง แต่จะซื้ออาหารสำเร็จที่ตักใส่ถุงวางขายในตลาดมารับประทาน และชอบปรุงรสด้วยเครื่องปรุงหลากหลายชนิด

นอกจากนั้นวัฒนธรรมอีสาน ที่ส่วนมากรับประทานข้าวเหนียวจากกระติบ ไม่มีการจำกัดปริมาณการรับประทาน ช่วงทำบุญประเพณีในชุมชน จะมีการประกอบอาหารคาวหวาน เชิญญาติพี่น้องมาร่วมงาน เมื่อญาติมาเจอกันพูดคุยกันไปรับประทานอาหารไป ทำให้รับประทานอาหารมากเกินไป ความต้องการของร่างกาย ส่งผลให้การควบคุมน้ำหนักไม่ได้ ดัชนีมวลกายเกินนอกจากนี้วัฒนธรรมของท้องถิ่นที่นิยมรับประทานข้าวปั้นน้ำนิ้ว (ขนมจีนที่ปรุงรสด้วยน้ำปลา ร้า ผงชูรส พริกป่น และน้ำตาล) ซึ่งจะมีร้านขายขนมจีนที่ทำให้รับประทานกันสดๆ ซึ่งน้ำนิ้วที่ผสมข้าวปั้นดังกล่าวมีปริมาณโซเดียมค่อนข้างสูง นอกจากนั้นยังมีวัฒนธรรมการต้อนรับแขกบ้านแขกเมืองของท้องถิ่นที่จะนำอุ (เหล้าสาโทที่นำมาบรรจุใส่ไหขนาดเล็กหรืออุ) มาให้แขกที่มาเยือนได้ดื่มร่วมกัน นอกจากนั้นชุมชนที่ศึกษา เป็นชุมชนที่มีอาชีพเกษตรกรรมเป็นพื้นฐาน หลังเสร็จฤดูทำนา ชาวบ้านส่วนใหญ่ จะปลูกยาสูบไว้ขายให้กับบริษัทยาสูบ ที่จะรับซื้อทุกปี มาเป็นระยะเวลามากกว่า 10 ปีซึ่งคนปลูกจะเก็บใบยาสูบบางส่วนมาหั่นเป็นเส้นๆ ตากแดดให้แห้งไว้สูบเอง และแบ่งปันเพื่อนบ้านสูบด้วย และที่ตั้งของหมู่บ้านอยู่ห่างจากริมแม่น้ำโขงประมาณ 12 กิโลเมตร ซึ่งตามริมแม่น้ำโขงจะเป็นแหล่งปลูกยาสูบตลอดแนวริมแม่น้ำโขง เมื่อถึงฤดูเก็บเกี่ยวใบยาสูบจะนำไปยาสูบเส้นพร้อมมวนสูบเร่ขายโดยรถจักรยานยนต์ จึงส่งผลให้อัตราการดื่มสุราและสูบบุหรี่ของประชาชนค่อนข้างสูง มีผู้ป่วยบางส่วนที่ชอบดื่มเหล้า ขาวสังสรรค์กับเพื่อนฝูงจนมาเป็นประจำ มีผู้ป่วยบางคนที่สูบบุหรี่ถ้าวันไหนไม่ได้สูบจะรู้สึกหงุดหงิด ในด้านการให้บริการในสถานบริการพบว่าเจ้าหน้าที่มีน้อย ทำให้การบริการไม่ครอบคลุม ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการออกแบบการดูแลผู้ป่วยค่อนข้างน้อย ส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เนื่องจากครอบครัวมีส่วนร่วมสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้ดี ทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยาการออกกำลังกาย

การควบคุมน้ำหนักตัวเองอย่างต่อเนื่อง การไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ เพื่อให้ระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ซึ่งจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในชุมชน

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง PDCA (Plan –Do-Check-Act) ใช้เวลาดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 – พฤษภาคม พ.ศ. 2559 พื้นที่ดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษาเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง คือ บ้านโคกพัฒนา หมู่ที่ 12 ตำบลโคกหินแฮ่ อำเภอรณนคร จังหวัดนครพนม เหตุผลที่เลือกหมู่บ้านแห่งนี้เนื่องจาก มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี 2557 ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มากที่สุดตำบลจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 55.6 ของจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง บ้านโคกพัฒนาเป็นหมู่บ้านที่มีความเข้มแข็ง และกลุ่มแกนนำต่างๆ มีความสามัคคีและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ซึ่งเป็นหมู่บ้านที่เอื้อต่อการพัฒนาศักยภาพ ในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในชุมชน ผู้ร่วมกระบวนการศึกษา ได้แก่ 1)ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 10 คน 2) สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักจำนวน 10 คน 3) พยาบาลที่ให้บริการในคลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลรณนคร จำนวน 2 คน 4) พยาบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหินแฮ่ จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สำหรับผู้ป่วยและแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวน 20 ข้อ เครื่องมือเป็นแบบเลือกตอบ ถูก หรือ ผิด ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จากข้อคำถาม 20 ข้อ มี 20 คะแนน แปลผลโดยการนำคะแนนที่ได้มา

กำหนดค่าร้อยละ แบ่งเป็น 3 ระดับ เกณฑ์ประเมินแบบอิงเกณฑ์⁽⁸⁾ ใช้วิธีคิดดังนี้ คือ ดี มีคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (16-20 คะแนน) ปานกลาง มีคะแนนระหว่างร้อยละ 60-70 (12-15 คะแนน) ต่ำ มีคะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60 (0-11 คะแนน)

2. แบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากสุวรรณใจคำ⁽⁹⁾ ซึ่งสุวรรณใจคำ ได้ประยุกต์จากแบบสอบถาม H-scale (Hypertension Self-Care Activity Level Effects) รวม 32 ข้อ⁽¹⁰⁾ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่ามากกว่า 0.70 ประกอบด้วย 6 ประเด็น ได้แก่ การใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การบริโภคอาหารและเกลือ การออกกำลังกาย การจัดการกับน้ำหนักตัวของตนเอง การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นข้อคำถามเชิงบวก และเชิงลบคลงกันเป็นแบบเลือกตอบโดยลักษณะคำถามในประเด็น การใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การบริโภคเกลือ กิจกรรมทางกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการจัดการน้ำหนักตัวของตนเองในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมาว่ามีพฤติกรรมในเรื่องนั้นๆ กี่วัน

3. แนวทางการสนทนากลุ่ม สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จัดให้มีการสนทนาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ว่าทำไมควบคุมความดันโลหิตไม่ได้แล้วหาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล

4. แนวทางการสนทนากลุ่ม สำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยประเด็น การดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเรื่องการรับประทาน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักตัว การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ การช่วยเหลือการสนับสนุนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและครอบครัวขององค์กรต่างๆในชุมชน

5. แบบสัมภาษณ์ผู้ให้บริการของโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แนวคำถามประกอบด้วย ประเด็น การให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิต

สูง ลักษณะการให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวบริการที่ให้บริการในปัจจุบันตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวหรือไม่อย่างไร ปัญหาอุปสรรคในการให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และข้อเสนอแนะในการแก้ไข ปัญหา เครื่องมือทั้ง 5 ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 5 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาสถานการณ์ และ วางแผนการดำเนินงาน 1.1)ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยพร้อมขออนุญาตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1.2) จัดสนทนากลุ่มผู้ป่วย 1 กลุ่ม และกลุ่มครอบครัว 1 กลุ่ม 1.3) ร่วมประชุมวางแผนการดำเนินงาน ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 10 คน สมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 10 คน พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหินแฮ่ เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล ร่วมกันวางแผนเพื่อพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

2. นำแผนสู่การปฏิบัติ 2.1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้ และศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในวันที่ 7 มีนาคม 2559 เวลา 08.30 น. – 16.30น. ณ หอประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหินแฮ่ 2.2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้ และศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในวันที่ 7 มีนาคม 2559 เวลา 08.30 น. – 16.30น. ณ หอประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหินแฮ่

3. สะท้อนผลการปฏิบัติ จากการติดตามเยี่ยมบ้าน หลังดำเนินการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว 2 สัปดาห์ พบว่ามีผู้ป่วย จำนวน 7 คน ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่การดื่มสุรา

4. นำผลการประเมินมาปรับปรุง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย ด้วยการแจกแจงความถี่ค่าร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นการวิเคราะห์

ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม การสังเกตและการสัมภาษณ์ นำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลจะนำไปพร้อมๆ กับการเก็บข้อมูล⁽¹¹⁾ โดยภายหลังจากเก็บข้อมูลจะมีการถอดเทปและบันทึกคำต่อคำแยกข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่และสรุปเป็นประเด็นที่สำคัญ ตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล¹² และบรรยายสรุปสิ่งที่ค้นพบ

จริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้ศึกษาคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยให้ความสำคัญในทุกขั้นตอนของการศึกษา ผู้ศึกษาได้ผ่านการอบรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จัดโดยมหาวิทยาลัยขอนแก่น ในวันที่ 26 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2556 โดยการดำเนินการศึกษาในครั้งนี้ได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมในการวิจัย 3 ประการ¹³ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล ผู้ศึกษาเคารพการตัดสินใจและตระหนักในสิทธิของผู้ร่วมศึกษา ไม่ได้ทำให้เกิดความเดือดร้อน ทั้งทางร่างกาย และจิตใจของผู้เข้าร่วมการศึกษา ให้โอกาสและสิทธิตัดสินใจในการเข้าร่วมศึกษา ซึ่งได้ทำการยินยอมด้วยวาจาแทนการลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร การบันทึกเสียงและการถ่ายภาพต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ร่วมศึกษาหรือผู้ให้ข้อมูลก่อนทุกครั้ง 2) หลักการมุ่งประโยชน์ให้ผู้เข้าร่วมศึกษา ข้อมูลจากการศึกษาจะเป็นความลับ บันทึกโดยใช้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอผลการศึกษาให้ผู้ให้ข้อมูลได้ตรวจสอบความถูกต้อง 3) หลักความเป็นธรรม ผู้ศึกษาให้ความสำคัญกับผู้เข้าร่วมศึกษาอย่างเท่าเทียมกันทั้งในด้านการแสดงความคิดเห็น ในการประชุมและข้อเสนอแนะต่างๆ

ผลการศึกษา

1. การวิเคราะห์สถานการณ์

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ลักษณะประชากร	ผู้ป่วย (คน)	สมาชิกครอบครัว (คน)	ผู้ให้บริการสุขภาพ (คน)	
			รพ.เรณูนคร	รพ.สต. โลกหินแอ่
เพศ				
ชาย	6	2	-	-

หญิง	4	8	2	2
อายุ				
30-39 ปี	-	2	1	1
40-49 ปี	1	1		1
50-59 ปี	1	2	1	
60-69 ปี	5	4		
70-79 ปี	3	1		
การศึกษา				
ประถมศึกษา	8	4		
มัธยมศึกษา	2	4		
ปริญญาตรี	-	2	2	1
ปริญญาโท	-	-		1

1.2 ความรู้และสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของสมาชิกครอบครัว มีความรู้อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 70 รองลงมาในระดับดีร้อยละ 30

1.3 สถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของรพ.สต. โลกหินแอ่และรพ.เรณูนคร

1.3.1 การให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลชุมชน คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลชุมชนให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยคัดกรองหาภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการให้ความรู้เป็นรายบุคคลเน้นหลัก 3 อ 2 ส แนะนำสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง เน้นการมารับบริการตามนัดทุกครั้งเพื่อผู้ป่วยจะได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง หากผู้ป่วยขาดนัดจะประสานศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (COC : Continuing of Care) ของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อติดต่อประสานไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งทางไลน์กลุ่ม COC ของอำเภอ

1.3.2 การให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโลกหินแอ่ จะดำเนินงานด้านการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแนะนำการปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ซึ่งในการพิจารณาเยี่ยมบ้านผู้ป่วยนั้นจะเยี่ยมในกรณีผู้ป่วยที่เข้านอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลชุมชนอาการดีขึ้นแล้วกลับบ้าน และเยี่ยมผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน

1.4 ความต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของ

โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลชุมชน ต้องการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้ผู้ป่วย ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้สามารถดูแลตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค และเห็นว่าการให้ ข้อมูล ความรู้ เพื่อนำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นเป็น เรื่องสำคัญ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นอีก สถานบริการหนึ่ง ที่สามารถให้บริการแบบใกล้ชิดบ้านใกล้ ใจ สามารถให้ความรู้ คำแนะนำ การปฏิบัติตัวกับผู้ป่วย ให้สามารถนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ และมีความ ต้องการที่จะพัฒนาในเรื่อง การพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัว การให้ความรู้แก่ อสม.เพื่อ สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม การส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชน การพัฒนาระบบ การติดตามเยี่ยมบ้านและการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน “ เราความดันสูงจงใจกัน”เพื่อให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือดูแลซึ่ง กันและกัน

1.5 ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยความดัน โลหิตสูง สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการดูแล ตนเอง

1.5.1 ปัญหาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนมากชอบซื้ออาหารสำเร็จที่ดักใส่ถุงวางขายในตลาด มารับประทาน เวลารับประทานอาหารมีการเติมเครื่องปรุงรสเช่น น้ำปลาซีอิ้ว ในอาหารที่จะรับประทานทุกวัน จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 70 ขณะประกอบอาหารมีการ เติมเกลือ ปลาร้า น้ำปลา ผงชูรส จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ชอบรับประทานเนื้อติดมัน มีผู้ป่วยจำนวน 8 คนลืมน รับประทานยาคิดเป็นร้อยละ 80 เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ อยู่ในช่วงสูงอายุขาดคนดูแลต้องอยู่เฝ้าบ้านคนเดียวเพราะ ลูกหลานต้องไปทำงาน มีผู้ป่วยอยู่จำนวน 1 คนที่ไปทำงานแต่เช้ามีรถกลับบ้านก็ค่ำ ส่วนอีก 1 คนจะปั่นจักรยาน แต่หากวันไหนวงเวียนศรียะจะหยุดปั่นไปเป็น 4 – 5 วัน ผู้สูงอายุมีจำนวน 4 คนที่มีปัญหาปวดเข่า และคิดว่าการ เดินไปมาในบ้านก็เมื่อยแล้ว น่าจะเพียงพอกับการออก กกำลังกาย มีผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายเกินอยู่จำนวน 7 คนคิด เป็นร้อยละ 70 ที่ชอบรับประทานอาหารไขมันสูง และ

รับประทานอาหารในปริมาณมาก มีผู้ป่วยจำนวน 1 คน ที่ ยังดื่มเหล้าขาวซึ่งจะดื่มสังสรรค์กับเพื่อนเป็นประจำ สัปดาห์ละ 3-4 วัน ปริมาณที่ดื่มจะดื่มจนเมา และมีผู้ป่วยที่ สูบบุหรี่ทุกวันอยู่จำนวน 2 คนและผู้ป่วยได้รับควันบุหรี่ มือสอง โดยขณะอยู่บ้านเพราะมีลูกชายสูบบุหรี่มีจำนวน 1 คน

1.5.2 การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของสมาชิก ครอบครัว การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร มีสมาชิก ครอบครัวดูแลจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 60 ที่ต้องดูแล ผู้ป่วยในการจัดเตรียมอาหารไว้ให้รับประทาน แต่ไม่รู้ว่า ต้องใส่เครื่องปรุงรสปริมาณเท่าใด ผู้ป่วยจึงจะไม่ต้องรับ ปริมาณโซเดียมเกิน ได้แต่ชิมรสชาติ สมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ อยู่ในวัยที่ต้องทำงานไม่มีเวลาในการดูแล จัดยาให้ผู้ป่วย ในผู้ป่วยสูงอายุ สมาชิกครอบครัวไม่ค่อยได้ ดูแลให้ออกกำลังกาย เพราะไปมาลำบาก บางคนไม่มีเวลา เพราะต้องไปทำงานแต่เช้าจะปล่อยให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย เอง หรือไม่ได้ออกกำลังกายเลย มีผู้ป่วยที่ชอบรับประทาน อาหารหวาน มัน โดยเฉพาะพวกเนื้อติดมัน และชอบ รับประทานอาหารเกิน ส่งผลให้มีดัชนีมวลกายเกิน ซึ่ง สมาชิกครอบครัวได้ดักเตือนผู้ป่วย ให้รู้ถึงภาวะแทรกซ้อน ที่จะตามมาให้กับผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวไม่สบายใจไป ด้วย กับพฤติกรรมการดื่มเหล้า จนเมาของผู้ป่วย ได้ ดักเตือนให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงภาวะแทรกซ้อนของโรค ให้ ผู้ป่วยลดปริมาณการดื่มลงบ้าง สมาชิกครอบครัวพยายาม ให้ผู้ป่วยลดปริมาณการสูบบุหรี่ ต่อวันลงโดยได้กระตุ้น เตือนถึงภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ตลอด ถึงค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่จะต้องเพิ่มขึ้นตามมาแต่ผู้ป่วยก็ยังสูบ เลี้ยง 10 มวน ต่อวัน ต้องทนดมกลิ่นบุหรี่ไปด้วย

1.5.3 ความต้องการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูง ผู้ป่วยมีความรู้ในระดับดี เพียงร้อยละ 40 และต้องการ ได้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การป้องกันการ เกิดภาวะแทรกซ้อน และทักษะในการดูแลตนเองในเรื่อง การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักตัว การจัดการความเครียด 4) ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อยากได้ความรู้ และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยในทุกๆด้าน โดยให้อสม.

เป็นที่เล็งเห็น โดยมีกิจกรรมออกกำลังกายให้อสม. เป็นผู้นำ เต้นแอโรบิค การรำไม้พลองออกติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้ประสานงานระหว่างผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย เมื่อมีปัญหาต่างๆ

2. การวางแผนพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมประชุมวางแผนการดำเนินงานในวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2559 ณ หอประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหินแฮ่ โดยมีผู้เข้าร่วมประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวน 10 คน สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย จำนวน 10 คน พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหินแฮ่จำนวน 2 คน ซึ่งมีประเด็นในการพัฒนาคือ 1) พัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทักษะการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้แก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ 2) พัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมให้แก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย

3. การนำแผนพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงสู่การปฏิบัติ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและสมาชิกครอบครัวในวันที่ 7 มีนาคม 2559 เวลา 08.30 น. – 16.30 น. ณ หอประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหินแฮ่ โดยมีกระบวนการดำเนินงานดังนี้ 1) ผู้ศึกษากล่าวต้อนรับผู้เข้ารับการอบรม สร้างสัมพันธภาพและละลายพฤติกรรมโดยวิทยากรนำร้องเพลงประกอบกิจกรรม ชี้แจงวัตถุประสงค์การอบรม 2) แลกเปลี่ยนความรู้ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแก่กลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ในประเด็นอาการโรคแทรกซ้อน การรับประทานอาหารและลดเค็ม การมาตรวจตามนัด การรับประทานยาลดความดันโลหิต ออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักตัว ลดการดื่มสุรา ลดการสูบบุหรี่ การจัดการความเครียด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการบรรยายและการสาธิตตามกิจกรรม และในระหว่างการสาธิตตามกิจกรรม ผู้ป่วยและ

กลุ่มสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย สามารถซักถามข้อสงสัยตลอดระยะเวลาของการสาธิตกิจกรรม 3) ผู้ศึกษาร่วมกับผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) การรับประทานอาหารและโซเดียม การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการน้ำหนักตัว การลดการดื่มแอลกอฮอล์และลดการสูบบุหรี่ ตลอดจนการจัดการความเครียด 4) สอนการใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ผู้ศึกษาจัดทำขึ้นเพื่อบันทึกติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน 5) ให้ตัวแทนแต่ละกลุ่มออกมาสรุปบทเรียนที่ได้รับ จากการสะท้อนผลการปฏิบัติหลังจากผู้ป่วยจำนวน 10 คน และสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 10 คน ได้ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ผู้ศึกษาได้ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย

4. การประเมินผล จากการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า ยังมีประเด็นที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย คือมีผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายเกินอยู่จำนวน 5 คน (ตัวม้วนจำนวน 4 คน อ้วนจำนวน 1 คน) ดื่มเหล้าขาวอยู่จำนวน 1 คน สูบบุหรี่อยู่จำนวน 2 คน มีผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตค่อนข้างสูง (130 – 139 / 85 – 89 mmHg) จำนวน 6 คน และระดับความดันโลหิตสูงเล็กน้อย (140 – 159 / 90 – 99 mmHg) จำนวน 1 คน จึงได้นำปัญหาดังกล่าวมาพัฒนาต่อเนื่องเพื่อพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ต่อ โดยได้วางแผนปรับปรุงผลการดำเนินงาน โดยได้เชิญพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่คลินิกความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลเรณูนคร จำนวน 2 คน มาประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหินแฮ่ในวันที่ 27 พฤษภาคม 2559 ณ หอประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหินแฮ่ ได้ร่วมกันวิเคราะห์และร่วมกันวางแผนพัฒนาการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหินแฮ่เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ซึ่งมีประเด็นในการพัฒนา คือ แผนพัฒนาการให้บริการของคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลเรณูนคร

และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหินแฮ่ ได้แก่ การพัฒนาการให้บริการเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหินแฮ่

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษาครั้งนี้ได้มีการนำมาอภิปรายผลใน 2 ประเด็น คือ

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในชุมชน

1.1 สถานการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีความต้องการทางสุขภาพที่แตกต่างกัน การที่จะพัฒนาให้ผู้ป่วยดูแลตนเองเหมาะสมจำเป็นต้องวิเคราะห์สภาพปัญหาผู้ป่วยแต่ละคน เมื่อพบปัญหาแล้วได้มีการวางแผนอย่างต่อเนื่องร่วมกันระหว่างผู้ป่วย สมาชิกครอบครัว และผู้ให้บริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยให้สามารถปรับพฤติกรรมและสามารถดูแลตนเองได้ หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อวัยวะสำคัญในร่างกาย จะเสี่ยงต่อการถูกทำลาย และหากมีการทำลายรุนแรงมากพอ อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้⁽¹⁴⁾ การมีดัชนีมวลกายเกิน มีเส้นรอบเอวเกิน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ความดันโลหิตสูงขึ้น⁽¹⁵⁾

1.2 สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของครอบครัว ครอบครัวถือเป็นเสาหลักที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งต้องพึ่งพาบุตรหลานซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิตติมา ศรีสวัสดิ์⁽¹⁶⁾ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน พบว่าการที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะดูแลตนเองได้นั้น ส่วนหนึ่งมาจากการได้รับการดูแลช่วยเหลือจากคนในครอบครัว

1.3 สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยของหน่วยบริการสุขภาพ การให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหินแฮ่จะเป็นในด้านการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ซึ่งจะมีการประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อ

แก้ไขปัญหาคือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายกรณี พร้อมให้ความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิชา สอนใหม่⁽¹⁷⁾ พบว่าการสร้างบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน เพื่อแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและครอบครัวผู้ป่วยมีความพึงพอใจร่วมกัน และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมร่วมกันทำให้เกิดการพัฒนาและยั่งยืน

2. การใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในชุมชน มีการศึกษาสถานการณ์ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการสัมภาษณ์ สทนากลุ่ม การสังเกต การใช้แบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มครอบครัวผู้ป่วยใช้การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกต พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่เหมาะสม และผู้ดูแลยังไม่สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ จึงได้มีการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ทั้งในประเด็นความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ในด้านการรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักตัวเอง ลดการดื่มแอลกอฮอล์ ลดการสูบบุหรี่ ตลอดจนการผ่อนคลายความเครียด หลังจากนั้นมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผู้ป่วยและครอบครัวว่า สามารถดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิตได้ในระดับใด มีการทบทวนความสำเร็จและปัญหาจากการปฏิบัติ พร้อมหาแนวทางแก้ไขปัญหาคือพบร่วมกัน ส่งผลให้กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองมากขึ้น โดยได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมจากครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น ส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่ดีขึ้น ทั้งระดับความ

ดันโลหิต คำนวณมวลกาย ลดการสูบบุหรี่ และลดการดื่มแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล พงษ์สุวรรณ⁽¹⁸⁾ พบว่าผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ขาดทักษะในการดูแลตนเองและได้รับการสนับสนุนในเรื่องความรู้และการดูแลตนเองไม่เพียงพอ และสอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ศักดิ์คำดวง⁽¹⁹⁾ ที่พบว่าทำให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดูแลตนเองได้ถูกต้อง ส่วนครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเข้าใจสภาพปัญหาและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

2. ควรมีการขยายพื้นที่และสร้างเครือข่ายการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในหมู่บ้านอื่นๆ ที่รับผิดชอบเพื่อให้เกิดการใช้รูปแบบการพัฒนาเต็มพื้นที่

3. ควรมีการศึกษาข้อมูลจากปัญหาอุปสรรค ความต้องการของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยให้ครอบคลุมและต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาอิสระ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกศินี สราญฤทธิชัย และคณาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหินแฮ่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำชุมชน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยและผู้ร่วมสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้ทุกท่านเป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: อีว่น้ำพริ้นต์จำกัด.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk. นนทบุรี:สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. TRT Registry Data 2004. ไทยโพสต์ [อินเทอร์เน็ต] 2004. [เข้าถึงเมื่อ 14 สิงหาคม 2558] เข้าถึงได้จาก http://nephrothai.org/trt.asp?type=TRT&news_id=224
- สมจิต หนูเจริญกุลและพรทิพย์ มาลาธรรม. การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. พิมพ์ครั้งที่ 16. กรุงเทพฯ: วีเจ.พริ้นต์.
- สุพรรณิ คมคาย. การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลศรีสุข อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์. รายงานการศึกษานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Paul A. James, Suzanne Oparil, Barry L. Carter, William C.ushman, Cheryl Dennison-Himmelfarb, Joel Handler, et.al. (2014). 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee(JNC8). JAMA 2013.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหินแฮ่. สรุปผลการปฏิบัติงานประจำปี 2558. นครพนม: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหินแฮ่. (เอกสารอัดสำเนา).
- Bloom, Benjamin S., J. Thomas Hastings, and George F. Madaus. (1971). Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill.
- สุวรรณิ โจคำ. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งป่าป้อ อำเภอสว่าง จังหวัดลำปาง. รายงานการศึกษานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Jan, Warren-Findlow and Rachel, B., Seymour. Prevalence Rates of Hypertension Self-care Activities Among African Americans. J Natl Med Assoc, 103 (6), 2011. 503-512.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

- 11.ชาย โพธิ์สิตา. ศาสตราจารย์และศิลปินแห่งชาติการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง.
- 12.ทวีศักดิ์ นพเกษร. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเล่ม 2 คู่มือปฏิบัติการวิจัยประยุกต์เพื่อพัฒนาองค์กรชุมชน สังคม. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครราชสีมา: โขกเจริญมาเก็ตติ้ง.
- 13.วิชัย โชควิวัฒน์ และทิพชา โปษยานนท์. รายงานเบลมอนด์ The Belmont Report. กรุงเทพฯ: สถาบัน พัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์.
- 14.จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. ตำราอายุรศาสตร์ 4. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 15.สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงใน เวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: อ้วนน้ำพรินต์ติ้ง.
- 16.จิตติมา ศรีสวัสดิ์. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน. รายงานการศึกษาระยะปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- 17.วัชร สอนใหม่. การสร้างบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน ชุมชนหนองหว้า อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. รายงานการศึกษาระยะปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- 18.พรพิมล พงษ์สุวรรณ. การพัฒนาการดูแลโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพ ชุมชนจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- 19.สุกัญญา ศักดิ์คำดวง.การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. รายงานการศึกษาระยะ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ผลของอุณหภูมิและเวลาต่อการลดลงของชนิดและปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ในการอบหม่ำวัว
ด้วยเตาไมโครเวฟในจังหวัดกาฬสินธุ์

EFFECTS OF TEMPERATURE AND TIME TO TYPES AND QUANTITY MICROBIAL
DECREASING IN OVENING BEEF MUM WITH MICROWAVE IN KALASIN PROVINCE

อรรคพล ภูผาจิตต์^{1*}, ดาริวรรณ เศรษฐธรรม

Akrapol Poohpajit^{1*}, Dariwan Settheetham^{**}

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงทดลอง แบบ Repeated Measured Factorial Designs เพื่อศึกษาผลของอุณหภูมิและเวลาต่อการลดลงของชนิดและปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ในการอบหม่ำวัวด้วยเตาไมโครเวฟในจังหวัดกาฬสินธุ์ทดลองกับหม่ำทั้งท่อน จำนวน 216 ตัวอย่าง และหม่ำหั่นท่อน จำนวน 144 ตัวอย่าง ตรวจจุลินทรีย์ ได้แก่ *Escherichia coli* และ *Salmonella* spp., *Staphylococcus aureus*, *Yeast & Mold* ศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม 2559 ถึง เดือนเมษายน 2560

ผลการศึกษา พบว่า หม่ำทั้งท่อนเมื่อให้ความร้อน 600 วัตต์ ในเวลา 5 นาทีสามารถลดเชื้อ *Salmonella* spp., *Staphylococcus aureus*, *Yeast & Mold*, *Escherichia coli* ทั้งหมดได้ร้อยละ 100.0 และหม่ำแบบหั่นเป็นท่อนๆ ที่ระดับพลังงานความร้อน 600 วัตต์ ในเวลา 3 นาทีสามารถทำลายเชื้อ *Salmonella* spp., *Staphylococcus aureus*, *Yeast & Mold*, *Escherichia coli* ได้ร้อยละ 99.17, 100, 100 และ 99.20 ตามลำดับ ให้ความร้อนนานกว่านี้ หม่ำแบบหั่นจะไหม้หม่ำเป็นอาหารอันตรายที่มีความเสี่ยง ดังนั้นผู้บริโภคหม่ำให้ปลอดภัยจากจุลินทรีย์มากที่สุด ควรอบหม่ำแบบท่อน ให้ความร้อน 600 วัตต์ ในเวลา 5 นาที

คำสำคัญ : หม่ำวัว, การลดลงของเชื้อจุลินทรีย์

Abstract

This study was an experimental research, Repeated Measured Factorial Designs. The study aimed was to investigate the effects of temperature and time on the reduction of Kalasin province. The samples were Mum rod 216 samples and Mum piece 144 samples. The quantity and type of microorganisms to “Mum (preserved) Beef” with a microwave oven in determined reduction of *Escherichia coli*, *Salmonella* spp., *Staphylococcus aureus*, and *Yeast & Mold*. The studied time between August, 2016 to April, 2017.

The studied results found that at 600 watts for 5 minutes to Mum rod capable reduce of *Salmonella* spp., *Staphylococcus aureus*, *Yeast & Mold*, and *Escherichia coli* all equal 100.00 percent. When Mum piece in microwave oven 600 watts for 3 minutes reduced *Salmonella* spp., *Staphylococcus aureus*, *Yeast & Mold* and *Escherichia coli* equal 99.17 %, 100.00%, 100.00%, and 99.20%, respectively. If longer heat, the Mum piece would burn. Mum is as risk food. So, consumer should oven Mum rod at 600 watts for 5 minutes for the most safety from microorganism.

Key Words: Mum (preserved) Beef, The determined reduction of microorganisms

¹ Correspondent author: pae_city3@hotmail.com

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ภาควิชานามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

การรับประทานอาหารเป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดสภาวะทางสุขภาพและทำให้เกิดโรค ซึ่งความรุนแรงนั้นจะแตกต่างกันตามชนิดและปริมาณของสิ่งที่ได้รับ พิจารณาได้จากความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการเกิดโรค 3 อย่าง ได้แก่ คนหรือสิ่งมีชีวิต (Host) สิ่งแวดล้อม (Environment) สิ่งก่อโรค (Agent) (ประวิทย์ สุนทรสิมะ, 2521) จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ปี 2557-2559 พบอัตราป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหารในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหารเป็นอันดับ 2 ของประเทศ มีอัตราป่วยเท่ากับ 781.45 ต่อแสนประชากร (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2559)

จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคติดต่อด้วยโปรแกรม R506 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ มีอัตราการป่วยด้วยโรคทางเดินระบบอาหารเป็นอันดับหนึ่งของจังหวัดกาฬสินธุ์ และจากรายงานการสอบสวนโรค พบว่า มีสาเหตุมาจากการบริโภคอาหารอีสานแปรรูปจากเนื้อวัว (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2559) หม่ำเป็นอาหารอีสานที่นิยมมากในภาคอีสาน จังหวัดที่นิยมรับประทานหม่ำ เช่น จังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดมหาสารคามเป็นต้น หม่ำเป็นอาหารที่แสดงถึงอัตลักษณ์ของอาหารอีสาน มีการถ่ายทอดกระบวนการทำผ่านภูมิปัญญาของคนท้องถิ่น มีวิธีการกระบวนการทำที่ไม่แน่นอนและมีความแตกต่างกันเล็กน้อยตามพื้นที่ กระบวนการผลิตหม่ำล้วนส่งผลต่อคุณภาพของหม่ำ ส่วนมากจะพบการปนเปื้อนของจุลินทรีย์ประเภท *Escherichia coli*, *Yeast & Mold* มีปริมาณการปนเปื้อนที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน มพช.146-2546 (วิรัตน์ สุมนและณัญญาพร สุมน, 2552) และจากผลการดำเนินงาน “โครงการกรุงเทพฯ เมืองอาหารปลอดภัย” พบว่าอาหารประเภทหมักพื้นบ้านที่ทำจากสัตว์ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จุลินทรีย์ร้อยละ 21.8 โดยเก็บตัวอย่างอาหารจากตลาดสด ร้านอาหาร ซูเปอร์มาร์เก็ต แผงลอย พบการปนเปื้อนของ

เชื้อ *Escherichiacoli*, *Salmonellaspp.*, *Staphylococcus aureus*. ร้อยละ 87.8 25.0 และ 16.3 ตามลำดับ (กรุงเทพมหานคร, 2557) ปัจจุบันหม่ำถือเป็นสินค้า OTOP ชนิดหนึ่งที่นิยมและเป็นที่ต้องการของผู้บริโภค แต่หม่ำนั้นเป็นอาหารอีสานแปรรูป ขาดการควบคุมคุณภาพและการผลิตตามหลักสุขาภิบาลอาหาร (งานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลคำม่วง, 2559) จากผลการตรวจสถานที่ผลิตหม่ำในอำเภอคำม่วง ตรวจการปนเปื้อนของ coliform bacteria ด้วยทดสอบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียขั้นต้น (SI-2) พบการปนเปื้อนร้อยละ 85 จากข้อมูลการสำรวจแหล่งผลิตหม่ำวัว ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์พบว่า ลักษณะทางกายภาพและส่วนประกอบหลักเหมือนกัน และส่วนมากนิยมบริโภคหม่ำดิบซึ่งถือเอาความสะดวกในการบริโภคเป็นสำคัญ เป็นส่วนที่ทำให้เกิดอาการของโรคระบบทางเดินอาหาร ทางผู้วิจัยจึงอยากส่งเสริมให้ประชาชนในจังหวัดกาฬสินธุ์บริโภคหม่ำอย่างปลอดภัยจากเชื้อจุลินทรีย์ พร้อมทั้งข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินอาหารในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์นั้น ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาปริมาณของเชื้อจุลินทรีย์ในหม่ำวัว คือ *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Salmonella spp.*, *Yeast & Mold* และศึกษาผลของอุณหภูมิและเวลาที่มีผลต่อชนิดและปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ โดยผู้วิจัยได้เลือกใช้กระบวนการให้ความร้อนโดยเครื่องไมโครเวฟ เนื่องจากเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบอาหารอย่างง่าย มีการใช้ในครัวเรือนอย่างแพร่หลาย โดยจะใช้ปรุงอาหารปรุงสุกสำเร็จรูปหรืออาหารกึ่งปรุงสุกสำเร็จรูป สะดวกและเหมาะสมกับสภาพการใช้ชีวิตของคนในปัจจุบันที่ต้องการความสะดวกและรวดเร็วในการรับประทานอาหาร รับประทานหม่ำที่มีปราศจากเชื้อจุลินทรีย์โดยไม่ต้องก่อกำเริบจากเตาโดยตรงซึ่งอุณหภูมิความร้อนและเวลาของเตาไมโครเวฟ จะมีผลโดยตรงในการทำลายเชื้อจุลินทรีย์ ลดปริมาณรวมทั้งยับยั้งการเจริญเติบโต ซึ่งอุณหภูมิและเวลานั้นจะต้องมีความเหมาะสม ที่ทำให้หม่ำวัว ปราศจากเชื้อจุลินทรีย์ มีลักษณะทางกายภาพที่สุกในระดับที่พร้อมรับประทาน

จากความสำคัญที่กล่าวมาข้างต้นและการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่มีผู้ศึกษาในการลดและทำลายเชื้อจุลินทรีย์ในหม่าว เป็นเพียงการสำรวจเพื่อให้ทราบปริมาณเพียงเท่านั้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาเรื่องการศึกษาปริมาณการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ชนิด และประสิทธิภาพการทำลายเชื้อจุลินทรีย์ด้วยไมโครเวฟในหม่าเนื้อว ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้ทราบสถานการณ์การปนเปื้อนของจุลินทรีย์ ตลอดจนวิธีการลดปริมาณของจุลินทรีย์ เพื่อให้มีความปลอดภัยในการบริโภคหม่ามากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบการลดลงของเชื้อจุลินทรีย์ในหม่าว ในอบหม่าวแบบทั้งท่อนด้วยเตาไมโครเวฟที่ กำลังไฟฟ้าต่างกันและที่ระยะเวลาต่างกัน

2. เพื่อเปรียบเทียบการลดลงของเชื้อจุลินทรีย์ในหม่าว ในอบหม่าวแบบหั่นเป็นท่อนๆ ด้วยเตาไมโครเวฟที่ กำลังไฟฟ้าต่างกันและที่ระยะเวลาต่างกัน

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นแบบทดลอง (Experimental Research)

แบบ Repeated Measured Factorial Designs แบ่งการ

ทดลองออกเป็น 2 ตอน ตอนที่ 1 การให้ความร้อนทั้งท่อน ตอนที่ 2 ให้ความร้อนโดยหั่นเป็นท่อน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ หม่าวพ้องปรุงที่มีการผลิตและจำหน่ายอาหารอีสานแปรรูป ในรูปแบบการผลิตแบบอุตสาหกรรมครัวเรือน ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่างคือหม่าวในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ ตอนที่ 1 ให้ความร้อนแบบทั้งท่อน 216 ตัวอย่าง ตอนที่ 2 ให้ความร้อนแบบแบบหั่นเป็นท่อนๆ 144 ตัวอย่าง ตัวอย่างกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) 1) หม่าวที่ใช้ในการทดลองจะต้องมีส่วนประกอบ เครื่องปรุง ต้องเหมือนกัน 2) ใช้ไส้หมูในการบรรจุ 3) หม่าวที่ใช้ในการทดลองจะต้องมีขนาดความยาวเฉลี่ยอยู่ที่ 5.5 ถึง 9 เซนติเมตร เส้นผ่านศูนย์กลางเฉลี่ยอยู่ที่ 2.5 ถึง 3.2

เซนติเมตร วัดที่จุดกึ่งกลางของตัวอย่างอาหารหม่า 4) เป็นหม่าที่ผลิตและจำหน่ายแบบอุตสาหกรรมครัวเรือน ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ 5) ระยะเวลาการหมักของหม่าวเท่ากับ 9 ชั่วโมง นับเริ่มจากการบรรจุลงในไส้

เก็บตัวอย่างหม่าวตามขนาดของการบริโภคจริงตามการบริโภคและการจำหน่ายตัวอย่างอาหารหม่าวมีสภาพไม่เน่าเสีย หรือบูดเก็บตัวอย่างหม่าใส่ลงในถุงพลาสติกที่สะอาดรัดปากถุงให้แน่น เขียนผลการระบุหมายเลขตัวอย่าง บรรจุในกระติกหรือกล่องโฟมที่มีการรักษาอุณหภูมิไม่เกินกว่า 4 °C ทำการทดลองและตรวจวิเคราะห์ปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ในอาหารที่ห้องปฏิบัติการทางจุลชีววิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตอนที่ 1 ให้ความร้อนแบบทั้งท่อนทำการทดลองในสภาวะการทดลองเท่ากับ $3 \times 6 \times 4 = 72$ สภาวะการทดลอง ทำการทดลองซ้ำ 3 ครั้ง (3 replications) วิเคราะห์ชนิดของเชื้อจุลินทรีย์ที่ตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด 4 ชนิด คือ *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Salmonella spp.*, *Yeast & Mold* รวมหน่วยการทดลองทั้งสิ้นเป็น $72 \times 3 = 216$ หน่วยการทดลอง ตอนที่ 2 ให้ความร้อนแบบแบบหั่นเป็นท่อนทำการทดลองในสภาวะการทดลองเท่ากับ $3 \times 4 \times 4 = 48$ สภาวะการทดลอง ทำการทดลองซ้ำ 3 ครั้ง (3 replications) วิเคราะห์ชนิดของเชื้อจุลินทรีย์ที่ตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด 4 ชนิด คือ *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Salmonella spp.*, *Yeast & Mold* รวมหน่วยการทดลองทั้งสิ้นเป็น $48 \times 3 = 144$ หน่วยการทดลอง

