



วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2560 VOL.10 NO.1 JANUARY – APRIL 2017

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ผลของโปรแกรมทันตศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกาป้องกันโรคปริทันต์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอน้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์	1
กฤษฎาดี ภาชนะวรรณ, ปรีชา นิพนพานนท์	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	10
วราทิพย์ บุญญาราคู, วิภาพร วรหาญ	
ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดมหาสารคาม	19
รุจิรัตน์ สมบัติละ, ชัญญา อภิบาลกุล	
ปัจจัยชุมชนที่มีผลต่อ ความรู้ และการมีส่วนร่วม ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคอนจาน	28
อำเภอกอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์	
ศิววงศ์ ทองขาว, ชัยชัย จันทร์สมุด, สำพนัน เสนาวัง	
ผลของโปรแกรมทันตศึกษาในการพัฒนาพฤติกรรมของผู้ปกครองเพื่อป้องกันโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลน้อมชัยพัฒนาอำเภอน้องชัย	35
จังหวัดกาฬสินธุ์	
สุกัลยา อัดโคตร, ปรีชา นิพนพานนท์	
แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในสุขศาลา อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดกาฬสินธุ์	47
เสาวณี คอนเกิด, ชัญญา อภิบาลกุล	
สถานการณ์ เอดส์ ปัญหา ความต้องการและสภาพการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมกาจัดการตนเองตามหลักกาแพทย์ทางเลือก ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้	55
กระบวนการกาที่มีส่วนร่วมในชุมชน	
ภัสสรดา สระดอแก้ว, อังคินันท์ อินทรกำแหง, พัชรี ดวงจันทร์	
แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย	63
ศิริภาณี เสนาบุษ, ประจักษ์ บัวผัน	
การสนับสนุนจากองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในจังหวัดหนองคาย	74
อรรณวิทย์ ปลัดพรหม, ชนะพล ศรีฤาชา	
การพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ	81
ประยัด ศรีรัตนพันธ์	
การพัฒนากระบวนการงานอาหารปลอดภัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้สอดคล้องกับกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR : International Health Regulations 2005)	86
ไพบูลย์ เอี่ยมขำ	
ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจำกัดกิจกรรมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทของภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย	95
จรรยาพร ทะแกสัวพันธ์, ถาวร ล่อกา, เบญจมาศ ยศเสนา	
การศึกษาความชุกโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดขอนแก่น	103
ชัยณรงค์ มงคลศรีสวัสดิ์	
การศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่2ที่มีมารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลข้าสูง จังหวัดขอนแก่น	110
จักรกริช ไชยทองศรี	
การดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดชัยภูมิ	117
ปัญญา สุจิต, ประจักษ์ บัวผัน	
ผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกา	127
ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี	
สรินธร อินทนาม, นิรมล เมืองโสม	
รูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนากระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี	136
ศิริพร วงศ์ศรี	
การพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้เรื่องระบบสารสนเทศสุขภาพและการใช้ระบบสารสนเทศสุขภาพในการวิจัยและพัฒนา	145
ปริศนา นวลบุญเรือง, ปานจันทร์ อิมพนา, ถาวร ล่อกา	
การพัฒนาสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 โดยใช้กระบวนการจิตปัญญาในเขตอำเภอมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร	156
ชนิกา ทองอั้ง, สุขสมัย สมพงษ์	



วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2560

รายงานการวิจัย

หน้า

ความฉลาดทางสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุดรธานี	167
มาลี โชคลี , ผาสุข แก้วเจริญดา	
การสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา	174
วัชร บุญมา, ชนพล ศรีฤาชา	
บรรยากาศองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐาน หน่วยบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	181
สุดารัตน์ โคตรบุญ, ชนพล ศรีฤาชา	
ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมกับการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลพระยืนมิ่งมงคลอำเภอพระยืน	191
จุฑา อุคม, ชัยญา อภิบาลกุล	
กระบวนการบริหารงานที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในการดำเนินงานหอครอบครัวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น	199
นริศรา นิลละออง, ชัยญา อภิบาลกุล	
แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น	207
สมจิตร ไปปะวิล, ชัยญา อภิบาลกุล	
สุนทรียทักษณ์ผู้นำที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความขัดแย้ง ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น	220
วรรณกร คานบ้านคู่, ชนพล ศรีฤาชา	
ประสิทธิผลของโปรแกรมลด ละ เลิก ต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี จังหวัดเพชรบูรณ์	229
พรเทพพร ประสานศรี, พรณี บุญชรพิทักษ์กิจ	
ความสามารถของผู้ประกอบการในการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์และวิธีปฏิบัติทางสาธารณสุขของร้านขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2557 เขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม	238
แดง รัดพันธุ์, รัชกร ใจสะอาด	
การทดสอบประสิทธิภาพของหลักสูตรพลังงานทดแทน การทำถ่านอัดแท่งจากวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตร โดยใช้กระบวนการทางสิ่งแวดล้อมศึกษา	248
จักรี ก่อชัย, อธิศักดิ์ สิงห์สีโว	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ บทบาทพยาบาลเด็กและบุคลากรสุขภาพ	255
ปิยะนันท์ นามกุล	
ประสิทธิผลการใช้สิ่งประดิษฐ์รางหินแม่น้ำฝักเค้นต่อระยะเวลาทดสอบการทรงตัวของผู้สูงอายุติดบ้านในจังหวัดอุบลราชธานี	268
ธงชัย อามาตย์บัณฑิต	
การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์	281
วรรณวิมล ทุมมี, พัทยา แก้วสาร, อารี ชิวเกษมสุข	
ผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับสื่อวีดิทัศน์หมอล่าถอย ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงอายุ 40-60 ปี อำเภอโพธารองจังหวัดร้อยเอ็ด	290
ทิพากร พระไชยบุญ, พรณี บุญชรพิทักษ์กิจ	
กระบวนการบริหารที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมาเรียมะเร็งท่อน้ำดีตำบลภูเงิน	298
อำเภอเสถภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด	
อมรินทร์ ศักดิ์วงศ์, ชัยญา อภิบาลกุล	
ผลของการควบคุมคุณภาพโดยกลุ่มสตรี บ้านโคกกล้วย ตำบลโชคเหนือ อำเภอสำคาน จังหวัดสุรินทร์	306
อดิศักดิ์ กิริติสุขสกุล, ดิเรกวรรณ เศรษฐธรรม	
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยต่อการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพ	312
โรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 9	
สุธีร์ จาดองชาติ, วรรณชนก จันทชุม	
ผลการเรียนที่เรียนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานร่วมกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง สุขภาพของเรา สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	323
เสาวลักษณ์ บุตรสิมมา, ธนดล ภูสิฤทธิ	
การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับคอมพิวเตอร์เพื่อพัฒนาสื่อปฏิสัมพันธ์บนแท็บเล็ต เรื่อง การคัดแยกขยะ	331
ธนกร ปฐมวนิชกุล, เนติรัฐ วีระนาคนิทร์	
การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ	338
จุฬาทพร นาคพรหม, ประจักษ์ บัวคัน	
ความสำเร็จของการนิเทศทางการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา	346
สมควร จันทรงค์, พัทยา แก้วสาร, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย	
ความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี	355
กริช เรืองไชย, อภิญา อุตระชัย, อริย์ สงวนชื่อ	
แนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วมในโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก	361
ภูธนกร ทุมไม้, สุวารี ศรีบุญ, วรวิมล สันนารเกียรติ	
การเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับการจัดการเรียนการสอนแบบ 5 ประสาน (จับปลาโมเดล) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นใน	372
วิทยาลัยอาชีวศึกษาแห่งหนึ่ง	
มาลัย จินากุล, พรณี บุญชรพิทักษ์กิจ	



รายงานการวิจัย

หน้า

ผลของโปรแกรมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยง อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู	382
ปาริฉา ไสโยท , พรพนัฏ บัญชรหัตถกิจ	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนเพ็ก อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม	391
จิตาภรณ์ ไสโยท , พรพนัฏ บัญชรหัตถกิจ	
การพัฒนาสมรรถนะเชิงการจัดการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตสุขภาพที่ 11 เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ	400
สัมพันธ์ กสิณนาก , ผ่องศรี วาณิชชัญญะ , วันชัย ชรรณสังการ	
ผลของโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมที่เข้ารับบริการคลินิกส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นอำเภอเมืองขอนแก่น	408
นพศักดิ์ ภูริวัฒน์ภัก , อุฬารณีย์ โสตะ	
การประยุกต์การจัดการความรู้ (Knowledge management) และเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP) เพื่อพัฒนาการเรียนรู้ตามจุดมุ่งหมายรายวิชา 1401 309 จิตวิทยาสุขภาพ ของนิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	416
วิรัตน์ ปานศิลา	
พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอห้วยผึ้งจังหวัดกาฬสินธุ์	423
ไพฑูรย์ อุไรชื่น , พัชรินทร์ ทวีพิเศษ	
ปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	
อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์	431
นริศรา ศรีแก้วน้ำใส , ชัญญา อภิบาลกุล	
การกำหนดขนาดและการกระจายตัวของฝุ่นละอองในหมู่บ้านจัดสรรที่มีการก่อสร้าง เขตเทศบาลตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น	438
ศาวดี สุมาโท	
ผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการใช้มีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในหมู่บ้านริมแม่น้ำเขื่อนลำปาว	
อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์	444
จินดา ศรีบุญมา , พรพนัฏ บัญชรหัตถกิจ	
การประเมินผลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี	453
วิภาญ ชูลเงิน , นิสากร วิบูลย์ , ธนอมศรี อนันต์ศรี , มณีรัตน์ สุขสะอาด	
การอบรมเลี้ยงดูทารกกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า	464
อมรรัตน์ เพ็งแสน , สมจิต แคนสีแก้ว	
กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนลด ละ เลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	472
อ้อด สักศิริ , สมจิต แคนสีแก้ว	
การปลูกถ่ายฟันให้ตนเอง : รายงานผู้ป่วย 1 ราย	478
เบญจวรรณ วัฒนจิรโสโสภา	
การปฏิบัติในการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	485
ศักดิ์วัลย์ ปราบนอก	
การส่งเสริมการทำปฏิกิริยาชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษ	492
จุไรรัตน์ ธุโรตร , พรนิภา ลุมโฮม	
การประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์วิเคราะห์เส้นทางเก็บขยะมูลฝอย ในเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์	500
อัครพล ภูมิ , ชัยชัย จันทร์สมุด , มนต์วี พิมพะใจ	
ความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติตัวในการสร้างความมั่นคงทางอาหาร ด้านพืชอาหารของครัวเรือน อำเภอดอนจานจังหวัดกาฬสินธุ์	508
ปิยะ จันทร์หอมทุ่ง , ชัยชัย จันทร์สมุด	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สุนทรียสนทนาร่วมกับทฤษฎีสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค ของผู้ดูแล อำเภอภูพาน จังหวัดกาฬสินธุ์	514
วัชรภรณ์ วงศ์คุณ , พรพนัฏ บัญชรหัตถกิจ	
การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นอำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์	527
ประทุมมาศ ไชยสุนทร	
ความพร้อมในการดำเนินการตามเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์	532
ธัญลักษณ์ จันทร์หอมทุ่ง , ชัยชัย จันทร์สมุด	
ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ติดเขตชายแดนแม่น้ำโขง จังหวัดมุกดาหาร	539
ปุดวัชร อาจไชยา , ชนพล ศรีฤชา	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระยะแรกที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลเทศบาลนครอุดรธานี	548
จิราวรรณ คอกบัวหลวง , พรพนัฏ บัญชรหัตถกิจ	
ผลกระทบสิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบตำบลภูผามาศ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์	555
อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์	
ชัยชัย จันทร์สมุด , คมกฤษ อ่อนประสงค์ , คมกฤษ ทองนาค	
การปรับปรุงสุขภาพอาหารในครัวเรือน บ้านตะกั่วป่า ตำบลตะกั่วป่า อำเภอหนองสองห้องจังหวัดขอนแก่น	564
พนมภรณ์ เพ็ชรตะกั่ว , คาริวรรณ เศรษฐธรรม	
การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ จังหวัดกาฬสินธุ์	572
ฉวีวรรณ ขมพูชา , วราชาติ จำเริญพัฒน์ , ชีวพัฒน์ สุทธิประภา	



วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2560

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ เป็นวารสารที่ใช้ในการเผยแพร่ผลงานวิชาการเกี่ยวกับงานสาธารณสุขและสาขาที่เกี่ยวข้องจัดทำขึ้นโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 3 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มีนาคม – มิถุนายน, กรกฎาคม – ตุลาคม, พฤศจิกายน – กุมภาพันธ์ ของทุกปี เพื่อตอบสนองวิสัยทัศน์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ ระยะ 5 ปี (ปี 2556 – 2560) คือ ชาวกาฬสินธุ์สุขภาพดีแบบพอเพียงในปี พ.ศ.2560 และได้ประกาศวาระสุขภาพ ของจังหวัดกาฬสินธุ์ คือจะต้องลดการป่วยและตายด้วยโรคที่เป็นปัญหาของจังหวัดได้และสังคมกาฬสินธุ์มีวัฒนธรรม วิถีชีวิตสุขภาพที่มีความพอเพียงเป็นองค์กรร่วม ซึ่งการถ่ายทอดยุทธศาสตร์สู่ระดับหน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้จัดยุทธศาสตร์ รองรับโดยกำหนดวิสัยทัศน์ของหน่วยงานคือ “เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และภูมิปัญญาด้านสุขภาพที่เป็นเลิศในการสร้างระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งและพอเพียง”โดยใช้องค์ความรู้เป็นฐานของการพัฒนาและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนด จึงจำเป็นต้องเผยแพร่องค์ความรู้ทั้งที่เป็นรายงานการวิจัย บทความและนวัตกรรมที่เกิดจากการศึกษาหรือการปฏิบัติงานทางด้านสุขภาพทั้งจากจังหวัดกาฬสินธุ์เอง และจากพื้นที่อื่นในประเทศ เพื่อเกิดองค์ความรู้ นำไปสู่การถอดบทเรียนจนไปสู่การประยุกต์ใช้ที่เหมาะสมกับงานสาธารณสุข และในโอกาสนี้ทางคณะผู้จัดทำจึงขอเชิญท่านที่มีผลงานทางวิชาการได้ร่วมส่งผลงานเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้และนวัตกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้เป็นฐานความรู้ต่อผู้อ่านในฉบับต่อไป

สำหรับวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 28 (ปีที่ 10 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รับรวมงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพ ตั้งแต่เดือน ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2560 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายกันไป ซึ่งได้แก่ ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคปริทันต์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอเมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของของผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของผู้บริหารที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดมหาสารคาม ปัจจัยชุมชนที่มีผลต่อ ความรู้ และการมีส่วนร่วม ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนจาน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพในการพัฒนาพฤติกรรมของผู้ปกครองเพื่อป้องกันโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลเมืองชัยพัฒนาอำเภอเมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในสุขศาลา อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ สถานการณ์ เงื่อนไข ปัญหา ความต้องการและสภาพการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองตามหลักการแพทย์ทางเลือก ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมในชุมชน แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลยการสนับสนุนจากองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในจังหวัดหนองคาย การพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจำกัดกิจกรรมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทของภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย การศึกษาความชุกโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในอำเภอภูพาน จังหวัดขอนแก่น ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลช้าง จังหวัดขอนแก่น การดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ ผลของโปรแกรมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานีรูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี การพัฒนาศักยภาพความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมโดยใช้กระบวนการการปรึกษาผู้ใช้ : การวิจัยและพัฒนา การพัฒนาสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 โดยใช้กระบวนการจัดตั้งปัญญาในเขตอำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร ความฉลาดทางสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุดรธานี การสนับสนุนจากองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา บรรยากาศองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐาน หน่วยบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี-โคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมกับการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลตำบลพระยืนมิ่งมงคลอำเภพระยืน จังหวัดขอนแก่น กระบวนการบริหารงานที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในการดำเนินงานหมอครอบครัวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น สุนทรียทักษะผู้นำที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความขัดแย้ง ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น ประสิทธิภาพของโปรแกรมลด ละ เลิก ต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาในระดับปริญญาตรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ความสามารถของผู้ประกอบการในการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของร้านขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2557 เขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม การพัฒนาเอกสารให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมโดยใช้กระบวนการการปรึกษาผู้ใช้ : การวิจัยและการพัฒนาสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 โดยใช้กระบวนการจัดตั้งปัญญาในเขตอำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร ความฉลาดทางสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุดรธานี การสนับสนุนจากองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา บรรยากาศองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐาน หน่วยบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี-โคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมกับการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลตำบลพระยืนมิ่งมงคลอำเภพระยืน จังหวัดขอนแก่น กระบวนการบริหารงานที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในการดำเนินงานหมอครอบครัวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น สุนทรียทักษะผู้นำที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความขัดแย้ง ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น ประสิทธิภาพของโปรแกรมลด ละ เลิก ต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาในระดับปริญญาตรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ความสามารถของผู้ประกอบการในการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ของร้านขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2557 เขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานสาธารณสุขต่อไป

ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคปริทันต์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอเมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

**The Effects of Dental Health Education Program on Behavioral Modification for Periodontitis
among Type 2 Diabetes Patients in Khong-Chai District Kalsin Province.**

กฤษฎาธิ ภาชนะวรรณ¹, ปาริชา นิพพานนท์²

Krittachat Pachanawan¹, Paricha Nippanon²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคปริทันต์ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอเมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นโรคเหงือกอักเสบ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คนระยะเวลาในการทดลอง 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนด้วยสถิติ Paired Sample t-test และ Independent t-test, 95%Confident interval กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคปริทันต์ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบระดับนัยสำคัญที่ 0.05 คะแนนเฉลี่ยของปริมาณการบ้วนปากและสถานะเหงือกอักเสบในกลุ่มทดลอง ลดลงจากก่อนการทดลอง และลดลงจากกลุ่มเปรียบเทียบระดับนัยสำคัญที่ 0.05

คำสำคัญ: ทันตสุขภาพ;ความสามารถแห่งตน;ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม;ปริทันต์;ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ABSTRACT

This study is quasi-experimental research and aimed to study The Effects of Dental Health Education Program on Behavioral Modification for Periodontitis among Type 2 Diabetes Patients in Khong - Chai District Kalasin Province. The samples were Type 2 Diabetes Patients with gingivitis. They were divided into an experimental and a comparison group of 30 participants each. The duration of implementation was 12 week. Data were collected by questionnaires. Interview. Descriptive data were analyzed by descriptive statistic such as frequency, percentage, mean and standard deviation. Comparative analysis was used Paired Sample t-test Independent, and 95% Confident Interval, and Significant setting at level 0.05.

The results showed that after the experiment the experimental group had mean scores of knowledge, Perceived Self-Efficacy, Outcome expectation, and practice for periodontitis prevention were higher significantly than before experimental and comparison group (p-value < 0.001). Dental plaque and gingivitis status of experimental group decreased significantly than before experimental and comparison group (p-value < 0.001).

This study, The experimental group was received dental health education program. The implementations consist of activities such as lecture, group activities, demonstration, practice tooth brushing and dental floss using. The result showed that the students had preventive periodontitis improved behavioral modification.

Keyword: Dental Health, Self-Efficacy, Behavioral Modification, Periodontitis, Type 2 Diabetes Patients

¹ นักศึกษาลัทธิธรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (สุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์

บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุข และมีผู้ป่วยตายเพิ่มมากขึ้น ในทุก ๆ ปี พบการรายงานว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน 4 ล้านคนต่อปี เฉลี่ย 8 วินาทีต่อ 1 คน⁽¹⁾ สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวาน ทั่วโลกในปี พ.ศ. 2554 มีผู้ป่วยประมาณ 346 ล้านคน ซึ่งคาดการณ์ไว้ว่า ในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 380 ล้านคน⁽²⁾

ประเทศไทย โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต ของคนไทย ซึ่งจากการจัดอันดับสูญเสียในปี 2552 พบว่า โรคเบาหวานทำให้เกิดการสูญเสียปีเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 8.6 และเป็นอันดับ 7 ในเพศชายคิดเป็นร้อยละ 3.8⁽³⁾ ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2556 มีอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน 14.93 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน⁽¹⁾ จากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-52 พบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 3,185,639 รายคิดเป็นร้อยละ 6.9 โดยความชุกในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย ร้อยละ 7.7 และ 6.0 ตามลำดับ ซึ่งความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุโดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 60-69 ปี พบสูงถึงร้อยละ 16.7⁽⁴⁾ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีจำนวนผู้ป่วยตายด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เท่ากับ 91, 97, 102, ราย อัตราความชุก 9.25, 9.88, 12.19 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคน⁽¹⁾ อำเภอม้องชัยพบผู้ป่วยตายด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2554 - 2556, มีจำนวนผู้ป่วยตาย 42, 56, 98, ราย อัตราความชุกเท่ากับ 8.36, 11.15, 19.52 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอม้องชัย ที่รักษาอยู่ในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข มีทั้งหมด 983 ราย และมารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอม้องชัย ทั้งหมด 502 ราย พบว่ามีปัญหาสุขภาพช่องปาก ทั้งหมด 352 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.12 (ฝ่ายเวชปฏิบัติ โรงพยาบาลกมลาไสย, 2557) จำแนกเป็น มีหินปูน 124 ราย โรคปริทันต์จำนวน 92 ราย ฟันผุ 86 ราย เหงือกอักเสบ 32 ราย

และโรคในช่องปากอื่นๆ อีก 18 รายคิดเป็นร้อยละ 35.5, 26.1, 24.4, 9.0, 5.1, ตามลำดับ⁽⁵⁾

จากข้อมูลดังกล่าวนี้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเหงือกอักเสบ และโรคปริทันต์โดยโรคเหงือกอักเสบเป็นอาการของระยะเริ่มต้นที่อาจส่งผลต่อการเกิดโรคปริทันต์ได้ ในปัจจุบันมีหลายการศึกษาถึงความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยพบว่า จะมีความชุกของการเกิดโรคปริทันต์อักเสบสูงกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (17.3% และ 9%) นั่นคือผู้ป่วยเบาหวานจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์อักเสบมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวานถึง 2 เท่า⁽⁶⁾ ความสัมพันธ์ของโรคเบาหวานกับโรคปริทันต์เป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์และทันตแพทย์มาเป็นเวลานาน สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดให้ภาวะเหงือกอักเสบเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานมีอาการเปลี่ยนแปลงเนื้อเยื่อในช่องปาก เช่น มีภาวะปากแห้ง มีการตอบสนองต่อเชื้อโรคต่ำ ติดเชื้อได้ง่าย การหายของแผลช้า จึงเพิ่มโอกาสที่จะทำให้เกิดการอักเสบของเหงือกและมีโอกาสสูญเสียเนื้อเยื่อรอบฟันและกระดูกเข้าฟันได้ง่าย โดยเกิดจากพฤติกรรมที่ผู้ป่วยเบาหวาน แปรงฟันไม่สะอาด ไม่ถูกวิธี ทำให้มีคราบจุลินทรีย์ ก่อต่อเป็นคราบหินปูน ทำให้เหงือกอักเสบเรื้อรัง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีพฤติกรรมกินอาหารจุบจิบ ทำความสะอาดช่องปากไม่สะอาด ก่อต่อเป็นคราบจุลินทรีย์ส่งผลต่อการเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดกว่าคนปกติถึง 4 เท่า⁽⁷⁾ จากปัญหาดังกล่าวจึงเห็นถึงความสามารถของตนเองในการควบคุมกำกับการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะสามารถควบคุมปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากได้ การดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีความสามารถของตนเองของแบนดูรา โดยทฤษฎีนี้เชื่อว่าพฤติกรรมของคนเกิดจากความสามารถของบุคคลโดยรับรู้ว่าตนเองสามารถทำในสิ่งนั้นได้และ คาดหวังว่าจะเกิดผลลัพธ์ที่ดี บุคคล ก็จะ

แสดงพฤติกรรมนั้นๆ ออกมาโดยการที่จะแสดงความสามารถของตนเองได้นั้นโดยอาศัยประสบการณ์ ทั้งการสังเกตพฤติกรรมจากคนอื่นการมีแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวรวมถึงการกระตุ้นทางอารมณ์ การรับรู้ความสามารถจึงจะเป็นสิ่งสำคัญ ที่สามารถจะทำนายหรือตัดสินใจว่า บุคคลนั้น จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องตลอดไป ถ้าหากว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รู้ถึงความสามารถของตนเอง และเริ่มมีความคาดหวังกับผลลัพธ์ พร้อมทั้งกำกับตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคปริทันต์นั้น ว่าสามารถปฏิบัติตัวได้หรือปฏิบัติตัวไม่ได้โดยต้องอาศัย ตัวแบบร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จะเป็นตัวกระตุ้นที่ดีให้แก่กลุ่มผู้ป่วย อันจะเป็นประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อป้องกันโรคปริทันต์และช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดี โดยใช้วิธีการกระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยกัน สอดคล้องกับการศึกษาของดวงสมร นิลตานนท์ (2553)⁽⁸⁾ ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองและกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการ โรคปริทันต์ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรคปริทันต์ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณการบ้วนจุลินทรีย์ สภาวะเหงือกอักเสบ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนน และค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนน พฤติกรรมการป้องกันโรคปริทันต์สูงกว่าก่อนการทดลอง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pre-test post-test control group design)) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีกิจกรรมให้ความรู้ทันตสุขภาพ กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ใช้กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดฐานการเรียนรู้ ในการแปร่งพื้นที่ถูกวิธี การแปร่งฟันให้สะอาด การย้อมคราบจุลินทรีย์ การตรวจคราบจุลินทรีย์ ตรวจช่องปากด้วยตนเอง ประกวดผู้ป่วยเบาหวาน 3 ดี ติดตามในชุมชนโดยใช้การสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการป้องกันโรคปริทันต์ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการโปรแกรมตามปกติที่เป็นกิจกรรมในโปรแกรมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะเหงือกอักเสบ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่ได้รับการ ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่มารับยาโรคเบาหวานที่สุซศาลาพร้อมรับการตรวจสุขภาพช่องปาก และพบว่ามีปัญหาโรคเหงือกอักเสบ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะเหงือกอักเสบได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร ดังนี้⁽⁹⁾

$$n/\text{กลุ่ม} = \frac{2 \sigma^2 (Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดทำกิจกรรมในการศึกษาทดลอง ได้แก่การ ให้ความรู้ “โสเหล่เล่าสู่กันฟัง” โดยการอภิปราย ใช้กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ จัดฐานการเรียนรู้ โดยแบ่งเป็น 4 ฐานการเรียนรู้แบบเวียนกลุ่ม รู้ตัวรู้ตนใช้ตัวแบบ โดยใช้บุคคลที่สามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้ดีคือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ที่ดูแลสุขภาพช่องปากได้ดี ในพื้นที่พร้อมทั้งสาธิตและฝึกปฏิบัติ โดยกาตั้งเป้าหมายในการแปรงฟันที่ถูวิธี, การแปรงฟันให้สะอาด, การข้อมคราบจุลินทรีย์, การตรวจคราบจุลินทรีย์, ตรวจช่องปากด้วยตนเอง, และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับคู่หูผู้ฟันสวยการจัดประกวดผู้ป่วยเบาหวาน 3 ดี แปรงดี สุขภาพดี ฟันดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 5 ส่วนส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในการป้องกันโรคปริทันต์ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองและกระบวนการกลุ่ม ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคปริทันต์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในการป้องกันโรคปริทันต์ ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อการป้องกันโรคปริทันต์ ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อการป้องกันโรคปริทันต์ ส่วนที่ 5 การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคปริทันต์ และแบบบันทึกการตรวจสถานะทันตสุขภาพแบบบันทึกการตรวจฟัน;แบบบันทึกการตรวจสถานะเหงือก; แบบบันทึกปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อสอบกับจุดประสงค์ (The Index of Item Objective Congruence) หรือค่า IOC ค่าที่ยอมรับได้คือตั้งแต่ 0.50-1.00 ค่าที่ได้เท่ากับ 0.89 ตัวแปรด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคปริทันต์เบาหวานกับสุขภาพช่องปากใช้วิธีการ Kuder-Richardson

20: KR-20 จากแบบสอบถามหาความยากง่ายในการวัดตัวแปรด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค ปริทันต์ เท่ากับ 0.61 การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่น ไม่น้อยกว่า 0.70

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนอาสาสมัครแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ประกอบทั้งหมด 6 กิจกรรม ระยะเวลาดำเนินงาน 12 สัปดาห์ ซึ่งมีรายละเอียดในการดำเนินงาน ดังนี้

โสเหล่เล่าสู่กันฟัง สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมทันตสุขภาพชี้แจงแนวทางการดำเนินงานวิจัย สร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ โดยการอภิปราย ใช้กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้สื่อสไลด์ วิดีทัศน์และกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยการอภิปรายกลุ่ม

รู้เขารู้เรา สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมทันตสุขภาพครั้งที่ 2 สร้างการรับรู้ความสามารถตนเองผ่านกระบวนการจัดการเรียนรู้ โดยแบ่งเป็น 4 ฐานการเรียนรู้แบบเวียนกลุ่ม ประกอบด้วย ฐานที่ 1 ห้องเรียนยิ้มหวาน, ฐานที่ 2 เมนูคนอ่อนหวาน, ฐานที่ 3 “รู้ตัวรู้ตนใช้ตัวแบบ โดยใช้บุคคลที่สามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้ดีคือผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ที่ดูแลสุขภาพช่องปากได้ดี มาเป็นตัวแบบ ในพื้นที่พร้อมทั้งสาธิตและฝึกปฏิบัติ ฐานที่ 4 เฮฮาฟันดีชีวิ

พาเอ็ด พาทำ สร้างความคาดหวังในผลลัพธ์ สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมทันตสุขภาพครั้งที่ 3 โดยการตั้งเป้าหมายในการแปรงฟันที่ถูวิธี, การแปรงฟันให้สะอาด, การข้อมคราบจุลินทรีย์, การตรวจคราบจุลินทรีย์, ตรวจช่องปากด้วยตนเอง, และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับคู่หูผู้ฟันสวยฝึกปฏิบัติเป็นดับแบบที่ดีต่อกัน ยกตัวแบบคู่หูที่ประสบผลสำเร็จ กิจกรรมกลุ่มสนทนา “ดีที่ตน” “ดีที่ปาก “ดีที่เป็นเบาหวาน” พร้อมยกตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่มีพฤติกรรมกาปฏิบัติตนเองในการดูแลรักษาโรคเบาหวานของตนที่เหมาะสม

เฮฮา ฟันดี ชีวิมีสุข สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมทันตสุขภาพครั้งที่ 4 กระตุ้นทางอารมณ์โดยผ่านการจัดประกวดผู้ป่วยเบาหวาน 3 ดี แปรงดี สุขภาพดีฟันดี ให้รางวัล

บ เบาหวานพืดดี สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมทนต์สุขศึกษาครั้งที่ 5 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันข้อมูลตรวจสอบภาพช่องปากโดยเล่าประสบการณ์

อย่าลืมนัด สัปดาห์ที่ 6-12 กิจกรรมทนต์สุขศึกษาครั้งที่ 6 ติดตามในชุมชนโดยใช้การสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีผู้ร่วมสนทนา 7 -12 คนโดยการจัดสนทนากลุ่มใช้คำถามปลายเปิด โดยแบบบันทึกคู่มือพืดดีโดยต้นแบบคู่มือผู้พืดดีสวย ให้รางวัลต่อผู้มีสุขภาพช่องปากที่ดี 4 สัปดาห์ต่อ การติดตาม ในสัปดาห์ที่ 6,8,10,12 สัปดาห์ละ 1 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) ค่าต่ำสุด (min) ค่าสูงสุด (max) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคปริทันต์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตัว ปริมาณคราบจุลินทรีย์ สภาวะเหงือกอักเสบ โดยใช้ Independent t-test, Paired t-test, และ 95%CI กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

จากผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุระหว่าง 56 - 60 ปี ขึ้นไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ประกอบอาชีพคืออาชีพเกษตรกรกรรม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาในระดับประถมศึกษา กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท โรคแทรกซ้อน พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคแทรกซ้อน ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 1 - 5 ปี การสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ การใส่ฟันปลอม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่ใส่ฟันปลอม

ตาราง 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคปริทันต์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตัว ปริมาณคราบจุลินทรีย์ สภาวะเหงือกอักเสบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=38)		กลุ่ม เปรียบเทียบ (n=38)		Mean Difference	t	95% CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D				
ความรู้	17.20	1.69	16.87	1.59	0.33	1.17	- 0.25 ถึง 0.92	<0.001
การรับรู้ความสามารถตนเอง	23.47	2.62	19.77	1.55	3.70	6.50	2.53 ถึง 4.78	<0.001
คาดหวังในผลลัพธ์	15.13	1.94	14.97	1.83	0.17	0.67	- 0.34 ถึง 0.68	<0.001
การปฏิบัติตัว	16.03	1.97	15.97	2.23	0.07	0.70	- 0.13 ถึง 0.26	<0.001
คราบจุลินทรีย์	3.61	0.07	2.74	0.13	0.87	5.68	0.56 ถึง 1.18	< 0.001
สภาวะเหงือกอักเสบ	1.83	0.11	1.82	0.12	0.006	0.09	- 0.12 ถึง 0.13	< 0.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางพบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับการ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคปริทันต์ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่ม

เปรียบเทียบด้านคะแนนเฉลี่ยของปริมาณคราบจุลินทรีย์ และสถานะเหงือกอักเสบในกลุ่มทดลอง ลดลงกว่าก่อนการทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคปริทันต์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง

ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตัว ปริมาณคราบจุลินทรีย์ สถานะเหงือกอักเสบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=38)		กลุ่ม เปรียบเทียบ (n=38)		Mean Difference	t	95% CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D				
ความรู้	20.07	2.20	16.63	1.63	6.43	12.11	5.35 ถึง 7.52	<0.001
การรับรู้ความสามารถตนเอง	23.47	2.55	19.70	1.55	3.77	6.46	2.57 ถึง 4.96	<0.001
กาคาดหวังในผลลัพธ์	21.10	2.82	15.10	1.90	6.0	8.48	4.55 ถึง 7.45	<0.001
การปฏิบัติตัว	19.40	2.23	15.53	2.27	3.87	7.22	2.77 ถึง 4.96	<0.001
คราบจุลินทรีย์	0.83	0.09	2.82	0.17	-1.99	11.90	-2.34 ถึง -1.65	< 0.001
สถานะเหงือกอักเสบ	0.51	0.48	1.92	0.90	-1.41	12.57	-1.64 ถึง -1.18	< 0.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางพบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับการ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคปริทันต์ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ด้านคะแนนเฉลี่ยของปริมาณคราบจุลินทรีย์ และสถานะเหงือกอักเสบในกลุ่มทดลอง ลดลงกว่าก่อนการทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ดังตารางที่ 2

สรุปและอภิปรายผล

1. คะแนนความรู้พบว่าภายหลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ ต่อการป้องกันการเกิดโรคปริทันต์ สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนด้านความรู้ ต่อการป้องกันการเกิดโรคปริทันต์ สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value

< 0.001) นอกจากนี้ยังพบว่า คะแนนเฉลี่ยผลต่างของด้านความรู้ ต่อการป้องกันการเกิดโรคปริทันต์ ที่สูงขึ้นในกลุ่มทดลองสูงกว่าในกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001 จากการ จัดกิจกรรมในโปรแกรมพบว่า ความรู้ที่สูงขึ้นทั้งใน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผลมาจาก การเรียนรู้จากการเรียนรู้ จากสื่อวีดิทัศน์ สไลด์ คู่มือการป้องกันโรคปริทันต์ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แผ่นพับและการจัด กิจกรรมให้ความรู้ซึ่งในกลุ่มทดลองใช้กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยน ถึงภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานกับโรคปริทันต์ จากความคิดเห็นของ Redmen (1976)⁽¹⁰⁾ การเรียนรู้ที่ทำให้สามารถกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยใช้ความคิด ผู้เรียนจะได้รับความรู้ความเข้าใจและมั่นใจเพิ่มขึ้นและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน โรคปริทันต์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิภาพร ผดาศรี (2557)⁽¹¹⁾

2. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคปริทันต์พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคปริทันต์ สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) นอกจากนี้ยังพบว่า คะแนนเฉลี่ยผลต่างของด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันโรคปริทันต์ ที่สูงขึ้นในกลุ่มทดลองสูงกว่าในกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยได้รับโปรแกรม ทันตสุขศึกษา จากการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ผ่านกระบวนการจัดฐานการเรียนรู้ ใช้การเล่าประสบการณ์ ยกตัวอย่าง สาธิตตัวอย่างอาหาร โดยภาพพลิก ใช้ตัวแบบ โดยใช้บุคคลที่สามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้ดีคือ ผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวานที่ดูแลสุขภาพช่องปากได้ดีในพื้นที่พร้อมทั้งสาธิตและฝึกปฏิบัติ โดยการรับรู้ความสามารถของตน ตามทฤษฎีความสามารถตนเอง ของ Bandura, 1997 ในการรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) ซึ่ง ให้ความหมายว่าเป็นการตัดสินใจความสามารถตนเองว่า สามารถทำงานในระดับใด หรือ ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับ ความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต ความเชื่อในความสามารถตนเองพิจารณาจากความรู้สึกรู้สึก ความคิด การตั้งใจและพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงเดช ขจรจารัส (2556)⁽¹²⁾

3. ด้านความพฤติกรรมความคาดหวังในผลลัพธ์พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนด้านความคาดหวังของการตอบสนองต่อความคาดหวังในผลลัพธ์ในการป้องกันโรคปริทันต์ สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) นอกจากนี้ยังพบว่า คะแนนเฉลี่ยผลต่างของด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ ที่สูงขึ้นในกลุ่มทดลองสูงกว่าในกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยผ่านการจัดกิจกรรม การสร้างความคาดหวังในผลลัพธ์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยการตั้งเป้าหมายในการแปรงฟันที่ถูกวิธี, การแปรงฟันให้สะอาด, การซื้อแปรงสีฟัน, การตรวจคราบจุลินทรีย์,

ตรวจช่องปากด้วยตนเอง, และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มผู้ฟันสวยฝึกปฏิบัติเป็นตัวแทนที่ดีต่อกัน ยกตัวแบบผู้ที่ประสบผลสำเร็จ แลกเปลี่ยนประสบการณ์จุดแข็งใน การดูแลสุขภาพช่อง ตามทฤษฎีความสามารถตนเอง ของ Bandura, 1997 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Outcome expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าพฤติกรรมเฉพาะ อย่าง ที่ปฏิบัติ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้เป็นการคาดหวังในสิ่งที่เกิดขึ้นสืบเนื่องจากพฤติกรรม ที่ได้กระทำ ประกอบด้วยความคาดหวังทางบวก คือ สิ่งจูงใจให้กระทำและทางลบคือสิ่งที่ไม่จูงใจให้กระทำ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงสมร นิลตานนท์ (2553)⁽⁸⁾

4. การปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรค ปริทันต์พบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคปริทันต์ สูงกว่า ก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) นอกจากนี้ยังพบว่า คะแนนเฉลี่ยผลต่างของด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคปริทันต์ที่สูงขึ้นในกลุ่มทดลองสูงกว่าในกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) กิจกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรค ปริทันต์ ซึ่งได้ใช้กลวิธีทางสุขศึกษา การใช้กิจกรรมกลุ่มในการฝึกปฏิบัติ พัฒนากิจกรรมแปรงฟันให้ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองได้เห็นแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน โรคปริทันต์ อีกทั้งมีการสาธิตด้วยโมเดลฟันเพื่อการฝึกทักษะการแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟันที่ถูกวิธีพร้อมสาธิตจริง และทำการทดสอบเพื่อตรวจหาปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ โดยการใช้น้ำย้อมฟันเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้เห็นถึงประสิทธิภาพการแปรงฟันด้วยตนเอง การฝึกตรวจฟันด้วยตนเอง ประกอบการสาธิตและฝึกปฏิบัติ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคปริทันต์ได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสมจนเป็นนิสัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของสุทธทัย พลแสน (2554)⁽¹³⁾

5. การเปลี่ยนแปลงปริมาณคราบจุลินทรีย์และสภาวะเหงือกอักเสบพบว่า ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนด้านปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองและลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) นอกจากนี้ยังพบว่า คะแนนเฉลี่ยผลต่างของด้านปริมาณคราบจุลินทรีย์ที่ลดลงในกลุ่มทดลอง ลดลงต่ำกว่าในกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เช่นกัน ส่วนสภาวะเหงือกอักเสบของกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองและลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนสภาวะเหงือกอักเสบ ที่ลดลงในกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าในกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เช่นกัน ผลจากกิจกรรมในโปรแกรมทันตสุขภาพที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นให้กลุ่มทดลอง ได้แก่ การฝึกทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธี การใช้ไหมขัดฟันที่ถูกวิธี ฝึกรับรู้การตรวจฟันด้วยตนเอง รวมถึงการทดสอบเพื่อตรวจหาปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์โดยการใช้น้ำสีย้อมฟันสามารถปฏิบัติ ได้อย่างถูกต้อง ทำให้ปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิภาพร ผลาศรี (2557)⁽¹¹⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chiapinotto et al. (2013)⁽¹⁴⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านความรู้โดยใช้สื่อ วิดีทัศน์ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้เห็นภาพชัดเจน เกี่ยวกับความเป็นมาตามลำดับ เข้าใจง่าย มีภาพประกอบ โดยการอภิปราย ใช้กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2. ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อการใช้ไหมขัดฟัน และแปรงซอกฟันยังมีผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก จึงควรมีการพัฒนากิจกรรมในการให้ทันตสุขศึกษาและการฝึกทักษะการใช้ไหมขัดฟัน และแปรงซอกฟัน เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากมากขึ้น เพื่อมีสุขภาพช่องปากที่ดี

3. ด้านความคาดหวังผู้ป่วยเบาหวานมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทั้งในด้านผลดีต่อสุขภาพช่องปากและด้านผลเสียที่เกิดจากพฤติกรรมทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถนำข้อดีไปใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก และไม่ปฏิบัติในสิ่งที่ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพช่องปาก

4. โปรแกรมทันตสุขภาพทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดการเรียนรู้ นำไปสู่การปฏิบัติในการป้องกันโรคปริทันต์ในทางที่ดีขึ้นทั้งทางด้านความสามารถของตนเอง ด้านความคาดหวังต่อผลดีในการปฏิบัติ ควรนำไปปรับใช้ในการส่งเสริม ทันตสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในชุมชนอื่นๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนการศึกษาวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนแดงทุกท่าน ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือและขอบคุณผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถิติข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. 2555. ค้นเมื่อ 5 กรกฎาคม 2558, จาก <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
2. American Diabetes Association . Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care Journals. 35:1, 2013. s64-s71.
3. นุชรี อาบสุวรรณ และนิตยา พันธุเวชย์. ประเด็นเบาหวานโรค สถิติข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. 2012. ค้นเมื่อ 22 มิถุนายน 2558, จาก [http://www.dpck5.com/PR/57diabetes\(14Nov57\).doc](http://www.dpck5.com/PR/57diabetes(14Nov57).doc)
4. สำนักงานนโยบายและพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ประเด็น เบาหวานโรคสถิติข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. 2552. ค้นเมื่อ 22 มิถุนายน 2558, จาก [http://www.dpck5.com/PR/57-diabetes\(14Nov57\).doc](http://www.dpck5.com/PR/57-diabetes(14Nov57).doc)

5. กลุ่มงานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลกมลาไสย. รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากระดับอำเภอ .[ม.ป.ท.:ม.ป.พ.].2557. เอกสาร
อัดสำเนา.
6. รดนา ไวยาวจี. ความสัมพันธ์ของการเกิดโรคปริทันต์อักเสบและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัด
สระแก้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการวิจัยทางทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2556.
7. จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ. **ทันตสาธารณสุข.กรุงเทพ :** โรงพิมพ์ชุมนุมการเกษตรแห่งประเทศไทย, 2554.
8. ดวงสมร นิลदानนท์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถ แห่งตนกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุน
ทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเอราวัณอำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.
9. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานา, 2547.
10. จุฬารักษ์ โสตะ. กลยุทธ์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ขอนแก่น: ภาควิชาสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2546.
11. นิภาพร ผดาศรี. **ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคปริทันต์ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเหงือกอักเสบ ใน
เขตอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภูจังหวัดหนองบัวลำภู.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพ
ศึกษาและ การส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2557.
12. ทรงเดช ยศจำรัส. ผลการพัฒนาความสามารถของตนเองและการตั้งเป้าหมายเพื่อเปรียบเทียบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับ
น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศา
สตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2556.
13. สุดทัย พลแสน. ผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทาง สังคมในการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ
กลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลสวายอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. วารสารสุขภาพภาคประชาชนกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 7(1) 2554, 6-16.
14. Chiapinotto, F.A., et al. Risk factors for gingivitis in group of Brazilian schoolchildren. **Journal of Public Health Dentistry**, 7(1), 2013.9-
17.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

FACTORS RELATED TO THE EFFECTIVENESS OF PATIENT UNITS AS PERCEIVED BY HEAD NURSES IN COMMUNITY HOSPITAL, NORTHEAST REGION OF THAILAND.

วราทิพย์ บุญญารากุล¹, รองศาสตราจารย์ วิภาพร วรหาญ²

Varathip Boonyarakul, Wiphaporn Vorahan

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบการศึกษาความสัมพันธ์เชิงพยากรณ์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยศึกษาจากหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ได้รับการแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่ตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป ในโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ได้รับการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ จำนวน 240 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย แบบสอบถามแรงงูใจใฝ่สัมฤทธิ์ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย ประสิทธิภาพของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย และปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน และหาความเที่ยงของการทำงานเป็นทีมของพยาบาล แรงงูใจใฝ่สัมฤทธิ์ของพยาบาลวิชาชีพ และประสิทธิผลในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง คือ 0.95 0.94 และ 0.95 9 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืนมา 227 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 98.26 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ผลการศึกษาพบว่า 1) ประสิทธิภาพของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.08$, S.D. = .48) 2) แรงงูใจใฝ่สัมฤทธิ์ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย และการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย 3) ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายการผันแปรต่อประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือแรงงูใจใฝ่สัมฤทธิ์ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ 0.317 และการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ 0.285 และค่าโดยมีความแปรผันของประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยได้ร้อยละ 35.4 ($R^2 = 0.354$) 4) ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพของหอผู้ป่วยตามความคิดเห็นของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ ในหอผู้ป่วยมักไม่ค่อยได้ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย ขาดการมีส่วนร่วม ควรมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันให้ชัดเจนมากขึ้น เช่นการทำSWOTองค์การ บุคลากรทุกระดับควรมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายของทีม รวมถึงการสื่อสารข้อมูลข่าวสารและนโยบายต่างๆ ให้กับทีมงาน และมีกรณีศึกษาติดตาม อย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพของหอผู้ป่วย แรงงูใจใฝ่สัมฤทธิ์ การทำงานเป็นทีม

ABSTRACT

This research aimed to study the factors that influence the effectiveness of each patient unit under the perception of head nurses in the community hospitals, Northeast Region of Thailand. There were 240 selected subjects by using stratified random sampling method. Each subject was an assigned head nurses or sub-head nurses, at least 1 year on duty in the community hospitals. The instrument used in collecting data was a questionnaire designed on five rating scale. Each subjects were asked to fill out the questionnaire were designed to find the

¹ นักศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อาจารย์ภาควิชาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

correlation between four selected factors and nursing management. This questionnaire was validated by seven experts with Cronbach's alpha of 0.95 0.94 and 0.95. The data is collected via post. There were 227 integral returned, which was a percentage of 98.2 percent. The data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and stepwise multiple regression analysis.

The result indicated. 1) The effectiveness of patient unit under the perception of head nurses in the community hospitals, Northeast Region of Thailand is in high level ($\bar{X} = 4.08$, S.D=.48) 2) The nurses' achievement motivation and behavior to work in a team under the perception of head nurse are related to influence the effectiveness of patient unit. 3) Problems and suggestions: The effectiveness of patient unit by suggestions of head nurses in northeastern community hospitals include: lack of participation in each patient unit, lack of primary goal, The Factors forecasters predict a variation on the effectiveness of patient unit as perceived by the head nurse. There is a significant achievement motivation of nurses in the ward, as perceived by the head nurse. The coefficient regression standard (Beta) of 0.317, followed by the team of nurses in the wards. The coefficient regression standard (Beta) was 0.285, respectively, with a variation of its effectiveness nurses as perceived by the patient's head percentage 35.4 ($R^2=0.354$). 4) Problems and suggestions in the effectiveness of patient unit as perceived by the head nurse in the community hospital, include nurses do not always have a common target. Lack of participation Should be targeted more clearly with the SWOT organization personnel every part of the target. Including communication, information and policies for each team and regular supervision.

Keywords: The effectiveness of each patient unit, achievement motivation ,work in a team

บทนำ

การบริการทางด้านการสุขภาพนั้นนับได้ว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคนและทุกกลุ่มที่จะได้รับอย่างเท่าเทียมกันด้วยมาตรฐานที่ดีจากภาครัฐ โรงพยาบาลชุมชนมีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ห่างไกลมารับบริการเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยและทางรัฐบาลเองก็ได้พยายามจัดการบริการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของสังคมและประชาชนตามหลักการมาตรฐานวิชาชีพให้ครอบคลุมทุกมิติคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ส่วนใหญ่สะท้อนได้จากประสิทธิผลของหอผู้ป่วย เนื่องจากผลผลิตมากกว่าร้อยละ 50 เป็นผลจากการปฏิบัติงานในระดับหอผู้ป่วย⁽³⁾ จึงเห็นได้ว่าประสิทธิผลของหอผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการตัดสินใจดำเนินงานของโรงพยาบาลทุกแห่ง เพราะเป็นผลรวมของผลลัพธ์ที่ได้มาจากการปฏิบัติงานของสมาชิกทุกคนภายในหน่วยงานเดียวกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของโรงพยาบาล⁽¹²⁾ การประเมินประสิทธิผลของหอผู้ป่วยจะทำให้ทราบถึงศักยภาพของหอผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐานและมี

ประสิทธิภาพ โดยที่การประเมินประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของสำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขมีความเหมาะสมอย่างมาก ในการใช้ประเมินประสิทธิผลของหอผู้ป่วย เนื่องจากมีความเฉพาะเจาะจงในการประเมินผลลัพธ์ในการดำเนินงานในหอผู้ป่วย โดยใช้เกณฑ์เดียวกันทั่วประเทศ ที่มีความครอบคลุมทั้งด้านประสิทธิภาพ คุณภาพ ประสิทธิภาพ และการพัฒนาบุคลากร ซึ่งเกณฑ์นี้หอผู้ป่วยสามารถนำมาประเมินตนเองและแปลผลได้เอง ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ของการพัฒนาคุณภาพภายในหอผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นผู้ให้บริการ และบุคลากรเป็นหลักในการวัดการวิเคราะห์และการจัดการความรู้ การจัดการกระบวนการให้บริการพยาบาล และผลลัพธ์การให้บริการพยาบาล โดยมุ่งวิเคราะห์จุดแข็งหาปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จและโอกาสพัฒนาเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาต่อเนื่อง ก้าวไปสู่องค์กรที่มีบริการพยาบาลที่เป็นเลิศอย่างยั่งยืนได้อย่างแท้จริง

สำนักงานการพยาบาลได้ประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้เกณฑ์การประเมินคุณภาพบริการเดี่ยวพบว่าโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่งานบริการพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ขึ้นไป มีจำนวน 637 แห่ง คิด

เป็นร้อยละร้อยละ 75.21 จะเห็นว่ายังมีช่องว่างที่เป็นความท้าทายในการพัฒนาอีกมาก ที่จะพัฒนาให้ได้ระดับที่ดีที่สุด (ระดับ 4) และวันเพ็ญ ศิวารมย์⁽⁹⁾ ที่ได้ทำการศึกษาคุณภาพบริการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ระดับอำเภอและตำบล เขตการสาธารณสุขที่ 10 และ 12 โดยศึกษาคุณภาพบริการ พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับอำเภอมีการปรับปรุงคุณภาพบริการในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.73$, $S.D = 1.06$) ผู้รับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับอำเภอมีการรับรู้คุณภาพบริการส่งเสริมสุขภาพ ในทั้ง 10 มิติคุณภาพบริการ ต่ำกว่า ความคาดหวังของผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เป็นสิ่งต้องเร่งรัดพัฒนาเพิ่มคุณภาพทางการพยาบาล โดยการเพิ่มประสิทธิผลของหอผู้ป่วย นุญใจ ศรีสถิตินรากร⁽⁵⁾ ได้กล่าวว่าบุคคลเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาองค์กรให้ก้าวสู่องค์กรที่เป็นเลิศ บุคลากรเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการดำเนินงาน ที่เพิ่มประสิทธิผลของหน่วยงาน การที่บุคลากรมีส่วนร่วมในงาน จะทำให้รู้สึกมีคุณค่าและร่วมกันปฏิบัติงานตามเป้าหมายให้บรรลุผลสำเร็จสอดคล้องกับ ปภาวดี ประจักษ์สุกนิต⁽⁶⁾ กล่าวว่าปัญหาสำคัญประการหนึ่งขององค์กรทั้งภาครัฐและภาคเอกชน คือ ปัญหาเกี่ยวกับคนหรือทรัพยากรมนุษย์ ในองค์กร คนมีส่วนสัมพันธ์กับความสำเร็จและความมีประสิทธิภาพขององค์กรอย่างมาก ความเข้าใจเกี่ยวกับคนจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ คนหรือบุคลากรในองค์กรจัดเป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานที่มีความสำคัญของหอผู้ป่วย และมีบทบาทต่อการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย จึงเลือกปัจจัยด้านบุคคลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผลของหอผู้ป่วย การทำงานในหอผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จโดยลำพังคนเดียว ต้องอาศัยความร่วมมือเน้นในการทำงานเป็นทีม และการทำงานเป็นทีมปัจจัยหนึ่งขององค์กร ที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของหอผู้ป่วย⁽¹⁵⁾ และการทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย⁽⁵⁾ การทำงานเป็นทีมหัวใจสำคัญอย่างหนึ่งในการทำงานร่วมกัน องค์กรหรือหน่วยงานใด ที่สามารถสร้างทีมพัฒนาทีมให้ทำงานร่วมกันได้ องค์กรนั้นหน่วยงานนั้นจะเจริญก้าวหน้าไปได้อย่างรวดเร็ว

ดังนั้นการทำงานเป็นทีมที่ประสบความสำเร็จย่อมหมายถึงความสำเร็จขององค์กร จะเห็นได้ว่าการทำงานเป็นทีมเป็นกลยุทธ์การบริหารงานที่มีประสิทธิภาพที่สุดเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของงาน⁽⁹⁾ ยิ่งถ้าพยาบาลในหอผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จะมีส่งผลทำให้ประสิทธิผลของหอผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงสุด เพราะการทำงานด้วยความเต็มใจและปฏิบัติงานด้วยความกระตือรือร้นมีความสนใจและตั้งใจจริง จะสามารถดึงศักยภาพของตนเองออกมาอย่างเต็มความรู้ความสามารถ ในการที่จะพยายามเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ มีการพัฒนาตนเองตลอดเวลาและมีพลังขับเคลื่อนตนเองให้สามารถปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเห็นว่าประสิทธิผลของหอผู้ป่วยขึ้นกับพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลในหอผู้ป่วยเป็นหลัก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับของประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพ และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการ วิจัยเชิงสำรวจ (Descriptive Research) แบบการศึกษาความสัมพันธ์เชิงพยากรณ์ (Predictive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลวิชาชีพที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยไว้นอนพักรักษา ปฏิบัติงานในตำแหน่งไม่น้อยกว่า 1 ปี ในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียงขึ้นไป ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณกลุ่มตัวอย่างจำนวน 231คน(เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2549)

เครื่องมือที่ใช้วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ขนาดของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน แผนกที่ปฏิบัติงานและการอบรมเพิ่มเติมในด้านการบริหาร

ส่วนที่ 2 การทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชน ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของบุญใจ ศรีสถิตยารุณ⁽⁵⁾

ส่วนที่ 3 แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิดของ McClelland⁽¹⁴⁾

ส่วนที่ 4 ประสิทธิภาพของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิดของ สำนักการพยาบาล(2551)

เกณฑ์การพิจารณา ระดับพฤติกรรมการทำงานเป็นทีม ระดับแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยตามการรับรู้ และระดับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คัดจากค่าเฉลี่ยของแบบสอบถามดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับ
4.51 – 5.00	สูงที่สุด
3.51 – 4.50	ระดับสูง
2.51 – 3.50	ระดับปานกลาง
1.51 - 2.50	ระดับต่ำ
1.00 – 1.50	ระดับต่ำที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยหลังจากที่ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและหลังจากได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้(Try out) กับหัวหน้าหอผู้ป่วย 30 คน ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง ได้แก่ 0.95 0.94 และ 0.95 ตามลำดับและได้รับการยกเว้นเรื่องจริยธรรมในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน(Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ผลการวิจัย

1. หัวหน้าหอผู้ป่วยมีอายุต่ำสุด 32 ปี และอายุสูงสุด 56 ปี เฉลี่ย 46.43 ปี เมื่อพิจารณาช่วงอายุพบว่า อายุระหว่าง 46-55 ปี มากที่สุดร้อยละ 60.35 รองลงมาคืออายุระหว่าง 35-45 ปี ร้อยละ 37.89 เพศหญิงมากที่สุดร้อยละ 97.8 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุดร้อยละ 77.8 รองลงมาคือโสดร้อยละ 13.4และวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มากที่สุดร้อยละ 77.8 รองลงมาคือระดับปริญญาโทร้อยละ 22.2 โดยจบระดับปริญญาโทสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มากที่สุด ร้อยละ 7.9 รองลงมาสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ร้อยละ 1.8 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุดร้อยละ 99.0 ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง

หัวหน้าหอผู้ป่วยที่น้อยที่สุด 1 ปี และมากที่สุด 30 ปี (Min=1, Max= 30, $\bar{X}$ = 11.04, SD= 7.35) เมื่อพิจารณาช่วงระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง พบว่า 1-10 ปีมากที่สุด ร้อยละ 56.4 รองลงมาคือระหว่าง 11-20 ปีร้อยละ 34.8 ระยะดำรงตำแหน่ง มากที่สุด 30 ปี และน้อยที่สุด 1 ปี ไม่เคยผ่านการอบรมด้านการบริหาร ร้อยละ 66.1 เคยเข้าอบรมด้านการบริหาร ร้อยละ 33.9 เคยเข้าอบรมด้านการบริหาร หลักสูตร 4 เดือนร้อยละ 17.6

2. การทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยระดับแรงงูใจใส่สัณฤทธิ์ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย และ ประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย

2.1 การทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.12, S.D= 0.46) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าระดับคะแนนที่สูงที่สุดคือ ข้อ 4 การพึ่งพาซึ่งกันและกัน ($\bar{X}$ = 4.27, S.D= 0.58) และ ข้อ 5 การสนับสนุนซึ่งกันและกัน ($\bar{X}$ = 4.27, S.D= 0.55) รองลงมา คือ ข้อ 6 ความพยายามในการแก้ปัญหา ($\bar{X}$ = 4.23, S.D= 0.60) ส่วนคะแนนน้อยที่สุด คือ ข้อ 1 การกำหนดเป้าหมายของทีม ($\bar{X}$ = 3.77, S.D= 0.65)

2.2 ประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าแรงงูใจใส่สัณฤทธิ์ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอ

ผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.79, S.D= 0.55) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือ ข้อที่ 4 ความต้องการทราบผลในการตัดสินใจ ($\bar{X}$ = 3.92, S.D= 0.67) รองลงมาคือ ข้อที่ 2 ความกระตือรือร้น ($\bar{X}$ = 3.88, S.D= 0.65) และข้อที่มีคะแนนต่ำสุด คือ ข้อที่ 1 ความกล้าได้กล้าเสีย ($\bar{X}$ = 3.76, S.D= 0.66)

2.3 พบว่าประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ใน โรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.08, S.D= 0.48) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือ ข้อที่ 4 ด้านพัฒนาตนเองของบุคลากรในหน่วยงาน ($\bar{X}$ = 4.20, S.D= 0.54) รองลงมาคือ ข้อที่ 2 ด้านคุณภาพการบริการ ($\bar{X}$ = 4.13, S.D= 0.54) และข้อที่มีคะแนนต่ำสุด คือ ข้อที่ 3 ด้านประสิทธิภาพบริการ ($\bar{X}$ = 3.97, S.D= 0.56)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของหัวหน้าหอผู้ป่วย การทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย และ แรงงูใจใส่สัณฤทธิ์ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลของหอผู้ป่วยในได้แก่การทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพ แรงงูใจใส่สัณฤทธิ์ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
การทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วย	0.21*	.000	ต่ำ
แรงงูใจใส่สัณฤทธิ์ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย	0.20*	.000	ต่ำ

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 พบว่าการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพและแรงงูใจใส่สัณฤทธิ์ของพยาบาลวิชาชีพในหอ

ผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาตามรายปัจจัยพบว่า ปัจจัยการ

ทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพและแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของพยาบาลวิชาชีพ สัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยในอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.21$, $r = 0.20$ ตามลำดับ)

4. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทุกประการในการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรอิสระ จำนวน 7 ตัว ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย การได้รับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางสาขาการบริหารการพยาบาล การทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยและแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล

ตัวแปร	b	Beta	R-square	Adjusted R-square	t	P-value
แรงจูงใจของพยาบาลวิชาชีพ	0.466	0.309	0.308	0.305	3.217	0.001
การทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพ	0.383	0.299	0.337	0.331	3.113	0.002

Constant = 63.48 F = 56.93 P-value < 0.01 $R^2 = 0.337$

จากตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามเมื่อเรียงลำดับความสัมพันธ์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามมากที่สุด และปัจจัยที่มีอิทธิพลซึ่งสามารถพยากรณ์การผันแปรต่อประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของพยาบาลในหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ 0.317 รองลงมาคือพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมของพยาบาลในหอผู้ป่วย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ 0.285 และ 0.130 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวร่วมกันสามารถอธิบายความแปรผันของประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ได้ร้อยละ 35.4 ($R^2 = 0.354$) ซึ่งสมการในรูปคะแนนดิบ (Raw Score) ใช้ค่า b เป็นน้ำหนักความสำคัญของตัวแปรอิสระซึ่งมีรูปแบบ ดังนี้

รูปแบบคะแนนดิบ $Y =$

$C + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + b_kX_k$

จากผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุสามารถนำมาเขียนสมการได้ดังนี้

ประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย = $63.48 + 0.466$ (แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของพยาบาลในหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย) + 0.383 (การทำงานเป็นทีมของพยาบาลในหอผู้ป่วย)

สรุปและอภิปรายผล

1. ประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากผลสำเร็จขององค์กรมาจากผลการปฏิบัติงานของพยาบาลแต่ละคน และผลงานของหอผู้ป่วยเป็นหลัก ดังนั้นการประเมินผลงานของหอผู้ป่วยในระดับใด มีจุดเด่นหรือจุดด้อยอะไรบ้าง เพื่อหน่วยงานจะได้หาทางปรับปรุงหรือจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสมกับบริบทของตัวเอง ซึ่งจะทำให้การดำเนินงานของหอผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งการศึกษาพบว่าประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประภารัตน์ แบบขุนทด⁽⁷⁾ ปรานี มีหาญพงษ์⁽⁸⁾ แฉวิมลตันจรรย์านนท์⁽²⁾ และโกศลัญญา สมานวงษ์⁽¹⁾ ที่พบว่า

ประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลระดับต่างๆ อยู่ในระดับสูงเช่นกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสืบเนื่องจากนโยบายของรัฐบาลที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนโดยมีประกันสุขภาพร่วมจ่าย 30 บาท ซึ่งโรงพยาบาลต่างๆจึงพยายามดำเนินการให้ได้มาตรฐานตามที่กำหนดเพื่อให้ผ่านการรับรองคุณภาพภายใน พ.ศ. 2544 ประกอบกับผู้รับบริการมีความรู้และมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น ทำให้มีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพทั้งในและต่างประเทศได้มากและรวดเร็วขึ้น รวมทั้งมีความคาดหวังที่สูงขึ้นที่จะได้รับ การบริการที่ได้มาตรฐาน และมีคุณธรรมเพิ่มสูงขึ้น ดังจะเห็นได้จากปริมาณการฟ้องร้องคดี เกี่ยวกับการได้รับบริการที่ไม่ได้มาตรฐานหรือผิดจริยธรรมที่สูงมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จากปัจจัยที่กล่าวมา อาจเป็นตัวกระตุ้นให้โรงพยาบาลชุมชนเกิดความตื่นตัวเร่งปรับปรุงคุณภาพเพื่อให้ได้มาตรฐาน และผ่านการรับรองคุณภาพ สามารถบรรลุเป้าหมายคือการบริการที่มีคุณภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ จึงอาจเป็นผลให้ประสิทธิผลของหอผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง

2.ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปัจจัยที่มีอิทธิพลซึ่งสามารถพยากรณ์การผันแปรต่อประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของพยาบาลในหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ 0.31 รองลงมาคือการทำงานเป็นทีมของพยาบาลในหอผู้ป่วย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ 0.30