เครื่องมือในการวิจัย

1. ตรวจวิเคราะห์การปนเปื้อนเชื้อ *E.coli* โดยวิธี Most Probable Number (MPN)

2. ตรวจวิเคราะห์การปนเปื้อนเชื้อ เชื้อ *Staphylococcus aureus*, *Salmonella spp.*, *Yeast & Mold* ทดสอบโดยใช้วิธี *Conventional stand Method*

วิธีดำเนินการวิจัย

ก่อนทดลอง

1. ชั่งน้ำหนักหม่ำว้าวพร้อมปรุง ชั่งด้วยเครื่องชั่งทศนิยม 4 ตำแหน่ง ชั่งทั้งชิ้นของหม่ำตามขนาดที่แบ่งขาย วัดเส้นรอบวงของหม่ำ โดยกำหนดให้วัดที่จุดกึ่งกลางและวัดอุณหภูมิ ทำการบันทึกผล

2. วิเคราะห์หาความเปอร์เซ็นต์ความชื้น (Moisture content) และตรวจวิเคราะห์เชื้อ 4 ชนิด คือ *Salmonella spp.*, *Staphylococcus aureus*, *Yeast & Mold* และ *Escherichia coli*

ขั้นตอนการทดลอง

1. ให้ความร้อนแบบทั้งท่อน

1.1 นำหม่ำว้าวพร้อมบริโภคมารับความร้อนจากแหล่งกำเนิดเตาไมโครเวฟ ที่ระดับความ 300 วัตต์ จากไมโครเวฟรุ่น ME711K ขนาด 20 ลิตรระยะเวลา 0, 1, 2, 3, 4 และ 5 นาที ตามลำดับ

1.2 วัดอุณหภูมิหลังให้ความร้อนวิเคราะห์เปอร์เซ็นต์ความชื้นและตรวจวิเคราะห์เชื้อ 4 ชนิด

ผลการวิจัย

1. ผลการลดลงของเชื้อจุลินทรีย์ในหม่ำว้าวในอบหม่ำว้าวแบบทั้งท่อนด้วยเตาไมโครเวฟที่กัลังไฟฟ้าต่างกัน และที่ระยะเวลาต่างกัน

ระดับพลังงานความร้อนและระยะเวลาที่ใช้ในการอบหม่ำว้าว ผลที่ได้เมื่อดูจากค่าเฉลี่ยร้อยละการลดลงของเชื้อจุลินทรีย์ทั้ง 4 ชนิดดังตารางที่ 1 พบว่า ที่ระดับความร้อนเท่ากับ 600 วัตต์เป็นระดับความร้อนสูงปานกลางของเตาไมโครเวฟ ที่ระยะเวลา 5 นาทีจะมีผลต่อการลดลงของเชื้อจุลินทรีย์ 1) ชนิดเชื้อ *Salmonella spp.* มีปริมาณเชื้อเริ่มต้นเฉลี่ยที่ 81 ± 0.91 ใน 25 กรัมเมื่อให้ความร้อนที่ระยะเวลาและระดับความร้อนดังกล่าวปริมาณเชื้อที่เหลือเท่ากับ 0 ใน 25 กรัมอาหาร คิดเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละที่ลดลงร้อยละ 100 2) ชนิดเชื้อ *Staphylococcus aureus* มีปริมาณ

1.3 วิเคราะห์หาความเปอร์เซ็นต์ความชื้น (Moisture content) และตรวจวิเคราะห์เชื้อ 4 ชนิด คือ *Salmonella spp.*, *Staphylococcus aureus*, *Yeast & Mold* และ *Escherichia coli*

1.4 ทำการทดลองซ้ำ 3 ครั้งทำการทดลองเช่นเดียวกันแต่เปลี่ยนการให้ความร้อน เป็นระดับความ 450, 600 วัตต์ตามลำดับ

2. ให้ความร้อนแบบแบบหั่นเป็นท่อน

ทำการทดลองเช่นเดียวกันกับการทดลองตอนที่ 1 เพียงลดระยะเวลาที่ให้ความร้อนเพียง 4 ระยะเวลาที่ใช้คือ ระยะเวลา 0, 1, 2 และ 3 นาที และทำการหั่นหม่ำว้าวให้เป็นท่อนที่มีขนาดเท่ากัน 4 ส่วน ก่อนนำไปให้ความร้อน

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป STATA V.10 ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น สถิติพรรณนาที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนสถิติเชิงอนุมานที่ใช้การวิเคราะห์คือ การวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of variance) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการลดลงของเชื้อจุลินทรีย์ในหม่ำว้าวในอบหม่ำว้าว

เชื้อเริ่มต้นเฉลี่ยที่ $2.0 \times 10^5 \pm 5.3 \times 10^3$ CFU/g ปริมาณเชื้อที่เหลือเท่ากับ $< 1 \times 10^2$ CFU/g คิดเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละลดลงเท่ากับ ร้อยละ 100 3) ชนิดเชื้อ *Yeast & Mold* มีปริมาณเชื้อเริ่มต้นเฉลี่ยอยู่ที่ $8.8 \times 10^5 \pm 2.2 \times 10^3$ CFU/g ปริมาณเชื้อที่เหลือ $3.3 \times 10^2 \pm 3.3 \times 10^2$ CFU/g คิดเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละที่ปริมาณเชื้อลดลงได้ร้อยละ 99.62 4) ชนิดเชื้อ *Escherichia coli* มีปริมาณเชื้อเริ่มต้นเฉลี่ยอยู่ที่ $1.3 \times 10^5 \pm 1.4 \times 10^3$ CFU/g ปริมาณเชื้อที่เหลือ $< 1 \times 10^2$ CFU/g คิดเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละที่ปริมาณเชื้อลดลงได้ร้อยละ 100 และเมื่อนำร้อยละเฉลี่ยการทำลายเชื้อจุลินทรีย์มาทดสอบทางสถิติพบว่า ที่ระดับความร้อนต่างๆ และระยะเวลาการให้ความร้อนต่างๆ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.01 แต่เมื่อนำมาเทียบกับมาตรฐานเกณฑ์ประกาศกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เรื่อง เกณฑ์คุณภาพจุลชีววิทยา

ของอาหารภาชนะสัมผัสอาหาร ฉบับที่ 2 เรื่องเกณฑ์ปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ในการปนเปื้อนอาหารประเภทเนื้อสัตว์แปรรูป พบว่าจะต้องมีการให้ความร้อนที่ 600 วัตต์ เป็นเวลา 5 นาที จะสามารถบริโภคหม่าวได้อย่างปลอดภัย และเมื่อ

นำค่าร้อยละความชื้นที่ลดลงมาพิจารณาร่วมด้วยพบว่า การให้ความร้อนด้วยวิธีดังกล่าวนี้สามารถรักษาความชื้นในอาหารได้ดี

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยร้อยละการลดลงของปริมาณเชื้อชนิดต่างๆ จากการให้ความร้อนแบบทั้งก้อนที่ระดับความร้อนและระยะเวลาต่างๆ

ระดับความร้อน	ชนิดเชื้อ	ระยะเวลาที่ให้ความร้อน(นาที)				
		1	2	3	4	5
300 วัตต์	<i>Salmonella spp.</i>	12.87±2.16	22.42±2.59	41.09±5.18	50.22±4.97	66.40±5.43
	<i>Staphylococcus aureus</i>	34.68±56.59	39.87±1.05	63.99±3.42	81.24±2.76	97.66±1.45
	<i>Yeast & Mold</i>	14.72±3.46	25.28±4.93	64.53±4.29	75.85±1.30	92.46±4.58
	<i>Escherichia coli</i>	30.44±2.61	57.17±5.77	53.21±1.96	70.79±1.87	78.95±6.31
450 วัตต์	<i>Salmonella spp.</i>	12.40±3.79	31.41±4.35	60.34±5.40	100	100
	<i>Staphylococcus aureus</i>	2.35±1.82	10.91±6.66	74.50±0.58	85.72±5.00	99.33±0.77
	<i>Yeast & Mold</i>	27.00±1.97	40.69±19.49	73.77±3.02	98.48±1.74	100
	<i>Escherichia coli</i>	73.68±1.81	81.09±0.41	86.36±1.90	91.38±2.59	94.25±0.72
600 วัตต์	<i>Salmonella spp.</i>	58.13±3.07	68.91±6.42	94.72±4.61	100	100
	<i>Staphylococcus aureus</i>	48.82±2.12	82.71±0.51	89.49±1.55	99.66±0.58	100
	<i>Yeast & Mold</i>	40.16±4.30	84.09±4.09	87.88±2.37	99.62±0.65	99.62±0.65
	<i>Escherichia coli</i>	77.54±1.45	93.98±0.40	99.54±0.80	100	100

2. ผลการลดลงของเชื้อจุลินทรีย์ในหม่าวในอบหม่าวแบบหั่นเป็นท่อนๆ ด้วยเตาไมโครเวฟที่กำลังไฟฟ้าต่างกัน และที่ระยะเวลาต่างกัน

ระดับพลังงานความร้อนและระยะเวลาในการทำลายเชื้อจุลินทรีย์ในตัวอย่างอาหารหม่าว โดยการหั่นเป็นท่อนๆ นั้น พบว่าผลที่ได้เมื่อดูค่าเฉลี่ยร้อยละในการลดลงของปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ทั้ง 4 ชนิด พบว่าที่ระยะเวลาสูงสุดที่ทำการทดลอง คือ 3 นาที พบว่าสามารถทำลาย

เชื้อจุลินทรีย์ได้สูง เช่น *Staphylococcus aureus*, *Yeast & Mold* ค่าเฉลี่ยร้อยละการทำลายเชื้อเท่ากับ 100, 100 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2 เมื่อนำผลค่าเฉลี่ยร้อยละการลดลงของปริมาณเชื้อจุลินทรีย์มาทดสอบทางสถิติพบว่า ค่าระดับพลังงานความร้อน และระยะเวลาที่ให้ความร้อน มีผลต่อการทำลายเชื้อจุลินทรีย์ทั้ง 4 ชนิด แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.01$

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยร้อยละการลดลงของปริมาณเชื้อชนิดต่างๆ จากการให้ความร้อนแบบหั่นแว่นที่ระดับความร้อนและระยะเวลาต่างๆ

ระดับความร้อน	ชนิดเชื้อ	ระยะเวลาที่ให้ความร้อน (นาท)		
		1	2	3
กำลังไฟ 300 วัตต์	<i>Salmonella spp.</i>	25.42±1.42	46.32±2.56	57.79±2.56
	<i>Staphylococcus aureus.</i>	6.47±0.86	6.47±0.50	64.52±1.15
	<i>Yeast & Mold</i>	42.60±3.90	59.26±1.70	95.19±1.28
	<i>Escherichia coli</i>	48.80±0.00	48.53±0.46	76.53±0.92
กำลังไฟ 450 วัตต์	<i>Salmonella spp.</i>	42.47±0.44	64.06±1.24	96.70±1.43
	<i>Staphylococcus aureus</i>	76.46±0.69	80.36±1.46	85.46±0.97
	<i>Yeast & Mold</i>	55.19±0.64	73.71±0.64	97.41±0.64
	<i>Escherichia coli</i>	68.19±0.92	86.90±0.46	95.19±3.50
กำลังไฟ 600 วัตต์	<i>Salmonella spp.</i>	69.01±1.24	90.45±0.76	99.17±0.72
	<i>Staphylococcus aureus</i>	77.44±2.68	94.16±0.49	100.00±1.01
	<i>Yeast & Mold</i>	76.28±1.26	90.15±1.10	100.00±0.00
	<i>Escherichia coli</i>	93.35±0.92	98.94±0.46	99.20±1.38

เมื่อนำผลปริมาณเชื้อจุลินทรีย์มาเทียบกับมาตรฐานเกณฑ์ประกาศกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เรื่อง เกณฑ์คุณภาพจุลชีววิทยาของอาหารภาชนะสัมผัสอาหาร ฉบับที่ 2 เรื่อง เกณฑ์ปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ในการปนเปื้อนอาหารประเภทเนื้อสัตว์แปรรูป พบว่ามีเชื้อจุลินทรีย์ 2 ชนิด คือ *Salmonella spp.*, *Escherichia coli*. ที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งจะต้องมีการเพิ่มระยะเวลาในการให้ความร้อนเล็กน้อย ซึ่งเชื้อ *Salmonella spp.* ปริมาณเชื้อที่เหลือเท่ากับ 1 โคโลนีใน 25 กรัม อาหาร มาตรฐานกำหนดจะต้องไม่พบการปนเปื้อนในอาหาร ส่วนเชื้อ *Escherichia*

coli พบ 1.0×10^2 CFU/g โดยมาตรฐานกำหนด พบการปนเปื้อนในอาหารได้ไม่เกิน 10 CFU/g จึงเป็นจุลินทรีย์ 2 ชนิดที่เมื่อให้ความร้อนระดับ 600 วัตต์ ระยะเวลา 3 นาที ยังพบการปนเปื้อน ที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานและไม่ปลอดภัยในการบริโภค แต่การให้ความร้อนแบบการหั่นเป็นท่อนๆ นั้นมีข้อสังเกตคือ ร้อยละความชื้นในตัวอย่างมีการสูญเสียไปอย่างมาก และอุณหภูมิตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงไปมาก เกิดการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางกายภาพของตัวอย่าง ตัวอย่างแข็งและดำขึ้นลักษณะไม่น่าบริโภค

ตารางผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเปรียบเทียบค่าระดับพลังงานความร้อนและระยะเวลาที่ให้ความร้อนต่อการทำลายเชื้อจุลินทรีย์ทั้ง 4 ชนิด

Source Of Variation	df	SS	MS	F	p-value
<i>1. Salmonella spp.</i>					
Heat	3	24174.26	8058.09	223.07	0.001
Time	4	24241.12	6060.28	167.76	0.001
Heat#Time	10	5048.08	504.80	13.97	0.001
<i>2. Staphylococcus aureus.</i>					
Heat	3	17435.30	5811.77	198.39	0.001
Time	4	37476.78	9369.20	319.83	0.001
Heat#Time	10	8716.94	871.69	29.76	0.001
<i>3. Yeast & Mold</i>					
Heat	3	17613.77	5871.26	115.72	0.001
Time	4	29224.52	7306.13	144.00	0.001
Heat#Time	10	4818.77	481.89	9.50	0.001
<i>4. Escherichia coli</i>					
Heat	3	39191.84	13063.95	453.66	0.001
Time	4	4697.63	1174.41	40.78	0.001
Heat#Time	10	1094.19	109.42	3.80	0.001

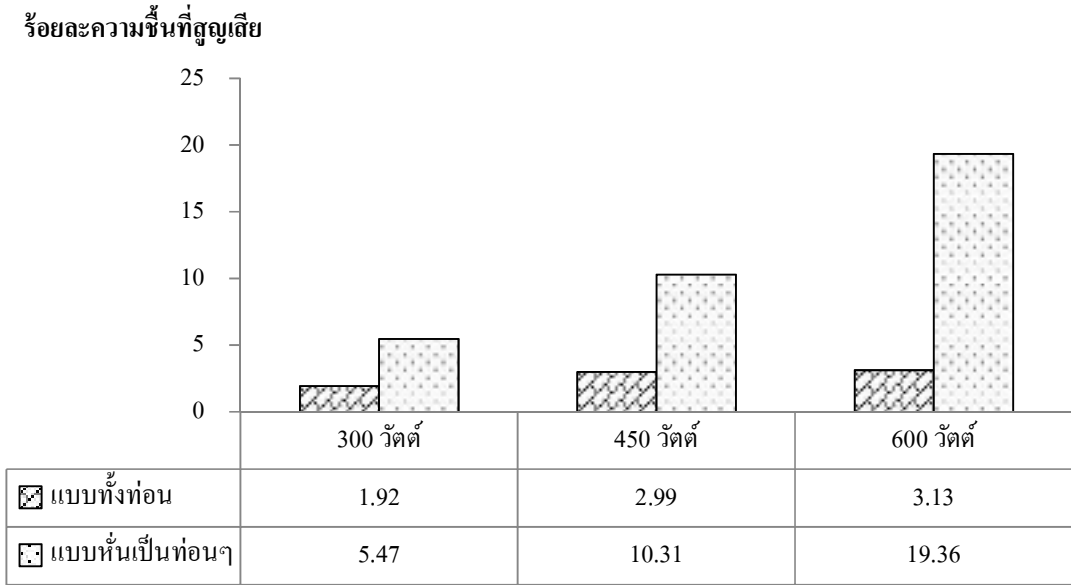
หมายเหตุ : สถิติที่ใช้ทดสอบ = Two-way ANOVA

3. ผลการเปรียบเทียบลักษณะการให้ความร้อนแบบเป็นท่อนและการให้ความร้อนแบบเป็นท่อนๆ

เมื่อมีการให้ความร้อนในระดับต่างๆ ระยะเวลาต่างๆ พบว่าเมื่อมีการให้ความร้อนแบบการหั่นตัวอย่างออกเป็นท่อนๆ 4 ส่วนเท่าๆกันนั้น พบว่ามีการสูญเสียความชื้นได้มากกว่าการให้ความร้อนแบบทั้งท่อน เมื่อนำผลร้อยละความชื้นที่สูญเสียไปจากการให้ความร้อนที่

ระยะเวลา 3 นาที มาพิจารณาเปรียบเทียบการให้ความร้อนแบบทั้งท่อนและการหั่นเป็นท่อนๆ พบว่า การให้ความร้อนแบบทั้งท่อนที่ระดับพลังงาน 300 วัตต์ 450 วัตต์ และ 600 วัตต์ ร้อยละความชื้นที่สูญเสียไปเท่ากับ 1.92, 2.99 และ 3.13 ตามลำดับ ส่วนการให้ความร้อนแบบหั่นเป็นท่อนที่ระดับพลังงาน 300 วัตต์ 450 วัตต์ และ 600 วัตต์ ร้อยละความชื้นที่สูญเสียไปเท่ากับ 5.47, 10.31 และ 19.36 ตามลำดับ ดังแสดงตามภาพที่ 1

ภาพที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยร้อยละการลดลงของความชื้นในหม่ำว้าวที่ให้ความร้อนแบบทั้งท่อนและหั่นเป็นท่อนๆ เมื่อให้พลังงานความร้อนที่ระดับต่างๆ ระยะเวลา 3 นาที



การอภิปรายผล

ผลของการให้ความร้อนจากเตาไมโครเวฟต่อการทำลายเชื้อจุลินทรีย์ นอกจากจะมีปัจจัยของระดับพลังงาน ความจากเตาไมโครเวฟที่ให้และระยะเวลาที่ให้ความร้อนแล้วนั้น ยังขึ้นอยู่กับลักษณะการให้ความร้อนกับตัวอย่าง เมื่อเทียบกับเวลา 3 นาที ในระดับพลังงานความร้อน 450 วัตต์ พบว่าค่าเฉลี่ยร้อยละการทำลายเชื้อ *Salmonella spp.* แบบให้ความร้อนทั้งท่อนเท่ากับ 60.34 ± 5.40 แบบการให้ความร้อนโดยการหั่นเป็นท่อนๆ เท่ากับ 96.70 ± 1.43 เชื้อ *Staphylococcus aureus* แบบให้ความร้อนทั้งท่อนเท่ากับ 74.50 ± 0.58 แบบการให้ความร้อนโดยการหั่นเป็นท่อนๆ เท่ากับ 85.46 ± 0.97 , *Yeast & Mold* แบบให้ความร้อนทั้งท่อนเท่ากับ 73.77 ± 3.02 แบบการให้ความร้อนโดยการหั่นเป็นท่อนๆ เท่ากับ 97.41 ± 0.64 , *Escherichia coli* แบบให้ความร้อนทั้งท่อนเท่ากับ 86.36 ± 1.90 แบบการให้ความร้อนโดยการหั่นเป็นท่อนๆ เท่ากับ 95.17 ± 3.50 การให้ความร้อนแบบหั่นเป็นท่อนจะสามารถทำลายเชื้อจุลินทรีย์ได้มากกว่าการให้ความร้อนแบบทั้งท่อน แต่การให้ความร้อนแบบหั่นเป็นท่อนๆ นั้นจะลดปริมาณความชื้นของอาหารมากกว่า

กล่าวง่ายๆ คือ การให้ความร้อนที่ระดับพลังงานเดียวกัน ระยะเวลาเดียวกัน การให้ความร้อนแบบท่อนจะสูญเสียน้ำจากตัวอย่างอาหารมากกว่าการให้ความร้อนแบบทั้งท่อน ซึ่งจะสามารถรักษาน้ำในตัวอย่างได้ดีกว่า และเมื่อนำมาบริโภคกับข้าวเหนียวจะมีความนิ่มและเป็นที่ชื่นชอบมากกว่า

อาหารประเภทหม่ำว้าว เมื่อนำมาปรุงให้สุกด้วยเตาไมโครเวฟ ควรใช้ระดับพลังงานความร้อนที่ 600 วัตต์ ที่ระยะเวลา 5 นาที โดยการให้ความร้อนแบบทั้งท่อน เป็นระยะเวลาที่สามารถทำลายเชื้อจุลินทรีย์ทั้ง 4 ชนิดได้ปลอดภัยสำหรับผู้บริโภค เมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานประกาศกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เรื่อง เกณฑ์คุณภาพจุลชีววิทยาของอาหารภาชนะสัมผัสอาหาร ฉบับที่ 2 เรื่อง เกณฑ์ปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ในการปนเปื้อนอาหารประเภทเนื้อสัตว์แปรรูปและนอกจากนั้นการให้ความร้อนแบบทั้งท่อนสามารถรักษาความชื้นได้ดีกว่า การให้ความร้อนแบบหั่นเป็นท่อนๆ ซึ่งการให้ความร้อนแบบหั่นเป็นท่อนๆ จะทำให้หม่ำว้าวไหม้และไม่เหมาะกับการรับประทานกับข้าว

เหนียว

สรุปผล

ข้อมูลที่สำคัญที่พบในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า หม่าวที่นำมาศึกษานั้นพบเชื้อจุลินทรีย์ทั้ง 4 ชนิด ใน ปริมาณเชื้อที่เกินมาตรฐานประกาศ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เรื่อง เกณฑ์คุณภาพจุลชีววิทยา ของอาหารภาชนะสัมผัสอาหาร ฉบับที่ 2 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า หม่าวเป็นประเภทอาหารที่มีความเสี่ยง เมื่อนำมาบริโภค แบบดิบจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ ในการศึกษาครั้งนี้ เลือกใช้เตาไมโครเวฟเนื่องจากพบว่ามีการใช้อย่างแพร่หลายและสอดคล้องกับความต้องการความสะดวกในการบริโภคของผู้บริโภค ดังนั้นเพื่อความปลอดภัยในการบริโภคหม่าวเมื่อมีการใช้เตาไมโครเวฟด้วยรุ่น ME711K

ข้อเสนอแนะ

1. การให้ความร้อนที่เหมาะสมในการทำลาย เชื้อจุลินทรีย์ทั้ง 4 ชนิดนั้น ควรเลือกระดับความร้อนที่ 600 วัตต์ ใช้เวลาในการให้ความร้อน 5 นาที ซึ่งเป็นระยะเวลา และระดับความร้อนที่สามารถทำลายเชื้อจุลินทรีย์ได้หมด และเกิดความปลอดภัยในการบริโภค

2. การให้ความร้อนแบบหั่นเป็นท่อนๆ จะลด ปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ได้ผลดีกว่าการให้ความร้อนแบบทั้ง ท่อน และทำให้ปริมาณความชื้นลดลงมากด้วยเช่นกัน แต่ ในการทดลองครั้งนี้ทดลองเพียงแค่ 3 นาที ตัวอย่างหม่าว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณพระคุณอาจารย์ประจำภาควิชาอนามัย สิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้สนับสนุน ทุนอุดหนุนและส่งเสริมการทำวิทยานิพนธ์สำหรับ

ขนาด 20 ลิตร ใช้กำลังไฟฟ้า 600 วัตต์ ใช้ระยะเวลา 5 นาที ซึ่งเป็นความร้อน ระดับกำลังไฟสูงปานกลาง ตามคู่มือมี การแนะนำให้อุ่นอาหารสด ที่มีปริมาณ 60 กรัม ขึ้นไป ใช้ ระยะเวลา 6 นาที 40 วินาที แต่ผลการศึกษาสามารถแสดง ให้เห็นว่า การใช้กำลังไฟที่ 600 วัตต์ 5 นาที ทำลาย เชื้อจุลินทรีย์ 4 ชนิด ในหม่าวได้หมดดังนั้นควรมีการ เลือกให้ความร้อนที่ระดับ 600 วัตต์ ระยะเวลาไม่น้อยกว่า นาทีเพื่อเป็นการบริโภคหม่าวที่ปลอดภัยและการใช้เตา ไมโครเวฟจะทำให้ความสะดวกรวดเร็วสอดคล้องกับการ ประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ที่ต้องการบริโภคอาหาร อีสานแปรรูป อย่างปลอดภัยโดยไม่ต้องเสียเวลาในการก่อกองไฟ

ยังคงมีปริมาณเชื้อ *Salmonella spp.* เชื้อ *Escherichia coli*. เหลืออยู่เล็กน้อย

3. ควรมีการศึกษาการเปลี่ยนแปลงลักษณะทาง กายภาพของหม่าวและระดับความสุกของหม่าที่ ประชาชนนิยมบริโภค

4. ควรนำไปใช้กับการอุ่นหรือปรุงอาหารประเภท อื่นๆ

5. ควรมีการสอบถามความพึงพอใจผู้บริโภคต่อ การใช้ไมโครเวฟในการทำลายเชื้อจุลินทรีย์

นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา ประจำปีการศึกษา 2559 และผู้อำนวยการโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ รวมทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่สนับสนุน ข้อมูลการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กองสุขาภิบาลอาหาร กรมอนามัย. การสุขาภิบาลอาหารใน สุนัขที่ชนา แสนประเสริฐ และ อรพรรณศรีสุขวัฒนา และ จิตพรหัตถฐา (บรรณาธิการ).

สรุปสถานการณ์สุขภาพอาหาร. กรุงเทพฯ : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2543.

_____. (2558). รายงานประจำปีโครงการกรุงเทพฯ เมืองอาหารปลอดภัย ปีงบประมาณ พ.ศ.2558. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย.

ขวัญตาประชา และ อรรถณัฐบัวหลวง. แนวทางการพัฒนาข้าวโพดหวานจกด้วยการอบแห้งไมโครเวฟ (Strategic development of germinated sweet corn using microwavedrying).การประชุมวิชาการและการนำเสนอผลงานวิจัยระดับนานาชาติ “คิดสร้างสรรค์และพัฒนา เพื่อก้าวหน้าสู่ประชาคมอาเซียน”,(2),2558. 163 – 172

ชูศรีวงศ์รัตน์ และ อองอาจนัยพัฒน์. การทดสอบสมมุติฐาน. ใน สกาวรัตน์ จรุงนันทกาล และบุษวรรณแสนปลื้ม และ

นพวรรณ ศรีเกตุ (บรรณาธิการ). แบบแผนการวิจัยเชิงทดลองและ

สถิติวิเคราะห์ : แนวคิดพื้นฐานและวิธีการ (Experimental

Methods).กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.

Research Design and Statistic : Basic Concepts and

งานคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลคำม่วง. รายงานการตรวจสุขภาพโภชนาการร้านอาหารและแผงลอย ปี 2559. กาศสินธุ์: กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลคำม่วง. (2559).

ประวิทย์ สุนทรสิมะ. การควบคุมโรคติดต่อ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฬินไทย. (2521).

วิรัตน์ สุมน. ความรู้ ความคิดเห็น และพฤติกรรมของผู้บริโภคผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์: รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัย. กรุงเทพฯ: คณะเกษตร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. (2552).

นิธิยรัตน์ปานนท์. ผลของปริมาณเชื้อและการเปลี่ยนแปลงสภาพอาหาร.ในประสิทธิ์สันติวัฒนา (บรรณาธิการ). เคมืออาหาร. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ โอ.เอส.พรินต์ติ้งเฮาส์, 2545.

สำนักโรคบาวิทยา กรมควบคุมโรค. รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506 Diarrhea ปี 2559. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2559). การเฝ้าระวังโรคติดต่อด้วยโปรแกรม R506. กาศสินธุ์: สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.

A. C. Baird-Parker. Foods and microbiological risks. **Microbiology**.1994,140, 687-695

Górny RL and Mainelis G. **VIABILITY OF FUNGAL AND ACTINOMYCETAL SPORES AFTER MICROWAVE RADIATION OF BUILDING MATERIALS**. Department of Biohazards, Institute of Occupational Medicine and Environmental Health, Sosnowiec, Poland, 2007.

JuanA. Canumir. Pasteurisation of Apple Juice by Using Microwaves. **Lebensm.-Wiss. Technol.**,35, 2002. 389–392

Lone Gram.(2002). **Food spoilage interactions between food spoilage bacteria**. International Journal of Food Microbiology 78, 2002. 79 – 97

S. Chandrasekaran,S.Ramanathan,TanmayBasak. 2013. Microwave food processing. **Food Research International**.52, 2013. 243–261

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลในสังกัด กองทัพภาคส่วนภูมิภาค

Factors influencing transformational nursing leadership of head nurse in hospital Under Provincial Royal Thai Army.

นิภาวรรณ ขววงิกัด¹, มาริสา ไกรฤกษ์²

Nipawan Youngwipack¹, Marisa Krairiksh²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายแบบการศึกษาเชิงพหุภาคีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลในสังกัดกองทัพภาคส่วนภูมิภาค ที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป รวม 36 แห่ง จำนวน 185 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 บุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก ส่วนที่ 3 เชาว์อารมณ์ ส่วนที่ 4 แรงจูงใจในการทำงาน และส่วนที่ 5 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3, 4 และ 5 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.83, 0.76, 0.93 และ 0.94 ตามลำดับ เก็บข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์กลับคืน จำนวน 174 ฉบับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า 1) บุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก เชาว์อารมณ์ แรงจูงใจในการทำงานและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพภาคส่วนภูมิภาค อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.02$, S.D.=0.36; $\bar{x} = 3.92$, S.D.=0.42; $\bar{x} = 3.79$, S.D.=0.35; $\bar{x} = 4.06$, S.D.=0.41)ตามลำดับ 2) ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ บุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก การได้รับการอบรมเกี่ยวกับภาวะผู้นำ และเชาว์อารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ($r = 0.57$, 0.39 และ 0.51 ตามลำดับ) ประสบการณ์ในการดำรงตำแหน่ง หัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ($r=0.18$) 3) แรงจูงใจในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย ($r = 0.55$) 4) ตัวแปรที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย ประกอบด้วย บุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก แรงจูงใจในการทำงาน การได้รับการอบรมเกี่ยวกับภาวะผู้นำและเชาว์อารมณ์ โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 50.30 ($R^2=0.503$) และทั้ง 4 ตัวแปร มีอิทธิพลต่อภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลในกองทัพภาคส่วนภูมิภาค เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ บุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก (Beta=0.298) แรงจูงใจในการทำงาน (Beta= 0.276) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับภาวะผู้นำ (Beta=0.211) และเชาว์อารมณ์ (Beta= 0.192)

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง , บุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก, การได้รับการอบรมเกี่ยวกับภาวะผู้นำ, เชาว์อารมณ์, แรงจูงใจในการทำงาน และหัวหน้าหอผู้ป่วย

Abstract

This descriptive, predictive research aimed to investigate factors influencing transformational leadership of head nurses in provincial Thai army-affiliated hospitals who have been working in provincial Thai army-affiliated hospitals more than one year in 36 Thai army-affiliated hospitals. One hundred and eighty-five head nurses were the study subject. Data collection was conducted by sending 185 questionnaires by post, and data 174 completed questionnaires (94.05%) were returned. The research tool was a questionnaire developed by the researcher which consisted of the following five parts: 1) general information, 2) conscientious personality type, 3) emotional intelligence, 4) work motivation, and 5) transformational leadership. Content validity was assessed by five experts, and the reliability of the questionnaire

¹ นักศึกษาหลักสูตร ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

was calculated by using Cronbach's alpha coefficients, yielding 0.83, 0.76, 0.93, and 0.94, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's correlation coefficient, and multiple linear regressions. The statistical significance level was set at 0.05.

The study showed the following results: 1) The levels of conscientiousness personality type, emotional intelligence, work motivation, and transformational leadership among the head nurses were high ($\bar{x} = 4.02$, S.D. =0.36; $\bar{x} = 3.92$, S.D. =0.42; $\bar{x} = 3.79$, S.D. =0.35; $\bar{x} = 4.06$, S.D. =0.41, respectively). 2) Individual factors include conscientious personality type, training, and emotional intelligence had moderate positive statistical significant correlation with transformational leadership of the head nurses ($r = 0.57, 0.39$, and 0.51 respectively, $p < 0.05$) and experiences of working as a head nurse had a low positive statistical significant correlations transformational leadership of the head nurses($r = 0.18$, $p < 0.05$). 3) Work motivation had a moderate positive statistical significant correlation with transformational leadership of the head nurses. ($r = 0.55$, $p < 0.05$). 4) The factors could significantly predicted and explained for 50.30 ($R^2=0.503$, $p < 0.05$) of the head nurses were conscientious personality type, work motivation, training, and emotional intelligence. The following variables were arranged in descending order of influence (the most to the least influential variables): conscientious personality type (Beta=0.298), work motivation (Beta= 0.276), emotional intelligence (Beta= 0.211), and receiving transformational leadership training (Beta=0.192).

Keywords: transformational leadership, conscientious personality type, work motivation, training, emotional intelligence, experiences of working as a head nurse and head nurses

บทนำ

อิทธิพลจากกระแสโลกาภิวัตน์ ด้านความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศ ทำให้การรับรู้ข่าวสารได้รวดเร็วและกว้างขวาง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน ทั้งด้านสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ การเมืองและสังคมในระดับโลกและระดับประเทศ⁽¹⁾ และยังมีอิทธิพลต่อระบบสุขภาพอีกด้วย ทำให้ทั้งภาครัฐและเอกชนมีการปรับตัวเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในประเทศไทยนั้นได้มีการกำหนดแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ให้สอดคล้องกับแผนเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ทำให้ประเทศไทยมีบทบาทด้านสุขภาพมากขึ้นในเวทีโลกโดยรัฐบาลพยายามขับเคลื่อนประเทศให้เป็นศูนย์กลางการให้บริการทางการแพทย์ในระดับภูมิภาค และ ต้องมีระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน สามารถตอบสนองต่อความต้องการตามปัญหาสุขภาพ และมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ตามเป้าประสงค์ของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติอีกด้วย⁽²⁾ สำหรับกรมแพทยทหารบกนั้น มีการกำหนดนโยบายเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเช่นกัน โดยมุ่งเน้นให้มีการพัฒนาบริการทาง

การแพทย์ มุ่งสู่ความเป็นเลิศทั้งการบริการการแพทย์ในที่ตั้งปกติและการบริการการแพทย์ในสนาม โดยยุทธศาสตร์ที่ 2 มุ่งเน้นให้ทุกโรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ทุกโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบกจึงต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการ รวมทั้งด้านการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผ่านเกณฑ์การประเมิน⁽³⁾ ซึ่งโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบก มีทั้งหมด 37 แห่ง เป็นโรงพยาบาลส่วนกลาง จำนวน 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค 36 แห่ง พบว่ามีโรงพยาบาลผ่านการรับรอง HA ขึ้น 3 ทั้งหมด 22 แห่ง จาก 36 แห่ง⁽⁴⁾ และนอกจากนี้โรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบกยังต้องมีการตรวจประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจากกรมแพทยทหารบกอีกด้วย

จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้ผู้บริหารทุกระดับ ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กร ต้องมีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกลและพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดเวลา เพื่อให้องค์กรเกิดความสำเร็จ เกิดความมั่นคงและมีการเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่อง⁽⁵⁾ หัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้บริหารระดับต้น มีบทบาทในการสื่อสารนโยบายจากผู้บริหารสู่ผู้ปฏิบัติงาน กำหนดนโยบาย

วิสัยทัศน์ในระดับหน่วยงานให้สอดคล้องกับนโยบายขององค์กร อีกทั้งเป็นทิวทัศน์ในการพัฒนาคุณภาพด้านต่าง ๆ ทั้งการปฏิบัติการพยาบาล นิเทศทางการพยาบาลและส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้สึกร่วมในการปฏิบัติงานอย่างมีเป้าหมายในภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลง⁽⁶⁾ โดยพยาบาลทุกคนในสังกัดกองทัพบก รวมทั้งหัวหน้าหอผู้ป่วย นอกจากบทบาททางการพยาบาลแล้ว ยังต้องมีบทบาทของทหารร่วมด้วย คือการปฏิบัติการกิจพิเศษตามที่ผู้บังคับบัญชามอบหมาย ซึ่งอาจไม่เกี่ยวข้องกับงานพยาบาลโดยตรง อีกทั้งเมื่อประเทศเกิดความไม่สงบ ต้องตั้งมั่นอยู่ในหน่วย เพื่อรอคำสั่งปฏิบัติงานเช่นเดียวกับทหารอาชีพทุกคน⁽⁷⁾ ด้วยบทบาทที่หลากหลาย หัวหน้าหอผู้ป่วยจำเป็นต้องมีภาวะผู้นำที่เหมาะสมกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ตามแนวคิด Fullan (2002) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง หมายถึง คุณลักษณะของผู้นำที่แสดงออกถึงการมีความหวัง มีความกระตือรือร้น มีความเข้าใจถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลง สามารถกระตุ้นใจให้ผู้บังคับบัญชาให้เกิดความสามัคคีและร่วมแก้ปัญหาในการทำงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร โดยผู้นำที่มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดผลลัพธ์และผลการปฏิบัติงานที่ดีแก่พยาบาลวิชาชีพ เช่น ทำให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจในงาน⁽⁸⁾ เกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อสร้างโอกาสและความก้าวหน้า อีกทั้งยังสร้างความสำเร็จในการทำงานและส่งผลให้เกิดความยึดมั่นผูกพันในองค์กร⁽⁹⁾ อีกทั้งยังทำให้พยาบาลปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจ มีการดำเนินงานตามระบบและการให้บริการผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้⁽¹⁰⁾ และข้อมูลที่ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 6 คน จาก 3 โรงพยาบาล (สัมภาษณ์ เดือนธันวาคม 2557) พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยบางท่านยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน ทำให้ขาดความมั่นใจในการบริหารงาน ไม่สามารถที่จะสามารถกระตุ้นใจผู้ปฏิบัติงานให้เกิดความสามัคคีในการทำงานร่วมกันได้ ขาดความรู้ ทักษะในงานวิจัยและขาดความมั่นใจในการนำผลการวิจัยมาใช้

และมักจะเกิดภาวะเครียดเมื่อต้องรับนโยบายใหม่ๆจากผู้บริหาร ทั้งนี้ยังพบข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ต้องปฏิบัติงานนอกเวลาราชการเป็นเวร 24 ชั่วโมง พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้าจากช่วงเวลาการปฏิบัติงานที่ยาวนาน อาจส่งผลกระทบต่อการบริหารงานในบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วย หากขาดทักษะการบริหารจัดการที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการสัมภาษณ์ด้วยตนเองของผู้วิจัย ในพยาบาลประจำการโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบก จำนวน 19 คน จาก 19 โรงพยาบาล ให้ข้อมูลว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยบางท่าน มีพฤติกรรมแสดงออกด้านอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น การแสดงออกทางท่าทาง สีหน้าดูดิ่ง ทำให้ผู้ปฏิบัติงานในแผนกเกิดความ อึดอัดใจในการทำงาน และไม่กล้าแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ การปฏิบัติงานส่วนใหญ่จึงกลายเป็นการปฏิบัติงานตามคำสั่งขาดการกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงาน ได้คิดหาวิธีแก้ปัญหาเองหรือคิดสร้างสรรค์ชิ้นงานใหม่ๆ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยบางท่านมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ไม่มีประสิทธิภาพ

ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การทำงาน⁽¹¹⁾ โดยภาวะผู้นำของพยาบาลสามารถเรียนรู้ได้ทั้งจากสถาบันการศึกษาและจากประสบการณ์⁽¹²⁾ ในต่างประเทศพบว่าประสบการณ์ในการเป็นผู้บริหารมีผลต่อภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการพยาบาล⁽¹³⁾ และมีการทบทวนผลงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ทั้งหมด 9 งานวิจัย พบว่าการได้รับการอบรมภาวะผู้นำ มีผลทางบวกต่อภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการพยาบาล⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาปัจจัยด้านเชาว์อารมณ์พบว่า มีผลต่อภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้วย⁽¹⁵⁾

ในต่างประเทศพบผลการศึกษาว่า เชาว์อารมณ์มีผลต่อภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารเช่นเดียวกัน⁽¹⁶⁾ และอีกหนึ่งปัจจัยที่มีการศึกษาในต่างประเทศ คือการนำทฤษฎีรูปแบบบุคลิกภาพ 5 แบบ ของ Gosta and McCare⁽¹⁷⁾ มาศึกษาความสัมพันธ์กับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้จัดการในบริษัทขนาดใหญ่ พบว่า บุคลิกภาพแบบมี

จิตสำนึก มีผลต่อการแสดงออกของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงได้เช่นกัน