2.1 แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย สามารถพยากรณ์ประสิทธิผลของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้เป็นลำดับแรกร้อยละ 31 อธิบายได้ว่าบุคคลใดที่ทำงานด้วยความวิริยะอุตสาหะ ฝ่าฟันอุปสรรคเพื่อผลสำเร็จของงาน สามารถแก้ปัญหาให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรได้อย่างเหมาะสมกับความรู้ความสามารถของตน ย่อมมี

ความภาคภูมิใจในตนเอง แข่งขันกับตนเอง พยายามปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น ต้องการประสบความสำเร็จในงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในงานที่ยากและท้าทายมาเพิ่มแรงจูงใจให้ตนเองสามารถปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายให้ประสบความสำเร็จ บรรลุเป้าหมายขององค์กร โดยเฉพาะบุคคลที่ประกอบวิชาชีพพยาบาลซึ่งถือว่าเป็นอาชีพที่มีเกียรติเป็นที่ยอมรับจากสังคม ได้รับการฝึกฝนและหล่อหลอมในด้านความคิด การตัดสินใจ ตามจรรยาบรรณวิชาชีพที่อยู่บนพื้นฐานของความจริง มีความน่าเชื่อถือ เพื่อสร้างความไว้วางใจให้กับผู้รับบริการ ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย เกิดความผิดพลาดน้อยที่สุดเนื่องจากการปฏิบัติกับชีวิตมนุษย์ ด้วยเหตุนี้ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้ให้ประสิทธิผลของหอผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงด้วย สอดคล้องการศึกษานี้ของนิมมวล โยคิน⁽⁴⁾พบว่าแรงจูงใจ ใฝ่ สัมฤทธิ์ของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน เขตพระราชาราชารณสุขที่ 10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .349$)

2.2 การทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย สามารถพยากรณ์ประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้เป็นลำดับที่สอง ร้อยละ 30 เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงานของหอผู้ป่วยให้บรรลุเป้าหมาย เพราะการทำงานในหอผู้ป่วยเป็นการทำงานเป็นทีมมีการตัดสินใจสำหรับปัญหาต่างๆ ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยอย่างสูงสุด อาจเนื่องจากความสัมพันธ์ภาพที่ดีในทีมการพยาบาล มีความเข้าใจและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน พยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้มีความรับผิดชอบในงานสูงอยู่แล้ว ที่ต้องรับผิดชอบในงานให้บรรลุเป้าหมายของหอผู้ป่วยร่วมกัน มีความรู้สึกรักการทำงานร่วมกับทีม รวมทั้งอยากเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในงาน ดังนั้นจึงส่งผลให้ประสิทธิผลของหอผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง สอดคล้องการศึกษานี้ของสุทธิณี

ประกาศะโนบล(2550) พบว่าการทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = 684$)

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าพยาบาลในหอผู้ป่วยมีความยินดีที่เสียสละเวลาส่วนตัวมาปฏิบัติงานเพื่อให้งานสำเร็จตามวัตถุประสงค์ และการเสนอตัวทำงานที่มีความท้าทายต่อความสามารถของตนเอง อยู่ระดับปานกลางดังนั้นผู้บริหารจึงควรนำปัญหาเหล่านี้มาเสริมสร้างทัศนคติหรือพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทัศนคติเชิงจริยธรรมและวัฒนธรรมของหอผู้ป่วยด้านการเสียสละที่เหมาะสม มีกิจกรรมยกย่องเชิดชูคนดี สร้างความผูกพันต่อหน่วยงานทำให้รู้สึกอยากร่วมทำงาน มีความท้าทายให้หน่วยงานประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

2. จากการศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผนอยู่ในระดับปานกลางดังนั้นพยาบาลในหอผู้ป่วยควรเน้นการส่งเสริมองค์ความรู้ของผู้ป่วยและญาติ ขณะที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ประสานงานและส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาลให้กับเครือข่ายสุขภาพเพื่อติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน เพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและศึกษาปัญหาการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน ในรูปแบบ R2R หรือโครงการพัฒนาคุณภาพระบบบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในโรงพยาบาลควรมีเก็บข้อมูลและทบทวนศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคกลับมารักษาที่พบบ่อยทุกรายแบบทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล มีเภสัชกร นักกายภาพ พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติเพื่อการดูแลอย่าง

3. ควรมีการศึกษาปัญหาในการทำงานในหอผู้ป่วยที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย เช่นการสำรวจปัญหาด้วยแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การเก็บข้อมูล และการสังเกตเฝ้าระวังความเสี่ยงเพื่อนำมาวิเคราะห์ในการแก้ไขและป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นภายในหอผู้ป่วยเพื่อหาจุดเด่น จุดด้อยในการพัฒนาหอผู้ป่วย เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหอผู้ป่วย

4. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ประเมินเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งการประเมินผู้ได้บังคับบัญชาอาจทำให้คะแนนประเมินอยู่ในระดับสูง การวิจัยครั้งต่อไป จึงควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลประเมินประสิทธิผลของหอผู้ป่วยโดยผู้บังคับบัญชาและผู้ได้บังคับบัญชาเพื่อทำให้ผลการวิจัยน่าเชื่อถือ และสามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาการทำงานในหอผู้ป่วยให้มีประสิทธิผลอยู่ในระดับสูง

5. จากความคิดเห็นของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อปัญหาและอุปสรรคต่อประสิทธิผลของหอผู้ป่วย พบว่า ทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วยไม่ค่อยได้กำหนดเป้าหมายร่วมกัน บางส่วนยังความรับผิดชอบน้อย เมื่อมีการแบ่งงานกันทำแต่ไม่ได้ผลงาน งานที่รับผิดชอบไม่กระจายกัน การกำหนดบทบาทไม่เป็นปัจจุบัน ทีมการพยาบาลมีอายุและประสบการณ์น้อย ทำให้แก้ไขปัญหาได้ไม่เหมาะสม ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยและสมาชิกในทีมมีส่วนร่วมในการวางแผนงานหาจุดสำคัญในแผนงาน โดยให้ทุกคนอภิปรายเกี่ยวกับบทบาทของตนเพื่อสะท้อนบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของตนเอง และหมั่นติดตามตรวจสอบโดยมีแผนงานในการตรวจสอบผลงานว่าเป็นไปตามเป้าหรือ ทุก 3 เดือน และแก้ไขอุปสรรคต่างๆ อย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เพราะได้รับความกรุณาอย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ วิทยาพร วรหาญ ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของภาษา และความตรงตามเนื้อหาแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุง ตลอดจนให้ความช่วยเหลือ

หัวหน้างานผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างการวิจัยทุกท่าน ที่ให้

ความร่วมมือและเสียสละเวลาให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม ซึ่งทำให้การวิจัยครั้งนี้ลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. โกลัญญา สมานวงษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้อำนาจ การปฏิบัติการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน เขต 8. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2551.
2. แฉวิมล ดันจรียานนท์. การเปรียบเทียบการรับรู้ประสิทธิผลของหอผู้ป่วยระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยกับพยาบาลประจำโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.
3. ณิชชากรณ์ เทโหปการ. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำแบบผู้ให้บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย วัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคใต้. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2555.
4. นิมนวล โยกิน. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของพยาบาลวิชาชีพภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 10. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2554.
5. บุญใจ ศรีสถิตินรากร. ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาล. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ, 2550.
6. ปภาวดี ประจักษ์สุกนิต. การจูงใจบุคลากรในการทำงานใน ประมวลสาระชุดการจัดการธุรกิจท่องเที่ยวเพื่อเป็นรางวัล หน่วยที่ 1. นนทบุรี มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช, 2546.
7. ประภารัตน์ แบบขุนทด. ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติงานตามด้านการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วย บรรยาการองค์การกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
8. ปราณี มีหาญพงษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยพฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์กรกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลทั่วไป. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
9. วันเพ็ญ วิศวกรรม. คุณภาพบริการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับอำเภอและตำบล เขตการสาธารณสุขที่ 10 และ 12. ขอนแก่น: ศูนย์อนามัยที่ 6, 2554.
10. สุภาพร อัครวัฒน์. การศึกษาพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเอกชน กรณีศึกษาวิทยาลัยหอการค้าไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการอุดมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
11. สุทธิณี ประภาสโนบล. ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ภาษาจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วยการทำงานเป็นทีมทักษะการติดต่อสื่อสาร กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
12. สุนิษฐ์พร แคล้วปลอดทุกข์. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย การบริหาร ผลการปฏิบัติงานของกลุ่มงานการพยาบาลกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลทั่วไป. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.
13. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก นนทบุรี, 2551.
14. McClelland, & Davic, C. Business Drive and National Achievement. *Harward Business Review*, 1(2), 36-40, 1962.
15. Steers, R.M., Ungson G.R., & Monday, R.T. *Managing effect organizations: An introduction*. Boston Massachuseett: Ken, 1985.

ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดมหาสารคาม

THE EFFECT OF ORGANIZATIONAL CLIMATE TO QUALITY ON WORKING LIFE OF
HEALTH OFFICER IN SUB DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL,
MAHASARAKAM PROVINCE.

ฐิติรัตน์ สมปิตตะ¹, ชัญญา อภิบาลกุล²

Thitirat Sompitta, Chanya Apipalakul

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 412 คน ใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างใช้การสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยเรียงรายชื่อเจ้าหน้าที่และหาช่วงของการเลือกตัวอย่าง จากนั้นทำการสุ่มให้ได้หมายเลขเริ่มต้นจนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 173 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีบรรยากาศในการทำงานเดียวกัน เนื่องจากเป็นสภาพแวดล้อมเดียวกันในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยวิเคราะห์ค่าความเที่ยง ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.97 ดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 26 พฤษภาคม พ.ศ.2559 ถึงวันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ.2559 และทำการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ ใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อหาการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และใช้สถิติอนุมานในการหาความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษา พบว่า ระดับบรรยากาศองค์กรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.93 (S.D. = 0.40) และระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.51 (S.D. = 0.48) โดยภาพรวมของบรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.650$, $p - \text{value} < 0.001$) และปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม คือ ด้านการให้รางวัล ($p - \text{value} < 0.001$) ด้านโครงสร้างของงาน ($p - \text{value} = 0.007$) ด้านความปลอดภัยในงาน ($p - \text{value} = 0.003$) และด้านความอบอุ่น ($p - \text{value} = 0.025$) ซึ่งตัวแปรทั้ง 4 ตัวนี้ สามารถร่วมพยากรณ์ คุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม ได้ร้อยละ 46.0

คำสำคัญ: บรรยากาศองค์กร, คุณภาพชีวิต, คุณภาพชีวิตการทำงาน, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2

ABSTRACT

This study used a Cross Sectional Descriptive Research which aimed to study The effect of organizational climate to quality on working life of health officer in sub district health promoting hospital, Mahasarakam province. The total number of sample in this study was 412 and 173 were drawn as subjects using the systematic random sampling technique. The content validity of questionnaire was evaluated by 3 experts (Cronbach's alpha 0.97)

The results showed that the level of organizational climate was high (3.93 ± 0.40). And the level of quality on working life was high (3.51 ± 0.48). Organizational climate is moderately correlated. Positively to the quality on working life .Organizational climate affecting to

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อาจารย์ประจำภาควิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

quality on working life of health officer in sub district health promoting hospital, Mahasarakham province a statistically significant ($r = 0.650$, p -value < 0.001). And the effect of organizational climate to quality on working life of health officer in sub district health promoting hospital, Mahasarakham province is the reward (p -value < 0.001), the structure (p -value = 0.007), the safety (p -value = 0.003) and warmth (p -value = 0.025). Were the following: The reward, structure, safety and warmth. These four factors could predicted quality on working life of health officer in sub district health promoting hospital, Mahasarakham province at 46.0 percent.

Keywords: Organizational climate, Quality of life, Quality on working life, Health officer, Sub district health promoting hospital.

บทนำ

พลวัตจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี ทั้งในระดับโลก ภูมิภาค และไม่ว่าจะเป็นระดับประเทศ ส่งผลทำให้มาตรการในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตและความสุขของคนไทยที่เคยใช้ได้ผล ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ ต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของคนไทย จึงต้องการแนวทางการส่งเสริม และพัฒนา รวมทั้งนวัตกรรมใหม่ และต้องการภาคีเครือข่ายทุกระดับทั้งในประเทศ ภูมิภาค และระดับโลกเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว⁽¹⁾

จากการวิเคราะห์ทุนเพื่อการพัฒนาประเทศในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555 – 2559) มุ่งเน้นความเชื่อมโยงในระหว่างทุน 6 ทุน ประกอบไปด้วย ทุนธรรมชาติ ทุนกายภาพ ทุนสังคม ทุนมนุษย์ ทุนการเงิน และทุนวัฒนธรรม ซึ่งนับเป็นความท้าทายและโอกาสในการพัฒนาของเศรษฐกิจไทยที่ต้องปรับตัวให้เข้ากับบริบทใหม่ที่เกิดขึ้นของโลก และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของโลก ในอีก 20 ปี ข้างหน้า จากแผนพัฒนาฉบับที่ 11 นี้ จะเห็นได้ชัดเจนว่า ทุนทั้ง 6 ดังกล่าวนั้น ใกล้เคียงกับมิติคุณภาพชีวิตและความสุขของมนุษย์มากที่สุด ดังนั้น การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตและความสุขของคนทำงาน จึงนับเป็นเป้าหมายสำคัญของหน่วยงานในทุกภาคส่วนที่จะต้องส่งเสริมให้คนทำงาน เป็นบุคคลที่มีคุณภาพและมีสุขภาวะดี ทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ⁽²⁾

คุณภาพชีวิตมีบทบาทสำคัญในด้านของความสุขของมนุษย์ ซึ่งคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่เกี่ยวกับชีวิตประจำวัน สวัสดิการและความสุข ที่มนุษย์ได้รับ⁽³⁾ โดยพัฒนาการด้านแนวคิด ทฤษฎีและความหมายของคุณภาพชีวิต มีความเป็นมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้รับการพัฒนา จากทฤษฎีลำดับขั้นความ

ต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of needs Theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีการจูงใจที่นักการจัดการ ให้ความสนใจเป็นอย่างมาก เนื่องจากการศึกษาถึงความต้องการของพนักงาน โดยนำมาเป็นสิ่งที่จูงใจให้พนักงานมีความตั้งใจทำงานอย่างเต็มที่ เพื่อที่จะให้งานที่ได้ บรรลุเป้าหมายสูงสุดขององค์กรและอีกส่วนหนึ่งยังเพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการของพนักงานเช่นกัน แมคคอลล⁽⁴⁾ ได้อธิบายประเด็นลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ออกไปอีก ในเรื่องของประสบการณ์ชีวิต แมคคอลล ได้เสนอเกณฑ์การวัดคุณภาพชีวิตออกเป็นมิติต่างๆ ตามประสบการณ์ชีวิตของแต่ละคนทั้งในแง่ของความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจ รวมไปถึงความชอบและ ความเจ็บปวด ความสุขและความทุกข์ จากแนวความคิดและนิยามดังกล่าวมาข้างต้น คุณภาพชีวิตได้รับการพิจารณาในด้านของแนวคิดที่มีหลากหลายมิติ ซึ่งมักจะ เป็นแนวคิดของการได้รับการบริการ ได้รับสวัสดิการ มีความพึงพอใจ ด้านเศรษฐกิจ ค่านิยมและประสบการณ์ชีวิตของบุคคล ซึ่งงานวิจัยในปัจจุบัน ได้แสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตในด้านของความสุขของมนุษย์นั้นเป็นวัตถุประสงค์ของการพัฒนา ขณะที่คุณภาพชีวิตในแง่ของทรัพยากรมนุษย์เป็นเครื่องมือวัดการพัฒนา⁽⁵⁾

คุณภาพชีวิตกับการทำงานนั้น มิติในด้านการการทำงาน เป็นมิติสำคัญมิติหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต เป็นอย่างมาก จึงมักมีหลายๆ หน่วยงาน ที่มักจะแยกการวัดคุณภาพชีวิตการทำงาน (Quality of Working Life) ออกจากการวัดคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป เนื่องจากชีวิตในการทำงาน ได้มีช่วงเวลาทำงานและช่วงเวลาส่วนตัวที่คาบเกี่ยวกัน ซึ่งคุณภาพชีวิตการทำงานเริ่มต้นมาจากการปรับปรุง การทำงานเพื่อให้ประสบผลสำเร็จ และบรรลุจุดมุ่งหมายของงานหรือองค์กร โดยให้การทำงานที่เกิดขึ้นนั้นเป็นไปอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ซึ่งแนวคิดในการทำงานต่างๆ เพื่อให้เกิด

คุณภาพและประสิทธิภาพนี้ ได้วิวัฒนาการและพัฒนาจากแนวคิดทางการบริหารในอดีตที่ผ่านมา ที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การที่บุคคลได้ทำงานที่เหมาะสม ประกอบกับการมีองค์การที่มีการบริหารทรัพยากรมนุษย์ที่ให้ความสำคัญกับมนุษย์ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้⁽⁶⁾ ซึ่ง มิติที่ใช้ในการวัดความผาสุกและคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรระดับต่างๆมี 6 มิติ ได้แก่ 1.มิติกายภาพ 2.มิติการบริหารงาน 3.มิติการบริหารทรัพยากรบุคคล 4.มิติส่วนบุคคล 5.มิติสังคม และ 6.มิติเศรษฐกิจ⁽⁷⁾ ซึ่งมีผู้ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล โดยรวมอยู่ในระดับมาก⁽⁸⁾ คุณภาพชีวิตข้าราชการส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาตรฐาน และที่สูงกว่ามาตรฐานตามเกณฑ์ แต่ยังพบว่ามีบางตัวชี้วัดที่ต่ำกว่ามาตรฐาน⁽⁹⁾ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า รายได้ และความพึงพอใจในการทำงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁰⁾

สภาพแวดล้อมต่างๆ ในการทำงานนั้น มีผลกระทบเป็นอย่างมากต่อการปฏิบัติงานของบุคคลในองค์การทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งได้สอดคล้อง กับคำอธิบายความหมายบรรยากาศองค์การของลิทวินและสตริงเกอร์⁽¹¹⁾ ที่ได้กล่าวถึงเกี่ยวกับบรรยากาศองค์การว่า เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ในการเชื่อมโยงระหว่างกันในลักษณะต่างๆ ขององค์การที่มองเห็นได้ รวมทั้ง ยังเชื่อมโยงระหว่างแรงจูงใจและพฤติกรรม บุคคลเข้าด้วยกัน ซึ่งประเภทบรรยากาศองค์การ ประกอบด้วย 1) โครงสร้างของงาน 2) ความรับผิดชอบ 3) ความอบอุ่น 4) การสนับสนุน 5) การให้รางวัล 6) ความสามัคคี 7) มาตรฐานการปฏิบัติงาน และ 8) ความปลอดภัยในงาน ซึ่งความเกี่ยวข้องระหว่างกัน ของบรรยากาศเหล่านั้น ยังผลกระทบต่อการจูงใจ สำหรับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีการกิจจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาบุคลากร เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์การตามนโยบายภาครัฐ ซึ่งต้อง ใช้เทคนิคต่างๆในการพัฒนาเช่นเดียวกับองค์การทั่วไป โดยจากแนวคิด ลิทวินและสตริงเกอร์⁽¹¹⁾ พบว่า องค์ประกอบของบรรยากาศองค์การ เอื้ออำนวย ต่อการศึกษาบุคคลในการทำงาน ซึ่งได้มีผู้ศึกษาที่เกี่ยวข้อง กับบรรยากาศ

องค์การและคุณภาพชีวิตการทำงาน พบว่า บรรยากาศองค์การไม่ว่าจะเป็น มิติความรับผิดชอบและมิติความอบอุ่นมีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพ⁽¹²⁾ บรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับสูง⁽¹³⁾ ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์การกับคุณภาพชีวิตการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี มีความสัมพันธ์ในระดับสูง⁽¹⁴⁾ และ การศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาหวังว่าจะสามารถนำ ประโยชน์ที่ได้ ไปใช้ในการส่งเสริม พัฒนา และจัดการปรับปรุงสภาพบรรยากาศองค์การที่เอื้ออำนวย ต่อการปฏิบัติงาน เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในการทำงานของบุคลากร ไม่ว่าจะเป็นทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และสังคม จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานนั้น มีความสุข แสดงถึงคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี ส่งผลต่อคุณภาพที่ดีของงานและการบรรลุตามเป้าหมายขององค์การที่กำหนดไว้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยงานที่มีขอบเขตในการดำเนินการบริการสาธารณสุขผสมผสานไม่ว่าจะเป็นทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการบริหารจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ในครอบครัวชุมชนและในสังคม ในพื้นที่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรับผิดชอบ โดยมีจุดมุ่งเน้นดังนี้ คือ ดำเนินการเชิงรุก โดยมุ่งเน้นในการเข้าหาประชาชนและชุมชน เพื่อการสร้างสุขภาพเป็นหลัก รวมทั้งมีจุดมุ่งหมายในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ มีการบริการอย่างต่อเนื่อง สามารถให้คำแนะนำคำปรึกษา และส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการแม่ข่ายได้ตลอดเวลา ทั้งนี้ถ้าจะมีบริการเตียงนอนให้กับผู้ป่วยเพื่อสังเกตอาการ โดยไม่รับผู้ป่วยไว้นอนค้างคืน และหากเกิดกรณีฉุกเฉิน จะก็มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่เร็วและเร่งด่วน เพื่อออกไปรับผู้ป่วยและให้การปฐมพยาบาลก่อนการส่งต่อ มีความเชื่อมโยงและการมีส่วนร่วม โดยจัดให้มีการเชื่อมโยง กับเครือข่ายบริการสุขภาพในระดับอื่นในการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณีอย่างมีประสิทธิภาพ และยังมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการดำเนินงาน ภาคประชาชน ชุมชน และองค์กรปกครองท้องถิ่น⁽¹⁵⁾

ลักษณะในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคามนั้น ผู้ปฏิบัติงานต้องเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบสูง และต้องเผชิญกับสถานการณ์ ที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและชีวิตมนุษย์ซึ่งประเมินค่ามิได้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องช่วยเหลือให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ต้องสังเกตและพิจารณา รวมทั้งวิเคราะห์อาการ และการเปลี่ยนแปลงของโรค การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพให้ผู้ป่วยคืนสู่สภาพปกติให้มากที่สุด และยังช่วยให้ผู้มารับบริการสามารถปรับตัว ให้เข้ากับสถานการณ์ที่เผชิญหน้าได้ด้วยดี ซึ่งภาระงานเหล่านี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องทำงานหนัก เมื่อเปรียบเทียบกับสาขาวิชาชีพอื่น เพราะการปฏิบัติงานในลักษณะดังกล่าวนี้ ได้ได้ใช้ความรู้ ความสามารถแค่เพียงอย่างเดียวแต่ยังต้องอาศัยความรัก ความพึงพอใจในงาน และมีแรงจูงใจ ให้เห็นคุณค่าในการทำงาน ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ จึงจะปฏิบัติ ในภารกิจที่กล่าวมาข้างต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับการทำงานที่ดี และมีประสิทธิภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเอง มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ไม่ดี ย่อมจะส่งผลกระทบต่อ งานที่กล่าวมาข้างต้นและส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการดูแล และให้บริการและประชาชน และผู้มารับบริการได้

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้นนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ บรรยายการศึกษาค้นคว้าที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม โดยเป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดของสำนักงานปลัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อให้เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในองค์กรได้ใช้พิจารณาประกอบการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม

สมมติฐานการวิจัย

บรรยากาศองค์การมีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

การศึกษารุ่นนี้ เป็นการ วิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) การเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยวิธีการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Study) เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษารุ่นนี้ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 175 แห่ง มีจำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 412 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen (1988) จึงได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 173 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากรด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยเรียงรายชื่อเจ้าหน้าที่และหาช่วงของการเลือกตัวอย่างทำการสุ่มให้ได้หมายเลขเริ่มต้นจนได้ตัวอย่างครบ 173 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองแบ่งเป็น 4 ตอน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับบรรยากาศองค์การ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงาน

ส่วนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงาน

ส่วนที่ 5 คำถามที่เกี่ยวกับ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาและส่งเสริมบรรยากาศองค์การ การแปลผลคะแนนเกี่ยวกับบรรยากาศองค์การ แปลผลโดยการนำมาจัด 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยได้ดังนี้

มากที่สุด 4.50 – 5.00 คะแนน

มาก 3.50 – 4.49 คะแนน

ปานกลาง 2.50 – 3.49 คะแนน

น้อย 1.50 – 2.49 คะแนน

น้อยที่สุด 1.00 – 1.49 คะแนน

การแปลผลคะแนนเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แปลผลโดยการนำมาจัด 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยได้ดังนี้

มากที่สุด 4.50 – 5.00 คะแนน

มาก 3.50 – 4.49 คะแนน

ปานกลาง 2.50 – 3.49 คะแนน

น้อย 1.50 – 2.49 คะแนน

น้อยที่สุด 1.00 – 1.49 คะแนน

โดยความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - Coefficient) ของครอนบัก (Cronbach) ความเที่ยงมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป จึงจะยอมรับว่า มีความเที่ยงที่เชื่อถือได้ จากการทดลองใช้

แบบสอบถาม พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - Coefficient) ของครอนบัก (Cronbach) โดยรวมทุกด้านเท่ากับ 0.97 ส่วนรายด้านมีค่าดังนี้ คือ บรรยากาศองค์การ เท่ากับ 0.94 และ คุณภาพชีวิตการทำงาน เท่ากับ 0.96

จริยธรรมวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้ขอรับพิจารณาและการรับรอง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการการของมหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2559 เลขที่ HE 592110

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และ ค่าสูงสุด (Maximum) ระดับบรรยากาศในองค์การ และระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน ใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ 2 ตัวแปร (Bivariate Relationship) คือ เพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม โดยใช้สัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariate Relationship) ใช้การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

1. จากการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม ในด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาการปฏิบัติงานใน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 56.6 โดยมีช่วงอายุระหว่าง 20 – 29 ปี ร้อยละ 36.4 อายุเฉลี่ย 36.77 ปี (S.D. = 10.49) สถานภาพคู่ ร้อยละ 70.5 การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 86.7 รายได้อยู่ระหว่าง 15,000 – 25,000 บาท ร้อยละ 37.6 รายได้เฉลี่ย 25,159.91 บาท/เดือน (S.D. = 9,629.25) และระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ระหว่าง 1 – 9 ปี ร้อยละ 42.2 ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉลี่ย 15.02 ปี ค่ามัธยฐาน 12.00 ปี (S.D. = 10.18) ระยะเวลาต่ำสุด 2 ปี และระยะเวลาสูงสุด 37 ปี

2. ระดับบรรยากาศองค์การของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีบรรยากาศองค์การอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.93 (S.D. = 0.40) เมื่อพิจารณาสถาปัตยกรรมองค์การรายด้าน พบว่า ด้านความอบอุ่น มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.18 (S.D. = 0.46) รองลงมาคือ ด้านความรับผิดชอบ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.17 (S.D. =

0.43) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการให้รางวัล อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.56 (S.D. = 0.78) รองลงมาคือ ด้านการสนับสนุน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.83 (S.D. = 0.63) ตามลำดับ

3. ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.51 (S.D. = 0.48) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตการทำงานรายมิติ พบว่า มิติสภาพภาพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.87 (S.D. = 0.46) รองลงมาคือ มิติสังคม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.75 (S.D. = 0.62) ส่วนมิติที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ มิติเศรษฐกิจ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.62 (S.D. = 0.83) รองลงมาคือ มิติส่วนบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.45 (S.D. = 0.69) ตามลำดับ

4. บรรยากาศองค์การที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างบรรยากาศองค์การที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม

ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์การ	คุณภาพชีวิตการทำงาน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p – value	ระดับความสัมพันธ์
ภาพรวมบรรยากาศองค์การ	0.650*	< 0.001	ปานกลาง
ด้านโครงสร้างของงาน	0.491*	< 0.001	ปานกลาง
ด้านความรับผิดชอบ	0.337*	< 0.001	ปานกลาง
ด้านความอบอุ่น	0.436*	< 0.001	ปานกลาง
ด้านการสนับสนุน	0.421*	< 0.001	ปานกลาง
ด้านการให้รางวัล	0.590*	< 0.001	ปานกลาง
ด้านความสามัคคี	0.531*	< 0.001	ปานกลาง
ด้านมาตรฐานการปฏิบัติงาน	0.452*	< 0.001	ปานกลาง
ด้านความปลอดภัยในงาน	0.412*	< 0.001	ปานกลาง

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จากตาราง 4 พบว่า ภาพรวมของบรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่

ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.650$, $p - \text{value} < 0.001$)

ตาราง 2 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม

ตัวแปร	B	Beta	T	p – value	R	R ²
1. บรรยากาศองค์การด้านการให้รางวัล	0.235	0.386	5.775	< 0.001	0.590	0.348
2. บรรยากาศองค์การด้านโครงสร้างของงาน	0.214	0.186	2.727	0.007	0.639	0.409
3. บรรยากาศองค์การด้านความปลอดภัยในงาน	0.170	0.186	3.017	0.003	0.666	0.444
4. บรรยากาศองค์การด้านความอบอุ่น	0.154	0.148	2.260	0.025	0.679	0.460
ค่าคงที่ = 0.529, F = 35.847, p – value < 0.001, R = 0.679, R ² = 0.460						

จากตาราง 2 พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อ คุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม และถูกเลือกเข้าสมการนั้น มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรที่ไม่ถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแปรที่มีค่า นัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการ คือบรรยากาศองค์การ ด้านการให้รางวัล ด้านโครงสร้างของงาน ด้านความปลอดภัยในงาน และด้านความอบอุ่น ($p - \text{value} < 0.001$) ซึ่งตัวแปรทั้ง 4 ตัวนี้ สามารถร่วมพยากรณ์ คุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม ได้ร้อยละ 46.0

สรุปและอภิปรายผล

1. จากการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม ในด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 56.6 โดยมีช่วงอายุระหว่าง 20 – 29 ปี ร้อยละ 36.4 อายุเฉลี่ย 36.77 ปี (S.D. = 10.49) สถานภาพคู่ ร้อยละ 70.5 การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 86.7 รายได้อยู่ระหว่าง

15,000 – 25,000 บาท ร้อยละ 37.6 รายได้เฉลี่ย 25,159.91 บาท/เดือน (S.D. = 9,629.25) และระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ระหว่าง 1 – 9 ปี ร้อยละ 42.2 ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉลี่ย 15.02 ปี ค่ามัธยฐาน 12.00 ปี, ระยะเวลาต่ำสุด 2 ปี และระยะเวลาสูงสุด 37 ปี

2. ระดับบรรยากาศองค์การ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีบรรยากาศองค์การอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.93 (S.D. = 0.40) เนื่องจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้น บรรยากาศองค์การเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่ เพื่อบรรลุเป้าหมายที่หน่วยงานกำหนด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับบรรยากาศองค์การของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดขอนแก่นอยู่ในระดับสูง (ทัศนีย์ ทินราช, 2551)⁽¹⁶⁾ เช่นกันกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับบรรยากาศองค์การโดยรวมของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองคายอยู่ในระดับสูง (บุญสัน อนารัตน์, 2554)⁽¹³⁾ ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า บรรยากาศองค์การที่เอื้อต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ 8 มิติ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (สังข์ ใจงาน, 2549)⁽¹⁷⁾ จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า การสร้างบรรยากาศองค์การในการทำงานนั้น จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความ

กระตือรือร้น และความตระหนักในหน้าที่ รวมทั้งทำให้เกิดการปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจ โดยเฉพาะในด้านของการให้รางวัล ทั้งในด้านการให้รางวัลเมื่อปฏิบัติงานบรรลุตามเป้าหมาย แม้กระทั่งการพิจารณาความดีความชอบอย่างเป็นธรรม และโปร่งใส ซึ่งผู้บริหารระดับสูงควรมีการพัฒนากระบวนการพิจารณาความดีความชอบตามผลงาน และมีการพิจารณาอย่างชัดเจน โปร่งใส ตรวจสอบได้

3. ระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.51 (S.D. = 0.48) คุณภาพชีวิตการทำงาน คือ สิ่งที่มีคุณค่าในหน่วยงานต่างให้ความสำคัญ เนื่องจากชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว มีช่วงเวลาที่คาบเกี่ยวกัน จึงเป็นสิ่งที่นำมาซึ่งความสุข และความภาคภูมิใจในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานเทศบาลตำบลในจังหวัดสระบุรี ผลการวิจัยพบว่า พนักงานเทศบาลตำบลในจังหวัดสระบุรี มีคุณภาพชีวิตการทำงานในภาพรวมอยู่ในระดับสูงทั้งหมด (ณภัช ตะสิงห์, 2551)⁽¹⁸⁾ ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล จังหวัดราชบุรี พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (ธีรสิทธิ์ สุขเจริญ, 2550)⁽¹⁹⁾

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการกำหนดมาตรฐานด้านการให้รางวัล เช่น การยกย่องชมเชย การพิจารณาความดีความชอบที่เป็นธรรมและโปร่งใส เพื่อให้บุคลากรมีกำลังใจในการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร
2. ผู้บริหารระดับจังหวัด อำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการกำหนดโครงสร้างของหน่วยงานไว้อย่างชัดเจน เช่น โครงสร้างด้านกฎระเบียบข้อบังคับ ภาระงาน เป้าหมายของงานและจัดสรร

บุคลากรให้เพียงพอต่อภาระงาน เพื่อให้การปฏิบัติงานเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

3. ผู้บริหารควรมีการจัดสรรบุคลากร ทั้งในด้านการอยู่เวรรักษาความปลอดภัยให้เพียงพอ และสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันอันตรายในการปฏิบัติงาน รวมทั้งจัดสรรบ้านพักที่มีระบบป้องกันอันตราย และมีมาตรฐานความปลอดภัย เพื่อให้บุคลากรมีความปลอดภัยในการทำงาน

4. หน่วยงานต้นสังกัดและผู้บริหารควรมีการจัดกิจกรรมการพัฒนาองค์การ เพื่อให้เกิดการถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการทำงาน และตกผลึกในการทำงานเพื่อนำไปสู่การช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน และสร้างบรรยากาศการทำงานเป็นทีม

ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาแนวทางในการกำหนดโครงสร้างของงาน การให้รางวัล ความปลอดภัย และความอบอุ่นในหน่วยงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. ควรมีการศึกษาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากบุคคลหลายๆ ท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ชัยญา อภิบาลกุล ศาสตราจารย์ ทพ.ดร.สุวิทย์ อุดมพานิชย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ ดร.สงัด เชื้อลิ้นฟ้า นายสุชสรร ศิริสุริยะสุนทร คณาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่าน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกท่าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคามทุกคน และท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อสมชาติ สมปีตะ และคุณแม่ทองเลื่อน สมปีตะ

เอกสารอ้างอิง

1. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. **ก้าวสู่ทศวรรษที่ 2 สร้างสรรค์สังคมสุขภาวะ เพื่อประโยชน์สุขของทุกคน**, กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2555.

2. ศิรินันท์ กิตติสุขสถิตและคณะ. **คุณภาพชีวิต การทำงานและความสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครปฐม: โครงการจับตาสถานการณ์ความสุขของคนทำงานในประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2557.
3. Oliver ,J.P.J. **Quality of Life and Mental Health Service**. London: Routledge, 1996.
4. McCall, S. **Quality of life. Social Indicators Research**, 2: 229-48, 1975.
5. United Nations. **Quality of Life in the ESCAP Region. Economic and Social Commission for Asia and the Pacific**, 1995.
6. เกลิมพล แจ่มจันทร์และคณะ. **คุณภาพชีวิต การทำงานและความสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครปฐม: โครงการจับตาสถานการณ์ความสุขของคนทำงานในประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2557.
7. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. **โครงการศึกษา ปัจจัยความผาสุกในการทำงาน**. 2552. (สืบค้นเมื่อ 11 พฤษภาคม 2558).
8. สุดา เสนารินทร์. **คุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล จังหวัดมหาสารคาม**. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น, 2553.
9. กาญจนา ตั้งชลทิพย์ และคณะ. **การพัฒนาระบบเงินเดือน ค่าตอบแทน สิ่งจูงใจ และคุณภาพชีวิต ข้าราชการ: การศึกษาเพื่อพัฒนาเกณฑ์ มาตรฐานตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของข้าราชการ**. รายงานวิจัย.มปป, 2553.
10. สมเกียรติยศ วรเดช. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรด้านสาธารณสุข โรงพยาบาลกงหรา จังหวัดพัทลุง**. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 24(2), 2558. 262–272.
11. Litwin, E. and J.R. Stringer. **Defining and Measuring the Quality of working Life: The Quality of working Life**. Newyork : McMilan, 1968.
12. พรพรรณ สุนทรสุด. **บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุดรธานี**.วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น, 2554
13. บุญตัน อนารัตน์. **ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์การกับคุณภาพชีวิตการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองคาย**. การศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น, 2554.
14. ประเสริฐ สุภูมิ. **บรรยากาศองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี**. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น, 2557.
15. กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**. พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2552.
16. ทศนีย์ ทินราช. **ศึกษาบรรยากาศองค์การใน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดขอนแก่น**. รายงานการศึกษอิสระปริญญาสาธารณสุข ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551.
17. สังข์ใจขาน. **บรรยากาศขององค์การที่เอื้อต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของข้าราชการที่ปฏิบัติงานใน สำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษาหนองคายเขต 1**. สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. (บริหารการศึกษา). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2548.
18. ณปภัช ตะสิงห์. **คุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานเทศบาลตำบลในจังหวัดสระบุรี**. ภาคนิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจ มหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารธุรกิจ, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2551.
18. ชีรสิทธิ์ สุขเจริญ. **คุณภาพชีวิตการท างานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล จังหวัดราชบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2550.

**ปัจจัยชุมชนที่มีผลต่อ ความรู้ และการมีส่วนร่วม ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนจาน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์**

Community Factors Affected Knowledge and Participation in Dengue Haemorrhagic fever Praevention and Control of
Village Public Health Volunteers Donchan Sub District Donchan District Kalasin Province.

สิ่ววงศ์ ทองขาว¹, ชัยรัช จันทรสมุทร², ลำพูน เสนาวัง³

Siwawong Thongsaw , Chaitach Jansamood , Lumpoon Sanawang

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ การมีส่วนร่วม และปัจจัยชุมชนที่มีผลต่อ ความรู้ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนจาน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 133 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจคุณภาพแล้วมาเป็นเครื่องมือในการทำวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยปรากฏดังนี้. 1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลดอนจาน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก 2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลดอนจาน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับ ปานกลาง 3. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ อายุการเป็น อสม. และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่ส่งผลกระทบต่อความรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4. ปัจจัยชุมชน ได้แก่ บริเวณบ้านและชุมชนมีขยะส่งผลกระทบต่อความรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำสำคัญ : ปัจจัย , ความรู้ , การมีส่วนร่วม , โรคไข้เลือดออก

Abstract

This research aimed to study the knowledge participation community factors affected knowledge and participation in dengue haemorrhagic fever praevention and control of villagepublic health volunteers donchan sub district donchan district kalasin province. The samples consisted of 133 Village Health Volunteers. The questionnaires were reliable and used to correct dataThe data were analyzed using the percentage, mean, standard deviation. The hypothesis was tested by Pearson's product moment correlation coefficient and Multiple regression analysis.The research results revealed the following :1. Village Health Volunteers had knowledge in denguehaemorrhagic fever praevention and control showed at high level. 2. Village Health Volunteers had participation in dengue haemorrhagic fever praevention and control showed at moderate level.3. Personal factors such as sex, age, marital status, education, occupation, period of employment and income not affected to knowledge and participation in dengue haemorrhagic fever praevention and control of villagepublic health volunteers donchan sub district donchan district kalasin province.4. Community Factors such as The home and the community trash can. affected to knowledge and participation in dengue haemorrhagic fever praevention and control of village public health volunteers donchan sub district donchan district kalasin province.

Keywords: Factors, Knowledge , Participation, Dengue Hemorrhagic Fever

¹ นิติศาสตรบัณฑิต สาขาการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

³ ปร.ด.สาขาสังแวดล้อมศึกษา

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทย การเกิดโรคไข้เลือดออกระบาดใหญ่ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 ที่กรุงเทพมหานคร พบผู้ป่วยประมาณ 2,000 กว่าราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 14 ในระยะ 5 ปีต่อจากนั้นก็มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (รายงานรวมทั้งไข้แดงกึ่งไข้เลือดออกและไข้เลือดออกช็อก) ทุกปีส่วนใหญ่รายงานจากกรุงเทพฯ และชนบทมีการระบาดเป็นแบบปีหนึ่งสูงและปีถัดมาลดลง หลังจากนั้นโรคไข้เลือดออกได้แพร่กระจายไปตามจังหวัดต่างๆ โดยเฉพาะที่เป็นหัวเมืองใหญ่มีประชากรหนาแน่นและการคมนาคมสะดวกโรคไข้เลือดออกแพร่กระจายอย่างรวดเร็วจนในที่สุดก็พบว่ามีรายงานผู้ป่วยด้วยโรคนี้จากทุกจังหวัดของประเทศไทย และรูปแบบการระบาดของโรคไข้เลือดออกก็ได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เป็นแบบปีเว้นปีมาเป็นแบบสูง 2 ปีแล้วลดต่ำลง หรือลดต่ำลง 2 ปีแล้วเพิ่มสูงขึ้น

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในปี พ.ศ. 2558 (สำนักโรคบาวิทยา, 2558) มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (Dengue fever :DF, Dengue haemorrhagic fever : DHF, Dengue shock syndrome : DSS) สะสมรวม 13,187 ราย อัตราป่วย 20.25 ต่อประชากรแสนคน มีการรายงานจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น ร้อยละ 62.42 (1.62 เท่า) เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2557 ณ ช่วงเวลาเดียวกัน ผู้ป่วยเสียชีวิต 10 ราย อัตราป่วยตาย เท่ากับ ร้อยละ 0.08 สถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดกาฬสินธุ์ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2558 ถึงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2558 ได้รับรายงานผู้ป่วย 1,230 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 114.19 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต อัตราส่วนชาย : หญิง 1.03 : 1 กลุ่มอายุที่พบสูงสุด คือ 10-14 ปี อาชีพที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุด คือนักเรียน 769 ราย พบผู้ป่วยสูงสุดในเดือนสิงหาคม 288 ราย พบผู้ป่วยในเขตเทศบาลเท่ากับ 626 ราย ในเขตองค์การบริหารตำบล 576 ราย อำเภอที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด คือ อำเภอสหัสขันธ์ 556.58 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ อำเภอนาคู อำเภอคำม่วงอัตราป่วย 466.94 , 400.63 ต่อ

ประชากรแสนคนตามลำดับ พบผู้ป่วยใน 115 ตำบล คิดเป็น ร้อยละ 85.19 497 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 30.68 สามารถควบคุมโรคใน 2 Generation ได้ร้อยละ 95.15 เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจำแนกรายเดือน กับจำนวนผู้ป่วยเมื่อปีที่แล้วและค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (2553- 2557) ณ วันที่ 24 พฤศจิกายน 2558 พบว่าปี 2558 มีจำนวนผู้ป่วยสูงกว่าทั้งเมื่อปีที่แล้ว และค่ามัธยฐาน ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2558 จนถึงปัจจุบัน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2558)

จากความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อ ความรู้ และการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยนำกรอบแนวคิดตามทฤษฎี ความรู้ และการมีส่วนร่วม มาเป็นกรอบในการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อนำผลการศึกษาวิเคราะห์มาใช้ในการกำหนดรูปแบบ วางแผน และกำหนดกลวิธีที่เหมาะสมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จะส่งผลให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพื่อเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลคอนจาน อำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคอนจาน อำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาปัจจัยชุมชนที่ส่งผลต่อความรู้ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคอนจาน อำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาระดับความรู้ การมีส่วนร่วมและปัจจัยชุมชนที่ส่งผลต่อความรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคอนจาน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ในระหว่างเดือน มิถุนายน – กรกฎาคม พ.ศ. 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคอนจาน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวนทั้งสิ้น 133 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจคุณภาพแล้วมาเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล โดยมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach)⁽⁵⁾ เท่ากับ 0.932 ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประสิทธิภาพการอบรมด้านการป้องกันโรค

ส่วนที่ 2. แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยชุมชนที่ส่งผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคอนจาน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้การวิเคราะห์ ถอดทฤษฎีแบบขั้นตอนแบบสอบถามเป็นแบบมาตรฐานประมาณค่า ลักษณะเป็นแบบปลายปิดมี 2 ตัวเลือก คือ ถูกและผิด ซึ่ง ลักษณะคำตอบ คือ ใช่และไม่ใช่ ตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบถูก	1 คะแนน
ตอบผิด	0 คะแนน

ส่วนที่ 3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน ตำบลคอนจาน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ เกี่ยวกับเรื่องโรคไข้เลือดออก โดยใช้การวิเคราะห์ ถอดทฤษฎีแบบขั้นตอนแบบสอบถามเป็นแบบมาตรฐานประมาณค่า ลักษณะเป็นแบบปลายปิดมี 2 ตัวเลือก คือ ถูกและผิด ซึ่ง ลักษณะคำตอบ คือ ใช่และไม่ใช่ ตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบถูก	1 คะแนน
ตอบผิด	0 คะแนน

เกณฑ์ในการประเมินผลความรู้ที่ได้จากการแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับสูง หมายถึง ได้คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 67 ขึ้นไป (0.67-1 คะแนน)	
ระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนเฉลี่ย 34-66 (0.34 - 0.66 คะแนน)	
ระดับต่ำ หมายถึง ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 33 (ต่ำกว่า 0.3 คะแนน)	

ส่วนที่ 4. การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อ การมี

ส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน ตำบลคอนจาน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์เกี่ยวกับเรื่องโรคไข้เลือดออก แบบสอบถามเป็นแบบมาตรฐานประมาณค่า ลักษณะเป็นปลายปิดมี 3 ตัวเลือกของการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก คือ การมีส่วนร่วมสม่ำเสมอ การมีส่วนร่วมบางครั้ง และไม่มีส่วนร่วม ซึ่งลักษณะคำตอบตามเกณฑ์ ดังนี้ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนทั้ง 3 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

บวก	เชิงลบ	
ทำ 4 วัน/สัปดาห์	2 คะแนน	
0 คะแนน		
ทำ 1-3 วัน/สัปดาห์	1 คะแนน	
ไม่ได้ดำเนินการ	0 คะแนน	
2 คะแนน		

เ ชี ง

การแปลความหมายคะแนนของการจัดการพิจารณาจากคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม โดยคิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้น สรุปผลระดับเป็น 3 ระดับคือ

ค่าเฉลี่ย	แปลว่า
1.34 – 2.00	มีส่วนร่วมดี (สม่ำเสมอ)
0.67 – 1.33	มีส่วนร่วมปานกลาง
0.00 – 0.66	มีส่วนร่วมไม่ดี (น้อย)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (ระดับความเชื่อมั่น 95%) วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยชุมชน ด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ระดับความรู้ และการมีส่วนร่วม ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสัมพันธ์และสร้างสมการพยากรณ์โดยใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคอนจาน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88 อายุอยู่ในช่วง 41 - 50 ปี ร้อยละ 33.7 สถานภาพสมรส ร้อยละ 87.2 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ร้อยละ 36.1 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 66.2 มีรายได้ไม่พอใช้เป็นหนี้ ร้อยละ 35.0 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 20.2 รับผิดชอบดูแลหลังคาเรือนมากกว่า 11 หลังคาเรือน ร้อยละ 35.2

2. ปัจจัยชุมชน พบว่า เพื่อนบ้านหรือสมาชิกในครอบครัวของท่านสนับสนุนในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายเป็นอย่างดี มากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 61.7 รองลงมา คือ บริเวณบ้านสะอาด ไม่มีภาชนะเหลือใช้ที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายคิดเป็นร้อยละ 53.9 และสมาชิกในครัวเรือนท่านเคยมีผู้ได้รับเชื้อ ไข้เลือดออกน้อยที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 13.0

3. ความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคอนจาน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 84.88 เมื่อจำแนกรายข้อพบว่าความรู้ใน 3 อันดับแรก ที่ตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ ถ้ามีไข้สูงเกิน 2 วันติดต่อกันควรพาไปรักษาและเจาะเลือดเพื่อตรวจหาไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 99.2 การกำจัดลูกน้ำยุงลายควรทำต่อเนื่องติดต่อกันทุก 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 97.7 และไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่ออันตราย มียุงลายเป็นพาหะนำโรค โดยยุงลายที่มีเชื้อโรค ไข้เลือดออกแล้วไปกัดคนอื่น เป็นแล้วมีโอกาสเป็นอีก คิดเป็นร้อยละ 94.7 ตามลำดับ

4. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคอนจาน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยภาพรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.19 ได้แก่ ด้านการวางแผน คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.22 ด้านร่วมดำเนินการ คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.22 และด้านการประเมินผล มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.13

5. ความสัมพันธ์และสร้างสมการพยากรณ์ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อ ความรู้ในการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlations) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์(ตัวแปรต้น) และตัวแปรเกณฑ์(ตัวแปรตาม) ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ จึง

6. ความสัมพันธ์และสร้างสมการพยากรณ์ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อ การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(Correlations) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์(ตัวแปรต้น) และตัวแปรเกณฑ์(ตัวแปรตาม) มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเชิงบวก 1 ตัวแปร ได้แก่ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เมื่อนำตัวแปรพยากรณ์มาทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ(Multiple Regression) โดยใช้วิธีการ Stepwise พบว่า ไม่มีตัวแปรพยากรณ์เข้าสู่สมการ

7. ความสัมพันธ์และสร้างสมการพยากรณ์ปัจจัยชุมชนที่ส่งผลต่อ ความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlations) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ และตัวแปรเกณฑ์ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเชิงบวก 2 ตัวแปร ได้แก่ บริเวณบ้านมีภาชนะที่มีน้ำขังภายในบ้านเช่น จานรองกระถาง แจกัน จานรองขาตู้ ขากรถยนต์ น้ำเสียจากครัวเรือนและ เพื่อนบ้านหรือสมาชิกในครอบครัวของท่านสนับสนุนในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เป็นอย่างดี เมื่อนำตัวแปรพยากรณ์มาทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) โดยใช้วิธีการ Stepwise พบว่า มีตัวแปรพยากรณ์เข้าสู่สมการทั้ง 2 ตัว คือ บริเวณบ้านมีภาชนะที่มีน้ำขังภายในบ้านเช่น จานรองกระถาง แจกัน จานรองขาตู้ ขากรถยนต์ น้ำเสียจากครัวเรือนและ เพื่อนบ้านหรือสมาชิกในครอบครัวของท่านสนับสนุนในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เป็นอย่างดี โดยตัวแปรพยากรณ์แรก ($F = 15.923, p < 0.001$ และ $t = 33.321$) ไม่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ($VIF < 10$) สามารถอธิบายความแปรปรวนของความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้ร้อยละ 10.20 ($\text{adj } R^2 = 0.102$) จึงไม่มี Multicollinearity ตัวแปรพยากรณ์สอง ($F = 15.727, p < 0.001$ และ $t = 15.930$) ไม่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ($VIF < 10$) และสามารถอธิบายความแปรปรวนของความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้ร้อยละ 18.20 ($\text{adj } R^2 = 0.182$) จึงไม่มี Multicollinearity สามารถอธิบายได้ ดังนี้ ปัจจัยชุมชน ได้แก่ บริเวณบ้านมีภาชนะที่มีน้ำขังภายในบ้านเช่น จานรองกระถาง แจกัน จานรองขาตู้ ขากรถยนต์ น้ำเสียจากครัวเรือนและ เพื่อนบ้านหรือสมาชิกในครอบครัวของท่านสนับสนุนในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เป็นอย่างดีส่งผลต่อความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคอนจาน อำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

8. ความสัมพันธ์และสร้างสมการพยากรณ์ปัจจัยชุมชนที่ส่งผลต่อ การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

(Correlations) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ และตัวแปรเกณฑ์ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเชิงบวก 2 ตัวแปร ได้แก่ บริเวณบ้านและชุมชนมีขยะ ภาชนะเหลือใช้ที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และ เพื่อนบ้านหรือสมาชิกในครอบครัวของท่านสนับสนุนในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายเป็นอย่างดีนำตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 2 ตัว มาทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) โดยใช้วิธีการ Stepwise พบว่า มีตัวแปรพยากรณ์เข้าสู่สมการเพียง 1 ตัว คือ บริเวณบ้านและชุมชนมีขยะ ภาชนะเหลือใช้ที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย โดยตัวแปรพยากรณ์ ($F = 5.779, p < 0.05$ และ $t = 47.937$) ไม่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ($VIF < 10$) สามารถอธิบายความแปรปรวนของการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้ร้อยละ 3.50 ($\text{adj } R^2 = 0.035$) จึงไม่มี Multicollinearity สามารถอธิบายได้ว่า ปัจจัยชุมชน ได้แก่ บริเวณบ้านและชุมชนมีขยะ ภาชนะเหลือใช้ที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคอนจาน อำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเรื่อง ปัจจัยชุมชนที่มีผลต่อความรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคอนจาน อำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ อภิปรายการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยด้าน ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านชุมชน ความรู้ การมีส่วนร่วม ในการป้องกันและความควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้

1. ความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 84.88 เนื่องจากโรคไข้เลือดออกเป็นเรื่องใกล้ตัว จึงทำให้ประชาชนและกลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจ และมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันตนเองจากโรคไข้เลือดออก จากสื่อต่างๆการได้รับความรู้จากบุคลากรจากสาธารณสุขส่งผลให้ระดับความรู้ในการ

ป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ มีศิลป์ (2551) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ความเข้าใจในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับสูง

2. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยภาพรวม อยู่ในระดับ ปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.19 เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีรายได้น้อย จึงทำให้ต้องดิ้นรนทำมาหากิน จึงไม่มีเวลาเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ ลำเนียง วงศ์วาน (2549) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอจันทบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ รายได้ คือเมื่อประชาชนมีรายได้ดีก็จะไม่ดิ้นรนทำมาหากิน จึงมีเวลาที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น

3. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคอนจาน อำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลไม่ส่งผลต่อความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เนื่องจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มี อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่แตกต่างกันได้รับความรู้ในการอบรมจากเจ้าหน้าที่ หน่วยงาน และสื่อต่างๆ ที่เข้าถึงได้ง่าย ทำให้เกิดทักษะในการป้องกันและควบคุมการเกิดโรค

4. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคอนจาน อำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลไม่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เนื่องจาก

5. ปัจจัยชุมชนที่ส่งผลต่อ ความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคอนจาน อำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าปัจจัยชุมชน ได้แก่ บริเวณบ้านมีภาษาชนที่มีน้ำขัง

ภายในบ้านเช่น จานรองกระถาง แจกัน จานรองขาตู้ ฝักรถยนต์ น้ำเสียจากครัวเรือนและ เพื่อนบ้านหรือสมาชิกในครอบครัวของท่านสนับสนุนในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายเป็นอย่างดีส่งผลต่อความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เนื่องจาก การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในครัวเรือนมีผลต่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ที่สื่อต่างๆ ให้ความสนใจในการรณรงค์ทำให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการเรียนรู้และเข้าใจวิธีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายจากแหล่งต่างๆภายในบริเวณบ้าน และได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและชุมชนในการกำจัดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

6. ปัจจัยชุมชนที่ส่งผลต่อ การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคอนจาน อำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าปัจจัยชุมชน ได้แก่ บริเวณบ้านและชุมชนมีขยะ ภาชนะเหลือใช้ที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคอนจาน อำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ เนื่องจาก อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมในการควบคุมและป้องกันโรคการเกิดโรคและพบเห็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่มีในบริเวณบ้านและชุมชนจะกระตุ้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขเกิดความตระหนักในการควบคุมและป้องกันการเกิดโรคร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. การจัดการสิ่งแวดล้อมของชุมชนที่ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออกจึงควรจะต้องเน้นไปที่การจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน โดยเฉพาะการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก

2. การมีส่วนร่วมเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องให้ความสำคัญร่วมกับทุกฝ่ายโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทมากในการควบคุม

ป้องกันโรคและลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค โดยความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชน

5.5 ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการสร้างความตระหนักในการป้องกันควบคุมการเกิดโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมการเกิดโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารและบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคอนจาน รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลคอนจาน อำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ได้กรุณาอนุเคราะห์ให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูล จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และคณะ. (2550). อาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสา กับ สุขภาวะไทย. สงขลานครินทร์ เวชสาร, 27(1).
2. โกวิทย์ พวงงาม. (2545). การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน. ม.ป.ท.
3. กัมภีร์ งานดี. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้สื่อสุขภาพในการให้ความรู้แก่ประชาชน
4. ของนักวิชาการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
5. ชิต นิลพานิช และกุลธนา ชนางพชร. (2532). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา ชนบท. ในเอกสารการสอนชุดวิชาความรู้ทั่วไปสำหรับการพัฒนาระดับตำบล หมู่บ้าน (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน่วยที่ 8). นครพนม: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
6. จุฑามาศ มีศิลป์. (2551). ความรู้ ความเข้าใจบทบาทการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ในเขตพื้นที่ ตำบลคลองหก อำเภอลำลูกเกด จังหวัดปทุมธานี. การศึกษาอิสระรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
7. จันทิมา วิชกุล. ผลของการสร้างพลังแกนนำครอบครัวโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อ
8. ทวีทอง หงส์วิวัฒน์. 2527. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
9. นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. (2527). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.
10. ประหยัด แดงสุภา. ระบาดวิทยา : การแก้ปัญหาสาธารณสุขในชุมชน. ประจวบคีรีขันธ์ : ประจวบการพิมพ์, 2542.
11. พิเศษ สวงนชาติ. (2552). การจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกตำบลหน้าพระลาน อำเภอเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสระบุรีวิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการ ระบบสุขภาพมหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
12. วณิดาวิระกุล. (2548). การสำรวจความรู้และการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. วารสาร สุขภาพภาคประชาชน ภาคอีสาน, 20(11), 12-14. "ไวรัสที่มีแนวโน้มเป็นวัคซีนตัวเลือกได้ 30 ตัว," **กรุงเทพธุรกิจ**. (ออนไลน์) 2551 (อ้างเมื่อ 15 มกราคม 2551). จาก : <http://www.healthcorners.com/2007/news/Read.php?id=4057>
13. ศิริเพ็ญ กัลยาณรูก และสุจิตรา นิมนานนิตย์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกแดงกึ. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ., 2546.
14. สุจิตรา นิมนานนิตย์. ไข้เลือดออก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ดีไซน์, 2540.
15. สมบัติ ท้ายเรือคำ. ระเบียบวิธีวิจัยสำหรับมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. กาฬสินธุ์ : ประสานการพิมพ์, 2551.
16. อารณ อุคคดิ. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามบทบัญญัติแห่งชาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน จังหวัดสตูล. บทความวารสาร. สงขลานครินทร์ เวชสาร, 26(6), 527-538

ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพในการพัฒนาพฤติกรรมของผู้ปกครองเพื่อป้องกันโรคฟันผุ
ของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลเมืองชัยพัฒนา อำเภอมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

**THE EFFECT OF DENTAL HEALTH EDUCATION PROGRAM ON BEHAVIORAL
DEVELOPMENT OF CARE GIVER FOR DENTAL CARIES PREVENTION AMONG PRE-
SCHOOLCHILDREN ON CHILD DEVELOPMENT CENTER KHONGCHAI PATTANA
SUB-DISTRICT, KHONGCHAI DITRICT, KALASIN PROVINCE**

ศุภัสยา อัดโดดดอน¹ และปาริชา นิพพานนท์²
Sukanya Aoddoddon¹ and Paricha Nippanon²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพในการพัฒนาพฤติกรรมของผู้ปกครองเพื่อป้องกันโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลเมืองชัยพัฒนา อำเภอมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 32 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ กิจกรรมประกอบด้วย การฉายวีดิทัศน์ประกอบการบรรยาย สไลด์ แผ่นพับ การประชุมกลุ่ม การสาธิตและการปฏิบัติ ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 10 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สูงสุด ต่ำสุด ความถี่ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนด้วยสถิติ Paired sample t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความรู้เรื่องโรคฟันผุ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันผุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ การรับรู้ความสามารถของผู้ปกครองในการป้องกันโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองของผู้ปกครองในการป้องกันโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคฟันผุ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.001$) และปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.001$)

คำสำคัญ: โรคฟันผุ, การพัฒนาพฤติกรรม

Abstract

This quasi experimental research. The aims to study results of the The Effect of Dental Health Education Program On Behavioral Development of Care Giver For Dental Caries Prevention Among Pre-school Children On Child Development Center Kongchaipattana Sub-district, Kongchai District, Kalasin Province. The Samples were 64 Patients and divided into Experimental group and Comparison group each group was 32 patients. The experimental group was dental Health Education Program. Activity by lecture, VCD, Slide, Brochures, Discussion group, with Demonstration and Practice. Worker were used all of 10 weeks. Data were collected by questionnaires and plaque index before and after experiment. Descriptive data were used percentage, mean, standard deviation, min, max, and frequency. Estimative analysis were used paired sample t-test and independent t-test at 0.05 level of significant.