นอกจากปัจจัยส่วนบุคคลแล้ว ยังพบว่า พฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกในลักษณะการปฏิบัติงาน นั้นมีผลจากการได้รับแรงจูงใจที่ต่างกัน⁽¹⁷⁾ ซึ่งแรงจูงใจสามารถกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติทางบวกในการปฏิบัติหน้าที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในงานที่ยากและท้าทาย แรงจูงใจจะทำให้งานประสบความสำเร็จและเพิ่มประสิทธิภาพขององค์กรได้⁽¹⁸⁾ แนวคิดด้านแรงจูงใจมีการศึกษาแพร่หลาย โดยเฉพาะ ทฤษฎีแรงจูงใจในการทำงานของ Herzberg et al. (1993) ซึ่งพบว่า หากบุคคลได้รับองค์ประกอบด้านปัจจัยจูงใจ จะส่งผลให้บุคคลมีความพึงพอใจและเกิดแรงจูงใจในการทำงาน และหากบุคคลได้รับปัจจัยค่าจูงใจ จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พึงพอใจในงาน หากหัวหน้าหอผู้ป่วยได้รับปัจจัยจูงใจและปัจจัยค่าจูงใจก็จะสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานได้

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบกส่วนภูมิภาค และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบกส่วนภูมิภาค เพื่อใช้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเป็นแนวทางการพัฒนาหัวหน้าหอผู้ป่วย ให้มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง พร้อมทั้งจะบริหารงานในองค์กรให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามเป้าหมายขององค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก ประสิทธิภาพในการดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย การได้รับการอบรมเกี่ยวกับภาวะผู้นำ เชาว์อารมณ์ และแรงจูงใจในการทำงาน กับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบกส่วนภูมิภาค
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบกส่วนภูมิภาค

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) แบบการศึกษาเชิงพยากรณ์ (Predictive study) ตัวแปรอิสระประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก ประสิทธิภาพในการดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย การได้รับการอบรมเกี่ยวกับภาวะผู้นำ เชาว์อารมณ์ และแรงจูงใจในการทำงาน ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบกส่วนภูมิภาค

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งเป็นพยาบาลที่ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าหน่วยงาน ในหน่วยงานต่าง ๆ ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม สูติ-นรีเวชกรรม หออภิบาลผู้ป่วยหนัก ห้องผ่าตัด แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยพิเศษ และหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบกส่วนภูมิภาค ทั้งหมด 36 แห่ง มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวนประชากรทั้งสิ้น 185 คน ทำการศึกษาในประชากรทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ประสิทธิภาพในการดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย แผนกที่ปฏิบัติงานและการได้รับการอบรมเกี่ยวกับภาวะผู้นำ เป็นการเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 บุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามด้านบุคลิกภาพ ของ พิทยา เชาวลิตวงศ์ (2554) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบของ Costa and McCrae (1992) โดยเลือกส่วนที่เกี่ยวข้องกับด้านบุคลิกภาพแบบจิตสำนึก มี 13 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จาก 1-5 ดังนี้ ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยมากที่สุด ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผลดังนี้ 1.00 – 1.50 มีบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึกระดับน้อยที่สุด 1.51 – 2.50 มีบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึกระดับน้อย 2.51 – 3.50 มีบุคลิกภาพแบบมี

จิตสำนึกระดับปานกลาง 3.51 – 4.50 มีบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึกระดับมาก 4.51 - 5.00 มีบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึกระดับมากที่สุด⁽¹⁹⁾

ส่วนที่ 3 เชาว์อารมณ์ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีของ Weisinger (1998) มาประยุกต์ใช้ในการตั้งข้อคำถาม มี 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จาก 1-5 ดังนี้ เป็นจริงน้อยที่สุด เป็นจริงน้อย เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงมาก เป็นจริงมากที่สุด แปลผลดังนี้ 1.00 – 1.50 มีเชาว์อารมณ์ระดับน้อยที่สุด 1.51 – 2.50 มีเชาว์อารมณ์ระดับน้อย 2.51 – 3.50 มีเชาว์อารมณ์ระดับปานกลาง 3.51 – 4.50 มีเชาว์อารมณ์อยู่ระดับมาก 4.51 - 5.00 มีเชาว์อารมณ์ระดับมากที่สุด⁽¹⁹⁾

ส่วนที่ 4 แรงจูงใจในการทำงาน ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจาก จารุวัฒน์ นูรพันธ์ (2546) คือ มีการรวมองค์ประกอบด้านความก้าวหน้าในงานและโอกาสการเจริญก้าวหน้าเข้าด้วยกัน เนื่องจากบางข้อคำถามสามารถสื่อถึงประเด็นดังกล่าวทั้ง 2 ประเด็นได้ครอบคลุม และมีการปรับข้อคำถามให้มีความเฉพาะเจาะจงกับลักษณะของพยาบาลกองทัพบก เช่น การใช้ข้อคำถามเกี่ยวกับ ชยศและตำแหน่งต่าง ๆ ทำให้ข้อคำถามลดลงเหลือ 50 ข้อ จาก 58 ข้อ ซึ่งครอบคลุมตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการทำงาน⁽²⁰⁾ แบ่งเป็น ด้านปัจจัยจูงใจ จำนวน 23 ข้อ และด้านปัจจัยค้ำจุนจำนวน 27 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จาก 1-5 ดังนี้ เป็นจริงน้อยที่สุด เป็นจริงน้อย เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงมาก เป็นจริงมากที่สุด แปลผลดังนี้ 1.00 – 1.50 มีแรงจูงใจในการทำงานระดับน้อยที่สุด 1.51 – 2.50 มีแรงจูงใจในการทำงานระดับน้อย 2.51 – 3.50 มีแรงจูงใจในการทำงานระดับปานกลาง 3.51 – 4.50 มีแรงจูงใจในการทำงานระดับมาก 4.51 - 5.00 มีแรงจูงใจในการทำงานระดับมากที่สุด⁽¹⁹⁾

ส่วนที่ 5 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย สร้างตามแนวคิดของ Fullan (2002) มี 5 องค์ประกอบ ดังนี้ การมีเป้าหมายเชิงจริยธรรม การเข้าใจการเปลี่ยนแปลง การสร้างและพัฒนาสัมพันธภาพ การสร้างและการแบ่งปันความรู้ การสร้างความสามัคคี มี 25 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ จาก 1-5 ดังนี้ ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย ถึง 5 เห็นด้วยมากที่สุด แปลผลดังนี้ 1.00 - 1.50 มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงระดับน้อยที่สุด 1.51 - 2.50 มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงระดับน้อย 2.51 - 3.50 มีภาวะ

ผู้นำการเปลี่ยนแปลงระดับปานกลาง 3.51 - 4.50 มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงระดับมาก 4.51 - 5.00 มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงระดับมากที่สุด⁽¹⁹⁾

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3, 4 และ 5 จากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.83, 0.76, 0.93 และ 0.94 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (อนุมัติวันที่ 13 มี.ค. 2558 เลขโครงการ HE 592126) และมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดย แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยในแบบสอบถามและขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ตามมาและนำเสนอผลการศึกษาในลักษณะภาพรวมไม่มีการระบุชื่อโรงพยาบาลและชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ตั้งแต่ 15 สิงหาคม – 15 กันยายน 2559 ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืนมา 174 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 94.05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เชาว์อารมณ์ แรงจูงใจในการทำงานและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน วิเคราะห์ตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้า หอผู้ป่วย โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 40.57 ปี (S.D.=6.91) มากที่สุดคืออายุ 41 ปีขึ้นไป ร้อยละ 45.40 น้อยที่สุดคือ อายุต่ำกว่า 26 ปี ร้อยละ 1.72 ส่วนใหญ่จบการศึกษา

ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 78.16 รองลงมาคือจบการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 21.26 ระดับปริญญาเอกพบน้อยที่สุด ร้อยละ 0.57 สำหรับประสบการณ์ในการดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย เฉลี่ย 5.76 ปี (S.D.=4.84) อยู่ในช่วง 1-2 ปี มากที่สุด ร้อยละ 31.61 ช่วง 8-10 ปี พบน้อยที่สุด

ร้อยละ 13.79 ปฏิบัติงานแผนกห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 24.71 รองลงมาคือ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ร้อยละ 18.97 ซึ่งส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรม/สัมมนา/ประชุมวิชาการเกี่ยวกับภาวะผู้นำ ร้อยละ 52.30 และไม่เคยได้รับการอบรม/สัมมนา/ประชุมวิชาการเกี่ยวกับภาวะผู้นำ ร้อยละ 47.70

2. บุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึกของหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=4.02$, S.D.=0.36)

3. เข้าวารมณของหัวหน้าหอผู้ป่วย ของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.92$, S.D.=0.42)

4. แรงจูงใจในการทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.79$, S.D.=0.35) เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบ พบว่า ทั้ง 2 องค์ประกอบ อยู่ในระดับมาก ดังนี้ ปัจจัยจูงใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.90$, S.D.=0.33) และปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับมากเช่นกัน ($\bar{x}=3.72$, S.D.=0.42) โดยเมื่อพิจารณารายด้านของแต่ละองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบของปัจจัยจูงใจทุกด้านอยู่ในระดับมาก ปัจจัยค้ำจุน พบว่ามีสองด้านที่ค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านเงินเดือนและสวัสดิการ ($\bar{x}=3.26$, S.D.=0.87) และด้านชีวิตความเป็นส่วนตัว ($\bar{x}=3.13$, S.D.=0.66) ส่วนด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับมาก

5. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=4.06$, S.D.=0.41) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าทั้ง 5 ด้านอยู่ใน

ระดับมาก โดยเรียงลำดับของค่าเฉลี่ยในแต่ละด้านจากมากไปหาน้อยดังนี้ การมีเป้าหมายเชิงจริยธรรม ($\bar{x}=4.25$, S.D.=0.46) การสร้างความสามัคคี ($\bar{x}=4.16$, S.D.=0.48) การเข้าใจกระบวนการเปลี่ยนแปลง ($\bar{x}=4.14$, S.D.=0.49) การสร้างและพัฒนาความสัมพันธ์ ($\bar{x}=4.12$, S.D.=0.46) และอันดับที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การสร้างและการแบ่งปันความรู้ ($\bar{x}=3.60$, S.D.=0.61)

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และแรงจูงใจในการทำงานกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบกส่วนภูมิภาค

6.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก การได้รับการอบรมเกี่ยวกับภาวะผู้นำ และเข้าวารมณมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.57, 0.39$ และ 0.51 ตามลำดับ) ส่วนประสบการณ์ในการดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ($r=0.18$)

6.2 แรงจูงใจในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.55$)

7. ปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบกส่วนภูมิภาค

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงทุกประการ

ตาราง 1 แสดงความสามารถของตัวแปรในการอธิบายภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบกส่วนภูมิภาค

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE(b)	Beta	t	Sig.
-บุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก	0.337	0.074	0.298	4.566	0.000
-แรงจูงใจในการทำงาน	0.319	0.073	0.276	4.344	0.000
-เข้าวารมณ	0.199	0.060	0.211	3.298	0.001

-การได้รับการอบรมภาวะผู้นำ	0.155	0.046	0.192	3.348	0.001
F=42.802 Constant=.484 R=.709 R ² =.503					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางพบว่าผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันอธิบายภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ บุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก แรงจูงใจในการทำงาน การได้รับการอบรมเกี่ยวกับภาวะผู้นำ และเชาว์อารมณ์ โดยอธิบายได้ร้อยละ 50.03 (R²= 0.503) โดยพบว่าแต่ละตัวแปรพยากรณ์มีค่าอิทธิพลในการพยากรณ์ ดังนี้ บุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึกมีค่าสูงที่สุด (Beta =0.298) รองลงมาคือ แรงจูงใจในการทำงาน (Beta =0.276) เชาว์อารมณ์ (Beta =0.211) และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับภาวะผู้นำ (Beta =.0192) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

1. บุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึกของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=4.02$, S.D.=0.36) ซึ่งผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึกสูง จะมีความสามารถ มีประสิทธิภาพ ปฏิบัติงานอย่างมีระเบียบแบบแผน สำนึกในหน้าที่ มุ่งปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จและมีความสุขรอบคอบในการปฏิบัติงาน Costa, and McCare⁽²¹⁾ ซึ่งหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบกส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ระบบการศึกษา มุ่งเน้นระเบียบวินัยตามคุณลักษณะของทหาร ควบคู่กับศาสตร์ทางการแพทย์ส่งผลให้พยาบาลทหารมีระเบียบแบบแผนในการทำงาน นอกจากนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องเป็นผู้นำนโยบายจากผู้บริหารสู่ผู้ปฏิบัติงาน จำเป็นที่จะต้อง มีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงานเพื่อให้ประสบความสำเร็จตามนโยบายขององค์กร และหากขาดธำรงกำลังหัวหน้าหอผู้ป่วยยังมีบทบาทในการพยาบาลผู้ป่วยอีกด้วย ซึ่งลักษณะงานของพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับชีวิตและความเป็นความตายของผู้ป่วย ทำให้พยาบาลจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรับผิดชอบสูง มีความละเอียดถี่ถ้วนและมีสติตลอดการทำงาน จึงจะปฏิบัติได้ถูกต้อง ไม่เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ

พรพรรณ อนุมาศ (2553) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ บรรยากาศองค์การกับความสำเร็จในวิชาชีพพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลในสังกัดกลาโหม พบว่าบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึกอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ($\bar{x}=3.65$, S.D.=0.42)

2. หัวหน้าหอผู้ป่วยมีเชาว์อารมณ์อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.92$, S.D.=0.42) อาจเนื่องจากลักษณะของวิชาชีพพยาบาลนั้นเป็นการปฏิบัติงานที่ยาก มีความซับซ้อน มีปฏิบัติสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานที่หลากหลายอาชีพ วิชาชีพพยาบาลจึงต้องมีความฉลาดทางอารมณ์สูง⁽²²⁾ ประกอบกับในปัจจุบันโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบกส่วนภูมิภาคมีการพัฒนาด้านการคุณภาพและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล นอกจากทำหน้าที่สื่อสารนโยบายจากผู้บริหารสู่ผู้ปฏิบัติงานแล้ว หัวหน้าหอผู้ป่วยยังต้องทำหน้าที่ที่มิเน้นในการพัฒนาคุณภาพโดยต้องประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพจึงจำเป็นที่จะต้องพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ เพื่อให้มีความตระหนักรู้และเข้าใจอารมณ์หรือความรู้สึกของตนเอง สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเอง และสามารถใช้อารมณ์ตนเองให้เกิดประโยชน์ได้ โดยมีความเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้อื่นทำให้เพื่อลดความขัดแย้ง และประสานงานได้สำเร็จรวดเร็ว⁽²³⁾ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่มีอายุ 41ปี ขึ้นไป ซึ่งเป็นช่วงที่คนมีการพัฒนาเชาว์อารมณ์ได้มาก ตามที่ Baron⁽²²⁾ กล่าวว่า เชาว์อารมณ์จะพัฒนาสูงสุดในช่วงอายุ 45-55 ปี

3. หัวหน้าหอผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}= 3.79$, S.D. =0.35) ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลกองทัพบกส่วนภูมิภาค ต้องดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งหัวหน้าหอผู้ป่วยก็เป็นบุคคลที่สำคัญที่ช่วยให้โรงพยาบาลสามารถดำเนินการพัฒนาด้านต่าง ๆ ให้เป็นไปตามนโยบาย ส่งผลให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเกิดความอ่อนล้าจากการทำงานและปัจจุบันพบว่าวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีความขาดแคลนและมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น⁽²⁴⁾ ทำให้ทุกองค์กรมีความตื่นตัวที่จะดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อธำรงรักษาไว้ซึ่งบุคลากรที่มีอยู่ให้ได้มาก

ที่สุด โดยเฉพาะความผูกพันของบุคลากรจะต้องมีการสร้างความผูกพันของบุคลากร จัดระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจเพื่อบรรลุความสำเร็จในระดับองค์กรและระดับบุคคล⁽²⁵⁾ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าระดับแรงจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลพุทธชินราชอยู่ในระดับสูง⁽²⁶⁾

หากพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มี 2 ด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านเงินเดือนและสวัสดิการ ($\bar{x} = 3.26$, $S.D.=0.87$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดกองทัพบกส่วนภูมิภาค ซึ่งเป็นข้าราชการกองทัพบก ด้านความก้าวหน้าทางด้านวิชาชีพทหารไม่ชัดเจน ไม่สามารถเปิดกรอบตำแหน่งด้านยศได้อย่างทั่วถึงทำให้ยศไม่สามารถเลื่อนไหลได้ และไม่มีค่าประจำตำแหน่ง ไม่มีค่าตำแหน่งทางวิชาการ ได้รับเพียงเงินเดือน ค่าเวร ค่าเวรบำ/ดึก และเงินเพิ่มสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข(พ.ต.ส) สอดคล้องกับ นิภา อำไพวรรณ(2554) พบว่าปัจจัยด้านเงินเดือนและค่าตอบแทนอยู่ในระดับปานกลาง และอีกหนึ่งด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางคือ ด้านชีวิตความเป็นส่วนตัว ($\bar{x} = 3.13$, $S.D.=0.66$) สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวัฒน์ นูรพันธ์ (2546) ที่พบว่าปัจจัยด้านชีวิตความเป็นส่วนตัวของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางและเป็นด้านที่ค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเช่นกัน อธิบายได้ว่าวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ต้องปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง และในโรงพยาบาลบางแห่ง ที่พยาบาลไม่เพียงพอจะจัดเวรผลัด 8 ชั่วโมง หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลา และต่อเนื่องจนถึงเวลาราชการในวันถัดไปจึงส่งผลกระทบกับเวลาส่วนตัวและครอบครัวทำให้ชีวิตขาดสมดุล ส่งผลให้มีความสัมพันธ์และร่วมกิจกรรมครอบครัวน้อยลง ก่อให้เกิดความเครียดและความอ่อนล้าทางอารมณ์ได้⁽²⁷⁾

4. หัวหน้าหอผู้ป่วยมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=4.06$, $S.D. =0.41$) อธิบายได้ว่าสถานการณ์ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทุกด้าน รวมทั้งด้านสุขภาพ รัฐบาลมีการกำหนดแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ โดยมุ่งเน้นให้มีระบบบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน สามารถตอบสนองต่อความต้องการตามปัญหาสุขภาพ และมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ⁽²⁸⁾ จาก

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้กรมแพทยทหารบก กำหนดยุทธศาสตร์ที่สำคัญในด้านการบริการทางการแพทย์ในที่ตั้งปกติ โดยกำหนดให้โรงพยาบาลต้องผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ส่งผลให้โรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบกต้องมีการพัฒนางานคุณภาพด้านการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผ่านเกณฑ์การประเมิน⁽³⁾ หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายจำเป็นต้องมีภาวะผู้นำที่เหมาะสมกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ที่แสดงออกถึงการมีความหวัง การมีความกระตือรือร้น เป็นผู้ที่มีความเข้าใจถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลง สามารถกระตุ้นจูงใจผู้ใต้บังคับบัญชาให้เกิดความสามัคคีและร่วมแก้ปัญหาในการปฏิบัติงาน⁽²⁹⁾ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดกลาโหมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=4.10$, $S.D. =0.65$)⁽³⁰⁾

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจในการทำงาน กับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบกส่วนภูมิภาค พบว่าบุคคลด้านบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก การได้รับการอบรมเกี่ยวกับภาวะผู้นำและเชาว์อารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบกส่วนภูมิภาคอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.57, 0.39$ และ 0.51 ตามลำดับ) ส่วนประสพการณ์ในการดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ($r=0.18$) การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยมีบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึกที่สูง แสดงถึงความมีระเบียบ วินัย ทำให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาองค์กรเป็นหลัก ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับลักษณะภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีเป้าหมายเพื่อความสำเร็จขององค์กร ไม่ว่าจะในสถานการณ์ใดก็ต้องพยายามปรับตัว ปรับกระบวนการปฏิบัติงาน เพื่อเป้าหมายแห่งความสำเร็จ จึงส่งผลให้บุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึกมีความสัมพันธ์กับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับ Cavazotte et al. (2012) มีการนำบุคลิกภาพ ทั้ง 5 ด้าน มาศึกษาความสัมพันธ์กับภาวะผู้นำการ

เปลี่ยนแปลงของผู้จัดการระดับกลางของบริษัทในประเทศบราซิล จำนวน 134 คน ผลการศึกษาพบว่า ในด้านบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก มีความสัมพันธ์กับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ($r=0.59, p<0.001$)

ส่วนประสบการณ์การทำงานนั้น นับเป็นแหล่งเรียนรู้ที่มีคุณค่า และเป็นการขยายโลกทัศน์ให้กว้างขึ้น ช่วยให้บุคคลเกิดทักษะในการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพมากขึ้น⁽³¹⁾ ซึ่งตามลักษณะการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบกทั่วไป ผู้ที่จะรับหน้าที่เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยนั้นจะต้องมีการผ่านการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำกรมก่อนอย่างน้อย 2 ปี ในช่วงเวลาของการปฏิบัติงานก็สามารถทำให้เกิดการเรียนรู้ในกระบวนการต่าง ๆ ในการเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยได้ ทั้งจากการสังเกต การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ซึ่งสามารถส่งเสริมความเป็นผู้นำได้ในระดับหนึ่ง โดย เรมวล นันทศุภวัฒน์ (2542) กล่าวว่า ภาวะผู้นำของพยาบาลสามารถเรียนรู้ได้ทั้งจากสถาบันการศึกษาประสบการณ์เพราะความรู้และทักษะความชำนาญในการทำงานของพยาบาลจะสามารถส่งเสริมภาวะผู้นำได้ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบว่าประสบการณ์ในการเป็นผู้บริหารมีผลต่อภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาล⁽¹³⁾ แต่ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าประสบการณ์ในการดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดำรงตำแหน่งเพียง 1-2 ปี มากถึงร้อยละ 31.61 ทำให้ประสบการณ์ในการเรียนรู้หรือทักษะด้านการเป็นผู้นำค่อนข้างน้อยน้อย ส่วนการอบรมถือเป็นกิจกรรมหนึ่งที่จัดขึ้นเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถ เจตคติและทักษะในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล⁽³²⁾ ซึ่งผู้ที่ได้รับการอบรมโดยเฉพาะด้านภาวะผู้นำจะส่งผลทางบวกต่อภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพได้⁽¹¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า การฝึกอบรมมีผลต่อการแสดงบทบาทภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้า โดยเฉพาะประเด็นการแสดงบทบาทภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในด้านการเป็นต้นแบบให้ผู้ร่วมงาน⁽³³⁾ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับภาวะผู้นำร้อยละ 52.30 จึงรับรู้และประเมินภาวะผู้นำของตนเองอยู่ในระดับมาก

ในด้านเชาว์อารมณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีเชาว์อารมณ์ในระดับมากจะมีการตระหนักรู้ตนเอง โดยสามารถตรวจสอบความคิด ความรู้สึกของตนเอง ความสามารถในการจัดการอารมณ์ของตนเอง สามารถตั้งใจตนเองให้สามารถทำงานที่ยากลำบากได้ และการช่วยเหลือผู้อื่น สามารถจัดการสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม⁽³⁴⁾ โดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบันที่หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง หัวหน้าหอผู้ป่วยย่อมต้องมึนบทบาทในการแก้ไขปัญหาและบริหารงานในหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องมีเชาว์อารมณ์ที่สูงกว่าผู้ปฏิบัติงานทั่วไป ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Cavazotte et al. (2012) ที่ศึกษาเชาว์อารมณ์ที่มีผลต่อภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและศึกษาผลลัพธ์ในการปฏิบัติงานของผู้นำในองค์กร นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ นวลจันทร์ อาศัยพานิชย์ (2545) ผลการศึกษาพบว่า เชาว์อารมณ์ มีผลต่อภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r=0.64$)

ในด้านแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบกส่วนภูมิภาค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.55$) โดยแรงจูงใจเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ⁽³²⁾ สอดคล้องผลการศึกษา พบว่าแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานแผนกหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดชัยภูมิ⁽³⁵⁾ ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจในการทำงานมากจึงมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยกระบวนการที่สร้างแรงจูงใจตามทฤษฎีของ Herzberg et al. (1993) จำเป็นที่ต้องได้รับการตอบสนองทั้งสองปัจจัยคือปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน โดยปัจจัยจูงใจจะทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจและแรงจูงใจในการทำงานสูงขึ้น รวมทั้งปัจจัยค้ำจุนที่ส่วนใหญ่มุ่งเน้นในการสร้างบรรยากาศแวดล้อมและความสะดวกสบายในการปฏิบัติงานช่วยป้องกันไม่ให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจในงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวัฒน์ บุรพันธ์ (2546) ที่พบว่าความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับภาวะผู้นำ

เชิงปฏิรูป (Transformational Leadership) ตามแนวคิดทฤษฎีของ Bass (1985)

6. ตัวแปรที่สามารถร่วมกันอธิบายภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลกองทัพบกส่วนภูมิภาคได้แก่ บุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก แรงจูงใจในการทำงาน เชาว์อารมณ์และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับภาวะผู้นำ โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 50.30 ($R^2=0.503$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 Beta=0.298, 0.276, 0.211, 0.192) อธิบายได้ว่าหัวหน้าที่มีบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก จะปฏิบัติงานอย่างมีระเบียบแบบแผน สำนึกในหน้าที่ มุ่งปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จ Costa, and McCare⁽²¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Arthur and Graiano⁽³⁶⁾ ที่กล่าวว่าผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึกจะมีความมุ่งมั่นในการประสบผลสำเร็จรับผิดชอบต่อสังคมสอดคล้องกับการศึกษาของ Cavazotte et al. (2012) พบว่า บุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก มีความสัมพันธ์กับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านแรงจูงใจในการทำงานจะทำให้ประสิทธิภาพของการทำงานเพิ่มมากขึ้น หากบุคคลได้รับแรงจูงใจที่เหมาะสมกับความต้องการ ซึ่งแรงจูงใจจะทำให้คนเกิดความพึงพอใจและมุ่งมั่นในการทำงานให้ประสบผลสำเร็จ⁽³⁷⁾ ซึ่งมีการศึกษาของ สุชาติ ครองนาวัง (2557) ที่พบว่าแรงจูงใจในการทำงานมีผลต่อสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน และแรงจูงใจยังเป็นตัวแปรหนึ่งที่สามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนได้ถึง ร้อยละ 61.3 อีกทั้งยังสอดคล้องกับผลการศึกษาคความพึงพอใจในงานตามแนวคิดของ (Herzberg et al. (1993) พบว่าแรงจูงใจในการทำงานเป็นตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์ภาวะผู้นำเชิงปฏิรูปของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยพยาบาลปฐมภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽³⁸⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวัฒน์ นูรพันธ์ (2546) ที่พบว่าความพึงพอใจในงานตามแนวคิดของ Herzberg et al. (1993) เป็นตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์ภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 34.8 ด้านเชาว์อารมณ์พบว่ามีผลต่อการแสดงออกในด้านภาวะผู้นำได้ดีและส่งผลต่อความสำเร็จในการบริหารงานสูง สอดคล้องกับแนวคิดของ Hesselbein⁽³⁹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Cavazotte et al. (2012) ที่พบว่าเชาว์อารมณ์มีผลต่อภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้จัดการในองค์กร และการ

ได้รับการอบรมเกี่ยวกับภาวะผู้นำ โดยการศึกษาของ Cummings et al. (2008) ทำการทบทวนอย่างเป็นระบบ พบว่าการเข้าร่วมการอบรมภาวะผู้นำมีผลต่อระดับภาวะผู้นำ จำนวน 9 งานวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kelly et al. (2014) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของการฝึกอบรมกับการปฏิบัติบทบาทภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าพยาบาล ในระบบสุขภาพขนาดใหญ่ พบว่าการฝึกอบรมมีผลต่อการแสดงบทบาทภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้า

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารขององค์กรควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาในเรื่องการมีความสุขรอบคอบในการทำงานโดยจัดกิจกรรมการฝึกสมาธิ เช่น การฝึกกำหนดลมหายใจ เป็นต้น เพื่อพัฒนาการมีสติตั้งมั่นขณะปฏิบัติงานเพื่อช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพ

2. ผู้บริหารควรเสริมสร้างแรงจูงใจในการทำงาน โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยควรได้รับความก้าวหน้าทางด้านวิชาชีพ ทหารที่ชัดเจน ยศสามารถเลื่อนไหลได้ และมีค่าประจำตำแหน่ง ค่าตำแหน่งทางวิชาการ การเลื่อนเงินเดือนควรพิจารณาให้มีความเหมาะสม และสามารถเบิกค่าตอบแทนได้ เมื่อปฏิบัติงานล่วงเวลา ด้านชีวิตความเป็นส่วนตัว ควรจัดเวรให้ตรงกับวันหยุดตามความเหมาะสม ในโรงพยาบาลที่ขาดอัตรากำลังต้องขึ้นปฏิบัติงานเวร 24 ชั่วโมงอาจพิจารณาในการจ้างพยาบาลเพื่อมาขึ้นเวรปฏิบัติงานเสริม และอาจพิจารณาปรับเป็นเวร 12 ชั่วโมงหากมีพยาบาลเพียงพอ

3. ผู้บริหารควรมีการวางแผนพัฒนาภาวะผู้นำ โดยจัดให้หัวหน้าหอผู้ป่วยได้เข้าอบรม สัมมนา ประชุมวิชาการเกี่ยวกับภาวะผู้นำ เพราะภาวะผู้นำสามารถฝึกฝนและพัฒนาได้

4. ผู้บริหารควรส่งเสริมให้หัวหน้าหอผู้ป่วยไปศึกษาเพิ่มพูนความรู้ในด้านวิชาการในเรื่องการทำวิจัยและให้มีการถ่ายทอดความรู้ในการทำวิจัยในหน่วยงาน รวมทั้งมอบหมายงานที่ชัดเจนให้หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีการทำวิจัยในทุกหน่วยงาน และมีการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) รวมทั้งผู้บริหารควรจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับงานวิจัยด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจจะสามารถพยากรณ์ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงได้เพิ่มขึ้น เช่น ระดับการศึกษา เพศ การ

สนับสนุนของผู้บริหาร การมีส่วนร่วมในงาน เป็นต้น และอาจ
ทำการ ศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อการจัดการความรู้ในเรื่องการทำ
วิจัยในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบกส่วนภูมิภาค
อีกทั้งควรมีการศึกษารูปแบบการจัดอัตรากำลังในการ
ปฏิบัติงานนอกเวลาที่เหมาะสมกับลักษณะของโรงพยาบาล
กองทัพบกส่วนภูมิภาค

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำ
และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงตลอดจนให้ความช่วยเหลือ
ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ประเวศน์ มหารัตน์สกุล. องค์การวิวัฒน์ & โลกาวิวัฒน์. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ, 2551.
2. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ
ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559. สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวง
สาธารณสุข นนทบุรี, 2555.
3. กรมแพทย์ทหารบก. การพัฒนามาตรฐาน และคุณภาพงานบริการห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลสังกัดกองทัพบก. เอกสาร ประกอบการประชุม
โครงการพัฒนามาตรฐานและคุณภาพงานบริการห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลสังกัดกองทัพบก. กรมแพทย์ทหารบก กรุงเทพฯ, 2556.
4. กองวิชาการ กรมแพทย์ทหารบก. พัฒนาคุณภาพ รพ.ทบ. <http://bit.ly/2bXyLBq> สืบค้นเมื่อ 30 เมษายน 2558.
5. ณัฐพันธ์ เจริญนนท์. กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาองค์กร. พิมพ์ครั้งที่ 4. เอ็กซ์เปอร์เน็ท กรุงเทพฯ, 2549.
6. แผนกพยาบาล โรงพยาบาลค่ายศรีพัชรินทร. คู่มือการปฏิบัติงานแผนกพยาบาล โรงพยาบาลค่ายศรีพัชรินทร. โรงพยาบาลค่ายศรีพัชรินทร
ขอนแก่น, 2555.
7. พรพรรณ อนุมาศ. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้องฉุกเฉินประกอบ บรรยาการองค์การกับความสำเร็จในวิชาชีพพยาบาล ตามการรับรู้ของ
พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลในสังกัดกลาโหม. วารสารกองทัพบก. 11(4) : 43–50, 2553.
8. อรพิม พุทธรักษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาล
ศูนย์กลาง นครหลวงเวียงจันทน์ ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. วิทยานิพนธ์ พย.ม. มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ขอนแก่น, 2553.
9. สุธีรา ประดับวงษ์. อิทธิพลของภาวะผู้นำเชิงปฏิรูปและประสิทธิภาพในการทำงานต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ พย.ม. มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น, 2548.
10. สมพรรณ ไกรสร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างานกับการปฏิบัติ
กิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ พย.ม.
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น, 2554.
11. จารุวัฒน์ บุรพันธ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ พย.ม.
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น, 2546.
12. เรมวล นันทสุภวัฒน์. ภาวะผู้นำทางการพยาบาลในองค์กร. โครงการตำรา กองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่, 2542.
13. Irurita V. A study of nurse leadership. *The Australian Journal of Advanced Nursing*. 6(1) : 43–51, 1987.
14. Cummings G, et al. Factors contributing to nursing leadership: a systematic review. *Journal of Health Services Research and Policy*.
13(4) : 240–8. 2008.
15. นวลจันทร์ อาศัยพานิชย์. ความสัมพันธ์ระหว่างเชาวน์อารมณ์ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลศูนย์. วิทยานิพนธ์ พย.ม. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ, 2545.
16. Cavazotte F, et al. Effects of leader intelligence, personality and emotional intelligence on transformational leadership and managerial
performance. *The Leadership Quarterly*. 23(3) : 443–55, 2012.
17. สมพิศ เกิดศิริ. การพัฒนาแบบประเมินภาวะผู้นำของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม. วิทยานิพนธ์ พย.ม.
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ, 2542.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

18. นิมนต์ โยคิน. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของพยาบาลวิชาชีพ ภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับ ประสิทธิภาพของหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 10. เอกสารประกอบการประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 2. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี, 2555.
19. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 8. สุวีริยาสาส์น กรุงเทพฯ, 2553.
20. Herzberg F, et al. *The motivation to work*. Transaction Publishers New Brunswick (NJ), 1993.
21. พิทยา เชาวลิทวงศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้องค้ประกอบการรับรู้ ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน: กรณีศึกษาพนักงานฝ่ายช่างสายการบินแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ ศป.ม. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กรุงเทพฯ, 2554.
22. วีระวัฒน์ ปิ่นนิคามย์. เขาวนอารมณ์ (EQ): ดัชนีวัดความสุขและความสำเร็จของชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 5. เอ็กซ์เปอร์เน็ท. กรุงเทพฯ, 2545.
23. กุลยา ตันติผลาชีวะ. ความฉลาดทางอารมณ์: พื้นฐานคุณธรรมสำหรับพยาบาล. *จดหมายข่าวสภาการพยาบาล*. 2(15): 14, 2544.
24. บุญเอื้อ โจว. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ: ศึกษากรณีวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล. ภาคนิพนธ์ ศป.ม. สถาบันพัฒนบริหารศาสตร์ กรุงเทพฯ, 2553.
25. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติลงสิริราชสมบัติครบ 60 ปี*. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล นนทบุรี, 2551.
26. นิก้า อ่ำไพวรรณ. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมผู้นำกับการสร้างแรงจูงใจของ หัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก. *วารสารพยาบาลและสุขภาพ*. 5 (3): 65-79, 2554.
27. สุวิมล บัวผัน. ความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. สารนิพนธ์ รศ. ม. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กรุงเทพฯ, 2554.
28. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนสุขภาพแห่งชาติ. *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559*. กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี, 2555.
29. Fullan M. The change. *Educational leadership*. 59(8): 16-20, 2002.
30. ชิดานุช เทียรชูชัย. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม. วิทยานิพนธ์ พย.ม. มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี, 2558.
31. ปรีชาพร วงศ์อนุตรโรจน์. *จิตวิทยาการศึกษา*. ศูนย์ส่งเสริมกรุงเทพ กรุงเทพฯ, 2539.
32. บุญใจ ศรีสถิตยารากร. ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21. พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ, 2551.
33. Kelly LA, et al. The relationship of training and education to leadership practices in frontline nurse leaders. *The Journal of Nursing Administration*. 44(3): 158-63, 2014.
34. Weisinger H. *Emotional at work*. Jossey-Bass San Francisco, 1998.
35. สุชาติ ครอบนาวัง. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนใน จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ ศ.ม. มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น, 2557.
36. ศิริมา ตันชาติลา. บุคลิกภาพห้องค้ประกอบ การรับรู้ความเสี่ยง ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการขับขี้ปลอดภัยของ พนักงานขับรถโดยสาร: กรณีศึกษาเฉพาะบริษัทรถโดยสารเอกชนแห่งหนึ่ง. *วารสารสมาคมนักวิจัย*. 17(3): 35-47, 2555.
37. เสมอกาญจน์ อันโนนจารย์. แรงจูงใจที่ส่งผลต่อการพัฒนาบุคลากรด้านการพยาบาล โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*. 3(2): 86-94, 2553.
38. สกาวรัตน์ ไกรจันทร์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยบริการปฐมภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ พย. ม. มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น, 2548.
39. รัตนา เอื้อบุญชนันท์. ภาวะผู้นำที่พึงประสงค์ของนายทหารสัญญาบัตรในโรงพยาบาลสังกัดกองทัพบก. *วารสารสหวิทยาการวิจัย*. 1(1): 69-78, 2555.

การดูแลตนเองของเกษตรกรปลูกมะเขือเทศ SELF-CARE AMONG TOMATO GROWERS

ประมวลศิลป์ ปิ่นทะวงษ์¹, เกษราวัลณ์ นิลวางกูร²

Pramuansin pintharong , Kessarawan Nilwarangkul

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการดูแลตนเองด้านการสร้างเสริมสุขภาพและด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นหรือเกี่ยวข้องจากการทำงานและด้านการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บที่เกิดจากหรือเกี่ยวข้องจากการทำงาน ของเกษตรกรปลูกมะเขือเทศ ตำบลนาซอ อำเภอนาหว้า จังหวัดสกลนคร จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 220 คน สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม-ธันวาคม 2559 เครื่องมือที่ใช้ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows สถิติที่ใช้ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.5 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 92.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.1 รายได้เฉลี่ย 106,477 บาท ต่อปี (SD=58,400.40) ประสบการณ์ในการปลูกมะเขือเทศโดยเฉลี่ย 5.9 ปี กิจกรรมที่ทำในกระบวนการปลูกมะเขือเทศส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมการผสมเกสร ลักษณะท่าทางการทำงานส่วนใหญ่เป็นการยืนทำงาน วันละ 9-10 ชั่วโมง ในระหว่างทำงานดื่มกาแฟ ร้อยละ 52.7 ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 24.6 ซึ่งส่วนใหญ่ดื่มสุราขาว และสูบบุหรี่ ร้อยละ 21.8 สูบบุหรี่สูงสุด จำนวน 11-20 มวนต่อวัน และเกษตรกรปลูกมะเขือเทศ ร้อยละ 76.8 ไม่พบโรคประจำตัว ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาพบการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องหรือเกิดจากการทำงาน ร้อยละ 81.8 การดูแลตนเองโดยภาพรวมของเกษตรกรปลูกมะเขือเทศมีความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.64, S.D.= 0.65) เมื่อพิจารณาการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน พบว่าการดูแลตนเองเพื่อสร้างเสริมสุขภาพมีความเหมาะสมในระดับสูง($\bar{X}$ = 3.31, S.D.= 0.41) การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานมีความเหมาะสมในระดับปานกลาง($\bar{X}$ =2.87, S.D.= 0.68) การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องหรือเกิดจากการทำงานมีความเหมาะสมอยู่ในระดับต่ำ($\bar{X}$ =1.74, S.D.=0.86) ผลการศึกษาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลชุมชนและบุคลากรด้านสุขภาพในการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของเกษตรกรและพัฒนารูปแบบในการจัดบริการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพสุขภาพการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน และดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยจากการทำงานได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

คำสำคัญ : การดูแลตนเอง เกษตรกรปลูกมะเขือเทศ การเจ็บป่วยจากการทำงาน

Abstract

This descriptive study aimed to investigate health promotion self-care, work-related health protection self-care, and self-care after having a work-related sickness among tomatoes growers. Random sampling was applied to recruit 220 tomatoes growers in Nasua Sub-district, Wanonnias District, Sakon Nakhon Province. Data were obtained through interview questionnaire during October to December, 2016. Descriptive statistics were used for analyze data consisted of frequencies, percentages, means and standard deviation.

The result of this study found that the numbers of male were 55.5%, majority status was marriages 92.7, their highest education was primary school 69.1% , the total averages income was 106,477 bath per year (SD=58,400.40), the average of the experience growing tomatoes was 5.9 years. Regarding to their work process, they worked by standing ability 9-10 hours, during working they were drank caffeine 52.7 %, alcohol 24.6 % and smoking 21.8 % (the most 11-20 per day), 76.8% had no chronic illness. Within last year, 81.8 % of the tomatoes growers were ill related to work. Their total self-care were at middle level ($\bar{X}$ = 2.64, S.D.= 0.65) . When considering by each dimension, it was found the high level of health promotion self-care ($\bar{X}$ = 3.31, S.D.= 0.41) , the middle level of work-related health protection self-care ($\bar{X}$ =2.87, S.D.= 0.68) and self -care after having a work-related sickness was low level ($\bar{X}$ =1.74, S.D.=0.86).