The results showed that that after the implementation. The experimental group had higher significant mean score of the knowledge about dental caries. The perceived Severity of protecting dental caries's. The Perceived Probability of protecting dental caries's. The efficacy expectation with of parents in preventing dental caries in preschool children. The response efficacy with of parents in preventing dental caries in preschool children. The Practices of protecting dental caries's and higher significant than the comparison group ($p - \text{value} < 0.001$) The experimental group had dental plaque decrease significant than the comparison group ($p - \text{value} < 0.001$)

Keywords: dental caries, behavioral development

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต(สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ)คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์

บทนำ

โรคฟันผุเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างยิ่งในเด็กก่อนวัยเรียน จากการสำรวจสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนยังคงมีปัญหาโรคฟันผุ เช่น การสำรวจภาวะทันตสุขภาพเด็กประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า เด็กอายุ 2-5 ปี มีโรคฟันผุร้อยละ 22.70 ประเทศออสเตรเลีย พบว่า เด็กอายุ 4 ปี มีค่าเฉลี่ย dmft ร้อยละ 38.0⁽¹⁾ ประเทศจีน พบว่า เด็กอายุ 3-5 ปี มีโรคฟันผุ ร้อยละ 14 มีความชุกโรคฟันผุ ร้อยละ 3⁽²⁾ ปัจจัยการพัฒนายุติกรรม การป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนโดยให้ผู้ปกครองรับรู้ว่าการป้องกันโรคฟันผุและการเกิดโรคฟันผุ เช่น การไม่แปรงฟัน การให้เด็กกินขนมหวาน ขนมกรุบกรอบ ลูกอม น้ำหวาน น้ำอัดลมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุและความรุนแรงของโรคฟันผุ เช่น ปวดฟัน สูญเสียฟันก่อนกำหนด การเรียงตัวของฟันแท้ ฟันซ้อนเก และการกินอาหาร นกคลิกภาพ และการพัฒนาการเจริญเติบโตของร่างกาย เป็นต้น ดังนั้นโดยเฉพาะผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กมีบทบาทในการป้องกันผู้ตั้งแต่แรกเริ่มก็จะสามารถทำให้มีสุขภาพช่องปากและฟันที่ดีและการสูญเสียฟันดน้อยลงเป็นการป้องกันการเกิดโรคฟันผุและทำให้เด็กมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและฟันที่ดี ตั้งแต่ยังเยาว์วัย ซึ่งปัญหาการเน้นให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กสามารถพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุและการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน โดยเฉพาะพฤติกรรมแปรงฟันและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันโรคฟันผุของเด็กก่อนให้ดีขึ้น จากการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด PRECEDE Framework ของกรีน (Green et al., 1980 อ้างถึงใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2554)⁽³⁾ ด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งปัญหาโรคฟันผุมียังย่นำที่ส่งผลให้เกิดโรคฟันผุในเด็ก เช่น ความรู้ของผู้ปกครองทัศนคติของผู้ปกครอง ปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุ เช่น การให้บริการทางทันตกรรมยังไม่ทั่วถึง การปฏิบัติตัวของผู้ปกครองในการป้องกันโรคฟันผุ พฤติกรรมการเลี้ยงดู เช่น การให้เด็กดื่มนมหวาน การไม่แปรงฟันให้เด็ก การปล่อยให้เด็กหลับคาขวดนม ผู้ปกครองไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก เช่น ไม่แปรงฟันให้เด็กก่อนไปโรงเรียน ไม่ไปตรวจสุขภาพ

ช่องปากจากทันตแพทย์หรือทันตบุคลากรเพื่อเข้ารับการรักษา ไม่ได้รับข้อมูลทางทันตกรรม ปัจจัยเสริมที่ส่งผลให้เกิดโรคฟันผุ ผู้ปกครองไม่แปรงฟันให้กับเด็ก ผู้ปกครองให้เด็กบริโภคขนมกรุบกรอบ ขนมหวาน น้ำอัดลม ลูกอม และสื่อโฆษณาชักจูงเด็กให้บริโภคขนมหวาน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ส่งผลทำให้เกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน⁽⁴⁾

ประเทศไทยสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 7 พบว่า เด็กอายุ 3 - 5 ปี มีความชุก ของฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 51.8 เด็กอายุ 3 ปี ค่าเฉลี่ย (dmft) ผุ ถอน ผุ ร้อยละ 2.7 กลุ่มเด็กที่มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 50.6 เฉลี่ย ร้อยละ 2.6 ซึ่ง/คน เด็กอายุ 5 ปี ค่าเฉลี่ย (dmft) ผุ ถอน ผุ ร้อยละ 4.4 ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในเด็กอายุ 3 ปี พบฟันผุ ร้อยละ 29.8, 19.9, 35.3, 22.6 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ย(dmft) ผุ ถอน ผุ ร้อยละ 1.7, 3.1, 3.0, 2.4 ตามลำดับ ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในเด็กอายุ 5 ปี พบฟันผุ ร้อยละ 35.6, 14.3, 29.4, 20.6 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ย(dmft) ผุ ถอน ผุ ร้อยละ 3.0, 5.0, 4.6, 4.3 ตามลำดับ นอกจากนี้การสำรวจพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ ในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า การแปรงฟันก่อนมาโรงเรียน ร้อยละ 94.5 แปรงฟันด้วยตนเอง ร้อยละ 52.4 ผู้ปกครองแปรงฟันให้ ร้อยละ 44.2⁽⁵⁾

จังหวัดกาฬสินธุ์จากการสำรวจสุขภาพช่องปากพบว่า เด็กก่อนวัยเรียนในเขตรับผิดชอบกลุ่ม อายุ 3 ปี มีฟันผุ ร้อยละ 83.9 ฟันผุ ผุ ถอน 7.8 ซึ่ง/คน⁽⁶⁾ ในเขตอำเภอม้องชัยได้มีการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า มีฟันผุ ร้อยละ 56.2 ค่าเฉลี่ย ผุ ถอน 3.98 ซึ่ง/คน⁽⁷⁾ เด็กก่อนวัยเรียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบตำบลม้องชัยพัฒนามีฟันผุ ร้อยละ 50.0 ค่าเฉลี่ย ผุ ถอน 1.1 ซึ่ง/คน เหวืออากเสบ ร้อยละ 6.7 ผู้ปกครองพาเด็กมารับการรักษาทางทันตกรรม เมื่อมีอาการแล้ว ร้อยละ 75.2 ผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็กก่อนไปโรงเรียน ร้อยละ 80.7 และผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็กก่อนนอน ร้อยละ 68.9⁽⁸⁾

จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองยังไม่เห็นความสำคัญในการป้องกันโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนเท่าที่ควรซึ่งผู้ปกครองมีส่วนในการดูแลเด็กในการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น การแปรงฟันให้กับเด็กหรือการ

ควบคุมการแปรงฟัน การตรวจช่องปาก การไปรับการรักษาทางทันตกรรม การเลือกอาหารให้กับเด็ก รวมไปถึงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและผู้ป่วยสามารถปลูกฝังให้เด็กรับการแปรงฟันและการดูแลสุขภาพช่องปากตั้งแต่เยาว์วัย ซึ่งการพัฒนาพฤติกรรมของผู้ปกครองในการป้องกันฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนนั้นผู้ปกครองต้องมีความรู้ในการป้องกันโรคฟันผุ การรับรู้ถึงความรุนแรง การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฟันผุ รวมไปถึง การสร้างความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ (Rogers ,1986 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2554)⁽³⁾ ได้กล่าวว่า การจูงใจเพื่อป้องกันโรคเป็นผลของบุคคลโดยที่บุคคลนั้นเกิดจากความกลัวซึ่งความกลัวนั้นจะส่งผลให้บุคคลมีการประเมินภาวะคุกคามของโรคและการเผชิญปัญหาที่จะเกิดขึ้นและบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้และรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและบุคคลนั้นสามารถตอบสนองต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองและมีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะกำจัดภาวะคุกคามที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมต่อการป้องกัน โรคเพื่อไม่ให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บและยังเป็นการเสริมสร้างสุขภาพในการป้องกันโรคได้

ดังนั้น ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีแรงจูงใจมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมของผู้ปกครองเพื่อป้องกันโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและการพัฒนาวิธีการทางสุขภาพและการจัดกิจกรรมทางทันตสุขภาพเพื่อกระตุ้นให้ผู้ปกครองมีการพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนที่เหมาะสมและเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม การป้องกัน โรคฟันผุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม การป้องกัน โรคฟันผุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม การป้องกัน โรคฟันผุของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง
2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม การป้องกัน โรคฟันผุ ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง(Quasi experimental research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับ โปรแกรมทันตสุขภาพที่ผู้วิจัยได้กำหนดขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับทันตสุขภาพตามปกติของการให้บริการจากหน่วยงานของรัฐทั่วไป หรือตามสื่อต่างๆ แต่ไม่ได้รับ โปรแกรมทันตสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น การดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 10 สัปดาห์โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันโรคฟันผุ ประชากรตัวอย่าง คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตอำเภอเมืองชัย ปีการศึกษา 2558 จำนวน 11 แห่ง อำเภอเมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่ายโดยวิธีการจับสลากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยจำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 32 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร⁽⁹⁾ (อรุณ จิรวัดนกุล, 2547) ดังนี้

$$\sigma^2 = \frac{(n_1 - 1)sd_1^2 + (n_2 - 1)sd_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผู้วิจัยแจกให้กับอาสาสมัครในการตอบแบบสอบถามซึ่งประกอบไปด้วย 7 เนื้อหา ดังนี้ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเป็นโรคฟันผุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกิดโรคฟันผุ การรับรู้ความสามารถของผู้ปกครองในการป้องกันโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของผู้ปกครองในการ

ป้องกันโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคฟันผุ และแบบบันทึกการตรวจปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง การฉายวิดีโอทัศน์ประกอบการบรรยาย แผ่นภาพโปสเตอร์ สไลด์ประกอบการบรรยาย แผ่นพับ แบบบันทึกการแปรงฟัน การประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การสาธิตการแปรงฟัน(โมเดลฟัน) ฝึกปฏิบัติการแปรงฟัน การตรวจฟันเบื้องต้น การตรวจแผ่นคราบจุลินทรีย์ การตรวจช่องปาก และการติดตามเยี่ยมบ้าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในส่วนของ การวัดความรู้เรื่องโรคฟันผุ โดยการใช้สูตร Kuder และ Richardson (KR-20) ในการหาความเชื่อมั่น 0.93 การหาความเที่ยงของแบบสอบถาม ซึ่งเป็น Rating Scale มีคะแนนมากกว่า 1 คะแนนในแต่ละข้อคำถามโดยการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยการใช้สูตรสหสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Cronbachs Alpha coefficient) 0.84 ,0.83, 0.88, 0.84 และ0.82 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการศึกษา

ผู้วิจัยการศึกษาวิจัยดำเนินการทดลองโดยการจัดกิจกรรมโปรแกรมทันตสุขภาพในการพัฒนาพฤติกรรมของผู้ปกครองเพื่อป้องกันโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ตั้งไว้ทั้งสิ้น 10 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 “รู้ทันป้องกันโรคฟันผุ” ให้ความรู้โรคฟันผุ โดยการฉายวิดีโอทัศน์และสไลด์ประกอบการบรรยาย แผ่นภาพโปสเตอร์ แผ่นพับความรู้โรคฟันผุ การแจกรู่มือการแปรงฟัน แบบบันทึกการแปรงฟันโดยผู้ปกครอง โดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง 45 นาที

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 2 “ฟันผุเรื่องเล็กๆไม่ควรมองข้าม”การสร้างการรับรู้ความรุนแรงต่อการเป็นโรคฟันผุ โดยการประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคฟันผุ สไลด์การแสดงภาพตัวอย่างความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุประกอบการบรรยาย แจกแผ่นพับเรื่องโรคฟันผุน่ากลัวอย่างไร โดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง 45 นาที

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 3 “ฟันผุน่ากลัวอย่างไร” สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกิดโรคฟันผุ โดยการประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องโอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคฟันผุในเด็กการฉายวิดีโอทัศน์ประกอบการบรรยาย สไลด์ประกอบการบรรยายเรื่องโอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคฟันผุ แจกแผ่นพับอาหารที่ทำให้เกิดโรคฟันผุโดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง 45 นาที

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมที่ 4 “ฟันผุป้องกันได้ด้วยมือเรา”สร้างการรับรู้ความสามารถของผู้ปกครองในการป้องกันโรคฟันผุ ประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นการสาธิตการแปรงฟันโดยใช้โมเดลฟัน ฝึกปฏิบัติการแปรงฟัน การตรวจฟันเบื้องต้นโดยผู้ปกครอง โดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง 45 นาที

สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมที่ 5 “ฟันผุป้องกันได้ด้วยมือแม่”สร้างความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของผู้ปกครองในการป้องกันโรคฟันผุ โดยการประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อดีของการแปรงฟัน ข้อดีของการเลือกรับประทานอาหารที่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ สไลด์ประกอบการบรรยายการป้องกันไม่ให้เกิดโรคฟันผุโดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง 45 นาที

สัปดาห์ที่ 9 กิจกรรมที่ 6 “พ. ฟัน สะอาดจัง”การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคฟันผุ ประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การสาธิตและการฝึกปฏิบัติในการแปรงฟันให้กับเด็กและฝึกปฏิบัติการตรวจแผ่นคราบจุลินทรีย์โดยให้ย้อมเมคัสฟัน สไลด์ประกอบการบรรยายเรื่องอาหารที่ทำให้เกิดโรคฟันผุและการตรวจช่องปาก โดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง 45 นาที

สัปดาห์ที่ 2,5,8,10 กิจกรรมที่ 7 การติดตามสนับสนุนการพัฒนาพฤติกรรมติดตามโดยการเยี่ยมบ้านและการตรวจแบบบันทึกการแปรงฟัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนภายในกลุ่ม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired-Sample t-test และ 95% CI เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่างกลุ่มทั้งกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent-Samples T-test และ 95% CI กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 31 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.3 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 51 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.3 สถานภาพ พบว่า ผู้ปกครองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 90.6 และ 93.8 ตามลำดับ ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 46.9 และ 78.1 ตามลำดับ

อาชีพ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม คิดเป็นร้อยละ 43.8 และ 78.1 ตามลำดับ รายได้ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่รายได้อยู่ระหว่าง 5000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 50.0 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่รายได้อยู่ระหว่างต่ำกว่า 2000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.0 ความสัมพันธ์กับเด็ก พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ความสัมพันธ์ กับพ่อ/แม่ คิดเป็นร้อยละ 56.3 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ความสัมพันธ์กับกับปู่/ย่า/ตา/ยาย คิดเป็นร้อยละ 81.3 การเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขพบ ว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขจากเจ้าหน้าที่/ ทันตบุคลากร/ทันตแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 81.3 และ 93.8 ตามลำดับ

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนความรู้ ด้านการรับรู้ความรุนแรง ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ด้านการรับรู้

ความสามารถของผู้ปกครอง ด้านความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของผู้ปกครอง ด้านการปฏิบัติตัว ด้านปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (n=32)		หลังการทดลอง (n=32)		Mean Difference	t	95% CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.				
1.ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัข	8.87	2.12	16.71	0.52	7.84	19.51	7.02 ถึง 8.66	<0.001
2.การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคพิษสุนัข	28.00	2.51	39.00	0.00	10.62	23.94	9.71 ถึง 11.53	<0.001
3.การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษสุนัข	35.53	2.42	44.11	0.39	9.28	21.88	8.41 ถึง - 10.14	<0.001
4.การรับรู้ความสามารถของผู้ปกครอง	33.87	2.90	49.25	1.50	15.37	25.26	14.13 ถึง 16.61	<0.001
5.ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของผู้ปกครอง	29.18	2.29	39.00	0.00	9.81	24.21	8.98 ถึง 10.63	<0.001
6.การปฏิบัติตัวต่อการเกิดโรคพิษสุนัข	29.50	2.15	45.00	0.00	15.50	28.54	14.72 ถึง 16.27	<0.001
7.ปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์	0.45	0.79	0.55	0.97	-.186	-16.55	-2.09 ถึง -.163	<0.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2560

จากตาราง 1 พบว่า ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความรู้เรื่องโรคพิษณุ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคพิษณุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษณุ การรับรู้ความสามารถของผู้ปกครองในการป้องกันโรคพิษณุของเด็ก ก่อนวัยเรียน ความคาดหวังในประสิทธิผลของการ

ตอบสนองของผู้ปกครองในการป้องกันโรคพิษณุของเด็ก ก่อนวัยเรียน การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพิษณุ สูงกว่า ก่อนการทดลองและเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) และปริมาณแผ่นกราฟจุลินทรีย์ลดลงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.001)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนความรู้ ด้านการรับรู้ความรุนแรง ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ด้านการรับรู้ความสามารถของผู้ปกครอง ด้านความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของผู้ปกครอง ด้านการปฏิบัติตัว ด้านปริมาณแผ่นกราฟจุลินทรีย์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง(n=32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=32)		Mean Difference	t	95% CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.				
1.ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษณุ	16.76	0.52	8.72	2.11	8.0	20.78	7.21 ถึง 8.78	<0.001
2.การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคพิษณุ	39.00	0.00	30.78	2.57	8.21	18.05	7.29 ถึง 9.14	<0.001
3.การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษณุ	44.11	0.39	35.28	2.06	9.53	25.61	8.77 ถึง 10.28	<0.001
4.การรับรู้ความสามารถของผู้ปกครอง	49.25	1.50	33.06	2.73	16.18	29.34	15.11 ถึง 17.29	<0.001
5.ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของผู้ปกครอง	39.00	0.00	28.40	2.78	10.59	20.78	9.61 ถึง 11.57	<0.001
6.การปฏิบัติตัวต่อการเกิดโรคพิษณุ	45.00	0.00	28.4	2.78	15.03	27.86	14.21 ถึง 15.84	<0.001
7.ปริมาณแผ่นกราฟจุลินทรีย์	0.35	0.55	2.94	0.52	-2.58	-19.10	-2.85 ถึง -2.31	<0.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 2 พบว่า หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความรู้เรื่องโรคพิษณุ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคพิษณุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษณุ การรับรู้ความสามารถของผู้ปกครองในการป้องกันโรคพิษณุของเด็ก

ก่อนวัยเรียน ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของผู้ปกครองในการป้องกันโรคพิษณุของเด็ก ก่อนวัยเรียน การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพิษณุ สูงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบและเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) และปริมาณแผ่นกราฟจุลินทรีย์ลดลงกว่า

ก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.001$)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลของโปรแกรมทันตสุขภาพในการพัฒนาพฤติกรรมของผู้ปกครองเพื่อป้องกันโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลหนองชัยพัฒนา อำเภอน้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า โปรแกรมทันตสุขภาพที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นทำให้ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งสามารถนำมาอภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐาน ได้ดังนี้

1. ความรู้เรื่องโรคฟันผุ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคฟันผุ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ จากผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคฟันผุ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$ คือ ภายหลังการทดลองผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพฯ จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เรื่องโรคฟันผุ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เรื่องโรคฟันผุ ดังกล่าวเกิดขึ้นจากการได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในการดำเนินกิจกรรมและใช้วิธีการทางสุขภาพโดยสัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 “รู้ทันป้องกันโรคฟันผุ” ให้ความรู้โรคฟันผุโดยการฉายวีดิทัศน์และสไลด์ประกอบการบรรยาย แผ่นภาพโปสเตอร์ แผ่นพับความรู้โรคฟันผุ การแจกคู่มือการแปรงฟัน แบบบันทึกการแปรงฟันโดยผู้ปกครอง จึงทำให้ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคฟันผุเพิ่มมากขึ้น โดยเป็นไปตามแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ของ Boom (1979 อ้างถึงใน รวิษฐา ทับทิมใส, 2552)⁽¹⁰⁾ ที่กล่าวว่า การเรียนรู้มีบุคคลอาจได้จากประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมา การจดจำ ความเข้าใจ การปฏิบัติ การนำไปใช้และสามารถวิเคราะห์แยกแยะได้ ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้ทักษะในการเรียนรู้เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของฉินนันท์ แสงอรุณ (2554)⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพโดย

การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านธาตุ จังหวัดชัยภูมิ ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ด้านความรู้เรื่องโรคฟันผุและการป้องกันการเกิดโรคฟันผุของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุ การรับรู้ความรู้แรงของการเกิดโรคฟันผุ การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพฟันทั้งในการแปรงฟันให้กับเด็กอย่างสม่ำเสมอและถูกวิธี การตรวจฟันให้เด็กอย่างสม่ำเสมอและถูกวิธี และการดูแลเด็กเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ซึ่ง ภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$

2. การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันผุ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันผุ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบจากผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคฟันผุเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$ คือ ภายหลังการทดลองผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพฯ จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันผุ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันผุ ดังกล่าวเกิดขึ้นจากการได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคในการดำเนินกิจกรรมและใช้วิธีการทางสุขภาพโดยสัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 2 “ฟันผุเรื่องเล็กๆ ไม่ควรมองข้าม” การสร้างการรับรู้ความรุนแรงต่อการเป็นโรคฟันผุ โดยการประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคฟันผุ สไลด์การแสดงภาพตัวอย่างความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุประกอบการบรรยาย แจกแผ่นพับเรื่องโรคฟันผุน่ากลัวอย่างไร จึงทำให้ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคฟันผุเพิ่มมากขึ้น โดยเป็นไป

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Backer, 1974 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2554)⁽³⁾ ที่ว่าการที่บุคคลจะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมใดๆจะต้องมีการกระตุ้นให้เกิดความกลัวและรับรู้ถึงความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นกับบุคคลและส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กฤติยา โนนใหญ่ (2556)⁽¹²⁾ ที่ศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปกครองเพื่อป้องกันการเกิดโรคพินสุในเด็กก่อนวัยเรียน ตำบลอิหล่า อำเภอยะนิง จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในด้านความรู้เรื่องโรคพินสุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพินสุ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพินสุ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพินสุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$ และปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ในกลุ่มทดลอง พบว่า ลดลงกว่าก่อนการทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$

3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพินสุ
ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพินสุ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ จากผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพินสุเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$ คือ ภายหลังการทดลองผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมทันตสุขภาพ จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพินสุ ดังกล่าวเกิดขึ้นจากการได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคในการดำเนินกิจกรรมและใช้วิธีการทางสุขภาพโดยสัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 3 “พินสุ น่ากลัวอย่างไร” สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกิดโรคพินสุ โดยการประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องโอกาส

เสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคพินสุในเด็ก การฉายวีดิทัศน์ประกอบการบรรยาย สไลด์ประกอบการบรรยายเรื่องโอกาสเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคพินสุ แจกแผ่นพับอาหารที่ทำให้เกิดโรคพินสุ จึงทำให้ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพินสุเพิ่มขึ้น โดยเป็นไปตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Backer, 1974 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2554)⁽³⁾ ที่ว่าเมื่อบุคคลนั้นรับรู้ถึงสิ่งที่กำลังคุกคามจะทำให้บุคคลคนนั้นมีการตัดสินใจจะปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและมีความตั้งใจที่จะลดพฤติกรรมหรือความเสี่ยงนั้น และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุวนิตย์ ธรรมสาร (2552)⁽¹³⁾ ที่ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้ปกครองเด็ก 3 – 4 ปี โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม อำเภอประทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพินสุ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพินสุ และการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถแห่งตนในการป้องกันโรคพินสุ ซึ่งภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$

4. การรับรู้ความสามารถของผู้ปกครองในการป้องกันโรคพินสุของเด็กก่อนวัยเรียน
ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ปกครองในการป้องกันโรคพินสุของเด็กก่อนวัยเรียน ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบจากผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ปกครองในการป้องกันโรคพินสุของเด็กก่อนวัยเรียนเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$ คือ ภายหลังการทดลองผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมทันตสุขภาพ จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ความสามารถของผู้ปกครองในการป้องกันโรคพินสุของเด็กก่อนวัยเรียนดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่ม

เปรียบเทียบ ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ความสามารถของผู้ปกครองในการป้องกันโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนดังกล่าวเกิดขึ้นจากการได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการดำเนินกิจกรรมและใช้วิธีการทางสุขภาพโดยสัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมที่ 4 “ฟันผู้ป้องกันได้ด้วยมือเรา” สร้างการรับรู้ความสามารถของผู้ปกครองในการป้องกันโรคฟันผุ ประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นการสาธิตการแปรงฟันโดยใช้โมเดลฟัน ฝึกปฏิบัติการแปรงฟัน การตรวจฟันเบื้องต้นโดยผู้ปกครอง จึงทำให้ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของผู้ปกครองในการป้องกันโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนเพิ่มมากขึ้น โดยเป็นไปตามทฤษฎีความสามารถของตนเองของ (Bandura, 1997 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2554)⁽³⁾ ที่ว่าการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและบุคคลนั้นปฏิบัติตาม แม้ว่าบุคคลนั้นจะมีความเชื่อในการปฏิบัติตามคำแนะนำแต่ถ้าขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเองแล้วก็จะไม่สามารถจูงใจให้บุคคลนั้นกระทำได้ สอดคล้องกับผลการศึกษา รัตนารักษ์ บทมาศย์ (2556)⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโดยผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องดูแลสุขภาพช่องปากก่อนวัยเรียน การรับความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนวัยเรียน การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน การสนับสนุน การกระตุ้นเตือนและการให้กำลังใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งภายหลังการทดลองมากกว่าการก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p\text{-value} < 0.001$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนของปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p\text{-value} < 0.001$)

5. ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของผู้ปกครองในการป้องกันโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน
ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนน

ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของผู้ปกครองในการป้องกันโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบจากผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของผู้ปกครองในการป้องกันโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$ คือ ภายหลังการทดลองผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพฯ จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของผู้ปกครองในการป้องกันโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงด้านความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของผู้ปกครองในการป้องกันโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนดังกล่าวเกิดขึ้นจากการได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการดำเนินกิจกรรมและใช้วิธีการทางสุขภาพโดยสัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมที่ 5 “ฟันผู้ป้องกันได้ด้วยมือแม่” สร้างความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของผู้ปกครองในการป้องกันโรคฟันผุ โดยการประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อดีของการแปรงฟัน ข้อดีของการเลือกรับประทานอาหารที่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ สัปดาห์ประกอบการบรรยายการป้องกันไม่ให้เกิดโรคฟันผุ จึงทำให้ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองมีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของผู้ปกครองในการป้องกันโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนเพิ่มมากขึ้น โดยเป็นไปตามทฤษฎีความสามารถของตนเองของ (Bandura, 1997 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2554)⁽³⁾ ที่ว่าทำได้โดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อให้บุคคลลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และบุคคลมีการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องและบุคคลมีความคาดหวังว่าสิ่งที่ปฏิบัตินั้นจะเกิดผลลัพธ์หรือผลดีต่อสุขภาพตนเองและนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังในสิ่งที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชีรวิธ ธรรมกุลและคณะ (2555)⁽⁴⁾ ได้ศึกษา การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการ

ป้องกันฟันน้ำนมของผู้เด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้ปกครอง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลองในเรื่องการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง พฤติกรรมการป้องกันฟันน้ำนมของผู้ปกครอง ซึ่ง ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนครูพี่เลี้ยงในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในด้านทักษะการแปรงฟันให้กับเด็ก พบว่า ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p\text{-value} < 0.001$) ความสะอาดในช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$

6. การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฟันผุ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ฟันผุดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบจากผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฟันผุเพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$ คือ ภายหลังการทดลองผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพฯ จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฟันผุดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฟันผุ ดังกล่าวเกิดขึ้นจากการได้รับ โปรแกรมทันตสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในการดำเนินกิจกรรมและใช้วิธีการทางสุขภาพโดยสัปดาห์ที่ 9 กิจกรรมที่ 6 “ฟ. ฟัน สะอาดจัง” การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคฟันผุ ประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การสาธิตและการฝึกปฏิบัติในการแปรงฟันให้กับเด็กและฝึกปฏิบัติการตรวจแผ่นคราบจุลินทรีย์โดยให้ย้อมเมดิสีฟัน สไลด์ประกอบบรรยายเรื่องอาหารที่ทำให้เกิดโรคฟันผุและการตรวจช่องปาก จึงทำให้

ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฟันผุเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธาราทิพย์ ก้านทอง (2556)⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์การพัฒนาความสามารถในการดูแลช่องปากแบบใกล้ชิดต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพของเด็กในปกครองของผู้ปกครอง เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านตะดอบ ตำบลตะดอบ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนมีความรู้เรื่องโรคฟันผุ ทักษะการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพ และการให้แรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงกว่าก่อนการทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิรุทธ พลท้าว (2557)⁽¹⁶⁾ ได้ศึกษา โปรแกรมทันตสุขภาพร่วมกับการใช้สื่อประสมช่วยสอนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ และโรคเหงือกอักเสบในนักเรียนระดับประถมศึกษา อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้โรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p\text{-value} < 0.001$) คะแนนเฉลี่ยของปริมาณคราบจุลินทรีย์และสภาวะเหงือกอักเสบในกลุ่มทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p\text{-value} < 0.001$)

7. ปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ฟันผุดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบจากผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยปริมาณแผ่นคราบลดลงกว่าก่อนการทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value}$

< 0.001 คือ ภายหลังการทดลองผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ จะมีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงของปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ การลดลงของแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเกิดจากที่ผู้ปกครองแปรงฟันอย่างถูกวิธี การแปรงฟันให้กับเด็กอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ และผู้ปกครองได้มีการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติและนำไปใช้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ จึงทำให้ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองมีความสามารถแปรงฟันให้กับเด็กก่อนวัยเรียนเมื่อตรวจแล้วพบว่าปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รัชณี กิจขุนทด (2557)⁽¹⁷⁾ ได้ศึกษาโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านหนองม้า ตำบลเสมิง อำเภอสางไห จังหวัดสุรินทร์ ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p - value > 0 .05$)

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ปกครองและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรให้ความร่วมมือในการควบคุมพฤติกรรม การบริโภคอาหาร ระวังไม่ให้บริโภคนมจืด งดการนำอาหารไปโรงเรียน แปรงฟันตอนเช้า กลางวันและก่อนนอนอย่างสม่ำเสมอ ผู้ปกครองควรพาเด็กไปตรวจสุขภาพช่องปากกับทันตบุคลากรทุก 6 เดือน

2. การให้กำลังใจและให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ให้กับผู้ปกครองมีส่วนทำให้ผู้ปกครองเกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรคฟันผุและผู้ปกครองมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคฟันผุที่ดีขึ้น รวมไปถึงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากและผู้ปกครองสามารถปลูกฝังให้เด็กดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองตั้งแต่เยาว์วัย

3. ควรเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมในการวิจัย เพื่อให้ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก เข้ามามีส่วนร่วมในการกระตุ้นเตือนให้ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษา คณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบ เครื่องมือขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่สนับสนุนทุนการศึกษาวิจัย ขอขอบคุณครอบครัว รพ.สต.บ้านโนนเขวา ทุกท่าน เพื่อนๆ ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Armfield JM, Spencer AJ & Brennan DS. Dental health of Australia's teenagers and pre-teenchildren: the Child Dental Health Survey, Australia 2003–04. Dental statistics and research series no. 52. Cat. no. DEN 199. Canberra: AIHW, 2009.
2. Robert A., Franklin Garcia-Codo, and Anthony R. **The global increase in dental caries.** A pending public health crisis American Journal of Dentistry February, 21(1),2009 1-6
3. จุฬารักษ์ ไสตะ. แนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ขอนแก่น: ภาควิชาสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554.
4. ชีรวิฐ ธรรมกลและคณะ. การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคในการป้องกันฟันน้ำนมของเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้ปกครองอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554.
5. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสถานะ ช่องปาก ระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2551-2555. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2555.
6. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์. **สำรวจสถานะสุขภาพช่องปาก.** ปีงบประมาณ 2554. กาฬสินธุ์: สำนักงาน, 2554. (เอกสารอัดสำเนา)
7. โรงพยาบาลกมลาไสย. **การสำรวจสุขภาพช่องปาก.**กาฬสินธุ์: ฝ่ายทันตกรรม, 2554. (เอกสารอัดสำเนา)

8. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนเขว้า. การสำรวจสุขภาพช่องปาก. ภาพลิ้นรู้: สำนักงาน. (เอกสารอัดสำเนา)
9. อรุณ จิรวัดณ์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น : หจก. โรงพิมพ์คลังนา นานา วิทยา, 2547.
10. รวิญา ทับทิมใส. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนที่เป็นโรคเหงือกอักเสบโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันการโรคร่วมกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอ เมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.
11. ณิชนันท์ แสงอรุณ. ผลของโปรแกรมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านธาตุ จังหวัดชัยภูมิ วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554.
12. กฤติยา โนนใหญ่. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปกครองเพื่อป้องกันโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน ตำบลอิหล่า อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2556.
13. สุวนิตย์ ธรรมสาร. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถ ของตนเองเพื่อป้องกันโรคฟันผุผู้ร่วมกัน แรงสนับสนุนทางสังคม อำเภอประทุมราชวงศา จังหวัด อำนาจเจริญ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาสารคาม, 2552.
14. รัตนาภรณ์ บัณฑาศ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดยผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านคำแก่นคูณ ตำบลโพธิ์ทอง อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2555.
15. ชาริพย์ ก้านทอง. ผลของโปรแกรมประยุกต์การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากแบบใกล้ชิดต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กในปกครองของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านตะดอบ ตำบลตะดอบ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาสารคาม, 2556.
16. วิยุทธ พลท้าว. ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพร่วมกับการใช้สื่อประสมช่วยสอนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบในเด็กระดับประถมศึกษา อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2557.
17. รัชณี กิจขุนทด. ผลของโปรแกรมการพัฒนาศรรณภาพการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านหนองน้ำ ตำบลเสม็ด อำเภอสำโรงราบ จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิต มหาวิทยาลัย มหาวิทยลัยมหาสารคาม, 2557

แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในสุข
ศาลา อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

MOTIVATION RELATED TO OPERATION OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS WORKING IN
THE SANATORIUM THAKHNTHO DISTRICT, KALASIN PROVINCE.

สาวณี ดอนเกิด¹ ชัญญา อภิบาลกุล²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในสุขศาลา อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ประชากรที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขต อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 584 คน สุ่มตัวอย่างโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิอย่างเป็นสัดส่วน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืนได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 275 คน และสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ซึ่งแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในอำเภอหนองสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ วิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.97 ดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 3 เมษายน 2559 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการหาค่าสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติอนุมานหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในสุขศาลา อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.82 คะแนน (S.D. = 0.34) ระดับแรงจูงใจด้านปัจจัยจูงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.94 คะแนน (S.D. = 0.42) ระดับแรงจูงใจด้านปัจจัยต้านอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.69 คะแนน (S.D. = 0.36) และระดับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในสุขศาลา ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.60 คะแนน (S.D. = 0.38) และพบว่าภาพรวมของแรงจูงใจ ปัจจัยจูงใจ ปัจจัยต้าน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในสุขศาลา อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.553$, $p\text{-value} < 0.001$), ($r = 0.410$, $p\text{-value} < 0.001$) และ ($r = 0.595$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ ปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่ พบว่า ค่าตอบแทนควรมีการจ่ายให้ตรงเวลา และค่าตอบแทนควรเหมาะสมกับการะงานที่ได้รับมอบหมายเพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำสำคัญ: แรงจูงใจ, การปฏิบัติงาน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ABSTRACT

This cross sectional Survey research aimed to study motivation related to operation of village health volunteers working in the sanatorium Thakhntho district, Kalasin Province. The populations were 584 village health volunteers who working in the sanatorium Thakhntho district, Kalasin Province randomly selected by Proportional Stratified random sampling after that Simple Random Sampling by Lottery Sampling without Replacement of 275 personnel and in-depth Interview of 12 people. The collecting data were the questionnaire and in-depth Interview that was examined and verified by the three experts in Nongkrungsri district, Kalasin Province. Reliability Analysis of the questionnaire and Cranach's Alpha Coefficient was at 0.98 of 30 samples. The data collected between April 3rd, 2016 to April 30th, 2016. The data distribution was performed by descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation, median, minimum and maximum. The Inferential statistics were Pearson correlation coefficient

The results showed that the motivation related to operation of village health volunteers working in the sanatorium Thakhntho district, Kalasin Province were at high level with averages of 3.82 (S.D. = 0.34). The Motivation Factors were at high level with averages of 3.94 (S.D. = 0.42). The hygiene factors were at high level with averages of 3.69 (S.D. = 0.36). Operation of village health volunteers were at high level with averages of 3.60 (S.D. = 0.38). And found that the overview of the motivation, Motivation factors, Hygiene factors were

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ ภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

correlated moderately positive related with to operation of village health volunteers working in the sanatorium Thakhntho district, Kalasin Province was statistically significant at ($r = 0.553$, $p\text{-value} < 0.001$), ($r = 0.410$, $p\text{-value} < 0.001$) and ($r = 0.595$, $p\text{-value} < 0.001$) respectively. The mainly problems were found that the compensation should be paid on time and appropriate to the tasks assigned in order to created morale and encouragement for village health volunteers.

Keyword: Motivation, Operation and Village health volunteers

บทนำ

ระบบสุขภาพของประเทศไทยเริ่มชัดเจนยิ่งขึ้นเมื่อชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาและจัดบริการสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) โดยมีแนวคิดการพัฒนาแบบบูรณาการเป็นแบบองค์รวมที่มีคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา มีการเชื่อมโยงทุกมิติของการพัฒนาแบบบูรณาการ⁽¹⁾ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการนำข้อมูลของสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีในการพัฒนาการสาธารณสุข โดยเน้นการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยจังหวัดกาฬสินธุ์ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสุขภาพเพื่อมุ่งสู่วิสัยทัศน์ กาฬสินธุ์เป็นต้นแบบเมืองแห่งสุขภาพะ ขับเคลื่อนกระบวนการ เป็นวาระจังหวัดกาฬสินธุ์ 2556-2560 ภายใต้แนวคิดรวมพลังขับเคลื่อนกาฬสินธุ์คนดี สุขภาพดี รายได้ดีสู่การเป็นเมืองแห่งความสุข มีกิจกรรมดำเนินการที่สำคัญคือ การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพและปฏิบัติงานที่สุขศาลาหมู่บ้าน (ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน: ศสมช.) เนื่องจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นหัวใจสำคัญของการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน การสร้างความเชื่อมั่น และสร้างศรัทธา ประชาชนให้มีความเชื่อมั่น อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นประเด็นที่เร่งด่วนที่ต้องดำเนินการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ จึงได้จัดทำหลักสูตรมาตรฐาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้ มีศักยภาพในการทำงานเชิงรุก และปฏิบัติงานที่สุขศาลากาฬสินธุ์ และได้ดำเนินการเปิดสุขศาลาให้เป็นสถานที่ทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใช้เป็นสถานที่จัดบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในหมู่บ้าน ซึ่งมี

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนหลักในการพัฒนาสุขภาพ⁽²⁾

อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 584 คน จาก 6 ตำบล 60 หมู่บ้าน⁽³⁾ ได้ดำเนินการจัดให้บริการกับประชาชนในสุขศาลาหมู่บ้านที่รับผิดชอบ ได้แก่ 1.การจัดการบริการสุขภาพเชิงรุก ประกอบด้วย 1)การติดตามการเยี่ยมบ้าน 2)การเฝ้าระวังโรคในชุมชน 3)การส่งเสริมการออกกำลังกายและ 4)การคุ้มครองผู้บริโภค 2.การบริการสุขภาพเชิงรับ ประกอบด้วย 1)การปฐมพยาบาลและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น 2)การฉายาที่จำเป็น (ยาสามัญประจำบ้าน/บัญชียาอื่นตามกรอบ) 3)คลินิกเบาหวาน/ความดันและ 4)ภาวะโภชนาการในเด็ก (0-6 ปี) จากการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผลการประเมินการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า การปฏิบัติงานบางอย่างยังไม่ครอบคลุมและปฏิบัติยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานในสุขศาลาไม่ต่อเนื่องและไม่สม่ำเสมอทำให้ประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลต่างๆยังเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นจำนวนมากเหมือนอย่างเช่นเคย และนอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและทำหน้าที่ให้บริการกับประชาชนในสุขศาลา⁽³⁾

แรงจูงใจมีความสำคัญมากต่อการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะได้รับสวัสดิการค่าตอบแทนเพื่อสร้างแรงจูงใจและสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากแนวคิดและทฤษฎีของ เฮิร์ชเบิร์ก⁽⁴⁾ เชื่อว่าแรงจูงใจในการ

ปฏิบัติงานประกอบด้วยปัจจัย 2 กลุ่มด้วยกันคือ ปัจจัยเชิงจิต ประกอบด้วยความสำเร็จในการทำงาน การยอมรับนับถือ ลักษณะของงาน ความรับผิดชอบ ความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ และปัจจัยด้านจิต ประกอบด้วย เงินเดือน/ค่าตอบแทน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การปกครองบังคับบัญชา นโยบายการบริหาร สภาพการปฏิบัติงาน ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และความเป็นอยู่ของชีวิต

จากความเป็นมาในการดำเนินงานดังที่กล่าวมาข้างต้นมีผลทำให้งานสาธารณสุขในพื้นที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในสุษศาลา อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อที่จะนำผลการวิจัยมาพัฒนางานสาธารณสุขในสุษศาลาทั้งเชิงรุกและเชิงรับต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในสุษศาลา อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ รวมถึงปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในสุษศาลา อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

สมมุติฐาน

แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในสุษศาลา อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในการตอบแบบสอบถามในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ตัวแทนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในสุษศาลา อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2558 โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีทราบขนาดประชากร มีขั้นตอนการ

คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยประชากรโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง⁽⁵⁾ ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{NZ^2\alpha/2 \sigma^2}{e^2(N-1)+Z^2\alpha/2 \sigma^2}$$

ในการทำวิจัยครั้งนี้ต้องใช้ขนาดตัวอย่าง 275 คน

เลือกตัวอย่างแบบชั้นภูมิอย่างเป็นสัดส่วน (Proportional Stratified random sampling) โดยกำหนดขนาดตัวอย่างของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละตำบลในเขตอำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ตามสัดส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละตำบล เมื่อเทียบกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอท่าคันโททั้งหมด

2. กลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์ (In-depth Interview) โดยเลือกจากบุคคลที่ให้คำตอบเกี่ยวกับการศึกษาแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในสุษศาลา อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ดีที่สุด จำนวน 12 คน โดยคัดเลือก ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ตอบคำถามได้ดีที่สุด

ดังนั้นจะได้กลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม จำนวน 275 คน และกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จำนวน 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยแบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับแรงจูงใจ โดยใช้ทฤษฎีของเฮอซอร์เบอร์ ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในสุษศาลา และส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในสุษศาลา อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า

(Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ 5,4,3,2,1
(6) ระดับมากที่สุด ระดับมา ระดับปานกลาง ระดับน้อย
และระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความ
ตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และประเมินค่า
ความน่าเชื่อถือของเครื่องมือโดย ทำการตรวจสอบความ
เที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีของครอนบาช
(Cronbach's Method) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา
(Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม
เท่ากับ 0.97 และการศึกษาผ่านการรับรองจริยธรรมการ
วิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการของมหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผลการพิจารณา เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2559 เลขที่โครงการ
HE592026

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
ระหว่างวันที่ ระหว่างวันที่ 8 - 30 เมษายน 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิง
พรรณนา เพื่อหาการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ
(Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
(Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด
(Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) เพื่อใช้ในการ
อธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจ และการ
ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่
ปฏิบัติงานในสุขศาลา อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์
และใช้สถิติเชิงอนุมาน ในการหาค่าสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment
Correlation Coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัว
แปรที่ศึกษา

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.4
อายุระหว่าง 51 - 60 ปี ร้อยละ 50.6 อายุเฉลี่ย 47.88 ปี
(S.D. = 9.07 ปี) อายุต่ำสุด 25 ปี อายุสูงสุด 66 ปี ส่วนใหญ่
สถานภาพสมรส ร้อยละ 81.1 ระดับศึกษาส่วนใหญ่จบชั้น
ประถมศึกษา ร้อยละ 64.7 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 81.8

รายได้อยู่ระหว่าง 1,001 - 5,000 บาท ร้อยละ 55.3 และ
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อยู่ระหว่าง 1-10 ปี ร้อยละ 78.5 การฝึกอบรมเกี่ยวกับงานที่
ปฏิบัติใน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ ร้อยละ 61.1 ส่วนใหญ่เคย
ได้รับการอบรม 1 - 5 ครั้ง ร้อยละ 89.9

2. ระดับแรงจูงใจ ในการปฏิบัติงานของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในสุข
ศาลา อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ภาพรวมกลุ่ม
ตัวอย่างมีแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.82 คะแนน
(S.D. = 0.34) แรงจูงใจด้านปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน อยู่
ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.94 คะแนน (S.D. = 0.42), 3.69
คะแนน (S.D. = 0.36) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณารายด้าน
พบว่า แรงจูงใจด้านความรับผิดชอบ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด มี
แรงจูงใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.09 คะแนน (S.D. =
0.47) รองลงมาคือ แรงจูงใจด้านความสัมพันธ์ระหว่าง
บุคคลมีแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.02 คะแนน
(S.D. = 0.43) ส่วนแรงจูงใจที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือด้าน
เงินเดือนหรือค่าตอบแทน มีแรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง
มีค่าเฉลี่ย 3.10 คะแนน (S.D. = 0.47)

3. ระดับการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในสุขศาลา อำเภอ
ท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ระดับการปฏิบัติงานของกลุ่ม
ตัวอย่างในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในสุข
ศาลาอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.60 คะแนน (S.D. = 0.38)
และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการส่งเสริมการออกกำลัง
กายมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.75 คะแนน (S.D. = 0.50)
รองลงมาคือการเฝ้าระวังโรคในชุมชน ค่าเฉลี่ย 3.74
คะแนน (S.D. = 0.49) ส่วนการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในสุขศาลา ที่มี
ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การคุ้มครองผู้บริโภค ค่าเฉลี่ย 3.34
คะแนน (S.D. = 0.69)

4. แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในสุข
ศาลา อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในสุซศาลา อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

แรงจูงใจ	การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		
	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยจูงใจ	0.410*	<0.001	ปานกลาง
1.ด้านความสำเร็จในการทำงาน	0.324*	<0.001	ปานกลาง
2.ด้านการยอมรับนับถือ	0.343*	<0.001	ปานกลาง
3.ด้านลักษณะของงาน	0.297*	<0.001	ต่ำ
4.ด้านความรับผิดชอบ	0.356*	<0.001	ปานกลาง
5.ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่	0.358*	<0.001	ปานกลาง
ปัจจัยค้ำจุน	0.595*	<0.001	ปานกลาง
1.ด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทน	0.160*	<0.001	ต่ำ
2.ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.453*	<0.001	ปานกลาง
3.ด้านการปกครองบังคับบัญชา	0.360*	<0.001	ปานกลาง
4.ด้านนโยบายและการบริหาร	0.549*	<0.001	ปานกลาง
5.ด้านสภาพการปฏิบัติงาน	0.345*	<0.001	ปานกลาง
6.ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	0.568*	<0.001	ปานกลาง
7.ด้านความเป็นอยู่ส่วนตัว	0.364*	<0.001	ปานกลาง
ภาพรวมแรงจูงใจ	0.553*	<0.001	ปานกลาง

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 พบว่า แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในสุซศาลา อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีรายละเอียดดังนี้ แรงจูงใจ พบว่า ภาพรวมของแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในสุซศาลา อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.553$, $p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในสุซศาลา อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.410$, $r = 0.595$, $p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ)

สรุปและอภิปรายผล

ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในสุซศาลา อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.82 คะแนน (S.D. = 0.34) เนื่องจากแรงจูงใจมีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำงาน ซึ่งการที่จะทำงานให้มีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จนั้น จะต้องประกอบด้วย ความสามารถในการทำงานและการจูงใจ เพื่อให้บุคคลนั้นแสดงความสามารถออกมาใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁷⁾ แรงจูงใจนับเป็นสิ่งที่สำคัญในการทำงานอย่างยิ่ง ซึ่งแรงจูงใจนั้นจะเป็นตัวกระตุ้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแสดงพฤติกรรมความสามารถ ทুমเททั้งแรงกาย แรงใจ ในการทำงาน เพื่อให้งานประสบผลสำเร็จและบรรลุเป้าหมายที่

วางไว้ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับแรงงูใจมีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับมาก^(8,9,10) ในการดำเนินงานปัจจุบัน แรงงูใจที่เป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญในการปฏิบัติงานงาน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละคนนั้นอาจต้องการแรงงูใจที่ไม่เหมือนกัน ทั้งนี้ผู้บริหารหรือหัวหน้างานต้องสนับสนุนและให้แรงงูใจที่เหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงานในแต่ละคนอีกด้วย ส่งผลให้ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่ต่างกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับแรงงูใจมีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹¹⁾

ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในสุขศาลาอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.60 คะแนน (S.D. = 0.38) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการส่งเสริมการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.75 คะแนน (S.D. = 0.50) เนื่องจากการส่งเสริมการออกกำลังกายให้กับประชาชนในชุมชนนั้นเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนสนใจและใส่ใจในการออกกำลังกายมากยิ่งขึ้น อาทิเช่น การจัดการแข่งขันแอโรบิกเป็นประจำทุกปี รองลงมาคือการเฝ้าระวังโรคในชุมชน ค่าเฉลี่ย 3.74 คะแนน (S.D. = 0.49) ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคระบาดและการป้องกันโรคในชุมชน เช่น การออกสำรวจลูกน้ำยุงลายในเขตหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ เป็นต้น ส่วนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในสุขศาลา ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือการคุ้มครองผู้บริโภค ค่าเฉลี่ย 3.34 คะแนน (S.D. = 0.69) ซึ่งในด้านการคุ้มครองผู้บริโภคนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำได้เพียงการแนะนำสินค้าให้กับร้านค้า ส่วนในด้านการตรวจสารปนเปื้อนในอาหารอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังขาดความรู้ จึงควรมีการจัดอบรมและการฝึกปฏิบัติอยู่สม่ำเสมอ และเนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นกลุ่มพลังบุคคลที่สำคัญในการร่วมพลังพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน เป็นหัวใจของการดำเนินสาธารณสุขทุกด้าน เป็นบุคคลที่ประชาชนในชุมชนให้การยอมรับและเชื่อถือเป็น

ผู้สมัครใจและเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละในการฐานะการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงส่งผลให้ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีระดับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในสุขศาลาอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การปฏิบัติงานด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับมาก^(8, 9, 10)

ในด้านภาพรวมแรงงูใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในสุขศาลา อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ เนื่องจากแรงงูใจเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้งานมีประสิทธิภาพ และแรงงูใจยังมีส่วนต่อผู้ปฏิบัติงานต่อผู้ปฏิบัติงานโดยตรง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ภาพรวม แรงงูใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน^(12, 13) การปฏิบัติงานในสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละพื้นที่นั้น ต้องอาศัยองค์ประกอบหลายประการ ซึ่งส่งผลให้ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่ต่างกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า แรงงูใจที่มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามโครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก จังหวัดชัยภูมิ⁽¹⁴⁾

ภาพรวมปัจจัยงูใจ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในสุขศาลา อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.410$, $p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยงูใจ เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้ปฏิบัติงาน หรือสิ่งที่สร้างความพอใจในการปฏิบัติงานซึ่งทำให้นักแลมีแรงอยากทำงานนั้นให้สำเร็จ นับเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้งานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ได้แก่ ความสำเร็จในการทำงาน การยอมรับนับถือ ลักษณะของงาน ความรับผิดชอบ และความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยงูใจ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการ

ปฏิบัติงานด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน⁽¹³⁾ การที่จะสามารถกระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติงานต้องอาศัยปัจจัยที่แตกต่างตามคุณลักษณะ และทัศนคติของแต่ละบุคคล ซึ่งส่งผลให้ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่ต่างกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าปัจจัยเชิงใจ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการปฏิบัติงานด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน⁽⁹⁾

ภาพรวมปัจจัยค้ำจุน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในสุขศาลา อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.595$, $p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งปัจจัยค้ำจุนเป็นปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนและป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พอใจในการปฏิบัติงาน ให้บุคคลสามารถปฏิบัติงานได้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดได้แก่ เงินเดือน/ค่าตอบแทน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การปกครองบังคับบัญชา นโยบายการบริหาร สภาพการปฏิบัติงาน ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และความเป็นอยู่ของชีวิต ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยค้ำจุน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน⁽¹³⁾ การที่สนับสนุนและป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พอใจในการปฏิบัติงาน ต้องอาศัยปัจจัยที่แตกต่างตามคุณลักษณะ และทัศนคติของแต่ละ

บุคคล ซึ่งส่งผลให้ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่ต่างกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยค้ำจุน มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการปฏิบัติงานด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน⁽⁹⁾

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมในด้านต่างๆ ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่น ในด้านลักษณะของงาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง เพื่อที่จะทำให้การปฏิบัติงานมีความสำเร็จมากยิ่งขึ้น และในด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทน ควรมีการพิจารณาให้มีค่าตอบแทนเพื่อใช้เป็นแรงจูงใจสำหรับงานในบางครั้ง เพื่อให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน และนำไปสู่การปฏิบัติงานในสุขศาลาให้ประสบผลสำเร็จ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกๆ ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ดูแลเอาใจใส่และตรวจสอบข้อบกพร่องต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้ และขอบคุณสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในสุขศาลา อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555–2559). กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, 2554.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินด้านสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ (เอกสารอัดสำเนา). กาฬสินธุ์. (ม.ป.ป.), 2552.
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าคันโท. สรุปรายงานการดำเนินงานในสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์.สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ (เอกสารอัดสำเนา). กาฬสินธุ์. (ม.ป.ป.), 2558.
4. Herzberg, f. et al. **The Motivation to work**. USA: Transaction publishers. 1993.
5. อรุณ จิรวัดน์กุล. (บรรณาธิการ). **ชีวิตรัก. พิมพ์ครั้งที่ 5**. ขอนแก่น. คลังนาธรรมชาติ, 2555.
6. Likert, R.. **Attitude theory and measurement**. New York: Wiley & Son, 1967.
7. จารุวรรณ กมลสินธุ์. **แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพนักงานในเขตอุตสาหกรรมนวนคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, 2548.

8. ยุพิน อัมพรมราช. แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมไม่ติดต่อ เรื้อรังอำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2557.
9. วงศ์นริศ คงรอด. แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในงานสุขภาพภาคประชาชน อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554.
10. สุวัฒน์ะ วงศ์ปฏิมาพร. แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามโครงการส่งเสริม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก จังหวัดชัยภูมิ. คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.
11. ชะเอม พรหมศักดิ์. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์. วารสารสุขภาพภาคประชาชนภาคเหนือ, 2550.
12. สุริดา ห้าวเจริญ และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554.
13. สุปราณี นาประเสริฐ. แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอดส์ในพื้นที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2556.
14. สุวัฒน์ะ วงศ์ปฏิมาพร. แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามโครงการส่งเสริม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก จังหวัดชัยภูมิ. คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.

**สถานการณ์ เงื่อนไข ปัญหา ความต้องการและสภาพการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองตามหลักการ
แพทย์ทางเลือก ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมในชุมชน
Situation, Conditions, Problems, Needs and Conditions of Elderly Leader with Behavioral Self-
management for the Alternative Medicine in Hypertension Elders by Using the Process of
Participation in the Community.**

ลภัสรา สระดอกบัว¹ อังสินันท์ อินทรกำแหง² พัทรี ดวงจันทร์³

Laphatrada Sadokbua¹ Ungsinun Intarakamhang² Patcharee Duangchan³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์ เงื่อนไข ปัญหา ความต้องการและสภาพการณ์ เกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองตามหลักการแพทย์ทางเลือก ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมในชุมชน รวมทั้งการปฏิบัติงานของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน และเพื่อศึกษาเจตคติ และพฤติกรรมจัดการตนเองตามหลักการแพทย์ทางเลือก ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน มีการคัดเลือกพื้นที่แบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ เขตตำบลพิหารแดง อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ 1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จำนวน 10 คน 2) กลุ่มผู้นำในชุมชน จำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง การสังเกต และการสนทนากลุ่ม

ผลการศึกษาสรุปประเด็นสำคัญได้ดังต่อไปนี้ ส่วนที่ 1 สถานการณ์ของการแพทย์ทางเลือกในชุมชนเขตตำบลพิหารแดง รูปแบบปัจจุบันที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ยังคงมุ่งเน้นการแพทย์แผนปัจจุบันมุ่งเน้นไปที่การแก้ปัญหาด้านกายหรือรักษาโรคเป็นสำคัญ เงื่อนไขและปัญหาที่สำคัญ คือการระบิดชอบดูแลบุคคลในครอบครัวที่ช่วยเหลือตัวเอง อีกประการคือด้านนโยบายภาครัฐในการสนับสนุนการพัฒนาหรือกลไกวิถีตามหลักการแพทย์ทางเลือกมาใช้ขับเคลื่อนในชุมชน ให้เกิดรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแบบผสมผสาน ส่วนที่ 2 เจตคติเกี่ยวกับการจัดการตนเองตามหลักการแพทย์ทางเลือกองค์ประกอบด้านการรู้คิดเชิงประเมินค่า อยู่ในลักษณะที่เป็นไปไม่เชิงบวก หากสามารถช่วยให้ลดความดันโลหิตสูงได้จริง องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก มีความรู้สึกชอบ ฟังพอใจ องค์ประกอบด้านพฤติกรรม มีความพร้อมยินดีที่จะควบคุมระดับของความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติสิ่งที่ ด้วยการเลือกใช้หลักการแพทย์ทางเลือก แต่บางส่วนมีความลังเลเนื่องจากเงื่อนไขวิถีชีวิตรายบุคคล ส่วนที่ 3 พฤติกรรมจัดการตนเองตามหลักการแพทย์ทางเลือกมีน้อยมาก ข้อมูลข่าวสารกิจกรรมจากสื่อสามารถกระตุ้นความสนใจได้เป็นช่วงๆ หรือเมื่อเห็นแบบอย่างของผู้อื่น แต่ขาดความสม่ำเสมอต่อเนื่อง ส่วนที่ 4 กระบวนการการมีส่วนร่วมในชุมชน รวมทั้งการปฏิบัติงานของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน พบว่า ยังขาดกระบวนการการมีส่วนร่วมในชุมชน ถึงแม้การปฏิบัติงานของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จะดูแลสมาชิกเป็นอย่างดีก็ตาม

คำสำคัญ: พฤติกรรมจัดการตนเอง, หลักการแพทย์ทางเลือก, ผู้สูงอายุ, โรคความดันโลหิตสูง, การมีส่วนร่วม

Abstract

This study aimed to study situation, conditions, problems and needs concerning behavioral self-management for alternative medicine in hypertension elders by using the process of participation in the community and to study attitudes and behavioral self-management based on alternative medicine of the elderly with hypertension in the community. The elderly in the target groups were selected, using Purposive

¹ นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

อีเมล: laphatrada.14@gmail.com

² รองศาสตราจารย์ ดร.ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อีเมล: ungsinun@swu.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประจำคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อีเมล: patcharo@g.swu.ac.th

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

Sampling method to recruit the elderly in Pihandaeng Sub-District, Muang District, Suphanburi Province. Samples consist of 1) key informants: 10 elderly who have hypertension; 2) 12 community leaders. The instruments used in the study were structured interviews, observations and focus group discussions.

The study revealed that: Part 1. Situation of alternative medicine in Pihandaeng Sub-District: Regular medical treatment is currently used for the elderly with hypertension in the community, focusing on physical treatment. Significant condition is the responsibilities of family members of the samples. Another important condition is the public policies to promote alternative medicine so that the elderly in the communities can be taken care with mixed methods of treatment. Part 2. Attitudes on self-management according to the concept of alternative medicine which consist of 3 elements: Cognitive Component, a positive element on the condition that it can decrease blood pressure; Affective Component, a positive element related to satisfaction or preference; Behavioral Component, readiness to control blood pressure using alternative medicine. Some of them were reluctant to do so because of some conditions in their lives. Part 3. Behavioral self-management on the concept of alternative medicine: There was a very low level of self-management on the concept of alternative medicine among the samples. When they received information from the media or when they saw role models, they were somewhat motivated, but no regular practice among them. Part 4. Community participation and cooperation among health networks in the community: Even though people in the community were well taken care under the health networks, there was still low level of community participation.

Keywords: Behavioral Self-management, Alternative Medicine, Elders, Hypertension, Participation

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยเร็วกว่าในประเทศที่พัฒนาแล้วมาก จากสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยที่มีสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ตัวเลขจากการประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้แสดงให้เห็นว่าอีก 10 ปี ข้างหน้า ในปี พ.ศ. 2566 ประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป ในประเทศไทยจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 14.1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21 ของประชากรทั้งหมด เท่ากับว่าประเทศไทยจะกลายเป็น "สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์" และในปี พ.ศ. 2576 ประเทศไทยจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากถึง 18.7 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 29 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ รัฐบาลได้กำหนดให้การเตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และมีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ไว้แล้ว การที่รัฐต้องกำหนดแผนงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้อย่างเป็นทางการนั้น เป็นเพราะการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างทางประชากรของประเทศ การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ ยังมีผลกระทบต่อภาวะทางเศรษฐกิจ สังคม และการบริหารประเทศ ทั้งนี้ เพราะเมื่อโครงสร้างประชากรเริ่มขยับไปสู่การมีประชากรสูงอายุมากขึ้นเรื่อยๆ สัดส่วนของประชากรวัยทำงานที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุก็จะลดน้อยลง

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้น เป็นนัยสำคัญที่ส่งผลต่อการลดลงของรายได้เฉลี่ยประชากร รวมถึงรายจ่ายภาครัฐที่เพิ่มขึ้น ด้านการประกันสังคม สุขภาพอนามัย และสวัสดิการผู้สูงอายุ นอกจากนี้ในด้านสังคมการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในลักษณะนี้ ยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว ซึ่งมีนัยว่าจะมีสมาชิกของครอบครัว ที่จะทำหน้าที่ในการให้การดูแลผู้สูงอายุน้อยลง⁽²⁾

จากรายงานของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในประเทศไทยอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน ในภาพรวมของประเทศ ในปี 2556-2558 เท่ากับ 8.09, 18.28 และ 25.32 ตามลำดับ เห็นได้ว่าอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงในปี 2558 เพิ่มขึ้นมากกว่า 3 เท่าจากปี 2556 และโรคความดันเลือดสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุไทย ที่นำไปสู่การเสียชีวิตจากโรคในระบบไหลเวียนเลือด และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุไทยด้วย อุบัติการณ์ของโรคและอัตราการเสียชีวิตจากโรคในระบบไหลเวียนเลือดจะเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอายุมากขึ้นตามลำดับ ซึ่งในการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.7

โรคเบาหวาน ร้อยละ 15.0 โรคหัวใจ ร้อยละ 4.8 อัมพาต/อัมพฤกษ์ ร้อยละ 1.7 และโรคเมเร็ง ร้อยละ 0.9⁽³⁾

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ได้กำหนดแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2558) โดยให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่กับการรักษา เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง อันจะส่งผลต่อการป่วยและการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) นอกจากนี้ ACCF/AHA 2011 Expert Consensus Document on Hypertension in the Elderly⁽⁴⁾ ได้ให้ความสำคัญกับการป้องกันควบคุมระดับความดันโลหิตในระดับปฐมภูมิ ดังนั้นมาตรการทั้งในเรื่องของการสนับสนุนด้าน นโยบาย การปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการ รวมทั้งการสื่อสาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยรูปแบบกลวิธีต่างๆ ควรสนับสนุนให้มีการพัฒนารูปแบบต่างๆ ในชุมชน กลยุทธ์อีกประการหนึ่งที่จะช่วยสนับสนุน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คือการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก เพราะมีองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมากมาย ที่สามารถนำมาสนับสนุน ให้มีการผสมผสานในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม เทคนิคเฉพาะของศาสตร์การแพทย์ทางเลือก ที่ได้รับความนิยมและถูกเลือกนำมาใช้ในกลุ่มเป้าหมาย⁽⁴⁾

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุนอกจากจะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางเสื่อมสภาพแล้ว ยังเกิดได้จากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมด้วย วิธีแก้ปัญหาดังกล่าวที่ดีที่สุด คือให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพตนเอง ให้ครอบครัวดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และให้ชุมชนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกันได้ โดยควรได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนในการดูแลตนเองและดูแลกันเอง โดยใช้กลยุทธ์การสาธารณสุขมูลฐานด้วยการพัฒนาการมีส่วนร่วมของ สถานพยาบาล ครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ให้สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุด โดยเน้นบริการ ถึงบ้านทั้งด้านสุขภาพ และสังคม รวมทั้งพัฒนาอาสาสมัครในชุมชน ผู้ดูแล และ Care manager เพื่อ

ลดภาระโรคที่จะเกิดขึ้นใน รวมทั้งสร้างทางเลือกในการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยซึ่งมีภาวะความดันโลหิตสูง กล่าวคือ นอกเหนือจากบริการทางการแพทย์ที่พึงได้รับแล้ว ทุกคนจะต้องมีความรู้ในการจัดการตนเองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาวะของโรค ให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ⁽⁵⁾

จากค่านิยมการแพทย์ทางเลือกที่มากขึ้น เนื่องจากการแพทย์ทางเลือกมีความหลากหลาย รวมทั้งการแพทย์ทางเลือกส่วนใหญ่มีลักษณะการให้การรักษารวมแบบองค์รวม ให้ความสนใจผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อม จึงไม่ได้หมายถึงเฉพาะเทคนิคการดูแลสุขภาพ แต่รวมถึงการปรับวิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานอาหาร ตลอดจนการเข้าไปเกี่ยวข้องกับสังคมของผู้ป่วย และผู้สูงอายุด้วย ซึ่งการแพทย์แผนปัจจุบันมุ่งเน้นไปที่การแก้ปัญหาทางกายหรือรักษาโรคเป็นสำคัญ การแพทย์ทางเลือกจะให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เช่น การเลือกใช้การฝังเข็มสามารถถามข้อมูลเกี่ยวกับการหาย ข้อดีข้อเสียแล้วจึงจะเลือกหรือไม่เลือกรักษา อีกทั้งการบำบัดรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการรักษาโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน และนอกจากนี้บางวิธี ผู้เข้ารับการรักษาสามารถฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เช่น สมาธิบำบัด SKT การนวดกดจุดสะท้อนเท้าโยคะ เป็นต้น⁽⁶⁾

ดังนั้นการศึกษาสถานการณ์ เงื่อนไข ปัญหาความต้องการและสภาพการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองตามหลักการแพทย์ทางเลือก ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมในชุมชน รวมทั้งการปฏิบัติงานของเครือข่ายสุขภาพในชุมชนนั้น จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการที่จะสร้างรูปแบบการจัดบริการต่างๆ ให้เป็นกิจกรรมโครงการที่จะสนองตอบปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ในเขตพื้นที่ตำบลพิหารแดง อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี อย่างแท้จริง ซึ่งจะช่วยให้โครงการที่จะพัฒนาให้กลุ่มเป้าหมายในชุมชนนั้นมีประสิทธิภาพ และพัฒนาได้อย่างยั่งยืนต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ เจ็บป่วย ปัญหา ความต้องการและสภาพการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองตามหลักการแพทย์ทางเลือก ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมในชุมชน รวมทั้งการปฏิบัติงานของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

2. เพื่อศึกษาเจตคติ และพฤติกรรมจัดการตนเองตามหลักการแพทย์ทางเลือก ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยใช้พื้นที่ในชุมชน/หมู่บ้าน เขต ต. พินารแดง อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี ระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2559-มีนาคม 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่วิจัยครั้งนี้ คัดเลือกพื้นที่แบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ เขตตำบลพินารแดง อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี พื้นที่รับผิดชอบ 7 หมู่บ้าน ในปีงบประมาณ 2560 มีจำนวนครัวเรือน 1,461 ครัวเรือน จำนวนประชากรทั้งหมด 4,877 คน เป็นเพศชาย 2,256 คน เพศหญิง 2,621 คน และผู้สูงอายุทั้งหมด 1,937 คน เป็นเพศชาย 963 คน เพศหญิง 974 คน

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลนี้ คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) หมู่บ้านละ 1-2 คน ได้แก่ 1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) คือ กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 คน 2) กลุ่มผู้นำในชุมชน จำนวน 12 คน เช่น เจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ใหญ่บ้าน ครู พระสงฆ์ บุคคลซึ่งได้รับการยอมรับนับถือในชุมชน ฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structure Interview) สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ส่วนประกอบคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ประจำโดยเฉลี่ยต่อเดือน นับถือศาสนา โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ เจ็บป่วย และสภาพการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการ

จัดการตนเองตามหลักการแพทย์ทางเลือก ปัญหาและความต้องการ รวมทั้งการปฏิบัติงานของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลด้านเจตคติต่อการแพทย์ทางเลือกเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลด้านพฤติกรรมจัดการตนเอง ตามหลักการแพทย์ทางเลือก

2. แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structure Interview) ในการสนทนากลุ่ม (Focus Group) สำหรับผู้นำในชุมชน

3. แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมรายบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลแบบการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลมาอ่านและจับประเด็นสำคัญ ทำการลงรหัสข้อมูลแบบอุปนัย (Inductive coding) ที่ไม่มีการตั้งรหัสไว้ล่วงหน้าแต่ทำการลงรหัสเมื่อพบประเด็นสำคัญที่สามารถนำมาอธิบายเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย นำเสนอผลการวิจัยในลักษณะของการบรรยายเชิงพรรณนา ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆ กับการเก็บข้อมูล ทำการตรวจสอบความเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ของ (Denizen & Lincoln, 1994)¹³ ได้แก่ การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) คือ มีการตรวจสอบแหล่งของข้อมูล แหล่งที่จะพิจารณาในการตรวจสอบ ได้แก่ แหล่งเวลา หมายถึง ถ้าข้อมูลต่างเวลากันจะเหมือนกันหรือไม่ แหล่งสถานที่ หมายถึง ถ้าข้อมูลต่างสถานที่กันจะเหมือนกัน แหล่งบุคคล หมายถึง ถ้าบุคคลผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไป ข้อมูลยังคงเหมือนเดิมหรือไม่ มีการตรวจสอบข้อมูลสามเส้าด้านผู้วิจัยโดยเปลี่ยนผู้เก็บข้อมูลเป็นผู้ช่วยผู้วิจัยรวม 3 คนแล้ว ข้อมูลที่ได้ตรงกัน และมีการตรวจสอบข้อมูลสามเส้าด้านวิธีการ เป็นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากวิธีการเก็บข้อมูล 3 วิธีที่ต่างกันแล้วยังได้ผลเหมือนเดิม คือ ใช้วิธีการสังเกต การสัมภาษณ์ และการใช้เอกสาร

การศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามจริยธรรมในการวิจัย โดยมีการลงนามยินยอมให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร และก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงสาระสำคัญสำหรับการเก็บข้อมูลวิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูล และพิทักษ์สิทธิ์

ของผู้ให้ข้อมูลโดยการใช้นามสมมติในการนำเสนอข้อค้นพบจากการศึกษา

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ถูกสัมภาษณ์รายบุคคลเป็นเพศ หญิงร้อยละ 80 และเพศชาย ร้อยละ 20 มีสถานภาพสมรสแล้ว ร้อยละ 70 โสด ร้อยละ 10 และเป็นหม้ายร้อยละ 10 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90 มัธยมศึกษา ร้อยละ 10 บริบททางด้านเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ ไม่เกิน 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 90 ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 60 ค้าขาย ร้อยละ 10 และไม่ได้ทำงานหรือทำงานบ้าน ร้อยละ 30 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาสรุปประเด็นสำคัญได้ดังต่อไปนี้

2. สถานการณ์ เจ็บป่วย ปัญหาความต้องการด้านหลักการแพทย์ทางเลือก สถานการณ์ของการแพทย์ทางเลือกในชุมชนเขตตำบลพิหารแดง อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี รูปแบบปัจจุบันที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ยังคงมุ่งเน้นการแพทย์แผนปัจจุบันมุ่งเน้นไปที่การแก้ปัญหาทางกายหรือรักษาโรคเป็นสำคัญ วิธีการแบบแผนการรักษายังเป็นการเดินทางไปพบแพทย์ เพื่อตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ทุก 6 เดือน และรับยาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดง มีการแนะนำการปฏิบัติตนที่เหมาะสมเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ยังไม่มีการจัดกิจกรรมกลุ่มให้แก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยเฉพาะ มีกิจกรรมกลุ่มในบางครั้งในชมรมผู้สูงอายุแต่จะเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยทั่วไป กิจกรรมการออกกำลังกาย แต่ยังไม่เคยมีการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในเรื่องรูปแบบหรือกลวิธีตามหลักการแพทย์ทางเลือกเลย แต่ในทุกกิจกรรมผู้ถูกสัมภาษณ์มักไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากมีการะับผิดชอบดูแลบุคคลในครอบครัวที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญในวิถีชีวิตของสมาชิกชุมชนส่วนใหญ่ เจ็บป่วยและปัญหาที่สำคัญอีกประการคือด้านนโยบายภาครัฐในการสนับสนุนการพัฒนาารูปแบบหรือกลวิธีตามหลักการแพทย์ทางเลือกมาใช้ขับเคลื่อนในชุมชน ให้เกิดรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแบบผสมผสาน ส่วน

ความต้องการทั้งในส่วนของการรายบุคคลและกลุ่มผู้สูงอายุมีความต้องการให้ภาครัฐสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพแบบผสมผสานเหมือนโรงพยาบาลของรัฐ ให้ความสำคัญกับชุมชน ควรส่งเสริมให้มีการกระจายรูปแบบการให้บริการในสถานบริการสุขภาพต่างๆ ให้มากขึ้น โดยมีการจัดบริการด้วยการแพทย์แบบผสมผสาน ซึ่งใช้ทั้งศาสตร์ของการแพทย์แผนปัจจุบัน แผนไทย พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือกร่วมกัน หรือดำเนินการจัดกิจกรรมกลุ่ม ฝึกทักษะการแพทย์ทางเลือก ที่สามารถดูแลภาวะโรคความดันโลหิตสูงได้จริง ให้สามารถนำมาใช้ดูแลสุขภาพตนเองและสมาชิกในชุมชน เพื่อให้เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนต่อไป

3. เจตคติเกี่ยวกับการจัดการตนเองตามหลักการแพทย์ทางเลือก ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เจตคติ หมายถึง ทำที่หรือความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือ ภาวะความพร้อมทางจิต ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ ภาวะความพร้อมนี้ จะเป็นแรงที่กำหนดทิศทางของปฏิกิริยาของบุคคลที่มีต่อบุคคลสิ่งของ หรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง จาก 3 องค์ประกอบดังนี้

3.1 องค์ประกอบความรู้คิดเชิงประเมินค่า (Cognitive Component) ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เจตคติอยู่ในลักษณะที่เป็นไปนเชิงบวก หากสามารถช่วยให้ลดความดันโลหิตสูงได้จริง และมีความสนใจในกิจกรรมของการแพทย์ทางเลือกในหลายๆ รูปแบบ แตกต่างกันไปแล้วแต่สภาวะการรับรู้จากช่องทางการสื่อสารทั้งในด้านบุคคลและสื่อต่างๆ สื่อที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของคนในชุมชนจากการสังเกต คือ สื่อโทรทัศน์ที่มีอยู่ในทุกครัวเรือนที่ไปสัมภาษณ์ และด้วยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมักไม่ได้ทำงานแล้ว จึงใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูทีวี หรือสนทนากับเพื่อนบ้าน ดังคำพูด

“ความดันตอนนี้ก็สูงอยู่ 150 บ้าง 160 บ้าง ถ้ามันมีสมุนไพร รวบรวมมาดองดองที่ว่า มันจะลดความดันได้จริง ป้าก็อยากจะทำ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“ข้างบ้านป้าเนี่ย เขาไปอบรมสมาธิ แล้วเขามันดี ไม่เครียด ความดันเลยไม่ขึ้น แต่ป้าต้องเลี้ยงหลาน เดือนหน้าหลานเข้าโรงเรียน ป้าก็ว่าจะไปทำกะเขา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“เคยเห็นในทีวี เราคิดว่าดีแหละที่เขาสอนพอทำไปสักพักมันก็จี้เกียจ ก็เลยทำมั่งไม่ทำมั่ง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

3.2 องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective Component) ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เจตคติด้านอารมณ์ ความรู้สึก ผู้สัมภาษณ์ทั้งหมดมีความรู้สึกเป็นไปในทางบวก แต่เนื่องจากในชุมชนยังไม่เคยจัดอบรมในลักษณะใช้หลักการแพทย์ทางเลือก จึงเป็นเพียงความรู้สึกชอบ ฟังพอใจ แต่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง หรือการสนับสนุนจากภาคส่วนต่างๆ ดังคำพูด

“ถ้ามันมีอบรมเรื่องพวกนี้ ปากก็ชอบนะอยากจะไปทำด้วย แต่ไม่รู้อย่างไหน ทำแล้วมันจะได้ผล” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

3.3 องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรม ในด้านความรู้สึกมีความพร้อมยินดีที่จะควบคุมระดับของความดันโลหิตของให้อยู่ในเกณฑ์ปกติลงที่ ด้วยการเลือกใช้หลักการแพทย์ทางเลือกร่วมด้วย เช่น การฝึกสมาธิ SKT การกดจุดสะท้อนเท้า ฯ แล้วแต่จะมีการจัดกิจกรรมให้ แต่บางส่วนมีความลังเลเนื่องจากวิถีชีวิตรายบุคคล มีความรับผิดชอบต้องดูแลหลานซึ่งเป็น

เด็กเล็ก ดูแลมารดาที่ชราภาพมาก หรือดูแลสามีที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นผู้ป่วยติดเตียง ดังคำพูด

“ป้าอยากไปร่วม ถ้าจัดวันหยุดก็ไปได้นะ เพราะลูกสาวจะกลับบ้าน ก็ให้ลูกดูยายแทน แต่วันธรรมดา คงจะไปยาก” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

3. สภาพการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองตามหลักการแพทย์ทางเลือก ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการจัดการตนเอง ตามหลักการแพทย์ทางเลือก หมายถึง กระบวนการ วิธีการ หรือ การกระทำที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคล หรือผู้ป่วย เกิดความตระหนัก และมีความรับผิดชอบต่อตนเองในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค โดยพฤติกรรมการจัดการตนเองเกิดขึ้นจากการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากแกนนำ เช่น กระบวนการให้ความรู้ด้านกลไกการเกิดโรค การป้องกันโรค ทักษะการดูแลตนเอง เรื่อง การออกกำลังกาย อาหาร สภาวะทางจิตใจ รับประทานยา และ

มีการเสริมสร้างเจตคติในการควบคุมโรค ให้สภาวะร่างกายอยู่ในเกณฑ์เหมาะสม และมีแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยผสมผสานการใช้กลวิธีตามหลักการแพทย์ทางเลือก ในลักษณะวิถีทางธรรมชาติ หรือธรรมชาติบำบัด ที่เกิดจากภูมิปัญญาเพื่อการดูแลสุขภาพแบบกว้างๆ ซึ่งไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของระบบแผนเดิมของประเทศไทย และไม่ได้รวมอยู่ในระบบการดูแลสุขภาพกระแสหลัก อาทิเช่น สมุนไพร การนวด การฝึกสมาธิ SKT โยคะ การกดจุดสะท้อนเท้า รำมวยจีน ชีวจิต พลังจักรวาล ฟังเข็ม คนตรีบำบัด การสวนมนต์ อบรมสมุนไพร อาหารปลอด เป็นต้น

สภาพการณ์ในปัจจุบันของการเกิดพฤติกรรมจัดการตนเองตามหลักการแพทย์ทางเลือก ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีน้อยมาก การรับทราบข้อมูลข่าวสารกิจกรรมตามหลักการแพทย์ทางเลือกจากสื่อสามารถกระตุ้นความสนใจได้เป็นช่วงๆ หรือเมื่อเห็นแบบอย่างหรือประสบการณ์ของผู้อื่นที่ใช้การแพทย์ทางเลือก เช่น การฝึกสมาธิ SKT การกดจุดสะท้อนเท้า โยคะ ฯ แล้วสามารถควบคุมความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ มีความชอบและสนใจที่จะปฏิบัติตามได้เป็นช่วงๆ ขาดความสม่ำเสมอต่อเนื่อง

4. กระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชน รวมทั้งการปฏิบัติงานของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ในส่วนของการสัมภาษณ์รายบุคคล พบว่า ยังขาดกระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชน เนื่องจากวิถีชีวิตของแต่ละครัวเรือนมักมีการต้องรับผิดชอบดูแลบุคคลในครอบครัวที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ถึงแม้การปฏิบัติงานของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน ฯ ที่มีการให้ข้อมูลข่าวสารกับสมาชิกในชุมชนของตนเองอยู่เสมอ จะดูแลสมาชิกเป็นอย่างดี ก็ยังไม่สามารถสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมได้ในรูปแบบการจัดบริการแบบกลุ่มได้

ในส่วนของ การสนทนากลุ่มของกลุ่มผู้นำชุมชนนั้น พบว่า มีความเข้าใจบริบทและสถานการณ์ของสมาชิกในชุมชนของตนเป็นอย่างดี แต่ยอมรับว่าเป็นเรื่องยากที่จะสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ เนื่องจากเหตุผลที่กล่าวไปแล้วข้างต้น

รวมทั้งในบางเรื่อง เช่น หลักการแพทย์ทางเลือกนี้ยังขาดการสนับสนุนในเชิงงบประมาณจากภาครัฐ

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาเป็นที่น่าสนใจว่า จากสถานการณ์ของการแพทย์ทางเลือกในชุมชนเขตตำบลพิหารแดง รูปแบบปัจจุบันที่ยังใช้การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ยังคงมุ่งเน้นการแพทย์แผนปัจจุบันมุ่งเน้นไปที่การแก้ปัญหาทางกายหรือรักษาโรคเป็นสำคัญ และยังไม่เคยมีการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในเรื่องรูปแบบหรือกลวิธีตามหลักการแพทย์ทางเลือกเลยนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้มีการก่อตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้นในปี 2545 กระแสความตื่นตัวเรื่องศาสตร์การแพทย์ทางเลือกในสังคมไทยนั้นเริ่มก่อตัวอย่างเด่นชัด โดยเริ่มต้นจากการนำสมุนไพรมาใช้ การรื้อฟื้นภูมิปัญญาการแพทย์แบบพื้นบ้าน ไปจนถึงการแสวงหารูปแบบ/วิธีการรักษาแบบต่าง ๆ จากต่างประเทศมาใช้กันอย่างหลากหลาย แต่จะมีเพียงบางศาสตร์เท่านั้น เช่น การนวดแผนไทย ที่มีการสนับสนุนอย่างชัดเจนเป็นนโยบายลงไปถึงระดับปฐมภูมิ สมุนไพร ที่จะสามารถผลิตแล้วนำมาใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบันได้เพื่อลดต้นทุน ซึ่งเป็นการเน้นเพียงการจัดการบริการในสถานพยาบาล แต่ยังคงขาดการผลักดันและสนับสนุนในส่วนของการแพทย์ทางเลือกที่ชุมชนและบุคคลจะสามารถนำมาปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ในส่วนของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกควรเน้นการพัฒนาสาธารณสุขแบบบูรณาการสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ว่าด้วยการพัฒนาการมีส่วนร่วมของ สถานพยาบาล ครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ให้สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุด โดยเน้นบริการ ถึงบ้านทั้งด้านสุขภาพ และสังคม รวมทั้งสร้างทางเลือกในการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยซึ่งมีภาวะความดันโลหิตสูง ให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ⁽⁷⁾

เงื่อนไขและปัญหาที่สำคัญ คือการะรับผิชอบดูแลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เจตคติเกี่ยวกับการจัดการตนเองตามหลักการแพทย์ทางเลือก อยู่ในลักษณะที่เป็นไปในเชิงบวกในทุกองค์ประกอบ แต่บางส่วนมีความลังเลเนื่องจาก

เงื่อนไขชีวิตวัยชราบุคคล การจะดำเนินกิจกรรมหรือโครงการในวันข้างหน้าอาจจะต้องคำนึงถึงรูปแบบการพัฒนาที่สามารถรองรับปัญหาเหล่านี้ได้ เช่น ใช้การพัฒนาอาสาสมัครในชุมชน ผู้ดูแล และ Care manager แล้วจัดบริการในรูปแบบเยี่ยมบ้านเพื่ออำนวยความสะดวก จะทำให้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

ส่วนที่ยังขาดกระบวนการการมีส่วนร่วมในชุมชน ถึงแม้การปฏิบัติงานของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จะดูแลสมาชิกเป็นอย่างดีก็ตามนั้น ผู้นำชุมชนจะต้องทบทวนและควรคำนึงถึงปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ ซึ่งประกอบด้วย “หลัก 4M LPK” คือ มีทีมงานจิตอาสาที่ทำงานร่วมกัน มีงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง มีการบริหารจัดการที่ดี มีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ผู้นำมีวิสัยทัศน์รับฟังความเห็นของผู้อื่น การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการและภาคีเครือข่ายต่างๆ และที่สำคัญ คือ มีการพัฒนาศักยภาพตนเองอยู่เสมอ⁽⁸⁾

ข้อเสนอแนะ

1.แนวทางการจัดบริการสุขภาพแบบผสมผสานในสถานบริการของรัฐควรนำความเป็นองค์รวมซึ่งเป็นจุดแข็งของการแพทย์แผนไทยและทางเลือกมาเติมเต็มสิ่งที่จุดอ่อนของการแพทย์แผนปัจจุบัน ควรเน้นการส่งเสริมป้องกันมากกว่าการรักษาและมีรูปแบบที่หลากหลายเพื่อตอบสนองความต้องการของกลุ่มผู้รับบริการที่มีหลากหลายสถานะแตกต่างกัน ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงการให้บริการแบบผสมผสานได้

2.กิจกรรมหรือรูปแบบตามหลักการแพทย์ทางเลือก เทคนิคที่เลือกใช้ต่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรเลือกให้เหมาะสม ควรมีลักษณะ “ไม่กระทำต่อร่างกายอย่างรุนแรง” หรือ “ไม่ใช่เกสซ์กัณฑ์ที่เป็นสารเคมี” การพิจารณาเลือกใช้การแพทย์ทางเลือกควรคำนึงถึงหลัก 4 ประการ คือ 1) ประสิทธิภาพสามารถทำให้บรรเทาอาการหรือหายจากความทุกข์ทรมาน 2) ความปลอดภัย จะต้องใช้ได้อย่างปลอดภัย 3) ความคุ้มค่า การแพทย์ทางเลือกนั้นจะต้องประหยัดค่าใช้จ่าย 4) ความมีเหตุผล หรือทฤษฎีหรือกลไกของการบำบัดรักษาที่สามารถอธิบายให้เข้าใจได้ตามปรัชญาของการแพทย์ทางเลือกในแต่ละสาขา

3.สนับสนุนให้กลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุมีบทบาทและความเข้มแข็ง จุดเน้นให้บริการทางวิชาการเพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งพาได้ เป็นตัวอย่างที่ดีของสังคม รวมทั้งสร้างจิตสำนึกและความผูกพันของคนในสังคม โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อ สร้างชุมชนให้เข้มแข็งพึ่งพาตนเองได้ รวมทั้งสนับสนุนการฝึกอบรมความรู้และทักษะ และสร้างจิตสำนึกในการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ให้แก่ญาติและบุคลากรกลุ่มที่ไม่ใช่วิชาชีพ เช่น อาสาสมัคร สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

4.ส่งเสริมการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ทั้งแบบที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ รูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลาย เพิ่มการเรียนรู้ผ่านการศึกษาตามอัธยาศัย เพิ่มสื่อการเรียนรู้ทางรายการโทรทัศน์ที่ผลการสำรวจ พบว่า ผู้สูงอายุนิยมรับชมสื่อทางโทรทัศน์สูงสุด ดังนั้นการสร้างสื่อการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุจึงควรมีการผลิตสื่อทั้งประเภท เนื้อหา รูปแบบ ที่ผู้สูงอายุนิยม เพื่อให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ได้โดยไม่มีเบื่อ และควรเพิ่มช่องทางสื่อโทรทัศน์ในช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้ดูและสอดแทรกสาระที่จำเป็นต่อการเรียนรู้ตามหลักการแพทย์

ทางเลือก ช่องทางที่ควรเพิ่มเป็นอันดับต้นๆ คือช่องทางสื่อโทรทัศน์ของรัฐ ของสถานศึกษา และของท้องถิ่น

5.การส่งเสริมและผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทให้มากขึ้น เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้การดำเนินงานตามแผนฯ สัมฤทธิ์ผล โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดและยาวนานที่สุดเป็นการดูแลโดยใช้ครอบครัว และชุมชนเป็นฐาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ ตรวจสอบช่วยแก้ไขข้อบกพร่องในงานวิจัยจนสำเร็จได้ด้วยดี จนสำเร็จสมบูรณ์ ขอขอบคุณ นางจงถนอมศรี โปฏุก และนางพัชรา ชิตชิตกุล ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็นที่ปรึกษา และวิทยากรร่วม อำนวยความสะดวกในด้านกระบวนการต่างๆ รวมทั้งกลุ่มผู้นำชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และขอบคุณกลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้ให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2573. กรุงเทพฯ: 2555.
2. ศิริวรรณ ศิริบุญ และชนคดี มลิณทางกูร. การเปลี่ยนแปลงในขนาดและสัดส่วนของ“ผู้สูงอายุ”. สืบค้น วันที่ 28 เมษายน 2558, ได้จาก : http://www.cps.chula.ac.th/cps/research_division/article_aging/aging_001.html, 2551.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ภาวะสุขภาพ Health Fact Sheet ปีที่ 8 ฉบับที่ 24, 15-30 กันยายน 2558. นนทบุรี: 2558.
4. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2555 (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2558). กรุงเทพฯ: 2558.
5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน โรค ระดับชาติ ปี 2554 – 2558. บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; กรุงเทพฯ: 2558.
6. สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนา การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.มาตรฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.). องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; กรุงเทพฯ: 2556.
7. กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายและแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2558. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; กรุงเทพฯ: 2558.
8. จำรูญ มีชนอน และคณะ. รายงานการติดตามประเมินผลและถอดบทเรียน การดำเนินงานของสมาคมชมรมผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรี. นครปฐม: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล: 2555

แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดเลย

THE MOTIVATION FACTOR AFFECTING CORE COMPETENCY OF PUBLIC HEALTH
OFFICERS AT SUB- DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL
IN LOEI PROVINCE

ศิริณี เสนานุช¹ ประจักษ์ บัวผัน²

Siranee Senanuch¹ Prachak Bouphan²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) (ตัดออก) สํารวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย ประชากรที่ศึกษาคือ นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 187 คน ทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 134 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืนจำนวน 134 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในจังหวัดหนองบัวลำภู วิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.90 และ (ตัดออก) และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2559 นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แจกแจงข้อมูล ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ระดับแรงจูงใจ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.79 (S.D. = 0.47) และพบว่าภาพรวมของ แรงจูงใจ ปัจจัยจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.742$, $p\text{-value} < 0.001$) , ($r = 0.736$, $p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.688$, $p\text{-value} < 0.001$) และ พบว่า ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงาน ปัจจัยจูงใจด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ปัจจัยจูงใจด้านการปกครองบังคับบัญชา ซึ่งตัวแปรทั้ง 5 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย ได้ร้อยละ 72.4 ปัญหาส่วนใหญ่ คือ รายได้น้อย ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานน้อยไม่เหมาะสมกับภาระงาน

คำสำคัญ: สมรรถนะหลัก, แรงจูงใจ

ABSTRACT

This study cross sectional descriptive research aimed to study The motivation factor affecting core competency of public health officer at sub- district health promoting hospital in Loei province. The samples were 134 public health officer randomly selected by simple random sampling from the 187 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 Nong Bua Lamphu province and alpha Coefficient was at 0.90. Data collected between February 18th and March 15th 2016. Data distribution was analyzed by descriptive statistics including percentage, mean, median, standard deviation, median, and minimum, maximum. Inferential statistics were Pearson product moment correlation and Stepwise multiple linear regressions.

The results showed that the motivation of public health officer at sub- district health promoting hospital in Loei province were at high level with averages of 3.79 (S.D. = 0.47) . The motivation variable, Motivation factors had high positive relationship with core competency of public health officer at sub- district health promoting hospital in Loei province with $r = 0.742$ ($p\text{-value} < 0.001$) , $r = 0.736$ ($p\text{-value} < 0.001$) , respectively. hygiene factors had moderate positive relationship with core competency with $r = 0.688$ ($p\text{-value} < 0.001$). The motivation

¹ นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ คอโคเตอร์ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

factors; Achievement, Responsibility, Working Condition, Advancement and hygiene factors; Personal Lift, Supervision can predict core competency of public health officer at sub- district health promoting hospital in Loei province at 73.0 percentage. Initiative is found to be low income and not relate with the workload.

Keywords: core competency , Motivation

บทนำ

ในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงภายใต้บริบทของการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองทำให้ทุกหน่วยงานราชการจำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบราชการ และบทบาทในการทำงานของแต่ละหน่วยงาน ข้าราชการทุกระดับต้องปรับตัวให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้าน พฤติกรรม วิธีคิด ค่านิยมในการทำงาน ซึ่งเป็นที่มาของนโยบายปฏิรูประบบราชการ กระทรวงสาธารณสุขจึงมีความจำเป็นต้องทบทวนแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการให้มีทิศทางที่ชัดเจน และเป็นระบบ ต้องดำเนินการให้มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยมีระยะเวลาอย่างน้อย 5 ปี (2555-2559) มุ่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ รวมถึงการพัฒนาความเชี่ยวชาญระดับสูง สร้างระบบที่เชื่อมโยงกัน มีการสนับสนุนตามบทบาทหน้าที่ของการให้บริการแต่ละระดับ⁽¹⁾

งานสาธารณสุขถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบราชการที่ต้องมีการปฏิรูป โดยมีแนวคิดในการปฏิรูป ด้านคุณภาพบริการผสมผสานองค์รวมและต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการให้บริการต่อประชาชนอย่างมีคุณภาพ เกิดความพึงพอใจในการรับบริการ ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นสถานบริการระดับต้นที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดเป็นจุดเชื่อมระหว่างชุมชน มีภารกิจจำแนกไว้ 2 แบบ คือภารกิจหลัก และภารกิจเสริม โดยภารกิจหลัก ประกอบด้วย 1) การทำงานกับกลุ่มประชากร 2) การทำงานกับกลุ่มโรค ซึ่งการขับเคลื่อนเพื่อให้การปฏิรูประบบราชการสำเร็จตามเป้าหมายนั้นบุคลากรทุกฝ่ายต้องมีส่วนร่วม และในการพิจารณาบุคคลใดมีคุณภาพ มีศักยภาพในการทำงานหรือไม่ต้องมีเกณฑ์ในการวัด ความสามารถของบุคคล โดยที่กำหนด การวัดตามสมรรถนะ ของแต่ละบุคคล บุคลากรด้านสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล จำเป็นต้องมีสมรรถนะหรือความสามารถอย่างเพียงพอที่จะปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย โดยเฉพาะนักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งในการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขต้องอาศัยความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน เพื่อดูแลประชาชนให้มีสุขภาพดี และเพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน นักวิชาการสาธารณสุขจำเป็นต้องมีสมรรถนะที่เหมาะสมในการทำงาน สมรรถนะ คือ กลุ่มของคุณลักษณะใดๆ ที่อยู่ในบุคคล อันมีผลต่อการแสดงออกในสถานการณ์ต่างๆ ที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติงานให้สำเร็จ ดีขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้⁽²⁾ โดยสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนได้นำแนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะ มาใช้ และได้กำหนดรายละเอียดสมรรถนะสำหรับการประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยแบ่งสมรรถนะออกเป็น 2 ประเภท คือ สมรรถนะหลัก (Core competency) ซึ่งเป็นสมรรถนะที่ทุกคนในองค์กรจะต้องมี เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้บรรลุตามเป้าหมายขององค์กร และอีกประเภท คือ สมรรถนะเฉพาะตามลักษณะงาน (Functional competency) ซึ่งเป็นสมรรถนะที่เป็นความรู้ ความสามารถ และทักษะที่จำเป็นในสายงาน⁽³⁾ ดังนั้น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อร่วมกันกำหนดรายละเอียดความรู้ ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับตำแหน่งข้าราชการพลเรือนสามัญของแต่ละสายงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยกำหนดสมรรถนะหลัก ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) การมุ่งผลสัมฤทธิ์ 2) บริการที่ดี 3) การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ 4) การยึดมั่นความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม และ 5) การทำงานเป็นทีม⁽⁴⁾ การที่จะทำให้นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติงานได้ตามสมรรถนะหลักต้องอาศัย แรงจูงใจ และคุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักอยู่ในระดับปานกลาง⁽⁵⁾

แรงจูงใจเป็นความต้องการของมนุษย์ มีอยู่ 2 ปัจจัยหลัก ที่ต้องการทราบ ว่าพนักงานพอใจหรือไม่พอใจ สูงสุด ในงานและสถานที่ทำงาน โดยเรียกปัจจัยที่ทำให้พอใจว่า ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดแรงจูงใจ และปัจจัยที่ทำให้เกิดความไม่พอใจเรียกว่าปัจจัยสุขอนามัย⁽⁶⁾ โดยที่ปัจจัยที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยจูงใจ (Motivation factor) 1 คือ 1) ความสำเร็จในงาน 2) การยอมรับนับถือ 3) ความรับผิดชอบ 4) ลักษณะงานที่ปฏิบัติ 5) ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน และปัจจัยค้ำจุน คือปัจจัยที่บ่งชี้ถึงความไม่พอใจในการปฏิบัติงานและปัจจัยที่ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการปฏิบัติงานลดลง ได้แก่ 1) เงินเดือน/ค่าตอบแทน 2) ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชาผู้ใต้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงาน 3) วิธีการปกครองบังคับบัญชา 4) สถานะภาพของวิชาชีพ 5) นโยบายและการบริหาร 6) สภาพการทำงาน 7) ความมั่นคงในการทำงาน และ 8) ความเป็นอยู่ส่วนตัว⁽⁷⁾ ซึ่งปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงาน และด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ส่งผลให้การดำเนินงานของบุคลากรประสบความสำเร็จ^(8,9)

นอกเหนือจากแรงจูงใจแล้วคุณลักษณะส่วนบุคคล ถือเป็นส่วนหนึ่งที่มีผลต่อสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขเช่นเดียวกัน โดยที่คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งถือเป็นข้อมูลสำคัญ ที่ทำให้แต่ละบุคคลมีความเหมาะสม หรือมีความถนัดต่อลักษณะงานของแต่ละคนแตกต่างกันไป⁽¹⁰⁾ ซึ่งคุณลักษณะส่วนบุคคล ที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ตามเป้าหมายขององค์กร^(11,12,13)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 127 แห่ง มีจำนวนนักวิชาการสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 187 คน ซึ่งนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น ถือว่าเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการรวบรวม จัดเก็บ และวิเคราะห์ข้อมูล ศึกษาวิจัยปัญหาสาธารณสุขเพื่อใช้ในการ

แก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ โดยจากการประชุมวิชาการประจำปีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย พบว่ามีนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 32 ที่สามารถส่งผลงานการวิจัยเข้าร่วมประกวดผลงานวิชาการประจำปีระดับจังหวัด⁽¹⁴⁾ ซึ่งการส่งผลงานเข้าประกวดในการประชุมวิชาการประจำปี ถือเป็นผลลัพธ์จากการดำเนินงานด้านวิชาการของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สำคัญ และเป็นเกณฑ์หนึ่งในการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัย ซึ่งปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงมีความสนใจที่จะศึกษา แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดเลย เพื่อจะได้นำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวางแผนพัฒนาสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล และแรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย

วิธีการศึกษา

การศึกษาเรื่อง แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) (ตัดออก) สํารวจ (Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลยการคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง มีขั้นตอนการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร⁽¹⁵⁾

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2} \sigma^2}{e^2 (N-1) + Z^2_{\alpha/2} \sigma^2}$$

แทนสูตร ดังนี้

$$n = \frac{187(1.96)^2(0.55)^2}{(0.55)^2(187-1) + (1.96)^2(0.55)^2}$$

$$= 133.56$$

$$= 134 \text{ คน}$$

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จะใช้ตัวอย่างในการศึกษา
จำนวนทั้งสิ้น 134 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple
Random Sampling)

2. กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม โดยเลือก
บุคคลที่สามารถให้ข้อมูลสมรรถนะหลักของนักวิชาการ
สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดเลย ได้ดีที่สุด (Key informants) โดยพิจารณา
คัดเลือกจาก สาธารณสุขอำเภอในจังหวัดเลย ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และนักวิชาการ
สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล จังหวัดเลย จำนวน 12 คน โดยเลือกบุคคลที่สามารถ
ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถนะหลักของนักวิชาการ
สาธารณสุข ได้มากที่สุด และบุคคลอื่นให้การยอมรับ
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถาม (Questionnaires) มีทั้งหมด 4
ส่วน ดังนี้ ลักษณะคำถามเป็นคำถามมาตราส่วนประมาณ
ค่า (Rating scale) 5 ระดับ (5,4,3,2,1) ⁽¹⁶⁾

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ
คุณลักษณะส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจ
ของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเป็นคำถาม
เกี่ยวกับสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่
ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด
เลย

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามปลายเปิด ให้ผู้ตอบได้
เสนอ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสมรรถนะ

หลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย

ซึ่งแบบสอบถาม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ที่

จังหวัดหนองบัวลำภู ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน

บาช (Cronbrach' Alpha Coefficients) ของ

แบบสอบถามเท่ากับ 0.90

การแปลผลคะแนนระดับแรงจูงใจ แปลผลโดย

การนำมาจัดระดับ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง

น้อย น้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย ได้ดังนี้

(17)

ระดับแรงจูงใจ ค่าคะแนน

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

2. แนวทางในการสนทนากลุ่ม เป็นแนวทางใน
การสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้อย่าง
กำหนดประเด็นไว้ 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของ
นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล จังหวัดเลย เป็นคำถามปลายเปิดให้แสดง
ความคิดเห็นได้โดยอิสระ