Community nurses and health personnel are able to use the results of this study as basic information for promoting self-care capacity of the tomatoes growers and to develop health care services in health promotion and illness and accident prevention. This leads to reduce sickness and injury related to work.

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Key words: Self-care, tomatoes grower, work-related sickness .

บทนำ

กลุ่มเกษตรกรที่ปลูกมะเขือเทศ มักประสบปัญหาสุขภาพจากกระบวนการทำงาน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและทางอารมณ์ รวมถึงทางเศรษฐกิจและทางสังคมตามมาได้ ปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายที่พบจากการทำงานของเกษตรกรได้แก่ อาการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและการอักเสบบริเวณข้อ⁽¹⁾ ความร้อนจากแสงแดดในระหว่างการปฏิบัติงานของเกษตรกรในการเพาะปลูกมะเขือเทศเสี่ยงต่อการเสียน้ำจากเหงื่อที่ออกมากเกินไปทำให้ร่างกายสูญเสียน้ำเกลือแร่ เหนื่อยอ่อนเพลียเป็นตะคริวได้ ก่อให้เกิดโรคต่อลม ต้อเนื้อ⁽²⁾ ความอับชื้นจากเหงื่อ เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อราและโรคผิวหนังได้ ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการใช้สารเคมีพบว่าระหว่างปี พ.ศ. 2546-2555 มีรายงานผู้ป่วยได้รับพิษจากสารกำจัดศัตรูพืชทั้งสิ้น 17,340 ราย เฉลี่ยปีละ 1,734 ราย อัตราป่วย 2.4 ต่อประชากรแสนคน พบมากในกลุ่มเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 40.3 รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาปี พ.ศ. 2550-2556 พบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชอย่างต่อเนื่องและเพิ่มขึ้นในภาคเกษตรกรรม การใช้สารเคมีเพื่อป้องกันกำจัดศัตรูพืชก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ผลกระทบที่เป็นพิษเฉียบพลัน ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการในทันทีหลังจากสัมผัสสารเคมี เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ท้องร่วง หายใจติดขัด ตาพร่ามัว เป็นต้นและ ผลกระทบที่เป็นเรื้อรังซึ่งเกิดจากพิษสะสมที่ก่อให้เกิดโรคและปัญหาอื่นๆเช่น มะเร็ง เบาหวาน อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคผิวหนังต่างๆ การเป็นหมัน ความพิการของทารกแรกเกิด การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น⁽³⁾ พิษสามารถเข้าสู่ร่างกายได้หลายทาง ไม่ว่าจะเป็นการสัมผัสทางผิวหนังที่ไม่ป้องกันตนเองขณะทำงานกับสารเคมี การสูดหายใจละอองที่ฟุ้งกระจายในอากาศ หรือการรับประทานอาหารและดื่มน้ำที่มีสารเคมีปนเปื้อนส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น อาการผื่นคันที่เกิดหลังจากใช้สารเคมี ก่อให้เกิดอาการง่วงซึม

กระวนกระวายหรือหงุดหงิดง่าย เหงื่อออกตามมือและเท้ามาก คันตามผิวหนัง เจ็บหน้าอก ระบายท้องจุกหรือมีน้ำมูกไหลที่ไม่ใช่หวัด⁽⁴⁾ หรือมีอาการ เวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย ปวดศีรษะ หลังการฉีดพ่นสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช⁽⁵⁾ นอกจากนี้ยังพบอันตรายจากปัจจัยด้านชีวภาพเกษตรกรปลูกมะเขือเทศมีโอกาสติดเชื้อจุลินทรีย์ที่ก่อโรคต่างๆ โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน รวมถึงการถูกสัตว์มีพิษกัดต่อย⁽¹⁾ ส่วนปัญหาสุขภาพทางด้านจิตใจ เกษตรกรเกิดความเครียดจากการประกอบอาชีพที่มักมาจากปัจจัยด้านเศรษฐกิจซึ่งปัจจัยทางด้านนี้อาจจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการ ซึมเศร้าหรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายได้ เช่น โรคกระเพาะอาหาร โรคความดันโลหิตสูง⁽²⁾ ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทำงานส่วนใหญ่มีสาเหตุโดยตรงจากการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วยไม่เหมาะสม เช่น เกษตรกรปลูกมะเขือเทศมีอาการผื่นคันที่เกิดขึ้นหลังจากการใช้สารกำจัดศัตรูพืช และพฤติกรรมการใช้สารเคมีไม่เหมาะสมได้แก่ การผสมสารกำจัดศัตรูพืชในครั้งเดียวหลายชนิดรวมกัน ใช้ปากกัณณีเปิดฝาขวดไม่ได้ การฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเข้าไปบริเวณฉีดพ่นในคราวเดียวกันและพักรับประทานอาหารขณะพ่นสารเคมี เกษตรกรดื่มสุราและสูบบุหรี่ขณะทำงาน^(4,6) ตลอดจนการยกของหนัก การยืนและเดินติดต่อกันนาน 8-12 ชั่วโมง และต้องใช้มือทั้งสองข้างอย่างเต็มที่ มีการเคลื่อนไหวของมือหรือข้อมือทั้งสองข้างที่ซ้ำๆ เป็นสาเหตุของอาการปวดหลัง ปวดข้อ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หรือเกิดอาการอาการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและการอักเสบบริเวณข้อ⁽¹⁾ นอกจากนี้การดูแลตนเองของคนทำงานที่พบบ่อยที่สุดคือการซื้อยาชุดแก้ปวดที่ขายตามร้านค้าในหมู่บ้านรับประทานเอง⁽⁷⁾ ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาถึงการดูแลตนเองของเกษตรกรปลูกมะเขือเทศเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานและการดูแลสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วย การได้รับอันตรายจากการทำงาน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการดูแลสุขภาพเกษตรกรปลูก

มะเขือเทศและส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการดูแลตนเองเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน ของเกษตรกรปลูกมะเขือเทศ
2. เพื่อศึกษาการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน ของเกษตรกรปลูกมะเขือเทศ

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรการสุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่เกษตรกรที่ปลูกมะเขือเทศที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลนาซอ ที่ผ่านเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (include criteria) เป็นเจ้าของสวนที่ทำการปลูกมะเขือเทศและแรงงานรับจ้างในสวนปลูกมะเขือเทศ ไม่น้อยกว่า 1 ปีจนถึงปัจจุบันสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษา มีสติสัมปชัญญะ สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์คัดออก (excludecriteria) คือ ไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยตนเอง เกิดปัญหาขณะดำเนินการ ไม่เต็มใจ ซึ่งผู้ศึกษาได้ประสานขอข้อมูลจากพยาบาลชุมชน ที่รับผิดชอบในแต่ละหมู่บ้าน มีจำนวน 924คน การศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 220 คน โดยทำการสุ่มตัวอย่างจากประชากรเป้าหมาย 924 คน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร ผู้ศึกษา ใช้เทคนิคการสุ่มแบบเป็นระบบ (systematic random sampling) เนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่ชัดเจน สามารถนำรายชื่อนมาเรียงลำดับและหาช่วงของการสุ่ม (sampling interval) การสุ่มแบบเป็นระบบนี้ ทุกตัวอย่จะมีโอกาสถูกเลือกเท่าๆกัน จึงเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร

เครื่องมือที่ใช้การศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการศึกษาจากแนวคิดขององค์การอนามัยโลก⁽⁸⁾ ในส่วนการดูแลตนเองระดับบุคคลและคัดแปลงแนวคำถามงานวิจัยของสุญาม คำชัน (2554)⁽⁹⁾ ที่ศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของชาวนา

และงานวิจัย ของรัชณี เวสต์ (2552)⁽¹¹⁾ ประยุกต์ใช้ในส่วนการดูแลตนเองด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยจากการทำงาน และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมี 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลของเกษตรกรที่ปลูกมะเขือเทศ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การกระทำสวนมะเขือเทศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะท่าทางในการทำงานและชั่วโมงในการทำงานในแต่ละวัน การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง โรคประจำตัว การเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน การตรวจสุขภาพประจำปี การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ลักษณะคำถาม เป็นแบบปลายเปิดและปลายปิดที่มีตัวเลือกให้ตอบและให้ระบุคำตอบจำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยจากการทำงานปลูกมะเขือเทศ คำถามเกี่ยวกับ การดูแลตนเองเพื่อสร้างเสริมสุขภาพสุขมีจำนวน 32ข้อได้แก่ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหารด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน ด้านอนามัยส่วนบุคคล ด้านสุขภาพจิต การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยจากการทำงานได้แก่ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันแสงแดดการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยจากท่าทางการทำงานการ ดูแลตนเองเพื่อป้องกันพิษของสารเคมีทางการเกษตร การดูแลตนเองเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

ส่วนที่ 3 การดูแลตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วยที่เกิดจากหรือเกี่ยวข้องกับการทำงาน จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบสอบถาม เกี่ยวกับการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ ตามระบบต่างๆ ที่เกิดกับเกษตรกรปลูกมะเขือเทศ ในระยะเวลา ปีที่ผ่านมา เมื่อมีปัญหาสุขภาพได้มีการดูแลตนเองอย่างไร ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 4 ระดับ (rating scale)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของเกษตรกรปลูกมะเขือเทศ กลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.5 อายุเฉลี่ย 43 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 92.7 จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.1 มีรายได้ 50,000 - 100,000 บาท ร้อยละ 63.2 รายได้โดยเฉลี่ยต่อปีของครอบครัว จำนวน 106,477 บาท (S.D.= 58,400.40) ส่วนมากมีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บร้อยละ 48.2 ประสบการณ์ในการปลูกมะเขือเทศ เฉลี่ย 5.90 ปี (S.D.= 3.42) กิจกรรมที่ทำส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมการผสมเกสรพืช ร้อยละ 66.8 ส่วนลักษณะทำางการทำงานส่วนใหญ่เป็นการยืนทำงานร้อยละ 95.9 เกษตรกรส่วนใหญ่ทำงานวันละ 9-10 ชั่วโมง ร้อยละ 44.5 ใช้เวลาทำงานในแต่ละวันโดยเฉลี่ย 9.2 ชั่วโมง (S.D. =1.28 ชั่วโมง) ดื่มน้ำ ร้อยละ 47.3 ดื่มน้ำเกลือ ร้อยละ 24.6 ในผู้ที่ดื่มส่วนใหญ่ดื่มสุราขาวมากที่สุด มีผู้สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 21.8 จำนวนที่สูบบุหรี่ 11-20 มวนต่อวัน ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน ร้อยละ 78.6 เรื่องที่ได้รับข้อมูลข่าวสารมากที่สุดคือ เรื่องการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคการเจ็บป่วยขณะทำงาน ร้อยละ 56.8 มีโรคประจำตัวจำนวนร้อยละ 23.2 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือโรคความดันโลหิตสูง การเจ็บป่วยจากโรคที่เกี่ยวข้องหรือเกิดจากการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 81.8 โดยพบว่าโรคเป็นมากที่สุดคือโรคระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ได้รับการตรวจสุขภาพ คิดเป็น ร้อยละ 66.4 ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชร้อยละ 82.3 ส่วนการดูแลตนเองโดยภาพรวมของเกษตรกรปลูกมะเขือเทศมีความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.64, S.D.= 0.65) เมื่อพิจารณาการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน พบว่าการดูแลตนเองเพื่อสร้างเสริมสุขภาพมีความเหมาะสมในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.31, S.D.= 0.41) การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานมีความเหมาะสมในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.87, S.D.= 0.68) การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยที่ที่เกี่ยวข้องหรือเกิดจากการ

ทำงานมีความเหมาะสมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ =1.74, S.D.=0.86)

2. การดูแลตนเองเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าเกษตรกรปลูกมะเขือเทศส่วนใหญ่ ดื่มน้ำวันละ 1-2 ขวด รองลงมาดื่มน้ำเกลือ ร้อยละ 24.6 และดื่มน้ำเกลือ ร้อยละ 24.6 โดยส่วนใหญ่ดื่มน้ำสุราขาววันละ 1-2 เป๊ก ส่วนการสูบบุหรี่พบว่ามีผู้สูบบุหรี่ โดยส่วนใหญ่สูบบุหรี่ 11-20 มวนต่อวัน ด้านการรับประทานอาหารพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการรับประทานอาหารรสหวานจัด เค็มจัด และเผ็ดจัด ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อเกิดโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เนื่องจากสาเหตุหรือปัจจัยหลักต่อการเกิดโรคเหล่านี้ คือพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ดื่มน้ำเกลือ ร้อยละ 24.6 สูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกายและความเครียด นอกจากนี้ข้อมูลทั่วไปของการศึกษานี้พบว่าเกษตรกรกลุ่มตัวอย่างป่วยด้วยโรคโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและโรคกระเพาะอาหาร ซึ่งหากรับประทานอาหารรสหวานจัด เค็มจัดหรือเผ็ดจัด จะทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคที่เจ็บป่วยได้ ด้านการออกกำลังกายดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากเกษตรกรทำงานหนัก ทำงานติดต่อกันนานเกิน 2 ชั่วโมงและระยะเวลาในการทำงาน 8-10 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า นอกจากนี้ยังไม่เข้าใจหรือไม่แน่ใจในเรื่องการออกกำลังกาย คิดว่าการทำงานต่อเนื่องทั้งวันเป็นการออกกำลังกาย และกระบวนการปลูกมะเขือเทศ เช่น การตัดฟางไถกลบ ขุดร่องแปลงปลูก ก็ปลูก ตัดไม้เล้าไม้ทำค้ำ ผสมเกสร เก็บผลและ แยกหามาแช่เป็นการทำงานหนัก ซึ่งแตกต่างกับการออกกำลังกายที่ต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเป็นระบบ มีแบบแผน และมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ จนกระตุ้นให้ร่างกายใช้พลังงานเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ แล้วเพิ่มประสิทธิภาพให้ปอดและหัวใจได้ทำงานอย่างเต็มที่ เมื่อปฏิบัติแล้วจะส่งผลให้ระบบต่างๆ ของร่างกายคงสภาพ และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน เกษตรกร มีอาการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานด้วยอาการที่พบมากที่สุด ได้แก่ อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อวิธีการดูแลตนเองคือเลือกนอนพัก ซอยากินเอง ซึ่งหาซื้อ

ได้ง่ายตามร้านค้าในหมู่บ้านถ้าไม่สามารถแก้ปัญหาการเจ็บป่วยได้จึงไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นการดูแลรักษาโรคเบื้องต้นเนื่องจากเป็นสถานบริการปฐมภูมิให้บริการใกล้บ้านสามารถเข้าถึงได้รวดเร็วและดูแลอย่างเป็นองค์รวม การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานด้านพืชของสารเคมีทางการเกษตร การดูแลตนเองเมื่อรู้สึกมีอาการผิดปกติจากการใช้สารเคมีเช่น ภูมิแพ้คันจมูก น้ำมูกไหล ไอแห้งๆ ระคายคอ หายใจลำบาก วิงเวียนศีรษะ ตาพร่า คอแห้งเป็นลม อาการแสบตา เคืองตา น้ำตาไหล ตาแดง และอาการของระบบทางเดินอาหารที่เกิดจากการทำงานเช่น ปวดท้อง ท้องอืด จุกเสียด แน่นท้อง จะมีการดูแลโดยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน การดูแลตนเอง เมื่อมีอาการผื่นคันตุ่มพุพองที่ผิวหนัง การดูแลตนเอง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน และซื้อยารักษาเอง การดูแลตนเองเมื่อได้รับอุบัติเหตุขณะทำงานเช่น ถูกของมีคมบาด/ทิ่มตำถูกสัตว์กัดต่อยเป็นต้น มีการดูแลตนเอง ทำแผลเอง ซื้อยากินเอง เมื่อมีอุบัติเหตุเล็กน้อย และไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาล

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า การดูแลตนเองเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าเกษตรกรปลูกมะเขือเทศส่วนใหญ่ ดื่มน้ำวันละ 1-2 ของ รองลงมาดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง และดื่มแอลกอฮอล์ โดยส่วนใหญ่ดื่มสุราขาววันละ 1-2 เป๊ก ส่วนการสูบบุหรี่พบว่า มีผู้สูบบุหรี่ โดยส่วนใหญ่สูบบุหรี่ 11-20 มวน ต่อวัน ด้านการรับประทานอาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการรับประทานอาหารรสหวานจัด เค็มจัด และเผ็ดจัด ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อเกิดโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เนื่องจากสาเหตุหรือปัจจัยหลักต่อการเกิดโรคเหล่านี้ คือ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกายและความเครียด⁽¹⁰⁾ ข้อมูลทั่วไปของการศึกษานี้พบว่า

เกษตรกรกลุ่มตัวอย่างป่วยด้วยโรค โรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและโรคกระเพาะอาหาร ซึ่งหากรับประทานอาหารรสหวานจัด เค็มจัดหรือเผ็ดจัดจะทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคที่เจ็บป่วยได้ ด้านการออกกำลังกายดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากเกษตรกรทำงานหนัก ทำงานติดต่อกันนานเกิน 2 ชั่วโมงและระยะเวลาในการทำงาน 8-10 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า นอกจากนี้ยังไม่เข้าใจหรือไม่แน่ใจในเรื่องการออกกำลังกาย คิดว่าการทำงานต่อเนื่องทั้งวันเป็นการออกกำลังกาย และกระบวนการปลูกมะเขือเทศ เช่น การตัดฟางไถกลบ ขุดร่องแปลงปลูก ก้มปลูก ตัดไม้เหลาไม้ทำค้ำ ผสมเกสร เก็บผลและ แบกหามเข่ง เป็นการทำงานหนัก ซึ่งแตกต่างกับการออกกำลังกายที่ต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเป็นระบบ มีแบบแผน และมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ จนกระตุ้นให้ร่างกายใช้พลังงานเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ แล้วเพิ่มประสิทธิภาพให้ปอดและหัวใจได้ทำงานอย่างเต็มที่ เมื่อปฏิบัติแล้วจะส่งผลให้ระบบต่างๆ ของร่างกายคงสภาพ และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เมื่อเกษตรกรไม่ได้ออกกำลังกายจึงส่งผลให้เกิดความผิดปกติ ของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อเกิดความเหนื่อยล้า

การดูแลตนเองด้านการพักผ่อนอยู่ในระดับสูง เกษตรกรทำงานใช้แรงกายเป็นส่วนใหญ่ ส่งผลให้เกษตรกรมีความเหนื่อยล้า เมื่อเสร็จจากการทำงานก็ต้องพักผ่อน การจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพรรณ โพธิ์ไชยา (2557)⁽¹¹⁾ เรื่องการจัดการกับความเครียดในระดับดี เมื่อมีปัญหาหรือไม่สบายใจจะพูดคุยหรือปรึกษา ในเรื่องที่ไม่สบายใจกับผู้ที่ไว้ใจและคนในครอบครัวและวิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองเช่น ฟังวิทยุ ดูทีวี สวดมนต์ การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีทุนทางสังคมดีและครอบครัวอบอุ่น ซึ่งในสังคมชนบทมีเครือข่ายเพื่อนบ้านความเป็นชุมชน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันรวมทั้งมีสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย มีหลักประกันด้านสุขภาพที่จะช่วยอำนวยความสะดวกให้เกิดความสุขในชุมชนนั้นให้การสนับสนุนและให้กำลังใจ⁽¹²⁾

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน ด้านกายภาพ การดูแลตนเองของเกษตรกรอยู่ในระดับสูงได้แก่ สวมหมวกสวมเสื้อแขนยาวและกางเกงขายาวขณะทำงานทุกครั้ง และเมื่อมีอาการคล้ายจะเป็นลมขณะทำงานหยุดพักทันทีเพื่อให้ดีขึ้น เนื่องจากกลุ่มเกษตรกรได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จัดบริการด้านอาชีวอนามัย ประเมินสุขภาพในกลุ่มเกษตรกร เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและการประกอบอาชีพที่มีผลต่อสุขภาพ⁽¹⁰⁾ และเนื่องจากการเกษตรกรในพื้นที่เป็นแบบพันธะสัญญา (contract farming) ดังนั้นเพื่อให้การเพาะปลูกเป็นไปตามขั้นตอนและรูปแบบตามบริษัทกำหนดได้ผลผลิตที่มีคุณภาพจึงส่งเจ้าหน้าที่ของบริษัทออกติดตามและสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ ส่วนด้านการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานเมื่อพิจารณาการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุ กลุ่มเกษตรกรปลูกมะเขือเทศมีการดูแลตนเองเหมาะสมระดับสูง เนื่องจากการทำงานของเกษตรกรมีโอกาสเสี่ยงกับอันตรายจากที่เกิดจากการทำงานส่งผลให้มีความระมัดระวังตนเองมากขึ้น ในขณะที่งานสอดคล้องกับการศึกษาของ กรกนก พลท้าว (2555)⁽¹¹⁾ ที่กลุ่มตัวอย่างมีอุปกรณ์ที่ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในระหว่างปฏิบัติงาน โดยใช้หมวกคลุมผม ใช้ผ้าปิดปากและปิดจมูก และสวมใส่เสื้อแขนยาวและกางเกงขายาว รวมถึงรองเท้าบูทในการปฏิบัติงานทุกคนเพื่อป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุ ทางด้านการยศาสตร์ การดูแลตนเองของเกษตรกรอยู่ในระดับต่ำที่สุด คือการทำงานติดต่อกันนานเกิน 2 ชั่วโมงไม่หยุดพัก และทำงานต่อเนื่องติดต่อกันนาน 8-12 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งในการทำงานเกษตรกรมีท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมและทำงานต่อเนื่องเป็นเวลานาน มีโอกาสเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและเจ็บป่วยจากการทำงานอาการที่พบโดยส่วนมาก ได้แก่ อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อาการทางระบบประสาทและระบบผิวหนัง สอดคล้องกับการศึกษาของ กรกนก พลท้าว (2555) เกษตรกรที่เพาะปลูกมะเขือเทศ ใช้ระยะเวลาทำงาน 8-12 ชั่วโมงต่อวัน ลักษณะการทำงานยืนก้มหลังหรือศีรษะขณะทำงานรวมทั้งมีการใช้มือทั้งสองข้างและมีการเคลื่อนไหวของมือและข้อมือที่ซ้ำๆ ด้านพิษของ

สารเคมีทางการเกษตร การดูแลตนเองเพื่อป้องกันพิษของสารเคมีทางการเกษตรอยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่อยู่ในระดับสูงคือไม่รับประทานอาหารขณะพ่นสารเคมีไม่ดื่มน้ำขณะพ่นสารเคมี ไม่นำภาชนะที่บรรจุสารเคมีที่ใช้หมดแล้วไปบรรจุสิ่งอื่นๆ ส่วนข้อที่อยู่ในระดับต่ำคือการผสมสารเคมีหลายๆชนิดในครั้งเดียวกัน และไม่มี การปิดป้ายให้ผู้อื่นรู้ทุกครั้งบริเวณที่พ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช สอดคล้องกับการศึกษาของ สุเพ็ญศรี เป้าทอง (2555)⁽³⁾ และรัชณี เวสต์ (2552)⁽⁴⁾ ในเรื่องพฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรที่เพาะปลูกมะเขือเทศ คือการผสมสารเคมีหลายๆชนิดในครั้งเดียวกัน เพื่อฆ่าศัตรูพืชได้มากขึ้น ซึ่งในความเป็นจริงสารเคมีบางชนิดผสมกันไม่ได้ ถ้าหากผสมกันอาจทำให้เสื่อมประสิทธิภาพ หรือเพิ่มความเป็นพิษให้สูงขึ้นยากต่อการปฐมพยาบาลและการดูแลรักษา และ พบว่าพฤติกรรมการใช้สารเคมีไม่เหมาะสมของเกษตรกร ได้แก่ การปฏิบัติหลังฉีดพ่นสารกำจัดศัตรูไม่ปิดป้ายบริเวณที่พ่นสารเคมีให้ผู้อื่นรู้ทุกครั้ง และด้านชีวภาพ การดูแลตนเองด้านอนามัยส่วนบุคคล การดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างสวมใส่อุปกรณ์ที่ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในระหว่างปฏิบัติงาน โดยใช้หมวกคลุมผม ใช้ผ้าปิดปากและปิดจมูก และสวมใส่เสื้อแขนยาวและกางเกงขายาว รวมถึงรองเท้าบูทในการปฏิบัติงานทุกคน ข้อที่ดูแลตนเองในระดับปานกลาง คือการทำความสะอาดร่างกายทันทีเมื่อทำงานในสวนมะเขือเทศเสร็จแล้ว สอดคล้องกับการ การศึกษาของ กรกนก พลท้าว (2555)⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของของเกษตรกรที่เพาะปลูกมะเขือเทศพบว่า โอกาสเกิดโรคมีความเสี่ยงในระดับปานกลาง

การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน เกษตรกร มีอาการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานด้วยอาการที่พบมากที่สุด ได้แก่ อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ วิธีการดูแลตนเองคือเลือกนอนพัก ซักยากินเอง ซึ่งหาซื้อได้ง่ายตามร้านค้าในหมู่บ้านถ้าไม่สามารถแก้ปัญหาการเจ็บป่วยได้จึงไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นการดูแลรักษาโรคเบื้องต้นเนื่องจากเป็นสถานบริการปฐมภูมิ

ให้บริการใกล้บ้านสามารถเข้าถึงได้รวดเร็วและดูแล
 อย่างเป็นองค์รวม สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑารัตน์
 อัสวภูมิ (2553)⁽¹³⁾ วิธีการดูแลตนเองคือนอนพัก ซ้อมยา
 กินเอง ถ้าไม่สามารถแก้ปัญหาการเจ็บป่วยได้จึงไปรับการ
 รักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การดูแล
 ตนเองเมื่อเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานด้านพืชของ
 สารเคมีทางการเกษตร การดูแลตนเองเมื่อรู้สึกมีอาการ
 ผิดปกติจากการใช้สารเคมีเช่นภูมิแพ้คัดจมูก น้ำมูกไหล
 ไอแหว่งๆ ระคายคอ หายใจลำบาก วิงเวียนศีรษะ ตาพร่า
 คอแห้งเป็นลม อาการแสบตา เคืองตา น้ำตาไหล ตาแดง
 และอาการของระบบทางเดินอาหารที่เกิดจากการทำงาน
 เช่น ปวดท้อง ท้องอืด จุกเสียด แน่นท้อง จะมีการดูแล
 โดยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษารักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริม
 สุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน การดูแลตนเอง
 เมื่อมีอาการผื่นคันตุ่มพุพองที่ผิวหนัง การดูแลตนเอง เข้า
 รับการรักษาที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ
 โรงพยาบาลชุมชน และซื้อยารักษาเอง สอดคล้องกับ
 การศึกษาของของ สุฉาภรณ์ คำขัน (2554)⁽⁹⁾ ที่พบว่ามีการ
 ดูแลตนเองโดยรักษาที่โรงพยาบาล ซื้อยารักษาเองเมื่อมี

อาการเล็กน้อย การดูแลตนเองเมื่อได้รับอุบัติเหตุ
 ทำงานเช่น ถูกของมีคมบาด/ทิ่มตำถูกสัตว์กัดต่อยเป็นต้น
 มีการดูแลตนเอง ทำแผลเอง ซื้อยากินเองเมื่อมีอุบัติเหตุ
 เล็กน้อย และไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
 ตำบลหรือโรงพยาบาลสอดคล้องกับการศึกษาของ สุฉา
 ภรณ์ คำขัน (2554)⁽⁹⁾ ที่พบว่ามีการดูแลตนเองโดยรักษาที่
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำแผลเอง ซื้อยากิน
 เองเมื่อมีอุบัติเหตุเล็กน้อย อาจเป็นวิธีเดียวหรือหลายวิธี
 ควบคู่กันไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.เกษราวัลณ์
 นิลวรางกูร ที่กรุณาให้คำแนะนำ รวมทั้ง ให้ข้อคิดเห็น
 อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในทุกขั้นตอนของการทำศึกษา
 และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่าน อาสาสมัครสาธารณสุข
 และชาวบ้านหมู่บ้านนาซอ ตำบลนาซอ อำเภอดง
 นาวาส จังหวัดสกลนคร ที่ช่วยให้ข้อมูลในการศึกษาครั้ง
 นี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรรณก พลท้าว. การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของเกษตรกรจากการเพาะปลูกมะเขือเทศเก็บเมล็ดพันธุ์บ้านลาดนาเพียง ตำบลสาวัดดี
 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม : บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2555
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สิ่งคุกคามสุขภาพและอันตรายจากการประกอบอาชีพ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข. 2553
3. สุเพ็ญศรี เบ้าทอง. พฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรที่เพาะปลูกมะเขือเทศ บ้านลาดนาเพียง ตำบลสาวัดดี อำเภอ
 เมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม : บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2555
4. รัชนิ เวสต์. ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของเกษตรกรที่ปลูกมะเขือเทศที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในตำบลม่วงลาย อำเภอเมือง จังหวัด
 สกลนคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2552
5. เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร. การวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับการพยาบาลชุมชน พิมพ์ครั้งที่ 1 ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา 2558
6. ชนิดาพร โฉมไธสง. ผลกระทบต่อสุขภาพในเกษตรกรที่เพาะปลูกมะเขือเทศ : เปรียบเทียบการผลิตเมล็ดพันธุ์ และขายผลในอำเภออุดจักษ์
 และอำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม : บัณฑิต
 วิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2549
7. เกษร เสียงพระ. การดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวดหลังส่วนล่างจากการเกี่ยวข้าวของชาวนาในชุมชนจังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษาอิสระ
 ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2552
8. WHO (2009).Self-care in The Context of Primary Health Care. Report of the Regional Consultation, Bangkok, Thailand, 7–9
 January 2009. Retrieved June 16, 2012, from <http://www.who.in/whr/> 2009

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561

9. สุฉาญม คำขันธ์. การดูแลตนเองของชาวนาในตำบลปากชม อำเภอปากชม จังหวัดเลย. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2554
10. กรมควบคุมโรค. คู่มือการจัดการบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ 2558 พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ. กิจการ โรงพิมพ์อาคารสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2557
11. พรพรรณ โพธิ์ไชยา. คุณภาพชีวิตเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2556
12. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสุขของคนไทย rc.nida.ac.th/th/attachments/article/213/รวมเล่มรายงาน. สืบค้นเมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2560
13. จุฑารัตน์ อัสวภูมิ. การดูแลตนเองของเกษตรกรไร่อ้อย ตำบลหนองสรวง อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2553

การพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินคำม่วง-สามชัย ปี พ.ศ.2560

Development of Emergency Medical Services District Health Coordinating Committee

Khummuang-Samchai, 2017

นิติกาญจน์ ภูวินทร์¹

Nitikarn Phuwin

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสภาพการณ์การดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอคำม่วง-สามชัย 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอคำม่วง-สามชัย 3) เพื่อศึกษาของผลการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอคำม่วง-สามชัย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สมาชิก อบท./ อบต. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 54 คน เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ เลือกจากตำบลที่มีผลการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับดี มีความสมัครใจ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสัมภาษณ์และกระบวนการกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่าต่ำสุดสูงสุด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) สภาพการณ์การดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน ประเด็นแรก การเข้าถึง ณ จุดเกิดเหตุล่าช้าเกินกว่า 10 นาที ประเด็นที่สอง การนำผู้ป่วยส่งไปยังสถานพยาบาลที่ใกล้บ้านหน่วยอาสาสมัครกู้ชีพขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เนื่องจากขาดการอบรมฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง และประเด็นสุดท้าย ไม่มีโครงสร้างระบบการบริหารจัดการที่ชัดเจน (ด้านบุคลากร ด้านวัสดุ งบประมาณ การมีส่วนร่วมของชุมชน การประชาสัมพันธ์ และผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน การนิเทศติดตามประเมินงาน พัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชน เน้น 3 ด้านอย่างสมดุล ได้แก่ ด้านประชาชน ด้านหน่วยบริการ และ ด้านศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 2) การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย ขั้นตอนการพัฒนา 7 ขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง 1) การวิเคราะห์บริบทของพื้นที่ 2) การพัฒนารูปแบบดำเนินงาน 3) สรุปรูปแบบข้อตกลงที่เป็นแนวทางเดียวกัน 4) แผนยุทธศาสตร์การเข้าถึงบริการ 5) จัดอบรมให้ความรู้ และสร้างเครือข่าย 6) นิเทศติดตามผลการปฏิบัติงาน และ 7) ถอดบทเรียนและค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ โดยหลังจากการพัฒนาพบว่า การพัฒนารูปแบบดำเนินงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คปสอ. คำม่วง-สามชัย พบว่า ในทุกด้านและโดยรวมการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับสูงและเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน

Abstract

This research is action research aims 1) to investigate the circumstances of the emergency medical services district health coordinating committee Khummuang-Samchai 2) to develop a model for the emergency medical services district health coordinating committee Khummuang-Samchai 3) to study the development of emergency medical services district health coordinating committee Khummuang-Samchai. This research the sample was composed of 54 people, local stakeholders inclusion criteria was selected by the district as a result of operating system-level emergency medical services are voluntary, and welcomed participants quantitative data collected by questionnaire, and qualitative data using interviews and group process. Data were analyzed using quantitative statistical percentage (Mean) and standard deviation (S.D.), minimum, maximum, data were analyzed using qualitative content.

The results showed that: 1) the circumstances of the emergency medical access issues first at the scene delayed more than 10 minutes of the second issue bringing the patient to the nearest medical facility corps rescuers lacks confidence in the performance. Due to lacks training constantly refreshed and the last issue there is no clear infrastructure management (personal, materials, budget, with the participation

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสามชัย อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

of the community public relations and who is responsible for the clear supervision and monitoring). Development of access to the medical emergency of emergency patients in the community, focusing on three aspects in a balanced manner, including the public, the authorities and the center notified the command and 2) the development of the emergency medicine contains step the development consists of seven steps: 1) analysis of context, 2) model development operations 3) concluded an agreement to form a guiding idea. well, 4) strategic plan, access to services, 5) training awareness. and networking 6) supervision and performance 7) lessons learned and success factors. After the development of the model development operations, emergency medical services district health coordinating committee khummuang-samchai finish found in all aspects and the overall development pattern at a pop-up and increase over the previous development.

Key: Development of Emergency Medical Services

บทนำ

ภาวะการเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉิน เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ประมาณการณ่ว่าในแต่ละปีจะมีประชาชนมากกว่า 5 ล้านคน ทั่วโลก มีอาการเจ็บป่วยแบบฉับพลัน ซึ่งเป็นภาวะที่มีความเสี่ยงรุนแรงต่อการเสียชีวิต และเกิดความพิการในระยะยาวได้ ซึ่งโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากเป็นอันดับหนึ่งของโลกคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บ และมะเร็ง ตามลำดับ ซึ่งส่งผลให้เกิดการสูญเสียสุขภาพ (DALYs) สูญเสียทางเศรษฐกิจและค่าใช้จ่ายทางสุขภาพปีละกว่า 3,600 ล้านบาท ⁽¹⁾ ในประเทศไทยพบสาเหตุจากการเสียชีวิตจากระบบไหลเวียนเลือดเป็นอันดับ 1 ของประเทศ มีอัตราป่วยเท่ากับ 56.0 ต่อประชากรแสนคน โดยในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยใช้บริการห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศปีละประมาณ 12 ล้านครั้ง ⁽²⁾

การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย โดยต้องการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินทุกรายได้รับการดูแลรักษาและการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ดี รวดเร็ว และเหมาะสม ตั้งแต่จุดเกิดเหตุ ระหว่างการนำส่งโรงพยาบาล จนพ้นภาวะฉุกเฉิน ปัจจุบันระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้มีการพัฒนา คือ ขยายบริการห้องฉุกเฉินออกไปนอกโรงพยาบาลเข้าสู่ชุมชน โดยที่ผู้ป่วยจะได้รับการบริการก่อนถึงโรงพยาบาล ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา ประเทศในทวีปยุโรป ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ มีระบบการนำส่งตัวผู้ป่วยที่ดี เนื่องจากมีระบบการจัดการ การสื่อสารและการขนส่งผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและมีมาตรฐาน เช่น ในประเทศ

ญี่ปุ่น เมื่อมีปัญหาฉุกเฉินจะมีรถฉุกเฉินรับผู้ป่วยและส่งถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 5 นาที ในประเทศสิงคโปร์อ้างว่าสามารถนำส่งผู้ป่วยด้วยในเวลาเพียง 3 นาที ⁽³⁾ สำหรับประเทศไทยผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติที่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 8 นาที ร้อยละ 47.24 และผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตและผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนที่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 10 นาที ร้อยละ 75.01 ⁽⁴⁾

การให้บริการผู้ป่วยบาดเจ็บ-ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล เป็นขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีความสำคัญยิ่ง ที่ทั่วโลกให้ความสำคัญและเร่งรัดให้มีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเนื่องจากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รุนแรงร้อยละ 60-80 ของการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บเกิดขึ้นก่อนถึงโรงพยาบาล และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ⁽⁵⁾ ปัญหาการเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใด ๆ ก็ตาม ถ้ามีระบบการดูแลรักษาที่ถูกต้องในเบื้องต้นตลอดจนการนำส่งที่มีมาตรฐานจะช่วยให้อายุขัยผู้ป่วยเหล่านี้มีอัตราของโอกาสการรอดชีวิตหรือหายเจ็บป่วยในอัตราที่สูง ⁽⁶⁾ จากสภาพข้อเท็จจริงพบว่าการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย ประชาชนยังไม่ได้รับถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดี เพราะด้านนโยบายไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน การออกปฏิบัติงานยังทำได้ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ โรงพยาบาลมีจำนวนไม่เพียงพอ ขาดแคลนอุปกรณ์และเครื่องมือที่ทันสมัยในการดูแลผู้ป่วย ขาดการประชาสัมพันธ์ และการช่วยเหลือและนำผู้ป่วยฉุกเฉินส่งโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังขาดกลไกการจัดการที่มีประสิทธิภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนยังมีส่วนร่วมในการดำเนินการน้อยมาก ซึ่ง

แนวทางการพัฒนาพบว่า ควรมีการพัฒนาโครงการอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งให้เกิดความสัมฤทธิ์ผลในระดับดีมาก พร้อมทั้งเพิ่มหน่วยบริการให้มากขึ้น ตลอดจนการเพิ่มขีดความสามารถของพนักงานผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่

อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีพื้นที่ขนาด 621 ตารางกิโลเมตร มีประชากรในพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 48,799 คน แบ่งการปกครองออกเป็น 6 ตำบล 8 องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีจำนวน 6 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง (ให้บริการสูงสุด 54 เตียง) ระดับของการให้บริการ : โรงพยาบาลชุมชน ระดับ ทุติยภูมิ ขนาด 2.1 อำเภอคำม่วงเป็นพื้นที่ทุรกันดารมีรอยต่อติดกับจังหวัดอุดรธานีและจังหวัดสกลนคร เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินการเข้าถึงบริการสาธารณสุขค่อนข้างลำบากเนื่องจากระยะทางจากหมู่บ้านถึงสถานบริการสาธารณสุขบางแห่งอยู่ไกล เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหน่วยบริการจากโรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถออกถึงจุดเกิดเหตุภายในระยะเวลาอันควร ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลได้อย่างรวดเร็ว จากรายงานผู้ป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุของโรงพยาบาลคำม่วงตั้งแต่ปี 2557 -2559 พบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุที่มีมารับบริการจำนวน 262 ราย, 277 ราย และ 284 ราย จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁽⁷⁾

จากการดำเนินงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในอำเภอคำม่วง พบว่า มีปัญหาการ ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะด้านที่จะดำเนินการ บุคลากรไม่มีความเชี่ยวชาญขาดความพร้อมในการปฏิบัติงาน ทำให้การปฏิบัติงานมีอุปสรรคขาดคุณภาพในการปฏิบัติงาน คือ การขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานและคุณสมบัติอื่นที่จำเป็นในการปฏิบัติงานเช่น ความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน ความรับผิดชอบเป็นต้น ย่อมจะทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วยผิดขั้นตอน ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น บาดเจ็บเพิ่มพิการหรือเสียชีวิต⁽⁸⁾

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอคำม่วง-สามชัย (คปสอ. คำม่วง-สามชัย)

จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการการแพทย์ฉุกเฉินและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือผู้บาดเจ็บได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์การดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอคำม่วง-สามชัย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอคำม่วง-สามชัย
3. เพื่อศึกษาของผลการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอคำม่วง-สามชัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กรอบแนวคิด PAOR ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอคำม่วง-สามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้วิธีการศึกษาทั้งเชิงคุณภาพและ ปริมาณ

ประชากร กลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉินของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอคำม่วง-สามชัย และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอคำม่วง และอำเภอสามชัย ที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 15 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนา และประเมินผลการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอคำม่วง-สามชัย ได้แก่ สมาชิก อบท./ อบต. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 54 คน ในพื้นที่ตำบลนาทัน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion criteria) คือ เลือกจากตำบลที่มีผลการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

พ.ศ. 2559 ดีเด่น มีความสนใจ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามสำหรับ ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครกู้ชีพตำบล ซึ่งแบ่งเป็น 4 ตอน ใช้เก็บข้อมูลดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร มีคำถาม 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุด รายได้ ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการทำงานด้านบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน และประสบการณ์การฝึกอบรมด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตอนที่ 2 การประเมินสภาพปัจจัยเบื้องต้นการดำเนินงาน ด้านสภาพแวดล้อมและปัจจัยนำเข้า จำนวน 16 ข้อ มี 3 ตัวเลือก และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ คือ ระดับมาก (3 คะแนน) ระดับปานกลาง (2 คะแนน) และระดับน้อย (1 คะแนน) โดยการเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

ตอนที่ 3 ข้อมูลการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอคำม่วง-สามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 13 ข้อ มี 3 ตัวเลือก และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ คือ ระดับมาก (3 คะแนน) ระดับปานกลาง (2 คะแนน) และระดับน้อย (1 คะแนน)

ตอนที่ 4 ข้อมูลการรับรู้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอคำม่วง-สามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 12 ข้อ มี 3 ตัวเลือก และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ คือ ระดับมาก (3 คะแนน) ระดับปานกลาง (2 คะแนน) และระดับน้อย (1 คะแนน)

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Depth Interview) กลุ่มตัวอย่างเพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอำเภอคำม่วง-สามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. เตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย

1.1 ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าความรู้จากเอกสาร ตำรา แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1.2 ขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย

1.3 เตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัย โดยการประสานเพื่อเข้าไปทำความเข้าใจในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. การดำเนินการวิจัย ในเบื้องต้นเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสอบถาม การสัมภาษณ์ การจดบันทึกสภาพบริบทพื้นที่การดำเนินการวิจัย นโยบายยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอคำม่วง-สามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์โดยประยุกต์ใช้กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการแนวความคิดวิจัย (PAOR) มาใช้ในการจัดทำพัฒนารูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอำเภอคำม่วง-สามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

โปรแกรมการประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนแรก คือ การวางแผน โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉินของอำเภอคำม่วง-สามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ประเมินสภาพปัญหาและอุปสรรคจากการดำเนินงานที่ผ่านมา แล้วสรุปภาพรวมปัญหา สาเหตุ และกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานด้านการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอำเภอคำม่วง-สามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ ดำเนินการตามแนวทางและแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ในขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 3 ติดตามประเมินผล

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ โดยจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ของภาคีเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉินของอำเภอคำม่วง-สามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ นำเสนอด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด สูงสุด ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์ และเหตุผลในประเด็นปัญหาที่ศึกษา

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) สำหรับการเปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินการบริการ การแพทย์ฉุกเฉินของคณะกรรมการประสานงาน สาธารณสุขอำเภอคำม่วง-สามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ระหว่าง ก่อนและหลังดำเนินการ ด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาศภาพการณ์การดำเนินงาน การแพทย์ฉุกเฉินของอำเภอคำม่วง-สามชัย

1.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.10) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี (ร้อยละ 44.40) อายุเฉลี่ย 49.46 ปี (SD = 7.548) อายุสูงสุด 64 ปี และอายุต่ำสุด 36 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คู่ (ร้อยละ 85.20) มีระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 40.70) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4,001-5,000 (ร้อยละ 35.20) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนโดยเฉลี่ย 5,759.26 บาท (SD=1649.18) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด 10,000 บาท รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำสุด 5,000 บาท ประสบการณ์ในการทำงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงาน (ร้อยละ 92.60) ประสบการณ์ในการผ่านการฝึกอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรม (ร้อยละ 85.18) และมีประสบการณ์ในการอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉิน 1 ครั้ง (ร้อยละ 9.25) ตามลำดับ

1.2 การวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คปสอ. อำเภอคำม่วง-สามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการพัฒนารูปแบบการดำเนินการ การแพทย์ฉุกเฉิน คปสอ. อำเภอคำม่วง-สามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์สถานการณ์และเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Depth Interview) และการสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group) สามารถสรุปได้ดังนี้

1.2.1 ปัญหาการดำเนินงานระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ผู้นำขาดความรู้ความเข้าใจในการ พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ขาดการวางแผนในการ พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ขาดบุคลากรที่มี ความรู้ความสามารถในการบริการด้านการแพทย์ ฉุกเฉินอย่างอง่แก่ ขาดงบประมาณในการบริหารจัดการ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ขาดการประสานงานและ ทำงานแบบบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.2.2 ปัญหาด้านประชาชน ประชาชนขาด ความรู้ความเข้าใจในการใช้บริการ ประชาชนขาดการ มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1.2.3 ปัญหาจากส่วนราชการที่เกี่ยวข้องใน พื้นที่ ส่วนราชการขาดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ขาดการบูรณาการในการทำงานร่วมกัน

2. การพัฒนารูปแบบการดำเนินการงานการแพทย์ ฉุกเฉินของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ คำม่วง-สามชัย ซึ่งแตกต่างจากรูปแบบเดิมคือ รูปแบบใหม่ ได้จัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยจำแนกเป็น องค์ประกอบของรูปแบบการดำเนินงานบริการการแพทย์ ฉุกเฉินได้ 7 องค์ประกอบ ดังนี้ องค์ประกอบแรก เป็นการ วางแผนงาน (Planning) และจัดวางยุทธศาสตร์ในแผน ฉบับร่างขององค์การบริหารส่วนตำบลระยะ 3-5 ปี ทั้งนี้ เพื่อจะได้มีแนวทางที่นำไปสู่การปฏิบัติต่อไป องค์ประกอบที่สอง การจัดองค์กร (Organizing) เป็นการ จัดวางตำแหน่งและบทบาทของหน่วยงาน ด้วยการพัฒนารูปแบบขององค์กรอย่างมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ ที่ เกี่ยวข้อง อาทิเช่น ภาคประชาชน/ชุมชน โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น องค์ประกอบที่สาม การจัด คนให้เหมาะสมกับงาน (Command) เป็นการคัดเลือก บุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ รวมทั้งมีใจรักให้บริการ ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน องค์ประกอบที่สี่ การประสานงาน (Coordinate) เป็นการติดต่อประสานงานด้านการแพทย์ ฉุกเฉินระหว่างหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพสามารถให้ ข้อมูลอย่างครบถ้วน ถูกต้องตรงประเด็นและรวดเร็วทัน เหตุการณ์ องค์ประกอบที่ห้า การควบคุม (Control) เป็น

การดูแลระบบดำเนินงานครอบคลุมทั้งประเด็น ด้านบุคลากร การปฏิบัติหน้าที่ ประเด็นวัสดุและอุปกรณ์ที่มีความพร้อมนำมาใช้งานและประเด็นด้านงบประมาณ โดยมีการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอ ทั้งที่เป็นการจัดสรรจากภาครัฐ และระดมทุนจากภาคเอกชนหรือประชาชน องค์ประกอบที่หก การกำกับติดตาม (Monitoring) ซึ่งเป็นการติดตามประเมินผลการดำเนินงานทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณครอบคลุมในประเด็นด้านบุคลากร วัสดุ และอุปกรณ์รวมทั้งด้านงบประมาณ และ สำหรับองค์ประกอบสุดท้าย การสร้างเครือข่ายอาสาสมัครในพื้นที่ชุมชนทุกหมู่บ้าน (Network) โดยจัดให้มีการอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามแนวทางปฏิบัติของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ให้กับผู้นำชุมชนที่ประกอบไปด้วย ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครกู้ชีพประจำตำบลโดยทีมงานจากโรงพยาบาลคำม่วง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบลโดยการขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ซึ่งได้ข้อสรุปนำมาจัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อไปปฏิบัติจริงในชุมชนประกอบด้วย แผนงาน/โครงการ คือ 1) แผนยุทธศาสตร์ในการหาแนวทางการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน 2) โครงการ “การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน” 3) โครงการพัฒนาเครือข่ายการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน 4) ระบบการติดต่อสื่อสาร

3. ผลการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอคำม่วง-สามชัย ระดับความคิดเห็นสภาพปัจจัยเบื้องต้นการดำเนินงานในระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน คปสอ. คำม่วง-สามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินสภาพปัจจัยเบื้องต้นโดยรวมด้านสภาพแวดล้อมการดำเนินงาน โครงสร้างระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปัจจัยเบื้องต้นด้านการวางแผน ด้านอาคารสถานที่ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณและด้านแผนยุทธศาสตร์อยู่

ในระดับน้อย หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินสภาพปัจจัยเบื้องต้นในการดำเนินงานโดยรวมโครงสร้างระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ด้านอาคารสถานที่ ด้านบุคลากร ด้านแผนงานยุทธศาสตร์อยู่ในระดับปานกลาง แต่ในด้านสภาพแวดล้อมการดำเนินงาน ปัจจัยเบื้องต้นด้านการวางแผนด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านงบประมาณอยู่ในระดับมาก เพิ่มขึ้นจากการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความคิดเห็นข้อมูลการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน คปสอ. คำม่วง-สามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ข้อมูลการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน คปสอ. คำม่วง-สามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง มีระดับความคิดเห็นต่อการดำเนินงานการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน โดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับน้อย หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง มีระดับความคิดเห็นต่อการดำเนินงานการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน โดยรวมด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการพบเหตุด้านการรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ การลำเลียงขนย้าย และการดูแลระหว่างนำส่ง และด้านการนำส่งสถานพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง แต่ในด้านระบบการแจ้งขอความช่วยเหลือ และด้านการประชาสัมพันธ์อยู่ในระดับมาก เพิ่มขึ้นจากการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความคิดเห็นต่อข้อมูลของการรับรู้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของ คปสอ. คำม่วง-สามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีข้อมูลการรับรู้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของ คปสอ. คำม่วง-สามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนา พบว่า ระดับความคิดเห็นของข้อมูลการรับรู้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ศึกษาสภาพปัญหากระบวนการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินของอำเภอคำม่วง-สามชัย 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินของ อำเภอคำม่วง-สามชัย 3) เพื่อศึกษาของผลพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของอำเภอคำม่วง-สามชัย ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดปฏิบัติการวิจัย (PAOR) และกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมชุมชน มาใช้ในการจัดทำแผนปฏิบัติการ เป็นเครื่องมือในการพัฒนารูปแบบดำเนินงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อหาแนวทางการพัฒนารูปแบบดำเนินงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คปสอ. คำม่วง-สามชัย โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจากคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอ คณะกรรมการระบบสุขภาพตำบล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทำให้ได้แผนงานโครงการที่เกิดขึ้นได้แก่ 1) แผนยุทธศาสตร์ในการหาแนวทางการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน 2) โครงการ “การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน” 3) โครงการพัฒนาเครือข่ายการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน 4) ระบบการติดต่อสื่อสาร สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผลการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบดำเนินงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คปสอ. คำม่วง-สามชัย พบว่า ในทุกด้านและโดยรวมการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับสูงและเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา สอดคล้องผลการศึกษาของ วิทยา ชาติบัญชาชัย, นคร ทิพย์สุนทรศักดิ์ และไพศาล โชติกล่อม (2547).⁽⁵⁾ ที่ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉินระดับตำบล จังหวัด ขอนแก่น พบว่า การส่งเสริมและพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์การบริหารส่วนตำบล รวมทั้งมีการบริหารจัดการในการส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนและแลกเปลี่ยนกระบวนการเรียนรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน จะต้องส่งเสริมให้ประชาชนได้แสดงแนวคิดและ

ใช้กระบวนการกลุ่มในการแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วย โดยเริ่มจากการจัดกิจกรรมกลุ่มง่าย ๆ ร่วมกัน และส่งเสริมให้กลุ่มเข้มแข็งในด้านความคิด วิเคราะห์สภาพปัญหา ตลอดจนกระบวนการบริหารจัดการในการแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยในชุมชน

จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบอีกว่า มีความสอดคล้องกับผลการศึกษางานวิจัยของ วชร เพรงมา และชลฤดี เหมือนรักษา (2549: บทคัดย่อ)⁽⁹⁾ ได้ศึกษาการบริการการแพทย์ฉุกเฉินช่วงเทศกาลปีใหม่ 2549 หน่วยกู้ชีพ องค์การบริหารส่วนตำบลกุดน้ำใส อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลกุดน้ำใสได้จัดให้มีบริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยกู้ชีพไว้ช่วยเหลือผู้เกิดอุบัติเหตุในเขตตำบลกุดน้ำใส และนำส่งสถานพยาบาลตามความเหมาะสมตลอด 24 ชั่วโมง โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รูปแบบการดำเนินงานเป็นการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน การจัดระบบบริการในรูปแบบบูรณาการ ได้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นภาคประชาชน อาทิ เช่นอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ภาครัฐและภาคเอกชนที่อยู่ในท้องที่ การดำเนินการประชุมผู้นำจากทุกภาคส่วน เพื่อร่วมแสดงความคิดเห็นและร่วมหาแนวทางการดำเนินการรณรงค์ป้องกันและลดอุบัติเหตุบนท้องถนน จัดบริการหน่วยกู้ชีพและสายตรวจ อปพร. ตลอดระยะเวลา 7 วัน มีอุบัติเหตุในตำบล 3 ครั้ง ผู้บาดเจ็บ 5 คน ไม่มีผู้เสียชีวิต หน่วยกู้ชีพได้รับแจ้ง 1 ครั้ง และให้การช่วยเหลือจากการเยี่ยมบ้านและประเมินสอบถามผู้ใช้บริการ พบว่า มีความพึงพอใจต่อการให้บริการอยู่ในระดับสูง

นอกจากนั้นยังมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิลาวรรณ แก้วลาย (2551: บทคัดย่อ)⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาวิจัยคุณภาพระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษพบว่า ผู้นำองค์กรและปฏิบัติงานรับรู้เกี่ยวกับนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่ครอบคลุมทุกประเด็น แต่รับรู้ว่ามีนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นนโยบายที่ดีที่เอื้อต่อประชาชนผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือบาดเจ็บให้ได้รับ

การดูแลสุขภาพพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุอย่างรวดเร็ว และช่วยลดค่าใช้จ่ายของประชาชน แต่นานโยบายไปสู่การปฏิบัติได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากขาดระบบการสนับสนุนที่ดีในการดำเนินงาน ขาดแคลนบุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์และยานพาหนะ ส่วนผู้รับบริการรับรู้โยบายไม่ครอบคลุมทำให้เรียกใช้บริการไม่ถูกต้อง ด้านผู้ปฏิบัติงาน มีความรู้ครอบคลุมให้บริการได้ถูกต้อง แต่การออกบริการลำบากเนื่องจากขาดบุคลากร ปฏิบัติงานหลายหน้าที่ ไม่มีทีมงานที่พร้อม ขาดแรงจูงใจ ในขณะเดียวกันก็พบว่ามีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิพนธ์ จันทรเวชศิริ (2550)⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชน ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า องค์กรชุมชนกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอยู่ในระดับดี ซึ่งสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p\text{-value} < 0.001$) และองค์กรชุมชนกลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ซึ่งสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p\text{-value} < 0.001$)

สำหรับปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบดำเนินงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน มี

สองประเด็นรายละเอียดดังนี้ ประเด็นแรก ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์มองเห็นประโยชน์ของประชาชน มีรูปแบบโครงสร้างคณะกรรมการผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน สนับสนุนงบประมาณในการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ด้านการแพทย์ มีการประชาสัมพันธ์การดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึงโดยผ่านภาคีเครือข่ายภาคประชาชน ประการที่สองภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการร่วมวิเคราะห์วางแผน ค้นหาสาเหตุของปัญหาจนได้ข้อสรุปในการทำข้อตกลงร่วมกันของชุมชนในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน ตลอดจนภาคีเครือข่ายและการสนับสนุนจากองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนอย่างพอเพียงและต่อเนื่องในการจัดทำแผนและนำแผนงานไปปฏิบัติในระดับชุมชน และทำให้เกิดการผสมผสานแนวคิดและบทบาทของทุกฝ่าย เพื่อให้เกิดการเสริมพลังกันในการพัฒนารูปแบบดำเนินงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน ดังนั้นจึงควรนำการพัฒนาแบบดำเนินงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนครั้งนี้ไปปรับปรุงยุคใช้ในการดำเนินงาน การพัฒนารูปแบบดำเนินงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนอื่น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน อาจารย์ที่ทุกท่านที่ให้คำแนะนำจนโครงการวิจัยลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. 2549. เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติ เรื่องอุบัติเหตุจราจรครั้งที่ 7 “ชุมชนถนนปลอดภัย มอเตอร์ไซด์ปลอดภัย” กรุงเทพมหานคร: กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย สำนักมาตรฐานการป้องกันสาธารณภัย.
2. สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์เรนทร กระทรวงสาธารณสุข). 2548. คู่มือการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
3. ประเสริฐ วสินานุกร. การให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน. ใน: นครชัย เผื่อนปฐม เมธิณี ไหมแพง, ก่อพงษ์ รุกขพันธุ์, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์ฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ: โอเอส พรินติ้งเฮาส์; 2545.
4. ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย และภูมิรินทร์ สีลาพันธ์, บรรณาธิการ. รายงานประจำปี 2556 สถาบันการแพทย์ ฉุกเฉิน. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. อภิพิมพ์พริ้นติ้ง; 2556.
5. วิทยา ชาดิบุญชาชัย, นคร ทิพย์สุนทรศักดิ์ และไพศาล โชติกล่อม. 2547. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับตำบล จังหวัดขอนแก่น. รายงานการวิจัย. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น.

6. นิพนธ์ จันทรวะศิริ. 2550. ผลสัมฤทธิ์ของโครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
7. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC). (2560). เรียกใช้เมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2561
https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page_kpi.php?flag_kpi_level=1&flag_kpi_ye
8. จุลินทร ศรีโพณฑน์. เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นิตยาญจน์ ภูวินทร์. เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่โรงพยาบาลคำม่วง อำเภอกำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ เมื่อวันที่ 22 กันยายน 2559
9. วชร เพ็งมา และชลฤดี เหมือนรักษา. 2549. การบริการการแพทย์ฉุกเฉินช่วงเทศกาลปีใหม่ 2549 หน่วยกู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบลกุดนาไผ่ อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดขอนแก่น. สัมมนาในระดับชาติ เรื่อง อุบัติเหตุจราจรครั้งที่ 7 “ชุมชนถนนปลอดภัย มอเตอร์ไซค์ปลอดภัย อุบัติเหตุ”.
- 2549, นนทบุรี: ม.ป.พ. หน้า 158.
10. วิลาวรรณ แก้วลาย. 2551. คุณภาพระบบบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ณ โรงพยาบาลชุมชน แห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด. การศึกษาค้นคว้าอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
11. นิพนธ์ จันทรวะศิริ. 2550. ผลสัมฤทธิ์ของโครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

คุณภาพการสื่อสารส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกทางวิสัญญีผู้ป่วยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Quality of communication of patient information using anesthesia record for ward nurses at
Kalasin hospital.

ทองเยี่ยม บุญสวัสดิ์¹

Tongyium boonsawad¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็น งานวิจัยเชิงปฏิบัติ (action research) กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย จำนวนทั้งหมด 39 คน โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อ 1) ศึกษาระดับการรับรู้ข้อมูล รายละเอียดในใบบันทึกข้อมูลการระงับความรู้สึกของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยก่อนและหลังให้การอบรม 2) เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนการรับรู้ก่อนและหลังการอบรมของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยต่อใบบันทึกทางวิสัญญี 3) เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยก่อนและหลังการอบรม โดยใช้วิธีการจัดอบรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติ ระหว่างเดือน สิงหาคม – ตุลาคม พ.ศ. 2560

ผลการศึกษาที่ได้พบว่าพบว่า ผลของระดับของการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยต่อการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกทางวิสัญญีก่อนการอบรมให้ความรู้พบว่าโดยส่วนรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.19 \pm S.D.=1.16$) ส่วนผลของระดับการรับรู้ของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยต่อการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกทางวิสัญญีหลังได้รับการอบรมให้ความรู้จากทีมวิสัญญี พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยมีระดับการรับรู้เพิ่มขึ้นในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.42 \pm S.D.=0.62$) และพบว่าหลังการให้การอบรมเรื่องการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกทางวิสัญญีแก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลประจำหอผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในเรื่องของความพึงพอใจต่อการส่งต่อข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกทางวิสัญญีของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยพบว่า ค่าคะแนนความพึงพอใจหลังการอบรมให้ความรู้มีค่าคะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจากความพึงพอใจระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.33 \pm S.D.=1.06$) เป็นระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.65 \pm S.D.=0.49$)

คำสำคัญ: แบบบันทึกทางวิสัญญี, พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย, การส่งต่อข้อมูล

Abstracts

This action research samples is ward's nurses total 39 people. The objective of the research for 1) Study of level perceptual for anesthetic record. The details in the log information of the ward's nurses anesthesia before and after training, 2) For compare the level of awareness before and after the training of nurses per ward routine anesthetic record 3) to study the level of satisfaction of ward's nurses before and after training. By means of practical training during August – October, 2560.

The results of studies that have found that found that the effect of the level of awareness of the medical professionals ward's nurses data transmission by using the anesthetic record before training, knowledge found that included moderate level ($= 3.19 \pm S.D. = 1.16$), and The effect of nurse's awareness level, regular wards per patient data using the anesthetic record after training awareness from team provide. Medical professionals ward's nurses increased awareness levels in most of the levels ($= 4.42 \pm S.D. = 0.62$). And found that after the training, patient information, forwarding by using the anesthetic record regular Ward nurses. Annual nursing wards have increased knowledge, statistically significant at the .05 level. The subject of satisfaction forwarding using the anesthetic record provide ward's nurses find satisfaction score, after training, with a satisfaction score increased from the moderate satisfaction ($= 3.33 \pm S.D. = 1.06$) is the most level ($= 4.65 \pm S.D. = 0.49$)

Key words: anesthetic record, ward's nurses professionals, communication by anesthetic record

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทนำ

แบบบันทึกทางวิสัญญีใช้บันทึกข้อมูลของผู้ใช้บริการ และข้อมูลการให้บริการทางวิสัญญี เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางวิสัญญี ช่วยให้มีการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และช่วยในการวางแผนการพยาบาลที่ตรงตามความต้องการและเป็นองค์รวม ในบันทึกข้อมูลการระงับความรู้สึกเป็นเครื่องมือที่วิสัญญีแพทย์ และวิสัญญีพยาบาลใช้ในการบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัด ใช้สื่อสารระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุข เป็นหลักฐานสำคัญทางกฎหมาย รายละเอียดในบันทึกข้อมูลการระงับความรู้สึกบ่งบอกถึงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยมีการบันทึกการตรวจเย็บ การให้ยาทางวิสัญญี การเฝ้าระวังระหว่างและหลังการผ่าตัด เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังผู้ป่วยในช่วงที่ได้รับการระงับความรู้สึกและในช่วงที่ได้รับยาสลบไสลความปลอดภัยสูงสุดเป็นการเฝ้าระวังแบบนาฬิกาที่ดันทัก (1)

สำหรับกลุ่มงานวิสัญญีโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้มีการนำแบบบันทึกข้อมูลการระงับความรู้สึกใช้ครั้งแรกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2437 มีการปรับปรุงพัฒนาในบันทึกอย่างต่อเนื่อง ล่าสุดในปี พ.ศ. 2554 มีการวัดความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบบันทึก ได้มีการนำระบบคอมพิวเตอร์ Automated Anesthesia Record-keeping system (AARKs)(2) มาใช้ในการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาระงับความรู้สึกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ได้มีระบบการสุ่มตรวจการบันทึกทางเวชระเบียน ทุกเดือนค่าเฉลี่ยร้อยละ 99.28 และมีการนำแบบบันทึกทางวิสัญญีมาใช้อย่างต่อเนื่องและได้มีการปรับปรุงรูปแบบการบันทึกเพื่อให้ครอบคลุมและครบถ้วนสำหรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบว่า ในบางครั้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยยังขาดความเข้าใจในแบบบันทึกทางวิสัญญี จึงทำให้ข้อมูลสำคัญและจำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องส่งต่อไม่ครบถ้วน บางครั้งเป็นการส่งต่อข้อมูลแบบทางเดียว (one way communication) ไม่ได้ประเมินความเข้าใจของผู้รับข้อมูล วิสัญญีส่งข้อมูลขณะที่ผู้รับข้อมูลยังไม่พร้อมในการรับข้อมูล แนวทางการส่งต่อข้อมูลและการบันทึกข้อมูลยังไม่เป็นมาตรฐาน ขาดความตระหนักในสำคัญของการส่ง

ต่อข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การส่งต่อบันทึกทางวิสัญญีได้ไม่ครบถ้วน ดังนั้นกลุ่มงานวิสัญญีโรงพยาบาลกาฬสินธุ์และทีมผู้วิจัยจึงมีความประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการสื่อสารส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกทางวิสัญญีสู่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยสามารถเข้าใจแบบบันทึกข้อมูลทางวิสัญญีได้ครบถ้วนตามกระบวนการและมาตรฐานของการบันทึกทางวิสัญญี ร่วมกับการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยต่อแบบบันทึกทางวิสัญญี ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ ข้อมูล รายละเอียดในแบบบันทึกข้อมูลการระงับความรู้สึกของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยก่อนและหลังให้การอบรม
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนการรับรู้ก่อนและหลังการอบรมของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยต่อแบบบันทึกทางวิสัญญี
3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยก่อนและหลังการอบรม

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)(3) พัฒนาการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากทีมวิสัญญีสู่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อให้ข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นเฉพาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังการให้ยาระงับความรู้สึกได้รับการส่งต่อครบถ้วน โดยใช้วิธีการจัดอบรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติเรื่องการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยหลังการให้ยาระงับความรู้สึกแก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน มิถุนายน – พฤศจิกายน 2560 กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม แผนกกระดูกและข้อ แผนกตา หู คอ จมูก แผนกสูติรีเวชกรรม แผนกอุบัติเหตุ แผนกอายุรกรรม แผนกเด็ก หออภิบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ และหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่ได้ผ่านการฝึกอบรมทั้งหมด ในวันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2560 จำนวน 39 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบบันทึกทางวิสัญญี ประกอบด้วย แบบบันทึกการประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก แบบบันทึกระหว่างให้การระงับความรู้สึก แบบบันทึกหลังการระงับความรู้สึก

แบบประเมินความพึงพอใจต่อแบบบันทึกข้อมูลทางวิสัญญี

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

1. ขั้นตอนการเตรียมการ (Plan)

1.1 การศึกษาและประเมินสภาพของปัญหาการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกจากทีมวิสัญญีจากใบบันทึกทางวิสัญญี ศึกษาแบบบันทึกทางวิสัญญีที่ใช้อยู่ปัจจุบัน รวบรวมข้อมูลจากรายงานของกลุ่มการพยาบาล

1.2 สุ่มตรวจคุณภาพการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยทางแบบบันทึกทางวิสัญญีสู่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยใน เดือนกรกฎาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2560

1.3 คัดเลือกประเด็นของปัญหา ผู้ศึกษานำเสนอปัญหาคุณภาพการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยทางแบบบันทึกทางวิสัญญีสู่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยต่อที่ประชุม โดยชี้แจงความสำคัญและ ที่มาของปัญหาในหน่วยงาน

1.4 ผู้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมเอกสารวิชาการ และงานวิจัยต่างวิชานำเสนอแนวคิดการพัฒนาคุณภาพการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยทางแบบบันทึกทางวิสัญญีสู่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยต่อผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ คณะกรรมการบริหารกลุ่มงานวิสัญญีและคณะกรรมการกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลตามลำดับเพื่อขอความเห็นชอบในการดำเนินการพัฒนา

1.5 การนำผลการปฏิบัติงานมาประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหน่วยงานเพื่อเสนอชี้แจงการจัดประชุมชี้แจงแบบบันทึกทางวิสัญญีสู่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย

1.6 ประชุมเตรียมความพร้อมของทีมวิสัญญีเกี่ยวกับแบบบันทึกทางวิสัญญีสู่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้ทีมมีความรู้และความเข้าใจที่ตรงกันทุกคนก่อนที่จะนำไปชี้แจงต่อพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

2. ขั้นปฏิบัติ (Action) โดยการ จัด ประชุม ชี้แจง ฝึกปฏิบัติการชี้แจงให้ความรู้แบบบันทึกทางวิสัญญีสู่พยาบาล

ประจำหอผู้ป่วย แก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยผู้ป่วยในช่วงเดือน กันยายน 2560 เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันระหว่างทีมวิสัญญีกับทีมพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในเรื่องของการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยภายหลังการระงับความรู้สึกโดยใช้ใบบันทึกทางวิสัญญี

3. ขั้นติดตามประเมินผล (reflecting & re-planning) ช่วงเดือน ตุลาคม-พฤศจิกายน 2560 ดังนี้

3.1 ประเมินผลแบบบันทึกวิสัญญีทั้ง 3 แบบบันทึก ซึ่งได้แก่ แบบบันทึกการประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก แบบบันทึกการให้การระงับความรู้สึก และแบบบันทึกหลังการระงับความรู้สึก

3.2 จัดประชุมสรุปชี้แจงผลการประเมินความเข้าใจการส่งต่อข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกวิสัญญีแก่ทีมวิสัญญี พยาบาลประจำหอผู้ป่วยระดมความคิดเห็นของกลุ่มเพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปรับปรุงแบบบันทึกทางวิสัญญี

3.3 ประเมินผลความพึงพอใจของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยต่อคุณภาพการสื่อสารส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกทางวิสัญญีสู่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแจกแจงความถี่และร้อยละ ระดับความรู้ ความเข้าใจ ระดับความพึงพอใจ โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. พบว่ากลุ่มตัวอย่าง พยาบาลประจำหอผู้ป่วยส่วนใหญ่ เพศหญิงร้อยละ 87.2 เป็นเพศชายร้อยละ 12.8 อายุ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-30 ปี ร้อยละ 59.0 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 31-40 ปี เท่ากับช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 17.9 และช่วงอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 5.19 ตามลำดับ ในด้านประสบการณ์การทำงานส่วนมากมีอายุการทำงาน 1-5 ปี ร้อยละ 61.5, รองลงมาคือ อายุการทำงาน 16-20 ปี ร้อยละ 30.8, อายุการทำงาน 11-15 ปี ร้อยละ 5.1, และช่วงอายุ 6-10 ปี ร้อยละ 2.6 ตามลำดับ สถานที่ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่แผนกศัลยกรรม ร้อยละ 30.8, รองลงมาคือ แผนกห้องผ่าตัด ร้อยละ 28.2, แผนกสูติรีเวชกรรมร้อยละ

12.8, แผนกศัลยกรรมกระดูกและแผนกอายุรกรรม ร้อยละ
7.7, แผนกกุมารเวชกรรมและแผนก หู ตา คอ จมูก ร้อยละ
5.1, และแผนกศัลยกรรมพิเศษร้อยละ 2.6 ตามลำดับ

2. ระดับของการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยต่อการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกทางวิสัญญี

ตาราง 1 เปรียบเทียบผลประเมินการรับรู้ของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยต่อการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกทางวิสัญญีก่อนและหลังการอบรม

ประเด็น	ก่อน (Mean±SD)		หลัง (Mean±SD)		t	p-value
1. การได้รับขาระงับปวดขณะผ่าตัด	2.90±0.83	ปานกลาง	4.35±0.61	มากที่สุด	7.628	.000*
2. สัญญาณชีพ/ pain score	3.71±1.13	มาก	4.58±0.56	มากที่สุด	3.855	.001*
3. เทคนิคการให้ยาสลบแบบทั่วไป (ดมยาสลบ)	2.61±1.15	ปานกลาง	4.32±0.60	มากที่สุด	7.203	.000*
4. เทคนิคการให้ยาสลบเฉพาะส่วน	2.42±1.06	น้อย	4.35±0.66	มากที่สุด	8.531	.000*
5. ปริมาณและชนิดของสารน้ำที่ได้รับ	3.29±1.19	ปานกลาง	4.39±0.76	มากที่สุด	4.35	.000*
6. ปริมาณเลือดและส่วนประกอบของเลือด	3.39±1.20	มาก	4.45±0.62	มากที่สุด	3.941	.000*
7. ปริมาณปัสสาวะ	3.2±1.14	มาก	4.45±0.62	มากที่สุด	4.708	.000*
8. การให้ยาปฏิชีวนะ/เวลาที่ได้รับ	3.18±1.08	ปานกลาง	4.48±0.63	มากที่สุด	5.906	.000*
9. เหตุการณ์เพิ่มเติม	3.16±0.90	ปานกลาง	4.35±0.61	มากที่สุด	5.840	.000*
10. การดูแลและปัญหาที่เกิดขึ้นและการรักษาในห้องพักฟื้น	3.03±1.20	ปานกลาง	4.48±0.63	มากที่สุด	5.637	.000*
11. Recovery room score ก่อน Discharge ที่ห้องพักฟื้น	3.03±1.02	ปานกลาง	4.45±0.62	มากที่สุด	6.414	.000*
12. ความเข้าใจเกี่ยวกับระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการระงับความรู้สึก	2.97±1.14	ปานกลาง	4.35±0.61	มากที่สุด	5.686	.000*
13. ความชัดเจนของลายมือผู้บันทึกและสำเนาบันทึกความครบถ้วนของเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง	3.16±1.13	ปานกลาง	4.39±0.67	มาก	5.213	.000*
14. การนำไปใช้ประโยชน์โดยภาพรวม	3.16±1.03	ปานกลาง	4.52±0.63	มากที่สุด	6.608	.000*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง พบว่าผลของระดับของการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยต่อการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกทางวิสัญญี ก่อนการอบรมให้ความรู้พบว่าโดยส่วนรวมอยู่ในระดับปานกลางมีหัวข้อเรื่องสัญญาณชีพ/ pain score, ปริมาณเลือดและส่วนประกอบของเลือด, ปริมาณปัสสาวะ, มีค่าคะแนนอยู่ในระดับมากที่สุด ในหัวข้อเทคนิคการให้ยาสลบเฉพาะส่วน ได้แก่ SB, EB, Caudal, PNB เป็นต้น มีค่าคะแนนอยู่ในระดับน้อย หลังการอบรมให้ความรู้พบว่าผลของระดับการรับรู้ของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยต่อการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้

แบบบันทึกทางวิสัญญี พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยมีระดับการรับรู้เพิ่มขึ้นในระดับมากที่สุด และพบว่าหลังการให้การอบรมเรื่องการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกทางวิสัญญีแก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลประจำหอผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาคุณภาพการสื่อสารส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกทางวิสัญญีผู้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ⁽³⁾ ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนการเตรียมการ (Plan) การปฏิบัติ

(Action) การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการชี้แจงให้ความรู้แบบ บันทึกทางวิสัญญีสู่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย แก่พยาบาล ประจำหอผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันระหว่างทีม วิสัญญีกับทีมพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในเรื่องของการส่งต่อ ข้อมูลผู้ป่วยภายหลังการระงับความรู้สึกโดยใช้บันทึกทาง วิสัญญี และการติดตามประเมินผล (reflecting & re-planning) ซึ่งจากผลการดำเนินงาน พบว่าหลังการให้การอบรมเรื่องการ ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกทางวิสัญญีแก่พยาบาล ประจำหอผู้ป่วย พยาบาลประจำหอผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีความพึงพอใจต่อ การพัฒนาคุณภาพการสื่อสารส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้แบบ บันทึกทางวิสัญญีสู่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจาก กระบวนการให้ความรู้โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการสู่ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย แก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย มีการ วิเคราะห์ การศึกษาและประเมินสภาพของปัญหา มีการการสุม ตรวจคุณภาพการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยทางแบบบันทึกทาง วิสัญญีสู่พยาบาล คัดเลือกประเด็นของปัญหา ทบทวน เอกสารวิชาการและงานวิจัยต่างวิชาๆ และนำเสนอแนวคิดการ พัฒนาคณะกรรมการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยทางแบบบันทึกทาง วิสัญญีสู่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยแก่ผู้เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยัง มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประชุมเตรียมความพร้อม ของทีมวิสัญญีเกี่ยวกับแบบบันทึกทางวิสัญญีสู่พยาบาล ประจำหอผู้ป่วยให้ทีมมีความรู้และความเข้าใจที่ตรงกันทุกคน ก่อนที่จะนำไปชี้แจงต่อพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ซึ่ง สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิภารัตน์ จุฑาสันติกุล และคณะ (2555)⁽⁴⁾ ศึกษาวิจัยเรื่องการรับรู้ของพยาบาลหอผู้ป่วยเกี่ยวกับ

รายละเอียดและประโยชน์ของข้อมูลในบันทึกการระงับ ความรู้สึกหลังการอบรม พบว่าการให้ความรู้ด้านการบริการ ด้านวิสัญญียังมีประโยชน์อย่างมากต่อการดูแลผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งใจ รมณีธีร์ และ นภาพร ชูนาม (2556)⁽⁵⁾ ได้ทำการพัฒนาแบบบันทึกวิสัญญี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่า พบว่า วิสัญญี แพทย์-พยาบาลมีความพึงพอใจต่อแบบบันทึกใหม่มากกว่า แบบ บันทึกเก่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. การส่งต่อข้อมูลทางวิสัญญีมีความสำคัญมากต่อ การให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องภายหลังการระงับ ความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับ ถ้าพยาบาลประจำหอผู้ป่วยสามารถที่ จะเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดของบันทึกทางวิสัญญีได้ก็จะ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเกิดความปลอดภัย สูงสุดต่อผู้ป่วย หลายมือก็เป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้การรับส่ง ข้อมูลผิดพลาดได้ ซึ่งในส่วนนี้ยังถือว่าเป็นปัญหาอยู่ ซึ่งทาง หน่วยงานวิสัญญีพยายามลงข้อมูลไว้ในระบบคอมพิวเตอร์ ของโรงพยาบาล (Hos-XP) แต่ยังมีข้อจำกัดในการลงข้อมูล ซึ่งยังเป็นเรื่องที่ทางกลุ่มงานยังต้องมีการพัฒนาต่อไป
2. ระยะเวลาในการจัดอบรมยังน้อยซึ่งบาง รายละเอียดอาจต้องการความเข้าใจและต้องใช้ระยะเวลาใน การประเมิน เช่น เรื่องของการ CPR ยังเป็นหัวข้อที่เจอไม่มาก แต่ยังมีจำนวนมากหากเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวกับผู้ป่วย
3. พิจารณาทำคู่มือเกี่ยวกับการบันทึกทางวิสัญญีใน การประชุมอบรมครั้งต่อไปเพื่อนำไปใช้ในหอผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Bassam Kadry, William W. Feaster, Alex Macario, and Jesse M. Ehrenfeld, Anesthesia Information Management Systems: Past, Present, and Future of Anesthesia Records. **MOUNT SINAI JOURNAL OF MEDICINE**. 79:154–165, 2012
2. Okamura A, Satoh N, Kimmotsu O. Automated anesthesia record keeping system in in the United States. **Masui**. 1997 Aug;46(8):1134–41.
3. พัชร ใจการณ. **Action research**. มหาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. http://www.natne.or.th/images/01_Event/260160_R2R_Ubon/R2R_Ubon1.pdf
4. วิภารัตน์ จุฑาสันติกุล และคณะ. การรับรู้ของพยาบาลหอผู้ป่วยเกี่ยวกับรายละเอียดและประโยชน์ของข้อมูลในบันทึกการระงับความรู้สึก หลังการอบรม. 2555.
5. รุ่งใจ รมณีธีร์ และนภาพร ชูนาม. การพัฒนาแบบบันทึกวิสัญญี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระ เกียรติ. 2556

ผลการยับยั้งเชื้อก่อโรคฟันผุของสารสกัดหยาบใบผักคราดหัวแหวนและใบยางนา

Inhibitory effect of *Spilanthes acmella* and *Dipterocarpus alatus* Roxb. crude leaves extract to cariogenic bacteria

ปิยะวรรณ เอ็มอิมันันต์¹

Piyawan Amimanan¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบการทดลองจริง (True-experimental design) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของสารสกัดหยาบใบผักคราดหัวแหวนและใบยางนาต่อการยับยั้งการเจริญเติบโตและการทำลายเชื้อ *S.mutans* และ *Lactobacillus* spp. โดยแบ่งการทดลองเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 สารสกัดหยาบใบผักคราดหัวแหวนและใบยางนาต่อการยับยั้งการเจริญเติบโตและการทำลายเชื้อ *S.mutans* และกลุ่มที่ 2 สารสกัดหยาบใบผักคราดหัวแหวนและใบยางนาต่อการยับยั้งการเจริญเติบโตและการทำลายเชื้อ *Lactobacillus* spp. โดยทั้ง 2 กลุ่มจะวัดผลของสารสกัดหยาบต่อการยับยั้งการเจริญเติบโตและการทำลายเชื้อด้วยวิธี macrobroth dilution และ agar diffusion วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบฤทธิ์ของสารสกัดหยาบใบผักคราดหัวแหวนและใบยางนาต่อการยับยั้งการเจริญเติบโตและการทำลายเชื้อ *S.mutans* และ *Lactobacillus* spp. โดยใช้สถิติ Mann Whitney-U test

ผลการศึกษาด้วยวิธี macrobroth dilution พบว่าสารสกัดหยาบใบผักคราดหัวแหวนมีค่าความเข้มข้นน้อยที่สุดที่สามารถยับยั้งเชื้อ *S.mutans* และ *Lactobacillus* spp. เท่ากับ 250 และ >1,000 mg/ml ตามลำดับ และมีค่าความเข้มข้นน้อยที่สุดที่สามารถทำลายเชื้อทั้ง 2 ชนิด เท่ากับ 1,000 และ $\geq 1,000$ mg/ml ตามลำดับ ส่วนสารสกัดใบยางนามีค่าความเข้มข้นน้อยที่สุดที่สามารถยับยั้งเชื้อทั้ง 2 ชนิดเท่ากับ 187.5 mg/ml และมีค่าความเข้มข้นน้อยที่สุดที่สามารถทำลายเชื้อทั้ง 2 ชนิดเท่ากับ 750 mg/ml ส่วนผลการศึกษาด้วยวิธี agar diffusion พบว่าสารสกัดหยาบใบผักคราดหัวแหวนที่มีความเข้มข้น 750 และ 1,500 mg/ml มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของโซนที่ยับยั้งเชื้อ *S.mutans* มากกว่าเชื้อ *Lactobacillus* spp. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.034$) และสารสกัดหยาบใบยางนาที่มีความเข้มข้น 375 และ 1,500 mg/ml มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของโซนที่ยับยั้งเชื้อ *S.mutans* มากกว่าเชื้อ *Lactobacillus* spp. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.046$) เมื่อเปรียบเทียบฤทธิ์ของสารสกัดหยาบทั้ง 2 ชนิด พบว่าสารสกัดหยาบใบยางนามีการยับยั้งการเจริญของเชื้อ *S.mutans* และ *Lactobacillus* spp. ได้ดีกว่าสารสกัดหยาบใบผักคราดหัวแหวนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.05$) อย่างไรก็ตามควรศึกษาถึงกลไกการออกฤทธิ์ของสารสกัดหยาบใบผักคราดหัวแหวนและใบยางนาต่อเชื้อก่อโรคฟันผุเพื่อที่จะนำมาใช้ประโยชน์ในการป้องกันและรักษาโรคฟันผุต่อไป

คำสำคัญ: โรคฟันผุ, *Streptococcus mutans*, *Lactobacillus* spp., สารสกัดหยาบใบผักคราดหัวแหวน, สารสกัดหยาบใบยางนา

Abstract

This research was true-experimental design. The purpose of this study was to investigate the inhibitory and killing effects of *Acmella oleracea* and *Dipterocarpus alatus* Roxb. crude leaves extract on *S.mutans* and *Lactobacillus* spp.. The experiment divided into 2 groups; group 1 was inhibitory and killing effects of *Acmella oleracea* and *Dipterocarpus alatus* Roxb. crude leaves extract on *S.mutans* and group 2 was inhibitory and killing effects of *Acmella oleracea* and *Dipterocarpus alatus* Roxb. crude leaves extract on *Lactobacillus* spp.. These groups were determined inhibitory and killing effect of *Acmella oleracea* and *Dipterocarpus alatus* Roxb. crude leaves extract on *S.mutans* and *Lactobacillus* spp. by macrobroth dilution and agar diffusion methods. Comparison inhibitory and killing effects of *Acmella oleracea* and *Dipterocarpus alatus* Roxb. crude leaves extract on *S.mutans* and *Lactobacillus* spp. were performed by Mann Whitney-U test.

The results of macrobroth dilution method showed that the minimum inhibitory concentrations (MIC) of *Acmella oleracea* crude leaves extract to *S.mutans* and *Lactobacillus* spp. were 250 and >1,000 mg/ml, respectively. While the minimum bactericidal concentrations (MBC) of *Acmella oleracea* crude leaves extract to these bacteria were 1,000 and $\geq 1,000$ mg/ml. MIC of *Dipterocarpus alatus* Roxb. crude leaves extract to these bacteria were 187.5 mg/ml and MBC of *Dipterocarpus alatus* Roxb. crude leaves extract were 750 mg/ml. The inhibition zone of *Acmella oleracea* crude leaves extract at a concentration of 750 and 1,500 mg/ml that was tested by agar diffusion method. The result showed that *Acmella oleracea* crude leaves extract to *S. mutans* had inhibition zone more than *Lactobacillus* spp. was significance different ($P=0.034$). The

¹ อาจารย์สาขาเทคนิคการแพทย์ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ต.แม่กา อ.เมือง จ.พะเยา ปร.ค. (ชีวเวชศาสตร์)

inhibition zone of *Dipterocarpus alatus* Roxb. crude leaves extract on *S.mutans* was significantly higher than *Lactobacillus* spp. ($P=0.046$). These results indicated that the antimicrobial activity of *Dipterocarpus alatus* Roxb. crude leaves extract against *S.mutans* and *Lactobacillus* spp. better than *Acmella oleracea* crude leaves extract was significance different (P -value <0.05). However, further study will be to determine the mechanism of *Acmella oleracea* and *Dipterocarpus alatus* Roxb. crude leaves extract on cariogenic bacteria for apply to prevent and treatment dental caries. Keywords: Dental caries, *Streptococcus mutans*, *Lactobacillus* spp., *Acmella oleracea* crude leaves extract, *Dipterocarpus alatus* Roxb. crude leaves extract

บทนำ

โรคฟันผุเป็นโรคที่มีสาเหตุจากเคลือบผิวฟันถูกทำลายจากการกัดกร่อนด้วยกรดที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ที่มีอยู่ตามปกติในช่องปากซึ่งจะทำปฏิกิริยากับคราบจุลินทรีย์ (plaque) ที่ติดค้างอยู่ตามซอกฟันและผิวเคลือบฟันที่ขจัดออกไม่หมด จากการศึกษาพบว่าเชื้อ *Streptococcus mutans* (*S. mutans*) และ *Lactobacillus* spp. เป็นเชื้อที่พบความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุมากที่สุด⁽¹⁾ โดยเชื้อ *S. mutans* เป็นแบคทีเรียแกรมบวก รูปร่างกลม เจริญได้ดีในสภาวะที่มีและไม่มีออกซิเจน พบได้ในช่องปาก ส่วนเชื้อ *Lactobacillus* spp. เป็นแบคทีเรียแกรมบวก รูปร่างทรงแท่ง เจริญได้ดีในสภาวะที่มีและไม่มีออกซิเจน เช่นเดียวกัน ซึ่งพบได้ในส่วนต่างๆของร่างกายรวมทั้งในช่องปาก⁽²⁾ โดยพบเชื้อ *Lactobacillus* spp. สามารถก่อให้เกิดโรคฟันผุในระยะที่ 2 ต่อจากการเกิดฟันผุในระยะเริ่มต้นที่มีสาเหตุมาจากเชื้อ *S. mutans*⁽³⁾ ดังนั้นการยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อทั้ง 2 ชนิดที่อยู่ในคราบจุลินทรีย์ โดยการใช้สารต้านแบคทีเรียจะเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถลดการเกิดโรคฟันผุได้ ในปัจจุบันมีการศึกษาพืชสมุนไพรกันอย่างกว้างขวางในการนำมาใช้ในการยับยั้งหรือทำลายเชื้อแบคทีเรียเพื่อลดปัญหาการติดเชื้อของเชื้อแบคทีเรีย จากตำราสมุนไพร พื้นบ้านพบว่าผักคราดหัวแหวนซึ่งมีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า *Acmella oleracea*⁽⁴⁾ และใบของต้นยางนาซึ่งมีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า *Dipterocarpus alatus* Roxb.⁽⁵⁾ มีฤทธิ์ช่วยลดอาการปวดฟัน บรรเทาอาการปวดฟันที่เกิดจากโรคฟันผุทะลุประสาทฟัน จากสรรพคุณดังกล่าวในปัจจุบันยังไม่มีรายงานการศึกษาค้นคว้าของสมุนไพรทั้ง 2 ชนิดต่อการยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อก่อโรคฟันผุ ดังนั้นการศึกษานี้จึงสนใจฤทธิ์ของสารสกัดหยาบสมุนไพรทั้ง 2 ชนิดเพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาพัฒนาสมุนไพรสำหรับนำมาใช้เพื่อป้องกันและ

รักษาโรคฟันผุ อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการส่งเสริมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการรักษาโรคฟันผุเพื่อลดการนำเข้าของสารเคมีต่างจากต่างประเทศได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบฤทธิ์ในการยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อก่อโรคฟันผุของสารสกัดใบผักคราดหัวแหวนและใบยางนา

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบการทดลองจริง (True-experimental design) เพื่อศึกษาผลการยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อ *S. mutans* และ เชื้อ *Lactobacillus* spp. ของสารสกัดหยาบใบผักคราดหัวแหวนและใบยางนา

วิธีดำเนินการวิจัย

1. การเพาะเลี้ยงเชื้อแบคทีเรีย

เชื้อ *S. mutans* ATCC 25175 เพาะเลี้ยงบน Blood agar และในอาหารเลี้ยงเชื้อ Todd Hewitt broth บ่มที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ภายใต้สภาวะ 5% CO₂ นาน 24 ชั่วโมง และเชื้อ *Lactobacillus* spp. ATCC 15062 เพาะเลี้ยงบน Blood agar และในอาหารเลี้ยงเชื้อ Brain heart infusion broth บ่มที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส นาน 24 ชั่วโมง

2. การสกัดใบผักคราดหัวแหวนและใบยางนา

นำใบผักคราดหัวแหวนและใบยางนาอบให้แห้งที่อุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียส บดให้ละเอียดและชั่ง 300 กรัม แช่ในเมทานอลในอัตราส่วน 1:10 เป็นเวลา 3 วัน นำกรองแล้วนำสารสกัดมาระเหย่เมทานอลออก โดยใช้เครื่อง vacuum rotary evaporator ที่อุณหภูมิ 40 องศาเซลเซียส และสารสกัดจะถูก freeze-dried และเก็บในตู้เย็นอุณหภูมิ -20 องศาเซลเซียส

3. การเจือจางสารสกัดใบผักคราดหัวแหวนและใบยางนา

การเจือจางสารสกัดใบผักคราดหัวแหวนและใบยางนาโดยการจัดเรียงหลอดทดลองไว้ 5 หลอด แล้วเติม 20%DMSO ปริมาตร 500 ไมโครลิตร ตั้งแต่หลอดที่ 2 ถึงหลอดที่ 5 จากนั้นจึงสารสกัดใบผักคราดหัวแหวนและใบยางนาจำนวน 1,500 mg ใส่ในหลอดที่ 1 แล้วละลายสารสกัดด้วย 20%DMSO ปริมาตร 1,000 ไมโครลิตรผสมให้เข้ากันจะได้ความเข้มข้นเท่ากับ 1,500 mg/ml จากนั้นนำมา 500 ไมโครลิตร ใส่ในหลอดที่ 2 ผสมให้เข้ากัน ดูดจากหลอดที่ 2 ไปหลอดที่ 3 เป็นลักษณะ two-fold serial dilution จนกระทั่งถึงหลอดที่ 5

4. การทดสอบฤทธิ์ในการยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อ *S. mutans* และ *Lactobacillus* spp. ของสารสกัดหยาบใบผักคราดหัวแหวนและใบยางนา

4.1 วิธี macrobroth dilution

4.1.1 การทดสอบหาค่า Minimum inhibitory concentrate (MIC)

จัดเรียงหลอดทดลองไว้ 6 หลอด นำเชื้อ *S. mutans* และ *Lactobacillus* spp. ที่มีจำนวนประมาณ 10^8 CFU/ml

เติมลงในหลอดทั้ง 6 หลอด ปริมาตรหลอดละ 500 ไมโครลิตร เติมสารสกัดที่เจือจางปริมาตร 500 ไมโครลิตร ใส่ลงในหลอดที่ 1 ถึงหลอดที่ 5 และเติม 20 %DMSO ปริมาตร 500 ไมโครลิตร ลงในหลอดที่ 6 เพื่อเป็น negative control จากนั้นผสมให้เข้ากัน นำทั้ง 6 หลอดเข้าสู่ CO_2 incubator บ่มที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส นาน 24 ชั่วโมง สังเกตความขุ่นของอาหารเลี้ยงเชื้อ โดยหลอดที่มีความเข้มข้นของสมุนไพรน้อยที่สุดที่มองด้วยตาเปล่าให้ผลไม่ขุ่น บันทึกผลเป็นค่า MIC ทำการทดสอบซ้ำ 3 ครั้ง

4.1.2 การทดสอบหาค่า Minimum bactericidal concentration (MBC)

นำหลอดทดสอบจากข้อ 4.1.1 ที่ไม่ขุ่น ดูดมาหลอดละ 10 ไมโครลิตร เพาะเชื้อใน Blood agar จากนั้นนำเข้า CO_2 incubator บ่มที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส นาน 24 ชั่วโมง ความเข้มข้นของสมุนไพรที่น้อยที่สุดที่เชื้อแบคทีเรียไม่เจริญ บันทึกผลเป็นค่า MBC ทำการทดสอบซ้ำ 3 ครั้ง

5. วิธี agar diffusion

เติมสารสกัดหยาบใบผักคราดหัวแหวนและใบยางนาที่ระดับความเข้มข้นต่างๆ ลงใน blank paper disk (ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 8 มิลลิเมตร) ปริมาตร 70 ไมโครลิตรรอให้แห้ง เติม 20%DMSO ปริมาตร 70 ไมโครลิตรลงใน blank paper disk เพื่อเป็น negative control และใช้ disk ขาปฏิชีวนะมาตรฐาน ampicillin (ความเข้มข้น 10 ug/ml) เป็น positive control จากนั้นหยดเชื้อทดสอบที่มีจำนวนเท่ากับ 10^8 CFU/ml จำนวน 10 ไมโครลิตรลงบน Blood agar ใช้ spreader กลิ้งเชื้อให้ทั่วหน้าอาหารเลี้ยงเชื้อรอให้แห้ง วาง paper disk ให้ห่างจากขอบจานอาหารเลี้ยงเชื้อ 15 มิลลิเมตร โดย disk แต่ละอันจะห่างกันประมาณ 24 มิลลิเมตร นำจานอาหารเลี้ยงเชื้อเข้าในตู้ CO_2 incubator บ่มที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส นาน 24 ชั่วโมง อ่านผลการทดสอบโดยการวัดขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของโซนที่ยับยั้งการเจริญของเชื้อ โดยจะเกิดวงใสรอบๆ paper disk (บริเวณที่ไม่มีเชื้อเจริญ) เป็น 3 ระบายแล้วหาค่าเฉลี่ย และทำการทดสอบซ้ำ 3 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

แสดงผลข้อมูลเชิงปริมาณ (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และเปรียบเทียบฤทธิ์ของสารสกัดหยาบใบผักคราดหัวแหวนและใบยางนาต่อเชื้อ *S. mutans* และ *Lactobacillus* spp. และเปรียบเทียบความสามารถในการยับยั้งเชื้อ *S. mutans* และ *Lactobacillus* spp. ของสารสกัดหยาบใบผักคราดหัวแหวนและใบยางนา โดยใช้สถิติ Mann Whitney-U test

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ปริมาณสารสกัดหยาบใบผักคราดหัวแหวนและใบยางนาที่สกัดด้วยเมทานอลได้ปริมาณเท่ากับ 21.75 และ 24.48 กรัม ตามลำดับ ซึ่งคิดเป็นร้อยละปริมาณเนื้อสาร (%yield) เท่ากับ 2.41 และ 7.31 ตามลำดับ

ผลการยับยั้งของสารสกัดหยาบใบผักคราดหัวแหวนและใบยางนาต่อเชื้อ *S. mutans* และ *Lactobacillus* spp. พบว่าสารสกัดหยาบใบผักคราดหัวแหวนมีค่า MIC ต่อเชื้อ *S. mutans* และ *Lactobacillus* spp. ที่ความเข้มข้นเท่ากับ 250 และ $>1,000$ mg/ml ตามลำดับ และมีค่า MBC ที่ความเข้มข้นเท่ากับ

1,000 และ >1,000 mg/ml ตามลำดับ ส่วนผลของสารสกัด
หยาบใบยางนามีค่า MIC ต่อเชื้อ *S. mutans* และ *Lactobacillus*
spp. ที่ความเข้มข้นเท่ากับ 187.5 mg/ml และมีค่า MBC ที่
ความเข้มข้นเท่ากับ 750 mg/ml และหลอดควบคุมผลลบ (20%
DMSO + เชื้อ *S. mutans* หรือ *Lactobacillus* spp.) พบการเจริญ
ของเชื้อ

ผลการศึกษาฤทธิ์ของสารสกัดหยาบใบผักคราดหัว
แหวนและใบยางนาต่อเชื้อ *S. mutans* และ *Lactobacillus* spp.
โดยวิธี agar diffusion พบว่าสารสกัดหยาบใบผักคราดหัว
แหวนที่ความเข้มข้น 375, 750 และ 1,500 mg/ml มีขนาด
เส้นผ่าศูนย์กลางของโซนที่ยับยั้งเชื้อ *S. mutans* เท่ากับ 8.0±
0.0, 11.2±0.8 และ 15.7±0.6 mm. ตามลำดับ และสารสกัด
หยาบใบผักคราดหัวแหวนทั้ง 3 ความเข้มข้น (375, 750 และ
1,500 mg/ml) มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของโซนที่ยับยั้งเชื้อ
Lactobacillus spp. ได้เท่ากับ 8.0±0.0 mm. ส่วนสารสกัด
หยาบใบยางนาที่ความเข้มข้น 375, 750 และ 1,500 mg/ml มี
ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของโซนที่ยับยั้งเชื้อ *S. mutans* เท่ากับ
13.7±0.6, 15.7±1.2 และ 18.3±1.5 mm. ตามลำดับ และสารสกัด
หยาบใบยางนาที่ความเข้มข้น 375, 750 และ 1,500 mg/ml มี
ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของโซนที่ยับยั้งเชื้อ *Lactobacillus* spp.

เท่ากับ 10.3±0.6, 11.3±0.6 และ 11.9±0.2 mm. ตามลำดับ
นอกจากนี้แผ่น disk ยามาตรฐาน ampicillin (positive control)
ที่ความเข้มข้น 10 µg/ml มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของโซนที่
ยับยั้งเชื้อ *S. mutans* และ *Lactobacillus* เท่ากับ 41.6±1.8 และ
32.1±0.9 mm. ตามลำดับ และ 20%DMSO (negative control)
มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของโซนที่ยับยั้งเชื้อทั้ง 2 ชนิดเท่ากับ
8.0±0.0 mm. (ตารางที่ 1) เมื่อเปรียบเทียบฤทธิ์ของสารสกัด
หยาบใบผักคราดหัวแหวนที่ความเข้มข้น 750 และ 1,500
mg/ml พบว่ามีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของโซนที่ยับยั้งเชื้อ *S.*
mutans ได้ดีกว่าเชื้อ *Lactobacillus* spp. อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ (*P*-value=0.034) และสารสกัดหยาบใบยางนา ทั้ง 2
ความเข้มข้น (375 และ 1,500 mg/ml) มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง
ของโซนที่ยับยั้งเชื้อ *S. mutans* ได้ดีกว่าเชื้อ *Lactobacillus* spp.
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*P*-value=0.046) นอกจากนี้สารสกัด
หยาบใบยางนามีความสามารถในการยับยั้งการเจริญของเชื้อ
S. mutans และ *Lactobacillus* spp. ได้ดีกว่าสารสกัดผักคราดหัว
แหวนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*P*-value<0.05) ดังนั้นสาร
สกัดหยาบใบยางนามีฤทธิ์ในการยับยั้งและการฆ่าเชื้อ
S. mutans และ *Lactobacillus* spp. ได้ดีกว่าสารสกัดหยาบใบผัก
คราดหัวแหวน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ฤทธิ์ของสารสกัดหยาบใบผักคราดหัวแหวนและใบยางนาต่อเชื้อ *S. mutans* และ *Lactobacillus* spp. โดยวิธี agar diffusion

สารทดสอบ	ระดับความเข้มข้น สารสกัดหยาบ (mg/ml)	เชื้อแบคทีเรียและขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของโซนที่ยับยั้ง (mm.) ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		<i>P</i> -value
		<i>S. mutans</i>	<i>Lactobacillus</i> spp.	
สารสกัดหยาบใบผัก คราดหัวแหวน	375	8.0±0.0	8.0±0.0	1.000
	750	11.2±0.8	8.0±0.0	0.034*
	1,500	15.7±0.6	8.0±0.0	0.034*
สารสกัดหยาบใบยาง นา	375	13.7±0.6	10.3±0.6	0.046*
	750	15.7±1.2	11.3±0.6	0.050
	1,500	18.3±1.5	11.9±0.2	0.046*
Positive control	Disk ย1 ampicillin (10 µg/ml)	41.6±1.8	32.1±0.9	
Negative control	20%DMSO	8.0±0.0	8.0±0.0	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ *P*-value<0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบฤทธิ์ของสารสกัดหยาบใบผักคราดหัวแหวนและใบยางนาต่อเชื้อ *S. mutans* และ

Lactobacillus spp. โดยวิธี agar diffusion

เชื้อ	ระดับความเข้มข้น สารสกัดหยาบ (mg/ml)	สารสกัดหยาบและขนาดเส้นผ่า ศูนย์กลางของโซนที่ยับยั้ง (mm) ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		P-value
		ผักคราดหัวแหวน	ใบยางนา	
<i>S. mutans</i>	375	8.0 $\pm$ 0.0	13.7 $\pm$ 0.6	0.037*
	750	11.2 $\pm$ 0.8	15.7 $\pm$ 1.2	0.046*
	1,500	15.7 $\pm$ 0.6	18.3 $\pm$ 1.5	0.046*
<i>Lactobacillus</i> spp.	375	8.0 $\pm$ 0.0	10.3 $\pm$ 0.6	0.034*
	750	8.0 $\pm$ 0.0	11.3 $\pm$ 0.6	0.037*
	1,500	8.0 $\pm$ 0.0	11.9 $\pm$ 0.2	0.034*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P -value<0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าวิธีการสกัดสารจากใบผักคราดหัวแหวนและใบยางนาด้วยเมทานอลสามารถสกัดสารสำคัญ ซึ่งมีฤทธิ์ในการต้านเชื้อจุลินทรีย์ได้ดีซึ่งสอดคล้องกับหลายการวิจัยที่พบว่าสารสกัดหยาบจากพืชสมุนไพรที่สกัดด้วยเมทานอลสามารถยับยั้งเชื้อแบคทีเรียได้ดี⁽⁶⁻⁸⁾ เนื่องจากเมทานอลเป็นตัวทำละลายที่ไม่มีขั้วสามารถสกัดสารที่ไม่มีขั้วในพืชสมุนไพรและสามารถทำลายเอ็นไซม์ในพืชได้ดี นอกจากนี้พบว่าสารที่สกัดด้วยตัวทำละลายไม่มีขั้วจะมีประสิทธิภาพในการต้านเชื้อแบคทีเรียได้ดีกว่าตัวทำละลายที่มีขั้ว⁽⁹⁾ จากผลการทดสอบสารสกัดหยาบใบผักคราดหัวแหวนและใบยางนาต่อการยับยั้งเชื้อ *S. mutans* และ *Lactobacillus* spp. ด้วยวิธี MIC, MBC และ agar diffusion พบว่าสารสกัดทั้ง 2 ชนิดมีฤทธิ์ในการยับยั้งและฆ่าเชื้อ *S. mutans* ได้ดี เนื่องจากสารสกัดหยาบใบผักคราดหัวแหวนมีคุณสมบัติทางฟลูโวนอยด์ (Flavonoids)⁽¹⁰⁾, แทนนิน (tannin)⁽¹¹⁾ และฟีนอลิก (phenolic)⁽¹²⁾ ส่วนสารสกัดหยาบใบยางนามีคุณสมบัติทางฟลูโวนอยด์ประกอบด้วยสารเรซิน (resin), คูมาริน (coumarin), ดามาร์ (dammar)⁽¹³⁾ ซึ่งสารเหล่านี้มีคุณสมบัติเป็นสารต้านเชื้อแบคทีเรีย⁽¹⁰⁻¹²⁾ ดังนั้นเป็นไปได้ว่าฤทธิ์ของสารสกัดทั้ง 2 ชนิดในการยับยั้งและฆ่าเชื้อ *S. mutans* อาจเกิดจากส่วนประกอบของคุณสมบัติ

ทางฟลูโวนอยด์ของสารสกัดทั้ง 2 ชนิด อย่างไรก็ตามในอนาคตควรจะศึกษาเพิ่มเติมในการนำสารสกัดมาแยกให้บริสุทธิ์และทดสอบสารบริสุทธิ์แต่ละชนิดต่อการยับยั้งเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก ส่วนผลการยับยั้งเชื้อ *Lactobacillus* spp. ของสารสกัดหยาบใบยางนาพบว่าไม่มีฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อได้ในระดับต่ำ ในขณะที่สารสกัดใบผักคราดหัวแหวนไม่สามารถยับยั้งเชื้อ *Lactobacillus* spp. ได้ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของปรารภรณ์และคณะที่พบว่าสารสกัดหยาบจากใบพญาวานมีฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อ *Lactobacillus* spp. ได้ในระดับต่ำ⁽¹⁴⁾ ซึ่งผลที่ได้ อาจจะยังไม่สามารถสรุปได้ว่าสารสกัดสมุนไพรไม่มีฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อ *Lactobacillus* spp. ได้ เนื่องจากการศึกษาเป็นเพียงการศึกษาเบื้องต้นเท่านั้น อย่างไรก็ตามหากสามารถแยกสารองค์ประกอบภายในของสารสกัดหยาบใบผักคราดหัวแหวนและใบยางนาที่มีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสารทดสอบเพียงสารออกฤทธิ์ชนิดเดียวได้ ผลการยับยั้งเชื้อ *Lactobacillus* spp. ของสารสกัดหยาบใบผักคราดหัวแหวนและใบยางนาก็จะเพิ่มสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะ

สารสกัดหยาบใบผักคราดหัวแหวนและใบยางนาเป็นสารสกัดจากพืชสมุนไพรพื้นบ้านทั่วไป หากสามารถหาสารบริสุทธิ์ที่ออกฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อในช่อง

ปากได้จะสามารถนำสารดังกล่าวมาใช้เป็นส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ในการดูแลช่องปากเพื่อลดการนำเข้าสารเคมีและสนับสนุนการใช้สมุนไพรพื้นบ้านที่จะนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.เสริม สุรพินิจ ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการสกัดสมุนไพร คณะสหเวชศาสตร์ และห้องปฏิบัติการชีวโมเลกุล มหาวิทยาลัยพะเยา ที่เอื้อเฟื้อสถานที่ในการทำวิจัยในครั้งนี้ งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากงบประมาณรายได้ มหาวิทยาลัยพะเยา

เอกสารอ้างอิง

1. Freedman M, Birkhed D, et al. Analyses of Glucans from Cariogenic and Mutant *Streptococcus mutans* **Infection and Immun.** 21 : 17-27, 1978.
2. Makarova K, Slesarev A, et al. Comparative genomics of the lactic acid bacteria. **Proc Natl Acad Sci.** 103 : 15611-6, 2006.
3. Liljemark WF, Bloomquist C. Human Oral Microbial Ecology and Dental Caries and Periodontal Diseases. **Crit Rev Oral Biol Med.** 7(2) : 180-98, 1996.
4. Saengsirinavin C, Nimmanon V. Evaluation of topical anesthetic action of *Spilanthes acmella* on human tongue. **Mahidol University Annual Research Abstracts and Bibliography of Non Formal Publication.** 25, 1988.
5. กองวิจัยและพัฒนาสมุนไพร. คู่มือสมุนไพรเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพมหานคร, 2533.
6. กาวนา พนมเขต, สุรศักดิ์ แว่นรัมย์และคณะ.ฤทธิ์ต้านจุลชีพของส่วนสกัดของพืชไทยต่อเชื้อ *Burkholderia pseudomallei*. **วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด.** 23(2) : 151-8, 2554.
7. ปาจารย์ ทองเอก, กรชนก แก่นคำ. ฤทธิ์ต้านจุลชีพของผักพื้นบ้านอีสาน. **วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน.** 1(1) : 40-6, 2005.
8. Thompson TS, Sukesh K, et al. A study on the antimicrobial effect of *Acmella Oleraceae* against dental caries bacteria. **International Journal of Pharmaceutical Sciences and Research.** 3(4) : 1194-7, 2012.
9. นันทวัน บุญยะประภัศร. การตรวจสอบทางเคมีเบื้องต้นของสารสกัดพืช. พิมพ์ครั้งที่ 1. ภาควิชาเภสัชวินิจฉัย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร, 2536.
10. Tim Cushine T.P., Lamb Andrew J. Antimicrobial activity of flavonoids. **International Journal of Antimicrobial Agents.** 26 : 343-56, 2005.
11. Augustin Scalbert. Antimicrobial properties of tannins. **Phytochemistry.** 30(12) : 3875-83, 1991.
12. Christina EM, Lisa ML, et al. Antibacterial Activity of Phenolic Compounds Against the Phytopathogen *Xylella fastidiosa*. **Curr Microbiol.** 60 : 53-8, 2010.
13. Muhammad Shahzad Aslam, Muhammad Syarhabil Ahmad, et al. A Phytochemical, Ethnomedicinal and Pharmacological Review of Genus *Dipterocarpus*. **International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences.** 7(4) : 27-38, 2015.
14. ปริมาภรณ์ จีวพัฒน์กุล, พีรพัฒน์ กวีวงศ์ประเสริฐ และคณะ. ฤทธิ์ต้านจุลชีพของสารสกัดหยาบจากใบพญาวันรต่อเชื้อก่อโรคทางทันตกรรม. **วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.** 5(1) : 34-41, 2555.

ปัจจัยกำหนดทางสังคมของความไม่เสมอภาคทางสุขภาพในพื้นที่เขตเมือง

The Social Determinants of Health Inequality within Urban Area

ชัยณรงค์ สังข์จำจ¹

Chainarong Sungchang

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงประจักษ์ นี้เป็นการวิเคราะห์ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพของกลุ่มประชากรในพื้นที่เขตเมือง และปัจจัยกำหนดทางสังคมระดับโครงสร้างทางสังคมในเชิงปริมาณโดยใช้ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2554 ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นประชากรในเขตเทศบาลครอบคลุมทุกจังหวัด รวมกรุงเทพมหานคร จำนวน 36,564 ตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสมการโลจิสติก และเปรียบเทียบโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพ และรูปแบบความคืบหน้าโอกาสด้วยกราฟการกระจายสะสม ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Stata[®] 11.02 for Mac

ผลการศึกษา พบว่า มีความไม่เสมอภาคทางสุขภาพของโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพ โดยมีตัวบ่งชี้สำคัญ ด้านพื้นที่ภูมิภาค และโครงสร้างฐานะทางสังคมเศรษฐกิจ ที่สามารถสะท้อนจากตัวบ่งชี้สำคัญ ได้แก่ สถานภาพทางเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ชั้นทางเศรษฐกิจ และชั้นรายได้ เป็นปัจจัยกำหนดทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq 0.05$) ซึ่งภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถแสดงบทบาทความเป็นผู้นำในการแก้ปัญหาการการพัฒนาสุขภาพของประชากรเมืองผ่านนโยบายในระดับมหภาค และการบริหารจัดการในระดับท้องถิ่น

คำสำคัญ : ปัจจัยกำหนดทางสังคม, ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ, พื้นที่เขตเมือง, การวิเคราะห์เชิงประจักษ์

Abstract

This empirical study would to analyzed health inequality and social determinants of health , as structural causes, by qualitative method. Health and welfare 2011 by Nation Statistic Office was used analysis. Urban population in all municipal of Thailand and Bangkok Metropolitan Administration was urbanite 36,564 samples. The Logistic Regression was statistical estimated to compare by relative risk and illustrate with Cumulative Distribution Function and graph that was use Stata[®] 11.02 for Mac to analyzed.

The results argue urban health risk was influence form variation of geographical area and socioeconomic position reflect which stratified by sex , marital status , educational level , occupation , economic class and income class significantly ($p\text{-value} \leq 0.05$). The leadership form state and local government should be significance to health inequality eliminate by health status leveling with local policies and measure.

Keywords : social determinants , health inequality, urban area, empirical study

¹ นิติบัญญัติเอก สาขาพัฒนาสังคม คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

บทนำ

การกลายเป็นเมือง (urbanization) ในประเทศไทยเติบโตขึ้นในอัตรา ร้อยละ 2.7 ต่อปี สูงที่สุดเป็นลำดับที่ 2 ของกลุ่มประเทศอาเซียน รองจากประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (ร้อยละ 3.1)⁽¹⁾ คาดว่าในปี 2563 จะมีประชากรในเขตเมืองสูงถึงร้อยละ 51.3 เข้าสู่การเป็นสังคมเมือง⁽²⁾ นโยบายส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจแบบทุนนิยมอุตสาหกรรมของรัฐแบบรวมศูนย์ ทำให้เกิดการกระจุกตัวของทรัพยากรและการพัฒนาในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล จนเกิดการเติบโตเป็นเมืองมหานคร (mega-city) หรือ เมืองโตเดี่ยว (primate city) เนื่องจากการย้ายถิ่นของประชากรจากชนบท โดยมีประชากรมากกว่า 5 ล้านคน และขยายพื้นที่เขตเมืองออกไปโดยรอบกรุงเทพมหานคร รวมทั้งการขยายตัวเมืองในภูมิภาค เมืองขนาดกลาง และเมืองขนาดเล็ก (ประชากร 100,000–500,000 คน และ 50,000–100,000 คน ตามลำดับ)⁽³⁾

ประชากรเมืองที่เพิ่มขึ้นส่วนใหญ่เป็นการย้ายถิ่นจากชนบทเข้าสู่เมือง เพื่อแสวงหาโอกาสการมีงานทำได้เข้าถึงโอกาสทางการศึกษา ผลที่ตามมาคือ คนยากจนในชนบทเข้ามาอาศัยตั้งถิ่นฐานในชุมชนแออัด หรือ พื้นที่นุกรุก (slum and informal settlement) เนื่องการบริหารจัดการพื้นที่เขตเมืองขาดการวางแผนเพื่อรองรับการเติบโตของประชากรเมือง (unplanned growth) ระบบโครงสร้างพื้นฐานและบริการสาธารณะเข้าไปถึงชุมชนแออัดและประชากรยากจน ยากไร้ สภาพความแออัดในการอยู่อาศัยและการขาดแคลนระบบโครงสร้างพื้นฐานและบริการทางสังคมและสุขภาพ ประชากรเหล่านี้มักจะอยู่อาศัยในที่แออัดยัดเยียดคุณภาพ มีปัญหาด้านสุขาภิบาล ขาดแคลนสาธารณูปโภค ความเป็นอยู่ไม่ถูกสุขลักษณะ และอยู่ในพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดอาชญากรรมและความรุนแรง ทำให้เกิดความเจ็บป่วยในระดับที่สูงกว่าประชากรกลุ่มอื่น เป็นปัญหาความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ (health inequality)

งานวิจัยทางสุขภาพโดยส่วนใหญ่ จะวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลสถานะสุขภาพโดยรวมของประชากร

พบว่า สถานะสุขภาพของประชากรในพื้นที่เขตเมืองมักจะมีสถานะสุขภาพที่ดีกว่าในพื้นที่เขตชนบท⁽⁴⁾⁽⁵⁾ ทำให้ปัญหาความไม่เสมอภาคทางสุขภาพในพื้นที่เขตเมืองถูกปิดซ่อนไว้ การศึกษาวิจัยนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อขยายองค์ความรู้เพื่อวิเคราะห์และนำเสนอลักษณะความไม่เสมอภาคทางสุขภาพของประชากรในเขตเมือง ที่เป็นผลจากบริบททางสังคมและการจัดช่วงชั้นทางสังคม (social stratification) ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดทางสังคม (social determinants of health)⁽⁶⁾ ที่เกิดจากความแตกต่างระหว่างพื้นที่ภูมิภาค (geographical region) และฐานะทางสังคม เศรษฐกิจ (socioeconomic position) ได้แก่ สถานภาพทางเพศ (sex) สถานภาพสมรส (marital status) การประกอบอาชีพ (occupation) ชั้นทางเศรษฐกิจ (economic class) และชั้นรายได้ (income class)

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์เชิงประจักษ์ (empirical analysis) โดยใช้ฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือน ปี 2554 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเป็นการสำรวจขนาดใหญ่ครอบคลุมทุกภูมิภาค ทั้ง 77 จังหวัด รวมกรุงเทพมหานคร ซึ่งใช้ระบบการสุ่มตัวอย่างแบบ ขั้นตอนภูมิ (stratified two-stage sampling) ขั้นแรก เป็นการสุ่มเขตแดนนับ (enumeration areas) ทั้งในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล ขั้นที่สอง ในเขตแดนนับเป็นการสุ่มครัวเรือนตัวอย่าง ทำการสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือน โดยมีจำนวนประชากรตัวอย่างในการศึกษา จำนวน 36,564 คน (เฉพาะรหัสในฐานข้อมูล area=1) เครื่องมือที่ใช้เป็นตารางนำเข้าฐานข้อมูล และพจนานุกรมข้อมูล ตามตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ผลลัพธ์สุขภาพ เป็นตัวแปรผลลัพธ์ทางสุขภาพเชิงลบ ประกอบด้วย มิติด้านการแพทย์ (medical dimension) ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การมีสุขภาพช่องปาก และความเสี่ยงต่อโรคไข้หวัดใหญ่ มิติด้านความสามารถในการใช้ชีวิตปกติ (functioning dimension) ได้แก่ การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การเจ็บป่วยจนต้องหยุดงาน ความยากลำบาก

ในการเคลื่อนไหว และการไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง และมิติด้านการรับรู้สุขภาพตนเอง (self-perceived dimension) ได้แก่ ความเจ็บปวดและไม่สบาย และความวิตกกังวล โดยตัวแปรสุขภาพทุกรายการกำหนดมาตรวัดแบบแบ่งประเภท ระหว่าง การเกิดปัญหาทางสุขภาพโดยที่ 1 หมายถึง การเกิดปัญหาสุขภาพ หรือการเกิดเหตุการณ์ (event) และ 0 หมายถึง ไม่เกิดปัญหาสุขภาพ หรือไม่เกิดเหตุการณ์ (not event) ซึ่งได้ทำการคำนวณค่าสัดส่วนอุบัติการณ์ (prevalence ratio=mean) ของแต่ละคน และใช้เทคนิคการคำนวณค่าความน่าจะเป็นภายหลัง (post estimate for predicted probability) จากการประมาณค่าด้วยสมการถดถอยโลจิสติก เพื่อพยากรณ์ค่าความเสี่ยงทางสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวแปรแบบต่อเนื่องที่มีค่าอยู่ระหว่าง 0 และ 1

ตัวแปรปัจจัยกำหนดทางสังคม เป็นตัวแปรเชิงโครงสร้างที่มีค่าที่มีอิทธิพลทำให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพ ซึ่งเป็นตัวแปรแบ่งประเภทแบบจัดลำดับ (ordinal scale for rank of group) ประกอบด้วย ภูมิภาค สถานภาพทางเพศ ชั้นทางเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพ และระดับชั้นของรายได้ โดยปรับมาตรฐานด้วยกลุ่มอายุ (age-group adjusted)

การวิเคราะห์ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 การสร้างตัวแบบการวิเคราะห์ทางสถิติผลลัพธ์สุขภาพและตัวบ่งชี้ปัจจัยกำหนดทางสังคม และประมาณค่าตัวแบบด้วยสมการถดถอยพหุ (multiple regression) โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าหนึ่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ สัมประสิทธิ์การกระจาย (coefficient of variation) และเปรียบเทียบขนาดความแตกต่างด้วยสัดส่วนเปอร์เซ็นต์ไทล์ (inter-percentile ratio) ขั้นที่ 2 ทดสอบความแตกต่างของความเสียงทางสุขภาพระหว่างกลุ่มฐานะทางสังคม เศรษฐกิจ และพื้นที่ภูมิภาค โดยใช้สถิติทดสอบความแปรปรวนของค่าความคาดเคลื่อนระหว่างกลุ่ม (testing for groupwise heteroskedastic) (p-value≤0.05) ด้วย Levene's test⁽⁷⁾ ขั้นที่ 3 นำเสนอรูปแบบความไม่เสมอภาคทางสุขภาพระหว่างกลุ่มประชากร โดยสมการการ

กระจายความเสี่ยงสะสม (cumulative distribution function) เพื่อแสดงความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (stochastic dominant) ของกลุ่มฐานะทางสังคมเศรษฐกิจ ดังสมการ

$$y = b_0 + b_1x_1 + e$$

----- (1)

สมการตัวแบบการวิเคราะห์ผลลัพธ์สุขภาพ โดย y หมายถึง ผลลัพธ์ทางสุขภาพ , x หมายถึง ปัจจัยกำหนดทางสังคม และ e หมายถึง

$$p(y) = \frac{1}{1+e^{-f(x)}}$$

----- (2)

สมการพยากรณ์โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพ โดย p(y) หมายถึง ความน่าจะเป็นในการเกิดปัญหาทางสุขภาพของเหตุการณ์ y , e หมายถึง เลขฐานของค่าลอการิทึมธรรมชาติ เป็นค่าคงที่ เท่ากับ 2.71828 และ x หมายถึง ปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดยที่ผลรวมของโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพ จากสมการ (1) และ (2) แสดงไว้ดังสมการ

$$P_y = \frac{e^{b_0+b_1x_1+b_px_p}}{1+e^{b_0+b_1x_1+b_px_p}}$$

----- (3)

สมการ

$$F(x) = P(X \leq x) = \int_{-\infty}^x f(y)dy$$

----- (4)

ผลการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า ในแต่ละภูมิภาค (geographical region) มีความแตกต่างกันของความเสียงทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value≤0.05) ประชากรเขตเมืองในภาคเหนือและภาคกลางมีโอกาสเสียงทางสุขภาพสูงที่สุด (mean=0.0736 และ 0.0656 ตามลำดับ) และประชากรเขตเมืองในภาคใต้มีความเสียงทางสุขภาพต่ำที่สุด (mean=0.0568) มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มความเสี่ยงสูงและกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำที่ อยู่ระหว่าง 3.25–3.95 เท่า

สถานภาพทางเพศต่างกัน (sex) พบว่า มีความแตกต่างกันของความเสียงทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value≤0.05) กลุ่มเพศหญิงมีความเสียงทางสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเพศชาย (mean=0.0741 และ 0.0553 ตามลำดับ) โดยแต่ละเพศมีความเสียงสูงและความเสียงต่ำ

แตกต่างกันอยู่ระหว่าง 3.55–3.69 เท่า การมีสถานภาพสมรส (marital status) ที่แตกต่างกัน พบว่า ความเสี่ยงทางสุขภาพในกลุ่มสถานภาพสมรสมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq 0.05$) โดยที่กลุ่มที่มีสถานภาพสมรสหย่า มีความเสี่ยงทางสุขภาพสูงที่สุด ($\text{mean}=0.1365$) และกลุ่มที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพต่ำที่สุดคือ กลุ่มสถานภาพสมรสโสด ($\text{mean}=0.0149$)

ระดับการศึกษา (education achievement) พบว่า แต่ละกลุ่มระดับการศึกษาที่มีความแตกต่างกันของความเสี่ยงทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq 0.05$) โดยที่ความเสี่ยงของกลุ่มประถมศึกษาและไม่ได้รับการศึกษา มีอัตราส่วนสูงที่สุด ($\text{mean}=0.0981$ และ 0.0923 ตามลำดับ) กลุ่มที่มีระดับตั้งแต่มัธยมศึกษาตอนปลาย , ปวส./ปวท.อนุปริญญา และ ปริญญาตรีมีความเสี่ยงทางสุขภาพต่ำที่สุด ($\text{mean}=0.0463$, 0.0498 และ 0.0469 ตามลำดับ) โดยแต่ละระดับการศึกษาที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำอยู่ระหว่าง 2.72–5.04 **การประกอบอาชีพ (occupation)** พบว่า มีความแตกต่างกันของความเสี่ยงทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq 0.05$) โดยจะพบว่า กลุ่มอาชีพผู้ปฏิบัติงานที่มีฝีมือในการเกษตรและประมง กลุ่มพนักงานบริการและพนักงานขายในร้านค้าและตลาด และกลุ่มอาชีพขั้นพื้นฐาน มีโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพสูงที่สุด ($\text{mean}=0.0772$, 0.0691

และ 0.0659 ตามลำดับ) และกลุ่มที่มีความเสี่ยงน้อยที่สุดคือ กลุ่มอาชีพเสมียน ($\text{mean}=0.0442$) แต่ละกลุ่มอาชีพมีความแตกต่างกันของความเสี่ยงทางสุขภาพระหว่างกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงสูงและกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ อยู่ระหว่าง 2.63–4.10 เท่า กลุ่มประชากรในเขตเมืองที่มีความแตกต่างกันของ

ชั้นทางเศรษฐกิจ (economic class) พบว่า มีความเสี่ยงทางสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq 0.05$) พบว่า กลุ่มประชากรในชั้นทางเศรษฐกิจเป็นผู้ประกอบการธุรกิจ และกลุ่มนายจ้างมีความเสี่ยงทางสุขภาพสูงที่สุด ($\text{mean}=0.0791$ และ 0.0719) และชั้นทางเศรษฐกิจ ที่เป็นลูกจ้างเอกชนมีความเสี่ยงทางสุขภาพต่ำที่สุด ($\text{mean}=0.0513$) โดยที่ในแต่ละชั้นทางเศรษฐกิจ พบว่า มีความแตกต่างกันของความเสี่ยงทางสุขภาพระหว่างกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ ต่างกันอยู่ 2.54–3.84 เท่า **ระดับชั้นรายได้ (income class)** พบว่า มีความแตกต่างกันของความเสี่ยงทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq 0.05$) โดยจะพบว่า ชั้นรายได้ต่ำ (lower income class) และ ชั้นรายได้ต่ำที่สุด (lowest income class) มีความเสี่ยงทางสุขภาพสูงที่สุด ($\text{mean}=0.0862$ และ 0.0737) และชั้นรายได้สูง (higher income class) มีความเสี่ยงทางสุขภาพต่ำที่สุด ($\text{mean}=0.0565$) (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบโอกาสทางสุขภาพตามฐานะทางสังคมเศรษฐกิจและพื้นที่ภูมิภาค

ปัจจัยกำหนดทางสังคม (n=21,847)	ความถี่	Mean	CV	P ₁₀	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅	P ₉₀	Inter - P ₉₀ / P ₁₀ ratio
ภูมิภาค									
กรุงเทพมหานคร	1,834	0.0630	0.5483	0.0317	0.0385	0.0525	0.0763	0.1031	3.25
ภาคกลาง	6,788	0.0656	0.6048	0.0296	0.0370	0.0545	0.0826	0.1168	3.95
ภาคเหนือ	4,652	0.0736	0.5363	0.0329	0.0434	0.0668	0.0916	0.1234	3.75
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	5,331	0.0611	0.5385	0.0283	0.0367	0.0541	0.0746	0.1035	3.66
ภาคใต้	3,242	0.0568	0.5621	0.0273	0.0337	0.0489	0.0701	0.0981	3.60
สถานภาพทางเพศ									
ชาย	10,952	0.0553	0.5528	0.0266	0.0323	0.0462	0.0686	0.0985	3.69
หญิง	10,895	0.0741	0.5436	0.0352	0.0435	0.0639	0.0913	0.1250	3.55

สถานภาพสมรส

โสด = 1	4600	0.0419	0.5637	0.0247	0.0278	0.0336	0.0447	0.0726	2.9428
สมรส = 2	15561	0.0657	0.4713	0.0335	0.0420	0.0592	0.0805	0.1054	3.1413
หม้าย = 3	1168	0.1365	0.3921	0.0734	0.0971	0.1222	0.1763	0.2139	2.9150
หย่า แยกกันอยู่ และอื่นๆ = 4	518	0.0747	0.4317	0.0413	0.0504	0.0685	0.0914	0.1124	2.7251

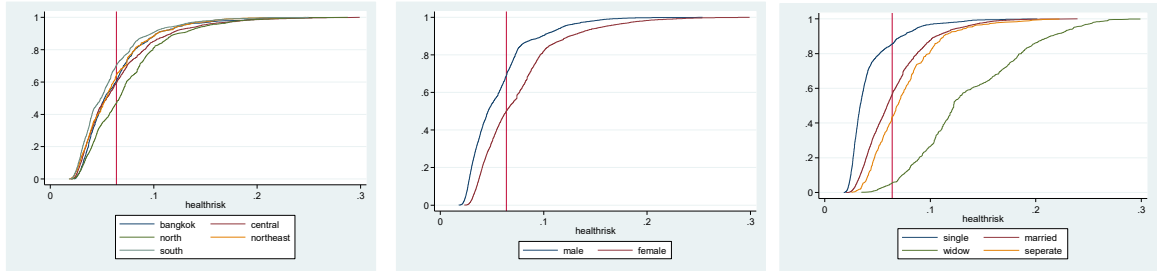
ระดับการศึกษา

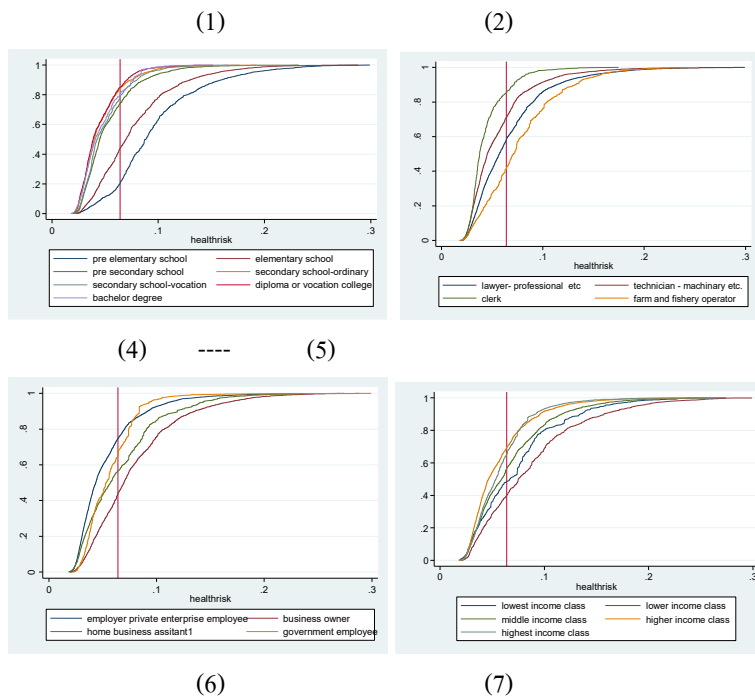
1 = ไม่เคยเรียน/ไม่ระบุ	573	0.0923	0.5849	0.0343	0.0488	0.0801	0.1191	0.1729	5.04
2 = ก่อนประถมศึกษา	2,260	0.0981	0.4314	0.0566	0.0697	0.0897	0.1165	0.1540	2.72
3 = ประถมศึกษา	7,437	0.0776	0.5002	0.0372	0.0489	0.0698	0.0959	0.1299	3.50
4 = มัธยมศึกษาตอนต้น	3,088	0.0532	0.4862	0.0288	0.0351	0.0449	0.0653	0.0869	3.02
5 = มัธยมศึกษาตอนปลาย – สายสามัญ	2,420	0.0463	0.4576	0.0265	0.0314	0.0397	0.0555	0.0741	2.79
6 = มัธยมศึกษาตอนปลาย – สายอาชีพ	932	0.0498	0.4390	0.0284	0.0345	0.0425	0.0614	0.0799	2.81
7 = ปวศ./ปวท./อนุปริญญา	1,304	0.0448	0.4177	0.0260	0.0314	0.0388	0.0552	0.0707	2.72
8,9 = ปริญญาตรี และสูงกว่า ปริญญาตรี	3,833	0.0469	0.4197	0.0265	0.0317	0.0407	0.0581	0.0768	2.89
การประกอบอาชีพ									
1 = ผู้บัญญัติกฎหมาย ข้าราชการระดับอาวุโส และ ผู้จัดการ	709	0.0634	0.4937	0.0320	0.0407	0.0573	0.0779	0.1030	3.22
2 = ผู้ประกอบวิชาชีพด้าน ต่างๆ	1,601	0.0566	0.3835	0.0319	0.0390	0.0538	0.0740	0.0840	2.63
3 = ช่างเทคนิคสาขาต่างๆ และผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	902	0.0514	0.5281	0.0283	0.0332	0.0424	0.0632	0.0812	2.87
4 = เสมียน	991	0.0442	0.4318	0.0277	0.0321	0.0377	0.0504	0.0715	2.58
5 = พนักงานบริการและ พนักงานขายในร้านค้าและ ตลาด	7,445	0.0691	0.5897	0.0303	0.0391	0.0584	0.0876	0.1226	4.04
6 = ผู้ปฏิบัติงานที่มีฝีมือใน ด้านการเกษตรและการ ประมง	3,613	0.0772	0.4984	0.0323	0.0487	0.0711	0.0986	0.1326	4.10

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัยกำหนดทางสังคม (n=21,847)	ความถี่	Mean	CV	P ₁₀	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅	P ₉₀	Inter - P ₉₀ / P ₁₀ ratio
7= ผู้ปฏิบัติงานในธุรกิจด้าน ความสามารถทางฝีมือและ ธุรกิจอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง	2,591	0.0592	0.6305	0.0272	0.0332	0.0471	0.0705	0.1082	3.98
8=ผู้ปฏิบัติการเครื่องจักร โรงงานและเครื่องจักรและ ผู้ปฏิบัติงานด้านการ ประกอบ	1,715	0.0526	0.4727	0.0287	0.0346	0.0448	0.0651	0.0831	2.90
9=อาชีพขั้นพื้นฐานต่างๆ	2,280	0.0659	0.5737	0.0291	0.0378	0.0570	0.0847	0.1126	3.87
ชั้นทางเศรษฐกิจ									
1 = นายจ้าง	697	0.0719	0.4965	0.0370	0.0450	0.0628	0.0854	0.1200	3.25
2 = ผู้ประกอบการธุรกิจของ ตนเอง	7272	0.0791	0.5313	0.0354	0.0476	0.0696	0.0992	0.1357	3.84
3 = ผู้ช่วยธุรกิจครัวเรือน	3889	0.0664	0.5701	0.0283	0.0366	0.0571	0.0867	0.1192	4.21
4 = ลูกจ้างรัฐบาล	3057	0.0569	0.4130	0.0331	0.0390	0.0533	0.0721	0.0840	2.54
5 = ลูกจ้างเอกชน	6932	0.0513	0.5678	0.0269	0.0318	0.0417	0.0621	0.0883	3.28
ชั้นรายได้									
1 ชั้นรายได้ต่ำสุด =	1,600	0.0737	0.5740	0.0289	0.0398	0.0668	0.0910	0.1343	4.65
2 =ชั้นรายได้ต่ำ	2,559	0.0862	0.5825	0.0328	0.0465	0.0751	0.1088	0.1570	4.79
3 = ชั้นรายได้ปานกลาง	6,170	0.0672	0.5592	0.0296	0.0385	0.0592	0.0867	0.1165	3.94
4 =ชั้นรายได้สูง	5,807	0.0565	0.5439	0.0286	0.0347	0.0464	0.0696	0.0959	3.35
5 =ชั้นรายได้สูงสุด	5,711	0.0582	0.4757	0.0299	0.0377	0.0536	0.0722	0.0919	3.08

จากการวิเคราะห์ความไม่เสมอภาคจากความเสี่ยงทางสุขภาพ สามารถนำเสนอเป็นแผนภาพการเปรียบเทียบการกระจายความเสี่ยงสะสม (cumulative distribution graph) โดยที่กราฟแต่ละเส้นแทนความถี่สะสมของความเสี่ยงในแต่ละกลุ่มย่อยของฐานะทางสังคมเศรษฐกิจตามตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ โดยแกน y คือ ลำดับเปอร์เซ็นต์ไทล์ แกน x หมายถึง ขนาดของความเสี่ยง โดยที่เส้นความเสี่ยงสะสมที่อยู่ด้านขวามือสุดจะมีค่าความเสี่ยงสะสมค้อยที่สุด (first order descending stochastic dominants) เมื่อเปรียบเทียบกับเส้นที่อยู่ถัดไปด้านซ้ายมือ (second order descending stochastic dominants)⁽⁸⁾ แสดงให้เห็นทางเลือก หรือโอกาสที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างประชากรกลุ่มย่อย





แผนภาพที่ 1 การกระจายสะสมของความเสียหายทางสุขภาพของประชากรเขตเมืองตามพื้นที่ภูมิภาคและฐานะทางสังคมเศรษฐกิจ

จากแผนภาพที่ 1 แสดงให้เห็นถึงความคืบหน้าโอกาสในการเกิดความเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรในพื้นที่เขตเมือง จากความแตกต่างของพื้นที่ภูมิภาคและฐานะทางสังคมเศรษฐกิจ หรือ ภาพที่ (1) ภาคเหนือมีลักษณะของโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพที่คืบหน้ากว่าภูมิภาคอื่น ภาพที่ (2) เพศหญิงมีความคืบหน้าโอกาสทางสุขภาพกว่าเพศชายโดยเปรียบเทียบ ภาพที่ (3) กลุ่มสถานภาพสมรสมีความคืบหน้าโอกาสทางสุขภาพกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสมรสอื่นโดยเปรียบเทียบ ภาพที่ (4) กลุ่มประชากรที่มีระดับการศึกษา ก่อนประถมศึกษา มีความคืบหน้าโอกาสทางสุขภาพมากกว่ากลุ่มการศึกษาที่สูงกว่า ภาพที่ (5) กลุ่มที่ปฏิบัติงานที่มีฝีมือในด้านการเกษตรและการประมง มีความคืบหน้าโอกาสทางสุขภาพมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ ภาพที่ (6) ชั้นทางเศรษฐกิจในกลุ่มของนายจ้างและกลุ่มลูกจ้างในองค์กรภาคเอกชน มีความคืบหน้าโอกาสทางสุขภาพมากกว่าในกลุ่มชั้นทางเศรษฐกิจ (7) ชั้นรายได้ต่ำ มีความคืบหน้าโอกาสทางสุขภาพมากกว่าในกลุ่มชั้นรายได้อื่นๆ

วิจารณ์

จากการวิเคราะห์เชิงประจักษ์ ประยุกต์ใช้แนวคิดระบาดวิทยาสังคม/เศรษฐศาสตร์การเมือง (socio epidemiology/political economy) ด้วยตัวแบบ “สังคมเป็นตัวผลิตสุขภาพ” (social production of health)⁽⁹⁾ ซึ่งอธิบายว่า ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพนั้นเป็นผลจากบริบททางสังคม (social context) ที่มีกลไกหรือสถาบันทางสังคมและทางนโยบายที่ส่งผลทำให้เกิดการแบ่งช่วงชั้นทางสังคม ทำให้บุคคลมีตำแหน่ง ฐานะ หรือสถานภาพที่ไม่เท่าเทียม ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของปัจจัยกำหนดทางสังคม ได้แก่ ความแตกต่างของพื้นที่ และฐานะทางสังคมเศรษฐกิจ ที่ส่งผลต่อการกระจายโอกาสทางสุขภาพที่ไม่เท่าเทียมกัน ดังนั้น การวัดการประเมินทางสุขภาพในพื้นที่เขตเมืองจำเป็นต้องนำปัจจัยดังกล่าว เป็นองค์ประกอบสำคัญในกระบวนการวิเคราะห์ทางสุขภาพในพื้นที่เขตเมือง สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศจีน ของ Wei Yang and Panos Kanavos พบว่า ความไม่เสมอภาคสุขภาพในการประเมินสุขภาพตนเองของในพื้นที่เขตเมืองนั้นสูงกว่าในชนบท และปัจจัยกำหนดทางสังคมที่สำคัญ ได้แก่ รายได้ สถานภาพของงาน (job status) และระดับการศึกษา⁽¹⁰⁾ แต่อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาของ Maria Felicitas

Dominguez-Berjon, Ana Gandarillas, Maria Jose Soto⁽¹¹⁾ ศึกษา การตายจากโรคมะเร็งในเมืองมาดริด ประเทศสเปน มีความแตกต่างกันของถิ่นที่อยู่อาศัยตามระดับของความเป็นเมือง และปัจจัยที่ทำให้เกิดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพนอกจากความแตกต่างของปัจจัยด้านฐานะทางสังคมเศรษฐกิจแล้วยังพบ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมของเมืองที่ส่งผลต่อสุขภาพ

ทั้งนี้ ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพยังคงเป็นประเด็นปัญหาสุขภาพทางสังคมที่ท้าทายระบบการบริหารจัดการท้องถิ่น การวัดการประเมินสุขภาพในเขตเมืองในเชิงนโยบายจำเป็นต้องคำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยกำหนดทางสังคมทั้งบริบททางสังคม ฐานะทางสังคม เศรษฐกิจ และการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสภาวะแวดล้อมของ

พื้นที่เขตเมือง เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับผู้บริหาร และนักวางแผนพัฒนาเมืองในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพที่คำนึงถึงความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.ดร.รัตเกล้า เปรมประสิทธิ์, ผศ.ดร.ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์ และ ศ.ดร.ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ ที่กรุณาให้คำแนะนำที่มีคุณค่า และขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติ สนับสนุนฐานข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ และขอบคุณ อ.กิตติพัฒน์ แสนทวีสุข สนับสนุนโปรแกรม STATA® 11.02 for Mac สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. **World Urbanization Prospect : The 2014 Revision, Highlights**. Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2014.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553 – 2583**. กรุงเทพมหานคร;2556.
3. พันธุ์ทิพย์ จงโกธ และ ชนมณี ทองใบ. รูปแบบการกระจายเชิงพื้นที่ของพื้นที่เมืองในประเทศไทย. **วารสารเกษตรศาสตร์ (สังคม)**. ปีที่ 35 : 30 – 44; 2557.
4. Suchunya Aungkulanon, Viroj Tangcharoensathien, Kenji Shibuya, Kanitta Bundhamcharoen and Virasakdi Chongsuvivatwong. Post Universal Health Coverage trend and Geographical Inequalities of Mortality in Thailand. **International Journal of Equity Health**. 15 : 190;2016.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย พ.ศ.2558**. กลุ่มสถิติแรงงาน สำนักสถิติ
6. The Commission on Social Determinants of Health. **A Conceptual Framework for Action on The Social Determinants of Health**. World Health Organization, Geneva;2010.
7. Christopher Baum. Stata Tip 38 : Testing for Groupwise Heteroskedasticity. **The Stata Journal**. 6 Number 4 , pp.590–592; Stata Press; 2006.
8. ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์. **รายงานฉบับสมบูรณ์ปริทัศน์สถานภาพความรู้ : ความเหลื่อมล้ำของการกระจายรายได้ในประเทศไทย**. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2559.
9. Fin Diderichsen. **Resource Allocation for Health Equity : Issue and Methods**. International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, Washington DC.
10. Wei Yang and Panos Kanavos. The Less Healthy Urban Population: Income-relate Health Inequality in China. **BMC Public Health** 2012; 12:804,2012.
11. Maria Felicitas Dominguez-Berjon, Ana Gandarillas, Maria Jose Soto. **Journal of Public Health**. Vol.38, No.2,pp.229-236,2015.

ชนิดของน้ำตาลและระยะเวลาต่อการเจริญเติบโตของเชื้อสเตรปโตคอคคัส มิวแทนส์

Type of sugar and period of time on growth of *Streptococcus mutans*ปิยะวรรณ เอมีมอานันต์¹Piyawan Amimanan¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบการทดลองจริง (True-experimental design) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาชนิดของน้ำตาลและระยะเวลาต่อการเจริญเติบโตของเชื้อ *S. mutans* โดยการทดลองจะเพาะเลี้ยงเชื้อ *S. mutans* ในอาหารเลี้ยงเชื้อ 4 แบบคือ แบบที่ 1 อาหารเลี้ยงเชื้อที่มีความเข้มข้นร้อยละ 5 ของน้ำตาลกลูโคส แบบที่ 2 อาหารเลี้ยงเชื้อที่มีความเข้มข้นร้อยละ 5 ของน้ำตาลฟรุกโตส แบบที่ 3 อาหารเลี้ยงเชื้อที่มีความเข้มข้นร้อยละ 5 ของน้ำตาลกลูโคสผสมฟรุกโตสและแบบที่ 4 อาหารเลี้ยงเชื้อที่ไม่มีน้ำตาล ซึ่งเชื้อ *S. mutans* ที่เพาะเลี้ยงในอาหารเลี้ยงเชื้อทั้ง 4 แบบจะเพาะเลี้ยงด้วยระยะเวลาที่ 1, 4, 8, 16 และ 24 ชั่วโมง จากนั้นทำการวัดอัตราการเจริญเติบโตของเชื้อ *S. mutans* ที่เพาะเลี้ยงในอาหารเลี้ยงเชื้อทั้ง 4 แบบในแต่ละระยะเวลาด้วยเครื่องสเปกโตรโฟโตมิเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบอัตราการเจริญเติบโตของเชื้อ *S. mutans* ในอาหารเลี้ยงเชื้อทั้ง 4 แบบในแต่ละระยะเวลาที่ 1, 4, 8, 16 และ 24 ชั่วโมงโดยการทดสอบทางสถิติ ซึ่งการทดสอบความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่มจะทดสอบโดยสถิติ t-test ในขณะที่ความแตกต่างมากกว่า 2 กลุ่ม จะใช้สถิติ ANOVA ซึ่งค่า $P\text{-value} < 0.05$ แสดงถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาพบว่าที่เวลา 1, 8, 16 และ 24 ชั่วโมงเชื้อ *S. mutans* ที่เพาะเลี้ยงในอาหารเลี้ยงเชื้อที่มีความเข้มข้นร้อยละ 5 ของน้ำตาลฟรุกโตสและกลูโคสผสมฟรุกโตสมีอัตราการเจริญเติบโตมากกว่าในอาหารเลี้ยงเชื้อที่มีความเข้มข้นร้อยละ 5 ของน้ำตาลกลูโคสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และเชื้อ *S. mutans* ที่เพาะเลี้ยงในอาหารเลี้ยงเชื้อที่มีความเข้มข้นร้อยละ 5 ของน้ำตาลแต่ละชนิดมีอัตราการเจริญเติบโตมากกว่าอาหารเลี้ยงเชื้อที่ไม่มีน้ำตาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) นอกจากนี้เชื้อ *S. mutans* ที่เพาะเลี้ยงในอาหารเลี้ยงเชื้อที่มีความเข้มข้นร้อยละ 5 ของน้ำตาลฟรุกโตสและกลูโคสผสมฟรุกโตสมีอัตราการเจริญเติบโตที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) ในขณะที่เวลา 4 ชั่วโมงพบเชื้อ *S. mutans* ที่เพาะเลี้ยงในอาหารเลี้ยงเชื้อที่มีความเข้มข้นร้อยละ 5 ของน้ำตาลแต่ละชนิดมีอัตราการเจริญเติบโตมากกว่าเชื้อ *S. mutans* ที่เพาะเลี้ยงในอาหารเลี้ยงเชื้อที่ไม่มีน้ำตาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และเชื้อ *S. mutans* ที่เพาะเลี้ยงในอาหารเลี้ยงเชื้อที่มีความเข้มข้นร้อยละ 5 ของน้ำตาลแต่ละชนิดมีอัตราการเจริญเติบโตที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) จากผลการศึกษาพบว่าเชื้อ *S. mutans* จะมีอัตราการเจริญเติบโตได้ดีในอาหารเลี้ยงเชื้อที่มีความเข้มข้นร้อยละ 5 ของน้ำตาลฟรุกโตสและกลูโคสผสมฟรุกโตสที่ระยะเวลามากกว่า 4 ชั่วโมง ดังนั้นการรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบและระยะเวลาของการทำความสะอาดในช่องปากจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะลดอัตราการเจริญเติบโตของเชื้อ *S. mutans* ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคฟันผุได้

คำสำคัญ: *Streptococcus mutans*, น้ำตาล, ระยะเวลา, เจริญเติบโต, ฟันผุ

Abstract

This research was true-experimental design. The purpose of study was to investigate the type of sugar and period of time on growth of *S. mutans*. The *S. mutans* was cultured in media that consisted 4 types; type 1 media consisted 5% concentration of glucose, type 2 media consisted 5% concentration of fructose, type 3 media consisted 5% concentration of mixture of glucose and fructose and type 4 sugar free media. These conditions were cultured for 1, 4, 8, 16 and 24 hours and determined growth rate of *S. mutans* in each condition by spectrophotometer. Comparison difference of Growth rate of *S. mutans* was cultured in each condition for 1, 4, 8, 16 and 24 hours were analyzed by statistic. Differences between two groups were determined by t-test, whereas comparisons among more than two groups were performed by ANOVA. $P\text{-values}$ of less than 0.05 were considered statistically significant.

The result showed that growth rate of *S. mutans* was cultured in media consisted 5% concentration of fructose and mixture of glucose and fructose at 1, 8, 16 and 24 h were significantly higher than media consisted 5% concentration of glucose ($P < 0.05$) and *S. mutans* grew in media to composed 5% of all type of sugar were significantly higher than sugar free media ($P < 0.05$). Moreover, growth rate of *S. mutans* was cultured in media consisted 5% concentration of fructose and mixture of glucose and fructose were not significant difference ($P > 0.05$). *S. mutans* grew

¹ อาจารย์สาขาเทคนิคการแพทย์ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ต.แม่กา อ.เมือง จ.พะเยา ปร.ด. (ชีวเวชศาสตร์)

in media to composed 5% of all type of sugar at 4 h were significantly higher than sugar free media ($P < 0.05$) and growth rate of *S. mutans* was cultured in media to composed 5% of all type of sugar were not significant difference ($P > 0.05$). *S. mutans* grow well in media consisted 5% concentration of fructose and mixture of glucose and fructose for more than 4 h. Therefore, the consumption of foods consisted sugar and duration of oral cavity cleaning were necessary for decrease growth rate of *S. mutans* that cause of dental caries.

Keywords: *Streptococcus mutans*, sugar, period of time, growth, dental caries

บทนำ

เชื้อ *Streptococcus mutans* (*S. mutans*) จัดอยู่ในวงศ์ Streptococcaceae⁽¹⁾ มีลักษณะรูปร่างกลมรี ติดสีแกรมบวก ไม่สร้างสปอร์ ไม่เคลื่อนที่ สามารถสร้างแคปซูลที่มีส่วนประกอบของโพลีแซคคาไรด์⁽²⁾ จากการศึกษาพบว่าเชื้อ *S. mutans* เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดฟันผุมากที่สุด⁽³⁾ เนื่องจากเชื้อสามารถหมักย่อยน้ำตาลซูโครสซึ่งเป็นน้ำตาลโมเลกุลคู่ในอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตให้เป็นน้ำตาลโมเลกุลเดี่ยวซึ่งประกอบด้วยกลูโคสและฟรุกโตส⁽⁴⁾ นอกจากนี้เชื้อสามารถสร้างกรดแลคติก⁽⁵⁾ ซึ่งจะมีผลในการสลายแร่ธาตุที่เคลือบฟันและเนื้อฟันซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคฟันผุ^(3, 6, 7) จากการศึกษาพบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคฟันผุนอกจากเชื้อ *S. mutans* ยังพบว่าน้ำตาลในอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตมีส่วนสำคัญในการเจริญเติบโตของเชื้อและสร้างกรดที่ทำลายฟันได้⁽⁸⁾ ซึ่งในปัจจุบันพบว่าโรคฟันผุยังเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขเนื่องจากการดำเนินชีวิตของคนในแต่ละวันจำเป็นต้องบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบซึ่งเป็นปัจจัยในการเจริญของเชื้อ *S. mutans* นอกจากนี้ระยะเวลาของการมีปริมาณของน้ำตาลในช่องปากเป็นระยะเวลานานซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของการส่งเสริมการเจริญของเชื้อได้ ถ้าการรักษาอนามัยในช่องปากที่ไม่ดี เช่น การแปรงฟันหรือการบ้วนปาก⁽⁹⁾ ดังนั้นการศึกษานี้จึงสนใจที่จะศึกษาชนิดของน้ำตาลและระยะเวลาต่อการเจริญของเชื้อ *S. mutans* เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการแนะนำและป้องกันการเกิดโรคฟันผุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาชนิดของน้ำตาลและระยะเวลาที่มีผลต่อการเจริญของเชื้อ *S. mutans*

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบการทดลองจริง (True-experimental design) เพื่อศึกษาชนิดของน้ำตาลและระยะเวลาที่มีผลต่อการเจริญของเชื้อ *S. mutans*

วิธีดำเนินการวิจัย

1. การเพาะเลี้ยงเชื้อ *S. mutans*

เพาะเลี้ยงเชื้อ *S. mutans* ATCC 25175 บน Blood agar และเชื้อโคโลนีของเชื้อ *S. mutans* บน Blood agar ลงในอาหารเลี้ยงเชื้อ Todd Hewitt broth นำเข้าสู่ CO₂ incubator บ่มที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส นาน 24 ชั่วโมง จากนั้นนำเชื้อ *S. mutans* ในอาหารเลี้ยงเชื้อ Todd Hewitt broth นำมาปรับความขุ่นให้เท่ากับ 0.5 McFarland standard โดยการวัดค่าการดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 600 นาโนเมตร เท่ากับ 0.1 ด้วยเครื่องสเปกโตรโฟโตมิเตอร์ (บริษัท Thermo scientific รุ่น Genesys 20) (จำนวนเชื้อเท่ากับ 10⁸ CFU/ml)

2. การเตรียมความเข้มข้นร้อยละ 5 ของน้ำตาลกลูโคส ฟรุกโตสและกลูโคสผสมฟรุกโตส

ชั่งน้ำตาลกลูโคสและฟรุกโตสจำนวน 0.05 กรัม และเติมน้ำกลั่นปริมาตร 1 มิลลิลิตร จะได้น้ำตาลกลูโคสและฟรุกโตสความเข้มข้นร้อยละ 5 ปริมาตร 1 มิลลิลิตร สำหรับการเตรียมน้ำตาลกลูโคสผสมฟรุกโตส ที่มีความเข้มข้นร้อยละ 5 จะทำการชั่งน้ำตาลกลูโคสความเข้มข้นร้อยละ 5 ปริมาตร 0.5 มิลลิลิตร ผสมกับน้ำตาลฟรุกโตสความเข้มข้นร้อยละ 5 ปริมาตร 0.5 มิลลิลิตร ผสมให้เข้ากันซึ่งจะได้น้ำตาลกลูโคสผสม ฟรุกโตสที่ความเข้มข้นร้อยละ 5

3. การวัดอัตราการเจริญเติบโตของเชื้อ *S. mutans*

จัดเรียงหลอดทดลองจำนวน 4 หลอด เติมน้ำตาลเลี้ยงเชื้อ Todd Hewitt broth ปริมาตร 800 ไมโครลิตร ใน

หลอดที่ 1 เพื่อเป็น negative control และปริมาตร 400 ไมโครลิตร ในหลอดที่ 2 ถึงหลอดที่ 4 จากนั้นเติมน้ำตาลกลูโคส ฟรุกโตสและกลูโคสผสมฟรุกโตสที่มีความเข้มข้นร้อยละ 5 ปริมาตร 400 ไมโครลิตร ในหลอดที่ 2, 3 และ 4 ตามลำดับ ผสมให้เข้ากัน จากนั้นเติมเชื้อ *S. mutans* ที่ปรับความขุ่นให้เท่ากับ 0.5 McFarland standard ปริมาตร 400 ไมโครลิตร ลงในหลอดที่ 1 ถึงหลอดที่ 4 ผสมให้เข้ากัน นำเข้าสู่ CO₂ incubator บ่มที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส นาน 1 ชั่วโมง จากนั้นนำหลอดที่ 1 ถึงหลอดที่ 4 มาวัดค่าการดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 600 นาโนเมตร ด้วยเครื่องสเปกโตรโฟโตมิเตอร์ แล้วบันทึกผลการทดสอบ จากนั้นจะทำการทดสอบตามขั้นตอนดังกล่าวแต่เพิ่มระยะเวลาในการบ่มเพาะเชื้อจาก 1 ชั่วโมง เป็น 4, 8, 16 และ 24 ชั่วโมง แล้วบันทึกผลการทดสอบ ทำการทดสอบซ้ำ 3 ครั้งทุกการทดสอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

แสดงผลข้อมูลเชิงปริมาณ (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และเปรียบเทียบอัตราการเจริญของเชื้อ *S. mutans* ในอาหารเลี้ยงเชื้อที่มีส่วนประกอบของน้ำตาลกลูโคส ฟรุกโตสและกลูโคสผสมฟรุกโตสที่มีความเข้มข้นร้อยละ 5 ในเวลา 1, 4, 8, 16 และ 24 ชั่วโมง โดยการทดสอบความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม ใช้สถิติ t-test ในขณะที่ความแตกต่างมากกว่า 2 กลุ่ม ใช้สถิติ ANOVA ซึ่งค่า P -value < 0.05 แสดงถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

การวัดอัตราการเจริญเติบโตของเชื้อ *S. mutans* ที่เพาะเลี้ยงในอาหารเลี้ยงเชื้อที่มีความเข้มข้นร้อยละ 5 ของน้ำตาลกลูโคส ฟรุกโตส กลูโคสผสมฟรุกโตสและอาหารเลี้ยงเชื้อที่ไม่มีน้ำตาล (negative control) ที่เวลา 1, 4, 8, 16 และ 24 ชั่วโมง ด้วยเครื่องสเปกโตรโฟโตมิเตอร์ โดยการวัดค่าการดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 600 นาโนเมตร ซึ่งจะเป็นการวัดความความขุ่นที่เกิดจากความหนาแน่นของเซลล์แบคทีเรียที่เจริญเติบโต โดยค่าการดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 600 นาโนเมตรมีค่ามาก

จะแปลผลได้ว่าเชื้อมีอัตราการเจริญเติบโตที่สูง ผลของการศึกษาพบว่าเชื้อ *S. mutans* ที่เพาะเลี้ยงในอาหารเลี้ยงเชื้อที่ไม่มีน้ำตาลที่เวลา 1, 4, 8, 16 และ 24 ชั่วโมง สามารถวัดค่าการดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 600 นาโนเมตร เท่ากับ 0.038 ± 0.001 , 0.449 ± 0.002 , 0.627 ± 0.002 , 0.646 ± 0.004 และ 0.693 ± 0.007 นาโนเมตร ตามลำดับ เชื้อ *S. mutans* ที่เพาะเลี้ยงในอาหารเลี้ยงเชื้อที่มีความเข้มข้นร้อยละ 5 ของน้ำตาลกลูโคสที่เวลา 1, 4, 8, 16 และ 24 ชั่วโมง พบค่าการดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 600 นาโนเมตรเท่ากับ 0.049 ± 0.002 , 0.647 ± 0.020 , 0.813 ± 0.067 , 0.836 ± 0.017 และ 0.870 ± 0.072 นาโนเมตร ตามลำดับ ส่วนเชื้อ *S. mutans* ที่เพาะเลี้ยงในอาหารเลี้ยงเชื้อที่มีความเข้มข้นร้อยละ 5 ของน้ำตาลฟรุกโตส ที่เวลา 1, 4, 8, 16 และ 24 ชั่วโมง พบค่าการดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 600 นาโนเมตรเท่ากับ 0.054 ± 0.003 , 0.690 ± 0.023 , 0.967 ± 0.054 , 0.988 ± 0.010 และ 1.097 ± 0.067 นาโนเมตร ตามลำดับ สำหรับเชื้อ *S. mutans* ที่เพาะเลี้ยงในอาหารเลี้ยงเชื้อที่มีความเข้มข้นร้อยละ 5 ของน้ำตาลกลูโคสผสมฟรุกโตสที่เวลา 1, 4, 8, 16 และ 24 ชั่วโมง พบค่าการดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 600 นาโนเมตรเท่ากับ 0.061 ± 0.006 , 0.792 ± 0.099 , 0.984 ± 0.008 , 1.024 ± 0.083 และ 1.106 ± 0.069 นาโนเมตร ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเจริญเติบโตของเชื้อ *S. mutans* ที่เพาะเลี้ยงในอาหารเลี้ยงเชื้อที่มีความเข้มข้นร้อยละ 5 ของน้ำตาลกลูโคส ฟรุกโตส กลูโคสผสมฟรุกโตส และในอาหารเลี้ยงเชื้อที่ไม่มีน้ำตาลที่เวลา 1, 4, 8, 16 และ 24 ชั่วโมง โดยใช้สถิติ ANOVA ได้ค่า $P < 0.001$ ซึ่งแสดงว่ามีความแตกต่างกันอย่างน้อย 2 กลุ่มของเชื้อ *S. mutans* ที่เพาะเลี้ยงในอาหารเลี้ยงเชื้อที่มีความเข้มข้นร้อยละ 5 ของน้ำตาลกลูโคส ฟรุกโตส กลูโคสผสมฟรุกโตส และในอาหารเลี้ยงเชื้อที่ไม่มีน้ำตาลที่เวลา 1, 4, 8, 16 และ 24 ชั่วโมง จากนั้นทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ t-test พบว่าที่เวลา 1, 8, 16 และ 24 ชั่วโมง พบเชื้อ *S. mutans* ที่เพาะเลี้ยงในอาหารเลี้ยงเชื้อที่มีความเข้มข้นร้อยละ 5 ของน้ำตาลฟรุกโตสและกลูโคสผสมฟรุกโตสมีอัตราการเจริญเติบโตมากกว่าอาหารเลี้ยงเชื้อที่มี

ความเข้มข้นร้อยละ 5 ของน้ำตาลกลูโคสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) และเชื้อ *S. mutans* ที่เพาะเลี้ยงในอาหารเลี้ยงเชื้อที่มีความเข้มข้นร้อยละ 5 ของน้ำตาลแต่ละชนิดมีอัตราการเจริญเติบโตมากกว่าอาหารเลี้ยงเชื้อที่ไม่มีน้ำตาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) นอกจากนี้เชื้อ *S. mutans* ที่เพาะเลี้ยงในอาหารเลี้ยงเชื้อที่มีความเข้มข้น 5% ของน้ำตาล ฟรุกโตสและกลูโคสผสมฟรุกโตสมีอัตราการเจริญเติบโตที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($P>0.05$) ในขณะที่เวลา 4 ชั่วโมง พบเชื้อ *S. mutans* ที่เพาะเลี้ยงในอาหารเลี้ยงเชื้อที่มีความเข้มข้น 5% ของน้ำตาล แต่ละชนิดมีอัตราการเจริญเติบโตมากกว่าอาหารเลี้ยงเชื้อที่ไม่มีน้ำตาลชนิดต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) และเชื้อ *S. mutans* ที่เพาะเลี้ยงในอาหารเลี้ยงเชื้อที่มีความเข้มข้นร้อยละ 5 ของน้ำตาลแต่ละชนิดมีอัตราการเจริญเติบโตที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>0.05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงค่าความการดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 600 นาโนเมตรของเชื้อ *S. mutans* ในแต่ละชั่วโมงที่เพาะเลี้ยงในอาหารเลี้ยงเชื้อที่มีและไม่มีน้ำตาล

เวลา (ชั่วโมง)	ชนิดของน้ำตาล (ความเข้มข้น) และ ค่าการดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 600 นาโนเมตร (ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)				
	กลูโคส (5%)	ฟรุกโตส (5%)	กลูโคสผสม ฟรุกโตส (5%)	อาหารเลี้ยงเชื้อที่ไม่มี น้ำตาล	P-value
1	0.049±0.002 ^{##S}	0.054±0.003 ^S	0.061±0.006 ^{*S}	0.038±0.001 ^{##†}	<0.001
4	0.647±0.020 ^S	0.690±0.023 ^S	0.792±0.099 ^S	0.449±0.002 ^{##†}	<0.001
8	0.813±0.067 ^{##S}	0.967±0.054 ^{*S}	0.984±0.008 ^{*S}	0.627±0.002 ^{##†}	<0.001
16	0.836±0.017 ^{##S}	0.988±0.010 ^{*S}	1.024±0.083 ^{*S}	0.646±0.004 ^{##†}	<0.001
24	0.870±0.072 ^{##S}	1.097±0.067 ^{*S}	1.106±0.069 ^{*S}	0.693±0.007 ^{##†}	<0.001

*,##,S มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P\text{-value}<.05$

หมายเหตุ : *เมื่อเปรียบเทียบกับน้ำตาลกลูโคส (5%)

##เมื่อเปรียบเทียบกับน้ำตาลฟรุกโตส (5%)

†เมื่อเปรียบเทียบกับน้ำตาลกลูโคสผสมฟรุกโตส (5%)

S เมื่อเปรียบเทียบกับอาหารเลี้ยงเชื้อที่ไม่มีน้ำตาล

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของน้ำตาลต่อการเจริญของเชื้อ *S. mutans* ผู้วิจัยเลือกที่จะทดสอบอาหารเลี้ยงเชื้อที่มีน้ำตาลกลูโคส ฟรุกโตส และกลูโคสผสมฟรุกโตส แต่ไม่ได้ทดสอบกับน้ำตาลซูโครสซึ่งเป็นแหล่งพลังงานที่ดีและให้ปริมาณ extracellular glucans มากสำหรับเชื้อ *S. mutans* เนื่องจากการเพาะเลี้ยงเชื้อ *S. mutans* ในอาหารเลี้ยงเชื้อที่มีส่วนประกอบของน้ำตาลซูโครส จะพบการเกาะกลุ่มเป็นก้อนขนาดใหญ่เป็นจำนวนมากซึ่งทำให้การวัดค่าการดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 600 นาโนเมตรด้วยเครื่องสเปคโตรโฟโตมิเตอร์ให้ค่าที่ไม่คงที่ ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของ Daneo-moore และคณะที่พบการเกาะกลุ่มของเชื้อ *S. mutans* ในอาหารเลี้ยงเชื้อที่มีน้ำตาลซูโครสเป็นส่วนประกอบ⁽¹⁰⁾ และการทดสอบการเพาะเลี้ยงเชื้อ *S. mutans* ในอาหารเลี้ยงเชื้อที่มีน้ำตาลแต่ละชนิดที่ความเข้มข้นร้อยละ 5 เนื่องจากต้องการให้อาหารเลี้ยงเชื้อมีความเข้มข้นของน้ำตาลที่ใกล้เคียงกับอาหารที่บริโภคในชีวิตประจำวันที่ประกอบด้วยน้ำตาลไม่เกินร้อยละ 5⁽¹¹⁾ จากผลการศึกษาในเวลา 1 ชั่วโมงพบอัตราการเจริญของเชื้อ *S. mutans* ที่เพาะเลี้ยงในอาหารเพาะเลี้ยงเชื้อที่มีความเข้มข้นร้อยละ 5 ของน้ำตาลฟรุกโตสและกลูโคสผสมฟรุกโตสได้มากกว่าอาหารเพาะเลี้ยงเชื้อที่มี

ความเข้มข้นร้อยละ 5 ของน้ำตาลกลูโคสและอาหารเพาะเลี้ยงเชื้อที่ไม่มีน้ำตาล แต่อย่างไรก็ตามอัตราการเจริญเติบโตยังคงน้อยเมื่อเทียบกับอัตราการเจริญเติบโตของเชื้อที่เวลา 4, 8, 16 และ 24 ชั่วโมง เนื่องจากเชื้อมีการเจริญเติบโตในช่วง Lag phase ซึ่งเป็นระยะที่เชื้อจะเกิดการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ จำนวนแบคทีเรียจึงยังไม่เพิ่มจำนวน⁽¹⁾ สำหรับเวลาที่ 4 ชั่วโมงพบว่าเชื้อ *S. mutans* มีอัตราการเจริญในอาหารเพาะเลี้ยงเชื้อที่มีความเข้มข้นร้อยละ 5 ของน้ำตาลแต่ละชนิดสูงกว่าอาหารเพาะเลี้ยงเชื้อที่ไม่มีน้ำตาล (negative control) เนื่องจากเชื้ออยู่ในช่วง Lag phase ระยะที่ยาจนถึงระยะเริ่มต้นของ Log phase ซึ่งเชื้อต้องการพลังงานในการเจริญเติบโต⁽¹⁾ ส่วนเวลาที่ 8, 16 และ 24 ชั่วโมงจะพบว่าเชื้อ *S. mutans* ที่เพาะเลี้ยงในอาหารเลี้ยงเชื้อที่มีความเข้มข้นร้อยละ 5 ของน้ำตาลฟรุกโตสและกลูโคสผสมฟรุกโตสมีการเจริญมากกว่าอาหารเลี้ยงเชื้อที่มีความเข้มข้นร้อยละ 5 ของน้ำตาลกลูโคส ซึ่งแสดงว่าเชื้อเจริญได้ดีในอาหารเลี้ยงเชื้อที่มีน้ำตาลฟรุกโตสเป็นส่วนประกอบอาจเป็นเพราะ

น้ำตาลฟรุกโตสมีความหวานมากกว่าน้ำตาลกลูโคสซึ่งเชื้อสามารถจะนำเข้าสู่เซลล์และให้พลังงานได้เร็วกว่าน้ำตาลกลูโคส⁽¹²⁾

ข้อเสนอแนะ

เชื้อ *S. mutans* สามารถเจริญได้ดีในอาหารเลี้ยงเชื้อที่มีความเข้มข้นร้อยละ 5 ของน้ำตาลฟรุกโตสและกลูโคสผสมฟรุกโตสและมีการเพิ่มจำนวนตั้งแต่เวลาที่ 4 ชั่วโมงจนถึง 24 ชั่วโมง ซึ่งการเพิ่มจำนวนของเชื้อเป็นจำนวนมากจะเป็นสาเหตุของการเกิดโรคฟันผุ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายณัฐฤดี เกษกรณ์ นางสาวพุกษา ปลัดสิงห์ และนางสาวเพ็ญลัดดา ช้างนาม นิสิตสาขาเทคนิคการแพทย์ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่มีส่วนร่วมในการทำวิจัยในครั้งนี้ และห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาคลินิก คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่เอื้อเฟื้อสถานที่ในการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Murray P, Rosenthal K, et al. **Medical Microbiology 8th Edition.** Elsevier. USA, 2015.
2. Zhu L, Kreth J, et al. Functional characterization of cell-wall-associated protein WapA in *Streptococcus mutans*. **Microbiology.** 152 : 2395-404, 2006.
3. Lin Z, Robert AB. Sucrose- and Fructose-Specific Effects on the Transcriptome of *Streptococcus mutans*, as Determined by RNA Sequencing. **Applied and Environmental Microbiology.** 82(1): 146-56, 2016.
4. Kreth J, Zhu L, et al. Role of sucrose in the fitness of *Streptococcus mutans*. **Oral Microbiology Immunology.** 23 : 213-9, 2008.
5. Soet DJ, Nyvad B, et al. Strain-related acid production by oral streptococci. **Caries Research.** 34(6) : 486-90, 2000.
6. Loesche WJ. Role of *Streptococcus mutans* in human dental decay. **Microbiology Research.** 50(4) : 353-80, 1986.
7. Marsh P. Are dental diseases examples of ecological catastrophes? **Microbiology.** 149 : 279-94, 2003.
8. Duarte S, Klein M, et al. Influences of starch and sucrose on *Streptococcus mutans* biofilms. **Oral Microbiology Immunology.** 23 : 206-12, 2008.
9. Larsson B, Johansson I, et al. Prevalence of caries in adolescents in relation to diet. **Community dentistry and oral epidemiology.** 20(3): 133-7, 1992.
10. Daneo-Moore L, Terleckyi T, et al. Analysis of growth rate in sucrose-supplemented cultures of *Streptococcus mutans*. **Infection and immunity.** 12(5): 1195-205, 1975.
11. http://food.fda.moph.go.th/data/document/2558/CS_sugar.pdf. สืบค้นเมื่อวันที่ 26 พฤศจิกายน 2560.
12. Bhagavan NV, Ha C-E. **Essentials of Medical Biochemistry.** Academic Press. USA, 2016.

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ

**The Relationships between Perception of Symptom Severity and Quality of Life
in Patients with Valvular Heart Disease**

อภิญา วงศ์พิริยโยธา¹, สุรชาติ สิทธิปกรณ์², อุดมลักษณ์ สุทธิเจริญ³

Apinya Wongpiriyayothar¹, Surachat Sittipakorn², Udomlak Sutthicharoen³

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่คลินิกหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาสารคาม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 70 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความรุนแรงของอาการหัวใจล้มเหลวและแบบประเมินคุณภาพชีวิต มีความเที่ยงเท่ากับ .82 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและแบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวที่พบบ่อย 5 อันดับแรกคือ 1) อาการหายใจลำบากเมื่อออกกำลังกาย 2) อาการเหนื่อยล้าอ่อนแรง/อ่อนกำลัง 3) อาการมึนหัว/เวียน 4) ใจสั่น และ 5) นอนราบไม่ได้ ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของอาการโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = .46$, $SD = .41$) อาการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคืออาการหายใจลำบากเมื่อออกกำลังกาย รองลงมาเป็นอาการเหนื่อยล้า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 68.17$, $SD = 17.39$) และพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.384$) การรับรู้ความรุนแรงของอาการหายใจลำบากเมื่อออกกำลังกาย อาการเหนื่อยล้า อาหารเบื่ออาหาร และอาการใจสั่นมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ความรุนแรงของอาการ คุณภาพชีวิต โรคลิ้นหัวใจพิการ หัวใจล้มเหลว

Abstract

This descriptive correlation research aimed to examine relationship between perception of symptom severity and quality of life in patients with valvular heart disease (VHD). Simple random sampling was used to select 70 patients who visited Cardiovascular Clinic, Mahasarakham Hospital into the study. The research instruments were the Perception of Heart Failure Symptom Severity Scale and the SF-36 used to measure quality of life which had a reliability of .82 and .93 respectively. Data were analyzed by using Pearson's product moment and Spearman rank correlation coefficient .

The results of the study showed that the patients perceived that they had top five common heart failure symptoms including 1) shortness of breath with exertion, 2) fatigue, 3) dizziness, 4) palpitation and 5) orthopnea. The overall symptom severity perception score was at a low level ($\bar{X} = .46$, $SD = .41$) and the overall of quality of life score was at a moderate level ($\bar{X} = 68.17$, $SD = 17.39$). There was a statistically significant negative correlation between overall symptom severity perception and quality of life ($r = -.384$, $p < .05$). There were a statistically significant negative correlation between perception of severity of shortness of breath with exertion, fatigue, anorexia, palpitation, and quality of life.

Keywords: Symptom Severity, Quality of Life, Valvular Heart Disease, Heart failure

¹ Ph.D. (Nursing) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² Ph.D. (Nursing) อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาสารคาม

บทนำ

โรคเส้นหัวใจพิการ เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่หายขาด และก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากกระบวนการดำเนินโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ซึ่งอาจมีความรุนแรงจนเป็นเหตุให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและเสียชีวิตได้ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในปี 2015 มีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 17.7 ล้านคน โดยมากกว่าร้อยละ 82 อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง และมีการคาดการณ์ว่า ในปี 2030 จะมีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคนี้กว่า 7.4 ล้านคน¹ โรคเส้นหัวใจพิการเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรในประเทศไทย จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ.2556-2558 พบว่ามีผู้ป่วยกลุ่มโรครูมาติกเรื้อรัง ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยโรคเส้นหัวใจพิการ เพิ่มขึ้นจาก 25,351 คน เป็น 26,850 คน และพบมากที่สุดในการตรวจวินิจฉัยนอกเคาะหีอก คือพบจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 9,603 คน เป็น 10,054 คน²

ผู้ป่วยโรคเส้นหัวใจพิการจะมีพยาธิสภาพที่ลิ้นหัวใจบางรายอาจพบว่ามีลิ้นหัวใจตีบและหรือรั่วทั้ง 4 ลิ้น ได้แก่ ลิ้น

ไมตรัล (Mitral valve) ลิ้นไตรคัสปิด (Tricuspid valve) ลิ้นเอออร์ติก (Aortic valve) และหรือลิ้นปัลโมนิก (Pulmonic valve) ซึ่งหากเป็นระยะแรก ๆ อาจไม่พบอาการ แต่เมื่อหัวใจทำงานหนักขึ้นจากการที่หัวใจบีบเลือดผ่านลิ้นหัวใจที่ตีบหรือรั่ว ผู้ป่วยอาจมีอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา ทำให้เกิดมีปัญหาลดลงของน้ำ เช่น หายใจลำบากเหนื่อยง่าย นอนราบไม่ได้ และมีน้ำคั่งตามร่างกาย³ ในประเทศไทยมีงานวิจัยศึกษาอาการในผู้ป่วยโรคเส้นหัวใจพิการในรอบ 20 ปีที่ผ่านมา มี 3 เรื่อง โดย จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์⁴ ศึกษาในผู้ป่วยหญิงโรคเส้นหัวใจพิการ 200 คน พบว่าอาการของโรคเส้นหัวใจพิการที่พบคือผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการเหนื่อยเกิดขึ้นร้อยละ 14.1 อภิญา วังศรีพิริยโยธาและคณะ⁵ ศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคเส้นหัวใจพิการจำนวน 96 คน โดยศึกษาย้อนหลังจากประวัติการเจ็บป่วย ผลการวิจัย

พบว่าผู้ป่วยมีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตหลายอาการ ได้แก่ อาการหายใจลำบากเมื่อมีกิจกรรม นอนราบไม่ได้ วิงเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย บวม และใจสั่น นอกจากนี้จากการตรวจตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (Echocardiography) พบว่าประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ (Ejection fraction: EF) อยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 10.8 และเสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 10.4 การศึกษานี้เป็นการศึกษาจากการบันทึกในประวัติการรักษาซึ่งอาจได้อาการเฉพาะอาการที่เด่น ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล อาจทำให้ได้ข้อมูลของของอาการที่เกิดจากโรคเส้นหัวใจพิการไม่ครบถ้วน ต่อมาอุดมลักษณ์ สุทธิเจริญและคณะ⁶ ศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ 88 คน พบว่าผู้ป่วยโรคเส้นหัวใจพิการมีอาการของโรคหัวใจล้มเหลวคือ อาการเหนื่อยง่าย ร้อยละ 84.10 รองลงมาเป็นหายใจไม่อิ่มขณะออกกำลังกายร้อยละ 70.5 นอนราบไม่ได้ร้อยละ 36.40 ไอแห้ง ๆ ร้อยละ 33.00 หายใจลำบากตอนกลางคืนจนสะดุ้งตื่นร้อยละ 23.90 และบวมบริเวณเท้าหรือข้อเท้าร้อยละ 20.50 ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง 2 อาการได้แก่ 1) การรับรู้ความรุนแรงของอาการเหนื่อยง่ายและอาการหายใจไม่อิ่มขณะออกกำลังกายนั้นเป็นความรุนแรงในระดับน้อย ในต่างประเทศมีการศึกษาเชิงคุณภาพโดยศึกษาประสบการณ์ในผู้ป่วยโรคเส้นหัวใจเอออร์ติกตีบ ผลการวิจัยพบว่าเมื่อการดำเนินการของโรคมาได้ระยะหนึ่งผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่าย ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ และมีผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง⁷

จากงานวิจัยจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคเส้นหัวใจพิการมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมด้วย อาการที่สำคัญอยู่ที่ระบบหายใจจากการที่มีปอดบวม น้ำ ทำให้ผู้ป่วยหายใจลำบาก เหนื่อยง่าย และอ่อนล้า ซึ่งกระทบกับร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมซึ่งเป็นส่วนประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁸ ในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเส้นหัวใจพิการระหว่างปี 2541-2557 มีจำนวน 6 เรื่อง พบว่าผู้ป่วยกลุ่มในระยะก่อนผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่มีคุณภาพชีวิตต่ำในด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายและด้านจิตวิญญาณ และพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยรอผ่าตัดเล็กน้อย⁹ หลังจากนั้นงานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและการ

ผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ซึ่งผลการวิจัยพบว่า หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง¹⁰ ถึง ระดับดี^{11, 12, 13}

สำหรับการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการมีเพียงการศึกษาของ ณัฐจิตา เพชรประไพ⁹ ที่พบว่าระดับสมรรถนะของหัวใจและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่รอการผ่าตัดส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีการศึกษาพบว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต¹⁴ และ อาการรบกวนทางกาย อาการรบกวนจิตใจ ระดับความรุนแรงของโรค และภาวะสุขภาพสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิต¹⁵ มีการสังเคราะห์งานวิจัยในประเทศไทยเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจ โดย นิติญา ฤทธิ์เพชร และชนกพร จิตปัญญา¹⁶ สังเคราะห์จากงานวิจัย 34 เรื่อง ผลการวิจัยในภาพรวมพบว่า ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ อาการหรืออาการแสดง การเกิดภาวะแทรกซ้อน สมรรถภาพและประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต การที่ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง ทำให้เกิดอาการด้านร่างกาย เช่น ปวดบวม น้ำ หายใจลำบาก ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการมีอาการแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งอาการเหล่านี้ อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจในระยะก่อนผ่าตัดยังมีน้อยและเป็นการศึกษานานมาแล้ว และมีงานวิจัยสนับสนุนว่าอาการหรือความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจ แต่มีรายงานวิจัยในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจเพียง 1 เรื่องของณัฐจิตา เพชรประไพ⁹ แต่ไม่ได้ศึกษาความสัมพันธ์โดยตรง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ ผลจากการศึกษานี้จะช่วยให้ความเข้าใจสภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการในปัจจุบัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการหรือส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ ที่มารับการรักษาที่คลินิกหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยมีลักษณะของประชากรดังนี้

1. เพศชายและหญิง
2. อยู่ในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อายุ > 15 ปีขึ้นไป
3. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการ และยังไม่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซม/เปลี่ยนลิ้น
5. ยินดีเข้าร่วมวิจัย

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Thomdike¹⁷ ดังนี้ $N = 10K + 50$ โดย K เป็นจำนวนตัวแปรที่ใช้ศึกษา 2 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะตรงกับประชากรที่กำหนด ได้รับการคัดเลือกเข้าศึกษาด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยใช้ตารางเลขสุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย บันทึกเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย สัญญาณชีพ ปัญหาของลิ้นหัวใจ ยาที่ได้รับ

2. แบบประเมินความรุนแรงของอาการหัวใจล้มเหลว สำหรับผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มี 13 อาการ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 0-5 คะแนน 0 แปลว่าไม่มีอาการ 5 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงของอาการมากที่สุด แบบแบบประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ ผ่านการความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน

การแปลผล แบ่งระดับความรุนแรงของอาการเป็น 3 ระดับคือ

0.00 - 1.66 คะแนน หมายถึง การรับรู้
ความรุนแรงของอาการน้อย

1.67 - 3.33 คะแนน หมายถึง การรับรู้
ความรุนแรงของอาการปานกลาง

3.34 - 5.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้
ความรุนแรงของอาการมาก

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิต เป็นแบบประเมิน SF-36 Version 2 ที่พัฒนาโดย Ware (2004) แปลเป็นภาษาไทย โดย Methakanjanasak¹⁸ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสุขภาพ รวม 36 ข้อ ลักษณะตัวเลือกของแบบสอบถามแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 8 ด้านดังนี้ 1) ด้านสุขภาพ โดยทั่วไป 2) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย 3) ด้านการมีข้อจำกัดในการทำงานเนื่องจากสุขภาพ 4) ด้านข้อจำกัดในการทำงานเนื่องจากอารมณ์ 5) ด้านความมีชีวิตชีวาและ 6) ด้านสุขภาพจิต 7) ด้านความเจ็บปวดด้านร่างกาย และ 8) ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม คะแนนรวมทั้งฉบับและรายได้ อยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน

การแปลผลระดับคุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 3 ระดับ
ดังนี้

0 - 33.33 คะแนน หมายถึง
คุณภาพชีวิตระดับต่ำ

33.34 - 66.67 คะแนน หมายถึง
คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง

66.68 - 100 คะแนน หมายถึง
คุณภาพชีวิตระดับสูง

ผู้วิจัยนำแบบประเมินในข้อ 2 และ 3 ไปหาค่า
ความเที่ยงด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
ของครอนบาร์ค ใน
ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ 15 คน ได้ค่าเท่ากับ .82 และ .93
ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการขอพิจารณาด้านจริยธรรม
วิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ
โรงพยาบาลมหาสารคาม ผู้วิจัยจะแนะนำตัวและบอก
วัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการทำ
วิจัยตามแบบฟอร์มขอความร่วมมือในการวิจัย โดยผู้ป่วยจะ
ได้รับการพิทักษ์สิทธิในเรื่องการประโยชน์ของการทำวิจัย
การไม่มีอันตราย การไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล
วิเคราะห์ข้อมูลเป็นภาพรวมสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย
การไม่เสียสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล และขอ
ลายมือชื่อในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจาก
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจง
วัตถุประสงค์การวิจัยกับหัวหน้าห้องตรวจคลินิกหัวใจและ
หลอดเลือด และดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

1. ทุกวันศุกร์ เวลา 7.30-12.00 น. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อ
ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจที่มาตรวจตามนัด หากพบว่ามีคุณสมบัติ
กับลักษณะประชากรที่กำหนด ทำการสุ่มลำดับที่โดยใช้
ตารางเลขสุ่ม ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยขอความร่วมมือในการวิจัย
ตามแบบฟอร์มจริยธรรมวิจัย หากผู้ป่วยยินยอมและลงนาม
ในแบบขอความร่วมมือ

2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย ให้
ผู้ป่วยทำแบบประเมินความรุนแรงของอาการและ
คุณภาพชีวิตด้วยตนเอง หากผู้ป่วยรายใดไม่สามารถอ่าน
หนังสือได้ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แทน ใช้เวลาประมาณ 15
นาที

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำ
ข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การหาค่าความถี่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาค่า
ความสัมพันธ์

ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการโดยรวมกับคุณภาพ
ชีวิตด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

(Pearson's product moment correlation coefficient) เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงปกติ และหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการแต่ละอาการกับคุณภาพชีวิตด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) เนื่องจากข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคเส้นหัวใจพิการจำนวน 70 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.6 รองลงมาเป็นเพศชายร้อยละ 41.1 ส่วนใหญ่มีสถานภาพ

สมรสคู่ร้อยละ 75.7 มีอายุอยู่ระหว่าง 31-86 ปี อายุเฉลี่ย 56.2 ปี (SD = 12.8)

ข้อมูลการเจ็บป่วยพบว่า ผู้ป่วยทุกคนมีปัญหาเส้นพัลโมนิกตีบและรั่วร้อยละ 100 รองลงมาเป็นเส้นไตรคัสปิดตีบร้อยละ 98.6 และรั่วร้อยละ 94.3 เส้นเอออร์ติกตีบร้อยละ 91.4 และรั่วร้อยละ 88.6 และเส้นหัวใจไมตรัลรั่วร้อยละ 88.6 ภาวะแทรกซ้อนที่พบจากโรคเส้นหัวใจพิการพบว่า มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบ Atrial fibrillation ร้อยละ 14.7 (21 คน) และมีเคยเป็นสโตรก (Stroke) ร้อยละ 7.7 (11 คน) สำหรับการรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาขับปัสสาวะร้อยละ 70 รองลงมาเป็นกลุ่ม Digitalis ร้อยละ 51.4 และกลุ่ม Beta blocker ร้อยละ 32.9 และ กลุ่ม Angiotensin converting enzyme ร้อยละ 5.7

2. การรับรู้ความรุนแรงของอาการ

ตาราง 1 การรับรู้ความรุนแรงของอาการของกลุ่มตัวอย่าง (n = 70)

ลำดับที่	อาการ	r	%	$\bar{X}$	SD	ระดับความรุนแรง	ระดับความรุนแรง
1	หายใจลำบากเมื่อออกกำลังกาย	38	51.1	1.30	1.30	น้อย	ต่ำ
2	นอนราบไม่ได้	15	21.4	.47	.97	น้อย	ต่ำ
3	หายใจลำบากตอนกลางคืนจนสะดุ้งตื่น	7	10	.24	.82	น้อย	ต่ำ
4	บวมที่ขาและเท้า	4	5.7	.09	.37	น้อย	ต่ำ
5	เหนื่อยง่าย	29	41.4	1.09	1.35	น้อย	ต่ำ
6	ไอแห้ง ๆ	14	20	.39	.82	น้อย	ต่ำ
7	เบื่ออาหาร	14	20	.41	.89	น้อย	ต่ำ
8	คลื่นไส้	5	7.1	.14	.55	น้อย	ต่ำ
9	อาการมึนหัว/วิงเวียน	26	37.1	.77	1.11	น้อย	ต่ำ
10	ใจสั่น	18	25.7	.66	1.19	น้อย	ต่ำ
11	เจ็บหน้าอก	11	15.7	.43	1.06	น้อย	ต่ำ
12	ท้องผูก	1	1.4	.04	.36	น้อย	ต่ำ
13	คอแห้ง	1	1.4	.03	.24	น้อย	ต่ำ
	รวม			.46	.41	น้อย	ต่ำ

จากตาราง 1 ผลการวิจัยพบว่าอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคเส้นหัวใจพิการ 5 อันดับแรกคือ 1) อาการหายใจลำบากเมื่อออกกำลังกาย 2) อาการเหนื่อยง่าย 3) อาการมึนหัว/วิงเวียน 4) ใจสั่น และ 5) นอนราบไม่ได้ ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของอาการโดยรวมและทุกรายอาการอยู่ในระดับน้อย อาการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ อาการหายใจลำบากเมื่อออกกำลังกาย รองลงมาเป็นอาการเหนื่อยง่าย

3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเส้นหัวใจพิการ

ตาราง 2 คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n = 70)

ตัวแปร	Range		$\bar{X}$	SD	Level
คุณภาพชีวิตโดยรวม	23.33	100.00	68.17	17.39	สูง
รายด้าน					
1. ด้านสุขภาพโดยทั่วไป	16.67	100.00	53.33	20.65	ปานกลาง
2. การทำหน้าที่ของร่างกาย	10.00	100.00	73.93	23.45	สูง
3. ข้อจำกัดในการทำงานเนื่องจากสุขภาพ	.00	100.00	60.98	36.99	ปานกลาง
4. ข้อจำกัดในการทำงานเนื่องจากอารมณ์	.00	100.00	72.62	27.22	สูง
5. ความมีชีวิตชีวาและพลังกำลัง	12.50	100.00	64.46	18.42	ปานกลาง
6. สุขภาพจิต	20.00	100.00	74.92	18.11	สูง
7. ความเจ็บปวดด้านร่างกาย	.00	100.00	73.11	23.65	สูง
8. การทำหน้าที่ทางสังคม	.00	100.00	77.14	32.06	สูง

จากตาราง 2 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 68.17 คะแนน (SD = 17.39) เป็นคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย 2) ด้านข้อจำกัดในการทำงานเนื่องจากอารมณ์ 3) ด้านสุขภาพจิต 4) ด้านความเจ็บปวดด้านร่างกาย และ 5) ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพโดยทั่วไป 2) ด้านการมีข้อจำกัดในการทำงานเนื่องจากสุขภาพ และ 3) ด้านความมีชีวิตชีวาและพลังกำลัง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการโดยรวมและรายอาการกับคุณภาพชีวิต

ลำดับที่	ความรุนแรงของอาการ	r / r _s	p-value
1	หายใจลำบากเมื่อออกกำลังกาย	-.240 _{rs} *	.003
2	นอนราบไม่ได้	-.104 _{rs}	.20
3	หายใจลำบากตอนกลางคืนจนสะดุ้งตื่น	.030 _{rs}	.403
4	บวมที่ขาและเท้า	.050 _{rs}	.34
5	เหนื่อยง่าย/อ่อนแรง	-.483 _{rs} *	.001
6	ไอแห้ง ๆ	.103 _{rs}	.20
7	เบื่ออาหาร	-.224 _{rs} *	.004
8	คลื่นไส้	.099 _{rs}	.21
9	อาการมึนหัว/เวียน	-.010 _{rs}	.47
10	ใจสั่น	-.341 _{rs} *	.002
11	เจ็บหน้าอก	-.052 _{rs}	.24
12	ท้องผูก	-.149 _{rs}	.11
13	คอแห้ง	-.149	.11
	การรับรู้ความรุนแรงของอาการโดยรวม	-.384*	.001

r = Pearson's product moment correlation coefficient r_s = Spearman rank correlation coefficient* p < 0.05

จากตาราง 3 ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการ โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -.384$) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระดับต่ำ เมื่อพิจารณาอาการพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการหายใจลำบากเมื่อออกกำลังกาย อาการเหนื่อยล้า อาการเบื่ออาหาร และอาการใจสั่นมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยอภิปรายผลได้ดังนี้

1. การรับรู้ความรุนแรงของอาการ ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการของโรคคลื่นหัวใจพิการที่พบบ่อย 5 ลำดับแรกคือ 1) อาการหายใจลำบากเมื่อออกกำลังกาย

2) อาการเหนื่อยล้า 3) อาการมึนหัว/เวียน 4) ใจสั่น และ 5) นอนราบไม่ได้ อาการที่เกิดสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรคคลื่นหัวใจพิการที่พบในกลุ่มตัวอย่างมี ลิ้นเออร์ติกติบร้อยละ 91.4 และรئويةละ 88.6 และลิ้น หัวใจไมตรีลรئويةละ 88.6 ทำให้เกิดอาการของหัวใจ ห้องล่างซ้ายล้มเหลวได้แก่ อาการหายใจลำบากเมื่อออกกำลังกาย อาการเหนื่อยล้า และอาการมึนหัว/เวียน ส่วน อาการใจสั่นเกิดจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบพลิ้วซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากลิ้นหัวใจตีบหรือรั่ว¹⁹

ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของอาการโดยรวมและรายอาการ อยู่ในระดับน้อย อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยได้รับการรักษาภาวะ หัวใจล้มเหลวด้วยยาขับปัสสาวะ ยากลุ่ม Digitalis และ ยากลุ่ม Beta blocker ซึ่งยาขับปัสสาวะจะช่วยลดปริมาณ เลือดเข้าสู่หัวใจช่วยลดอาการปอดบวมน้ำทำให้มีอาการ หายใจลำบากลดลง ส่วนยา Digitalis และ ยากลุ่ม Beta blocker ช่วยเพิ่มแรงในการบีบตัวของหัวใจและลดอัตราการ เต้นของหัวใจ²⁰ ทำให้เลือดออกไปเลี้ยงร่างกายได้มากขึ้นทำให้อาการอ่อนล้าลดลง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเฉลี่ย โดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการรับรู้ความ รุนแรงของ

อาการโดยรวมและรายอาการทุกอาการอยู่ในระดับน้อย ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ เข้าสังคมได้ มีสุขภาพจิตดี สำหรับคุณภาพชีวิตรายด้านมี 3 ด้านที่อยู่ใน ระดับปานกลาง เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยทั่วไป การมี ข้อจำกัดในการทำงานเนื่องจากสุขภาพ และ ความมี ชีวิตชีวาและพลกำลัง อภิปรายได้ว่าผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการ

ของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกี่ยวข้องกับการดำเนิน ชีวิตประจำวันซึ่งออกแรงมากไม่ได้ ได้แก่ อาการหายใจ ลำบากเมื่อออกกำลังกาย และ อาการเหนื่อยล้า ที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามี อาการมากที่สุดสองลำดับแรก งานวิจัยนี้ได้ผลสอดคล้อง กับงานวิจัยของ ณัฐธิดา เพชรประไพ⁹ ที่พบว่าคุณภาพ ชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคคลื่นหัวใจพิการอยู่ในระดับดี เช่นกัน แต่แตกต่างกันที่คุณภาพชีวิตรายด้านของงานวิจัย ครั้งนี้อยู่ในรดับปานกลางถึงสูง ในขณะที่งานวิจัยของ ณัฐธิดา เพชรประไพ⁹ พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำในด้าน ภาวะสุขภาพ การทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านจิต วิญญาณ ทั้งนี้อาจเกิดจากพัฒนาแนวทางการรักษาผู้ป่วย โรคคลื่นหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรง ของอาการกับคุณภาพชีวิต

ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการมี ความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต แสดงให้เห็นว่าหาก ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะ ลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการ หายใจลำบากเมื่อออกกำลังกาย อาการเหนื่อยล้า อาการเบื่อ อาหาร และอาการใจสั่นมีความสัมพันธ์ทางลบกับ คุณภาพชีวิต อธิบายได้อาการทั้ง 4 อาการนี้เป็นอาการ แสดงถึงภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดจากโรคคลื่นหัวใจพิการ ภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้ความสามารถในการบีบตัวของ หัวใจเพื่อนำเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของ ร่างกายลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยง่ายและอ่อนล้า ไม่ มีแรงทำกิจกรรม นอกจากนี้การที่หัวใจบีบตัวลดลงจะทำ ให้มีน้ำคั่งในหัวใจ ปอด และตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย รวมทั้งทางเดินอาหาร การมีน้ำคั่งในปอดทำให้ผู้ป่วยมี อาการหายใจลำบากและเหนื่อยง่าย และการมีน้ำคั่งใน ทางเดินอาหารทำให้ลำไส้บวม น้ำ การดูดซึมลดลง ผู้ป่วย

จะมีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย ทำให้ขาดพลังงาน ซึ่งจะมีผลทำให้มีอาการเหนื่อยง่ายและเหนื่อยล้าตามมามาก ส่วนอาการใจสั่นเกิดจากการที่หัวใจเต้นผิดปกติจากภาวะหัวใจเหลวและเกิดจากหัวใจเต้นเร็วขึ้นเพื่อให้มีเลือดไปเลี้ยงร่างกายอย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อย²¹ อาการเหล่านี้รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันทำให้คุณภาพชีวิตลดลง มีงานวิจัยสนับสนุนว่าอาการรบกวนทางกาย (อาการเหนื่อย อ่อนล้า ใจสั่น และเบื่ออาหาร) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว¹⁵ นอกจากนี้มีงานวิจัยพบว่าอาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว²² ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น และมีงานวิจัยสนับสนุนว่าอาการทางร่างกายสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจได้²³ และพบว่าอาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ถึงร้อยละ 41²⁴ และอาการหายใจลำบาก อาการอ่อนล้า และอาการคลื่นไส้ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

ลดลง²⁵ และอาการใจสั่นหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะมีสัมพันธ์กับการลดลงของคุณภาพชีวิต²⁶

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหัวใจพิการมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวทุกอาการแต่อยู่ในระดับน้อยและมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูงและมีคุณภาพชีวิต 3 ด้านอยู่ในระดับปานกลางได้แก่ 1) ด้านสุขภาพโดยทั่วไป 2) ด้านการมีข้อจำกัดในการทำงานเนื่องจากสุขภาพ และ 3) ด้านความมีชีวิตชีวาและพลังกำลังใจ ดังนั้นทีมสุขภาพควรหาวิธีการป้องกันไม่ให้อาการรุนแรงขึ้นโดยเฉพาะอาการ 4 อาการ ที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตได้แก่ อาการหายใจลำบากเมื่อออกกำลังกาย เหนื่อยล้า อาการมีหัวใจ/เวียน และใจสั่น งานวิจัยครั้งต่อไปควรมีการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเพื่อหาวิธีการป้องกันไม่ให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการมีภาวะหัวใจล้มเหลว

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. **Cardiovascular diseases (CVDs): Fact sheet Updated May 2017.** Available from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/> Retrieved on June 6, 2017.
2. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข 2556-2558. http://bps.moph.go.th/new_bps สืบค้นเมื่อ 6 มิถุนายน 2560.
3. Catherine et al. **Valvular heart disease: A companion to Braunwald's heart disease e-book.** 4thEd. Saunders, 2014.
4. จันทิมา ฤกษ์เดือนฤทธิ. การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคหัวใจพิการในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
5. อภิญา วงศ์พิริยโยธาและคณะ. ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 9(ฉบับพิเศษ): 751-759, 2556.
6. อุดมลักษณ์ สุทธิเจริญ และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 8(2): 139-156, 2558.
7. Hagen-Peter GA. **Living with aortic stenosis: A phenomenological study of patients' experiences and subsequent health choices.** Thesis University of Vermont, 2015.
8. Seongkun et al. Quality of life in patients with heart failure: Ask the patients. **Heart Lung.** 38(2): 100-108, 2009.
9. ณัฐจิรา เพชรประไพ. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2541.
10. แพรพรรณ สุวรรณกิจ และคณะ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. พุทธชินราชเวชสาร. 29(1): 36-43, 2555.
11. ทศนันท์ ศิริเสถียรจุ และคณะ. คุณภาพชีวิตระยะยาวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด : กรณีศึกษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 23(1): 31-43, 2555.

12. กมร เข้มรักษา และคณะ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 3(2) : 1-12, 2554.
13. วิศรา ม่วงช่วง และนวลลักษณ์ เอื้อกิจ. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 25(2) : 62-76, 2557.
14. อนัสยา ซื่อตรง และทัศนาศูววรรณประกรณ์, ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 27(2) : 58-70, 2559.
15. รพีพรรณ เนาว์ประเสริฐ, ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2559.
16. นิตยา ฤทธิเพชร และชนกพร จิตปัญญา. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจ: การสังเคราะห์งานวิจัย ในประเทศไทย. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 23(2) : 1-16, 2555.
17. บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์. ยูเอเอ็นไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย กรุงเทพฯ, 2553.
18. Methakanjanasak, N. **Self-management of end-stage renal disease patients receiving hemodialysis.** Dissertations, Chiang Mai : Graduate School, Chiang Mai University, 2005
19. Catherine et al. **Valvular heart disease: A companion to Braunwald's heart disease e-book.** 4thEd. Saunders, 2014.
20. Yancy CW. 2013 ACCF/AHA Guideline for the management of heart failure: Executive summary. **Journal of the American College of Cardiology.** 62(16) : 1495-539, 2013.
21. Hosenpud J.D, Greenberg BH. **Congestive Heart Failure: Pathophysiology, diagnosis, and comprehensive approach to management.** New York: Springer-Verlag , 2013.
22. นงลักษณ์ กลิ่นพุดตาล, ชนกพร จิตปัญญา, และปชาณัฐ์ ดันดีโกสม. ความสัมพันธ์ระหว่างอาการหายใจลำบาก อาการนอนไม่หลับ และภาวะซึมเศร้ากับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. วารสารพยาบาลตำรวจ. 8(2): 1-12, 2559.
23. ปภาพสวีย์ เจริญพัฒนากัก เขมารดี มาลีงบุญ และวัลภา คุณทรงเกียรติ. **ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.** การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 15 ณ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วันที่ 28 มีนาคม 2557 : 1008-1020. 2557.
24. Rector TS., Anand IS., Cohn JN. Relationships between clinical assessments and patients' perceptions of the effects of heart failure on their quality of life. **Journal of Cardiac Failure.** 12(2): 87-92, 2006.
25. Heo S., Lennie TA., Okoli C., & Moser DK. Quality of life in patients with heart failure: Ask the patients. **Heart Lung.** 38(2): 100-108. 2009.
26. Hickey KT. et al. Correlating perceived arrhythmia symptoms and QoL in the elderly with Heart Failure in an urban clinic: A prospective, single center study. **J Clin Nurs.** 22(3-4): 434-444. 2014.