ส่วนที่ 2 แรงจูงใจของนักวิชาการ
สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล จังหวัดเลย เป็นคำถามปลายเปิดให้แสดงความ
ความคิดเห็นได้โดยอิสระ

ส่วนที่ 3 สมรรถนะหลักของนักวิชาการ
สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล จังหวัดเลย เป็นคำถามปลายเปิดให้แสดงความ
ความคิดเห็นได้โดยอิสระ

ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และ

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสมรรถนะหลักของ นักวิชาการ

สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล จังหวัดเลย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อหาการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) เพื่อใช้ในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจ และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในสุขศาลา อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ (ตัดออก) สมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย และใช้สถิติเชิงอนุมาน ในการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษานำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แจกแจงข้อมูล ด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์ของอิลฟ์สัน⁽¹⁸⁾ และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน Stepwise Multiple Regression Analysis กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมในการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ หลังจากผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2559 ถึง วันที่ 15 มีนาคม 2559 และได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นเมื่อ วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2559 ลำดับที่ 4.3.05: 49/2558 เลขที่ HE582334

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย จากการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล

ของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย ในด้านเพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการทำงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 50.70 อายุระหว่าง 20 - 30 ปี ร้อยละ 35.80 อายุเฉลี่ย 38.42 ปี (S.D. = 9.83 ปี) อายุต่ำสุด 24 ปี อายุสูงสุด 59 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 61.20 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 82.10 และมีประสบการณ์ในการทำงานในหน้าที่นักวิชาการสาธารณสุขเฉลี่ย 11 ปี (S.D. = 7.49) ต่ำสุด 2 ปี สูงสุด 38 ปี

2. ระดับแรงจูงใจของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย

ผลการศึกษา ระดับแรงจูงใจ ของ นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย พบว่า ในภาพรวมแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.79 (S.D. = 0.47) แรงจูงใจด้านปัจจัยจูงใจ และปัจจัยก้ำจุน อยู่ในระดับ มาก ค่าเฉลี่ย 3.82 (S.D. = 0.49) , 3.75 (S.D. = 0.49) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาารายด้าน พบว่าแรงจูงใจ ด้านปัจจัยจูงใจ ในด้านลักษณะงาน มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.03 (S.D. = 0.63) รองลงมาคือด้านความรับผิดชอบ มีค่าเฉลี่ย 3.95(S.D. = 0.53) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านความก้าวหน้า ในหน้าที่การงานมีค่าเฉลี่ย 3.45(S.D. = 0.70) มีแรงจูงใจในระดับปานกลาง รองลงมาคือ ด้านการยอมรับนับถือ ค่าเฉลี่ย 3.78 (S.D. = 0.60) มีแรงจูงใจในระดับมาก ในส่วนของปัจจัยก้ำจุน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.92 (S.D. = 0.59) รองลงมา คือ ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว อยู่ ใน ระดับ มาก ค่า เฉลี่ย 3.91 (S.D. = 0.63) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทน มีแรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.34 (S.D. = 0.77) รองลงมาคือ ด้านสถานภาพของวิชาชีพ มีแรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.73 (S.D. = 0.66)

3. ระดับสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุข
ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด
เลย ผลการศึกษา ระดับสมรรถนะหลักของกลุ่มตัวอย่าง
คือ นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย พบว่า ในภาพรวมกลุ่ม
ตัวอย่างมีสมรรถนะหลักอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.10
(S.D. = 0.54) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านยึดมั่น
ความถูกต้อง ซอชธรรม และจริยธรรม มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่
4. คุณลักษณะส่วนบุคคล และแรงจูงใจ ที่มีความสัมพันธ์
กับสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย

ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.36 (S.D. = 0.66) รองลงมาคือด้าน
การทำงานเป็นทีม มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย
4.19 (S.D. = 0.61) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้าน
การมุ่งผลสัมฤทธิ์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย
3.87 (S.D. = 0.67) รองลงมา คือ ด้านการส่งสมความ
เชี่ยวชาญในงานอาชีพ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.96
(S.D. = 0.62)

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรอิสระกับสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่
ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย

ตัวแปร	สมรรถนะหลัก		
	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
เพศ (ชาย= 1)	-0.099	0.255	ไม่มีความสัมพันธ์
อายุ	0.010	0.911	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้	0.028	0.750	ไม่มีความสัมพันธ์
สถานภาพสมรส (คู่=1)	0.044	0.617	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับการศึกษา (ปริญญาตรี = 1)	-0.043	0.624	ไม่มีความสัมพันธ์
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข	0.001	0.994	ไม่มีความสัมพันธ์
ปัจจัยจูงใจ	0.736**	<0.001	สูง
ด้านความสำเร็จในการทำงาน	0.725**	<0.001	สูง
ด้านการยอมรับนับถือ	0.647**	<0.001	ปานกลาง
ด้านลักษณะของงาน	0.663**	<0.001	ปานกลาง
ด้านความรับผิดชอบ	0.691**	<0.001	ปานกลาง
ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง	0.354**	<0.001	ปานกลาง
ปัจจัยค่าจูง	0.688**	<0.001	ปานกลาง
ด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทน	0.200*	0.020	ต่ำ
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.591**	<0.001	ปานกลาง
ด้านการปกครองบังคับบัญชา	0.573**	<0.001	ปานกลาง
ด้านนโยบายและการบริหาร	0.578**	<0.001	ปานกลาง
ด้านสภาพการปฏิบัติงาน	0.400**	<0.001	ปานกลาง

ตัวแปร	สมรรถนะหลัก		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ด้านสถานภาพของวิชาชีพ	0.614**	<0.001	ปานกลาง
ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	0.528**	<0.001	ปานกลาง
ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	0.699**	<0.001	ปานกลาง
ภาพรวมแรงจูงใจ	0.742**	<0.001	สูง

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล และแรงจูงใจ ที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แรงจูงใจ พบว่า ภาพรวมของแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.742$, $p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับสมรรถนะหลักของนักวิชาการ

สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.736$, $p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยค่าจูน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.688$, $p\text{-value} < 0.001$)

5. คุณลักษณะส่วนบุคคล และแรงจูงใจ มีผลต่อสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย

ตารางที่ 2 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนมีผลต่อสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย

ตัวแปร	B	Beta	T	P-value	R	R ²
1. ด้านความสำเร็จในการทำงาน	0.255	0.253	3.296	<0.001	0.728	0.531
2. ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	0.372	0.433	6.804	<0.001	0.795	0.632
3.ด้านความรับผิดชอบ	0.312	0.306	4.689	<0.001	0.825	0.681
4. ด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน	-0.199	-0.255	-4.116	0.003	0.845	0.714
5. ด้านการปกครองบังคับบัญชา	0.165	0.203	3.113	0.007	0.851	0.724
ค่าคงที่ = 0.468, F = 66.7, P-value <0.001 , R = 0.851 , R ² = 0.724 , R ² adj =0.713						

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่มีหลายตัวแปรกับตัวแปรตามหนึ่งตัวนั้น ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ซึ่งผลการวิเคราะห์จะทำให้ทราบว่าตัวแปรอิสระตัวใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม โดยวิธีการดังกล่าวมีหลักเกณฑ์ว่าจะนำตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยครั้งละ 1 ตัวแปรถ้าตัวแปรอิสระที่นำเข้ามีความสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระที่มีอยู่แล้วในสมการ

ถดถอย วิธีการแบบขั้นตอน (Stepwise) จะตัดตัวแปรอิสระที่สัมพันธ์กับตัวใดตัวหนึ่งออกจากสมการถดถอยเอง ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย และถูกเลือกเข้าสมการนั้น มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรที่ไม่ถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการ

เรียงลำดับดังนี้ คุณลักษณะส่วนบุคคล และแรงจูงใจ มีผลต่อสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย คือ ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงาน ($p\text{-value}<0.001$) มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปแบบคะแนนดิบ (B) = 0.255, ปัจจัยด้านจิตวิญญาณด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ($p\text{-value}<0.001$) มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปแบบคะแนนดิบ (B) = 0.372, ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ ($p\text{-value}<0.001$) มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปแบบคะแนนดิบ (B) = 0.312 ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ($p\text{-value} = 0.003$) มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปแบบคะแนนดิบ (B) = -0.199 ปัจจัยด้านความรู้ด้านการปกครองบังคับบัญชา ($p\text{-value} = 0.007$) มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปแบบคะแนนดิบ (B) = 0.165 ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรทั้ง 5 ตัวแปร สามารถรวมกันพยากรณ์สมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย ได้ร้อยละ 72.4

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย โดยรวมข้อมูลแบบสอบถามปลายเปิด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด 45 ฉบับ จากแบบสอบถาม 134 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 33.6 โดยแยกปัญหาอุปสรรคเป็นรายตัวแปร พบว่าแรงจูงใจ ด้านปัจจัยจูงใจ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะส่วนใหญ่ ได้แก่ ด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน รองลงมาคือ ด้านความสำเร็จในการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 15.2 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะที่น้อยที่สุด คือ ด้านลักษณะงาน คิดเป็นร้อยละ 4.3 รองลงมา คือ ด้านการยอมรับนับถือ คิดเป็นร้อยละ 8.7 แรงจูงใจด้านปัจจัยด้านจิตวิญญาณ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะส่วนใหญ่ ได้แก่ เงินเดือนหรือค่าตอบแทน คิดเป็นร้อยละ 73.9 รองลงมา คือ ด้านนโยบายและการบริหาร คิดเป็นร้อยละ 6.5 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะที่น้อยที่สุด คือ ด้านการปกครองบังคับบัญชา ด้านสภาพการปฏิบัติงาน ด้านสถานของวิชาชีพ และด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน

คิดเป็นร้อยละ 4.3 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสมรรถนะหลักของนักวิชาการแยกตามรายตัวแปร พบว่า ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะที่มากที่สุด คือ ด้าน การมุ่งผลสัมฤทธิ์ คิดเป็นร้อยละ 30.4 รองลงมา คือ ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 23.9 และปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะน้อยที่สุด คือ ด้านยึดมั่นความถูกต้องชอบธรรม และจริยธรรม คิดเป็นร้อยละ 10.8

สรุปและอภิปรายผล

1. จากผลการศึกษาพบว่า ระดับแรงจูงใจของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย ภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.79 ($S.D.=0.47$) เนื่องจาก การปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามสมรรถนะที่มากพอ จึงจะทำให้งานมีประสิทธิภาพ บรรลุตามเป้าหมายขององค์กรได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมาก ^(19,20,21) และพบว่า แรงจูงใจการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง ⁽²²⁾ เมื่อพิจารณาผลการศึกษาก็จะเห็นว่า ระดับแรงจูงใจของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย ภาพรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นงานที่ปฏิบัติเป็นประจำต่อเนื่อง แต่ยังคงสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่เพื่อให้เกิดการกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องภาพรวม

2. แรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับสมรรถนะหลักของนักวิชาการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($r=0.742$, $p\text{-value}=0.0001$) ภาพรวมปัจจัยจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับ สูงและภาพรวมปัจจัยด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับสมรรถนะหลักของนักวิชาการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล จังหวัดเลย เนื่องจากการปฏิบัติงานของนักวิชาการ ต้องอาศัยแรงจูงใจในการกระตุ้นให้เกิดความกระตือรือร้น ในการปฏิบัติงานตามหน้าที่ และพัฒนาผลงาน เพื่อให้งาน บรรลุตามเป้าหมายของหน่วยงาน ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ กัญญาวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์ และประจักษ์ บัว ผัน, ธรากร เกษิต และประจักษ์ บัวผัน, พชรพร ครองยุทธ และประจักษ์ บัวผัน^(22,23,24) พบว่า แรงจูงใจมี ความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดำเนินงานของบุคลากร สาธารณสุข^(22,23,24) จึงอาจจะส่งผลให้ผลการศึกษครั้งนี้ สอดคล้องในระดับที่ต่างกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า แรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการ ดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุข^(25,26)

3. คุณลักษณะส่วนบุคคล และแรงจูงใจที่มีผลต่อ กับสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย ว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลไม่มีผลต่อสมรรถนะหลักของ นักวิชาการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล จังหวัดเลย เนื่องจากจำนวนนักวิชาการสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นั้น ปัจจุบันมีเพศชายใกล้เคียงกับเพศหญิง รวมถึงอายุ ระดับ การศึกษาที่ใกล้เคียงกัน จึงทำให้มีความรู้ ความเข้าใจใน การปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของนักวิชาการ สาธารณสุข ซึ่งเป็นสมรรถนะหลักที่ต้องเข้าใจ และ รับทราบโดยทั่วกันของข้าราชการอยู่แล้ว และสอดคล้อง กับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า คุณลักษณะส่วน บุคคลไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^(26,27,28)

4. แรงจูงใจมีผลต่อ สมรรถนะหลักของ นักวิชาการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล จังหวัดเลย คือปัจจัยจูงใจ ด้านความสำเร็จในการ ทำงาน ด้านความรับผิดชอบ ด้านความก้าวหน้าในหน้าที่ การงาน ปัจจัยด้านจิตวิญญาณเป็นอยู่ส่วนตัว และด้าน การปกครองบังคับบัญชาโดยตัวแปรทั้ง 5 ตัว สามารถ พหุคูณได้ร้อยละ 72.4 ซึ่ง ปัจจัยจูงใจ ด้านความก้าวหน้า ในหน้าที่การงานแปรผกผันกับสมรรถนะหลักของ นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล จังหวัดเลย อธิบายได้ว่าในสถานการณ์

ปัจจุบัน ความก้าวหน้าในหน้าที่การงานของนักวิชาการ สาธารณสุขมีน้อย จึงทำให้ต้องมีสมรรถนะหลักที่ดี เพื่อเป็น พื้นฐานในการพัฒนาตนเองไปสู่ตำแหน่งและ ความก้าวหน้าที่สูงขึ้น ในขณะที่ตัวแก่นักวิชาการ สาธารณสุขที่มีความก้าวหน้าในหน้าที่การงานที่ดี มีอายุ ราชการมากขึ้น จึงมีการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ นักวิชาการสาธารณสุขน้อยลง ส่วนปัจจัยจูงใจด้าน ความสำเร็จของงาน เนื่องจาก นักวิชาการสาธารณสุขมี มุ่งมั่นเน้นถึงความสำเร็จของงานเป็นหลัก รวมทั้งเป็น บุคลากรที่มีความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานให้ได้ตาม สมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุข รวมทั้งให้ สามารถบรรลุเป้าหมายขององค์กร ดังนั้น การที่จะทำให้นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล สามารถปฏิบัติงานได้ตามสมรรถนะหลัก นั้น ผู้บริหารควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับ บุคคลที่มีผลงาน ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายของหน่วยงาน พัฒนา และส่งเสริมให้มีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน พร้อมทั้ง ดูแลความเป็นอยู่ส่วนตัว และปกครองบังคับบัญชาด้วยความ ยุติธรรม โปร่งใส ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยจูงใจ ด้านความสำเร็จในการ ทำงาน มีผลต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรสาธารณสุข^(29,30,31)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ผู้บังคับบัญชาควรให้ความสำคัญกับ ความสำเร็จ ในการทำงาน โดยพิจารณาจากนักวิชาการสาธารณสุขที่มี ความสามารถทำให้งานประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ของหน่วยงาน
2. ผู้บังคับบัญชาควรให้ความสำคัญกับบุคลากรที่มี ความก้าวหน้าในหน้าที่การงานน้อยแต่มีสมรรถนะหลักที่ ดีโดยส่งเสริมให้มีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน สอดคล้องกับการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลัก
3. ผู้บังคับบัญชาควรให้ความสำคัญกับการจัดสรร เวลา และภาระงานที่เหมาะสม เพื่อไม่ให้กระทบกับชีวิต ความเป็นอยู่ส่วนตัวของบุคลากร
4. ผู้บังคับบัญชาควรปกครองบังคับบัญชาโดยยึด หลักธรรมาภิบาล

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกำหนดบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุข

2 ควรมีการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินผลการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขของนักวิชาการสาธารณสุข

3 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพตามสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.

ประจักษ์ บัวผัน ขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ คุณเพ็ญจิต ลำมะยศ และคุณสมพร อุ่นคำ ที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ กราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะสาธารณสุขทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้ความเมตตาอบรมสั่งสอนให้ความรู้ในการศึกษาตลอดหลักสูตร และขอบคุณนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดเลยทุกท่าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาแหม เพื่อนร่วมงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาแหมทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยอย่างยิ่ง และทุกท่านที่มีได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่มีส่วนร่วมให้การทำการศึกษาอิสระฉบับนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง.เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ส่วนภูมิภาค; 29 กุมภาพันธ์ 2555; กรุงเทพฯ, 2555.
2. เจษฎา นกน้อย .แนวคิดการบริหารทรัพยากรมนุษย์ร่วมสมัย.พิมพ์ครั้งที่2.กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554
3. McClelland, D.C. Testing for competence rather than for Intelligence. *American Psychologist*, **28**, 1973, 1-14.
4. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ขอส่งความรู้ ความสามารถ ทักษะและสมรรถนะ ที่จำเป็นสำหรับตำแหน่งข้าราชการพลเรือนสามัญของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2555. (เอกสารอัดสำเนา).
5. กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด และพิมพ์เพ็ญ เชนอักษร. สมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *พุทธชินราชเวชสาร*, **29**(2), 2555. 168-179.
6. ตะวัน สาดแสง. *สร้างคน สร้างองค์กร*.พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ: ส.เอเชียเพรส, 2548.
7. Herzberg, F. *The Motivation to Work* New York: Wiley, 1992.
8. สุมาลี ลารังสิต และประจักษ์ บัวผัน. การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, **14**(3) 2557 ,67-80.
9. มัลลิกา เทพอ่อน และวิทัศน์ จันทโรไพศรี. แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เขตสาธารณสุขที่ 11. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร.*, **14**(1)2554. ,49-57.
10. Schermerhorn, R., Hunt, G., and Osborn, N. *Organization Behavior*. New York: John Wiley & Sons, 2003.
11. อุเทน จินโรจน์ และวิทัศน์ จันทโรไพศรี. ลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยในการบริหารมีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานระดับวิทยาโรคติดต่อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น*, **21**(1),2557.
12. วสันต์ บุญหล้า และประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานนักบริหารสาธารณสุขในเทศบาล เขต 12. *วารสารวิจัย มข.*, **16**(6),2554. 693-705.
13. วันเพ็ญ ภูผาพันธ์ และประจักษ์ บัวผัน. การบริหารงานของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.*, **16**(7), 2554.845-854.
14. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. *สรุปผลงานประจำปีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย*.เลย: สำนักงาน, 2555.

15. อรุณ จิรวัดน์กุล. **ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. ขอนแก่น. ภาควิชาชีวสถิติประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2548.
16. Likert, R. **The human organization: Is management and value**. New York: McGraw-Hill, 1967.
17. สำเริง จันทสุวรรณ และสุวรรณ บัวพวน. **ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์**. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2547.
18. Elifson, K.W. et al. Z. **Fundamentals of Social Statistics**. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1990.
19. พิมพ์รา สิงห์วัฒน์ และประจักษ์ บัวพันธ์. การประเมินผลการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**, 8(3), 2557. 267-280.
20. วราภรณ์ ชูตันหอม และพิรศักดิ์ ศรีฤาชา. แรงจูงใจที่มีผลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานอนามัยจังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**, 3(3), 2553. 21-30.
21. คุณากร สุวรรณพันธุ์ และประจักษ์ บัวพันธ์. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดหนองคาย. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)**, 7(4), 2550. 58-70.
22. จิรัฏฐิติ ไทยศิริ และประจักษ์ บัวพันธ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่การเงินในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. **วิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา)**, 7(4), 2550. 58-70
22. กัญญวลัย ศรีสวัสดิ์พงษ์ และประจักษ์ บัวพันธ์. การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)**, 16(5), 2554. 563-574.
23. ธาตุกร เกษิต และประจักษ์ บัวพันธ์. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการและบริหารการเงินการคลังโดยใช้หลักเศรษฐกิจพอเพียง ของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)**, 8(4) 2551. , 28-39.
24. พชรพร ครองยุทธ และประจักษ์ บัวพันธ์. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดขอนแก่น. **วารสารสาธารณสุขขอนแก่น**, 18(210) 2549, 26-29.
25. วีระวรรณ เหล่าวิวัฒน์ และประจักษ์ บัวพันธ์. การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)**, 13(2), 2556. 109-120.
26. สุภาวดี ศรีลามาศย์ และประจักษ์ บัวพันธ์. การบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)**, 13(2), 121-132.
27. บุญทัน สมิน้อย และประจักษ์ บัวพันธ์. ปัจจัยบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานฝ่ายระวางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัย พื้นที่อำเภอโชนใต้ จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)**, 16(6), 2554. 706-715.
28. สัมพันธ์ บัณฑิตเสน และประจักษ์ บัวพันธ์. แรงจูงใจที่มีผลต่อการดำเนินงานตามกรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองคาย. **สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น**, 15(3), 2551. 52-53.
29. ธรรมบุญ บุญจันทร์ และวิทัศน์ จันทโพธิ์ศรี. ลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. **วารสาร สาธารณสุขขอนแก่น**, 25(293), 2556. 30-33.
30. ศันสนีย์ วงศ์ม้วย และวิทัศน์ จันทโพธิ์ศรี. แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะประจำกลุ่มงานของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดเพชรบูรณ์. **วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น**, 6(3), 2556. 46-54.
31. อาคม ปัญญาแก้ว และประจักษ์ บัวพันธ์. ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารองค์กรที่มีผลต่อสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานอนามัย เขตโชนเหนือ จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข.**, 16(7), 2554. 855-863.

การสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทย
ในจังหวัดหนองคาย

Organizational Support Relating to the Performance of Assistant Thai Traditional Medicine in
Nong Khai Province

อรรณวิทย์ ปลัดพรหม¹ ชนะพล ศรีธำ²

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในจังหวัดหนองคาย ประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในจังหวัดหนองคาย จำนวน 106 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 94 คน และการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 10 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านและหาความเที่ยงโดยใช้ค่าโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ 0.96 เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15 พฤษภาคม 2559 ถึงวันที่ 5 มิถุนายน 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ในการหาค่าสถิติเชิงพรรณนาในการหาค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และใช้สถิติเชิงอนุมานหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ระดับการสนับสนุนจากองค์กร และระดับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในจังหวัดหนองคาย ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.56 คะแนน (S.D.= 0.61) และ 4.00 คะแนน (S.D.= 0.48) ตามลำดับ และพบว่า ภาพรวมของการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในจังหวัดหนองคาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.36$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณาในด้าน พบว่า ด้านบุคลากร และด้านงบประมาณ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในจังหวัดหนองคาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.287$, $p\text{-value} = 0.005$ และ $r=0.247$, $p\text{-value}=0.016$) ตามลำดับ และด้านวัสดุอุปกรณ์มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในจังหวัดหนองคาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.422$, $p\text{-value} < 0.001$) ปัญหา อุปสรรคจากการศึกษา พบว่า ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยน้อย ทำให้เกิดการลาออกจากงาน มีข้อเสนอแนะให้มีการสัมมนาเชิงนโยบายผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามกรอบมาตรฐานงานแพทย์แผนไทย หรือกำหนดอัตราค่าจ้างผู้ช่วยแพทย์แผนไทยที่ชัดเจน เพื่อแก้ไขปัญหาการลาออกจากงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทย

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aimed to study organizational support relating to the performance of assistant Thai traditional medicine in Nong Khai province. The populations were 106 personnel of assistant Thai traditional medicine in Nong Khai province. Data were collected by using questionnaire from 94 personnel and In-depth interview from 10 personnel. The questionnaire was examined and verified by the three experts for content validity and tested for reliability by using the Cronbach's alpha coefficient was at 0.96. Data was collected between May 15th, 2016 to June 5th, 2016. The data was analyzed using computer program; performed by descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation, median, minimum, maximum. The Inferential statistics were Pearson product moment correlation by determined the statistical significance at 0.05 level.

The results showed that level of organizational support and level of performance of assistant Thai traditional medicine in Nong Khai province were at high level with averages of 3.69 (S.D. = 0.61) and 4.00 (S.D. = 0.48), respectively. It was found that organizational support had moderate positive relationship with the assistant Thai traditional medicine performance in Nong Khai province was statistically significant ($r=0.36$, $p\text{-value} < 0.001$). There were two factors including Man and Money had low relationship with the assistant Thai traditional medicine performance in Nong Khai province was statistically significant ($r=0.287$, $p\text{-value} = 0.005$ and $r=0.247$, $p\text{-value}=0.016$), respectively. The

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ ภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Material factor had moderate positive relationship with the assistant Thai traditional medicine performance in Nong Khai province was statistically significant ($r=0.0422$, $p\text{-value} < 0.001$). The problem of this study found that the compensation for the performance of assistant Thai traditional medicine was less; it was cause to the resignation of personnel. There were some suggestions to have the seminar participation in policy implementation of the framework plan Thai traditional medicine or determining the rate of hiring clearly to fix the resignation problem of assistant Thai traditional medicine.

Keywords: The Performance of Assistant Thai Traditional Medicine, Organizational Support.

บทนำ

แม้การแพทย์ปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าและมีประสิทธิภาพในการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีแล้ว แต่มักมีข้อด้อยในด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชน เนื่องจากการแพทย์ปัจจุบันต้องใช้องค์ความรู้ในหลายๆด้าน ประกอบกัน เช่น เทคโนโลยีด้านการแพทย์ ยา เป็นต้น ซึ่งต้องนำเข้าจากต่างประเทศ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงเล็งเห็นความสำคัญในการลดค่าใช้จ่ายของประชาชนในด้านนี้ลง จึงมีนโยบายส่งเสริมการแพทย์แผนไทย เพื่อให้เป็นอีกทางเลือกในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัด รักษาโรคให้แก่ประชาชนทั่วไป ซึ่งทุกภาคส่วนในสังคมไทยจึงมีหน้าที่ที่จะต้องส่งเสริม สนับสนุน การพัฒนาการแพทย์แผนไทยตามแผนยุทธศาสตร์ชาติเพื่อเป็นทางเลือกด้านสุขภาพของประชาชน รวมไปถึงสนับสนุนการพัฒนาเศรษฐกิจทั้งระดับชุมชน และระดับชาติ ลดค่าใช้จ่ายใช้ทรัพยากรชาติเกิดประโยชน์สูงสุดตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง⁽¹⁾

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย ปฏิบัติงานสนับสนุนงานแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ คือ การดำเนินงานตามกระบวนการด้านแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย 1)การรักษายาบาล 2)การส่งเสริมสุขภาพ 3)การป้องกันโรค 4)การฟื้นฟูสภาพ 5)ให้คำแนะนำ ปรีกษา ตอบปัญหา 6)ปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้องตามที่ได้รับมอบหมายภายใต้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะ การดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยให้มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้าน ซึ่งตามแนวคิดของเซอร์เมอร์

ฮอร์นและคณะ⁽²⁾ อธิบายไว้ว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล (Individual Attributes) ร่วมกับความพยายามในการทำงาน (Work Effort) และการสนับสนุนจากองค์กร (Organizational Support) อันประกอบไปด้วยทรัพยากรที่เป็นปัจจัยสำคัญของการดำเนินการอยู่ 4 ด้าน ได้แก่ กำลังคน (Man) งบประมาณ (Money) วัสดุหรืออุปกรณ์ (Material) กระบวนการบริหาร (Management)⁽³⁾ ซึ่งการบริหารหรือการจัดการกิจการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการบริหารราชการหรือบริหารธุรกิจก็ตาม จำเป็นต้องมีทรัพยากรอันเป็นปัจจัยพื้นฐานทางการจัดการและปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการบริหารงาน ไม่ว่าจะเป็นการบริหารด้านสุขภาพหรือการบริหารด้านอื่นๆ จะได้ประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดีได้นั้นขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์และคุณภาพของการสนับสนุนจากองค์กร

การดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยจะประสบผลสำเร็จได้ต้องอาศัยการปฏิบัติงานของหลายฝ่ายซึ่งหนึ่งในนั้นคือผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในจังหวัดหนองคาย เพื่อผลการวิจัยจะทำให้เห็นถึงสภาพความเป็นจริงด้านการปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในจังหวัดหนองคาย รวมทั้งนำเสนอและเป็นแนวทางต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบปัญหาและหาแนวทางแก้ไขเพื่อให้งานด้านการแพทย์แผนไทยจะพัฒนาได้อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในจังหวัดหนองคาย

สมมติฐานการวิจัย

การสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในจังหวัดหนองคาย

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15 พฤษภาคม 2559 ถึงวันที่ 5 มิถุนายน 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในจังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2558 ทั้งหมดจำนวน 106 คน⁽⁴⁾

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในการตอบแบบสอบถามในการศึกษานี้คือ ตัวแทนผู้ช่วยแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในจังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2558 ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีทราบขนาดประชากร มีขั้นตอนการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยประชากรโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง⁽⁵⁾ ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{NZ^2\alpha/2\sigma^2}{e^2(N-1) + Z^2\alpha/2\sigma^2}$$

ซึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 94 คน

เลือกตัวอย่างโดยทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)⁽⁶⁾ โดยการจับฉลากรายชื่อผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในจังหวัดหนองคาย ที่ละรายชื่อ จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้คำนวณไว้

กลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยเลือกจากบุคคลที่สามารถให้คำตอบเชิงลึกเกี่ยวกับ การสนับสนุนจากองค์การและการปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในจังหวัดหนองคาย ที่เป็นบุคคลที่ให้ข้อมูลได้ดีที่สุด รวมทั้งมีความยินดีและยินยอมที่จะให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี ประกอบด้วย แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยจำนวน 10 คน

ดังนั้นจะได้กลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามจำนวน 94 คน และกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีทั้งหมด 2 ชุด

ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ ประสิทธิภาพปฏิบัติงาน หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์การ ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ มีเกณฑ์การวัดเป็น 5 ระดับ⁽⁷⁾ ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย ระดับน้อยที่สุด เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลกับกลุ่มผู้ช่วยแพทย์แผนไทยซึ่งเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขทั้งหมด ดังนี้

ระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00

ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49

ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49

ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49

ระดับน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในจังหวัดหนองคาย เกณฑ์การวัดเป็น 5 ระดับ เช่นเดียวกับส่วนที่ 2

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค ในการปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในจังหวัดหนองคาย เป็นคำถามปลายเปิด

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ ในการปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในจังหวัดหนองคาย เป็นคำถามปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และประเมินค่าความน่าเชื่อถือของเครื่องมือโดย ทำการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีของครอนบาช (Cronbach's

Method) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.96 และการศึกษาผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ผลการพิจารณา เมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2559 เลขที่โครงการ HE592095

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการหาค่า ร้อย ละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) และใช้อธิบายคุณลักษณะ ส่วนบุคคล ระดับการสนับสนุนจากองค์กร และระดับการ ปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในจังหวัดหนองคาย และใช้สถิติเชิงอนุมาน การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.6 อายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 45 คน คิดเป็น ร้อยละ 47.9 อายุเฉลี่ย 42.46 ปี (S.D. = 7.95) อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 58 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 59.6 ระดับสำเร็จ การศึกษาระดับมัธยมต้น คิดเป็นร้อยละ 42.5 รายได้เฉลี่ย เดือนละ 7,833.62 บาท (S.D. = 838.08) รายได้ต่ำสุด 5,500 บาท/เดือน สูงสุด 9,500 บาท/เดือน ระยะเวลาในการ

ปฏิบัติงานผู้ช่วยแพทย์แผนไทยเฉลี่ย 4.76 ปี (มีฐาน เท่ากับ 4.00 ปี) ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 14 ปี และปฏิบัติงานที่ รพช./รพท. จำนวน 61 คน คิดเป็น ร้อยละ 64.9

2. ระดับการสนับสนุนจากองค์กรของผู้ช่วยแพทย์ แผนไทยในจังหวัดหนองคาย ระดับการสนับสนุนจาก องค์กรโดยรวม อยู่ระดับ มาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.56 (S.D.= 0.61) ซึ่งเมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ใน ระดับ มากคือ ด้านบุคลากรและด้านวัสดุอุปกรณ์ มีค่าเฉลี่ย 3.74 (S.D.= 0.66) และ 3.69 (S.D.= 0.64)ตามลำดับ ส่วนด้าน งบประมาณมีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง คือ 3.24 (S.D.= 0.82)

3. ระดับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยใน จังหวัดหนองคาย จากกลุ่มตัวอย่างพบว่า ในภาพรวมกลุ่ม ตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับ มาก โดยมี ค่าเฉลี่ย 4.00 (S.D.= 0.48) ซึ่งเมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ย สูงสุด คือ ด้านการรักษาพยาบาล มีค่าเฉลี่ย 4.16 (S.D.= 0.45) รองลงมา คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 4.07 (S.D.= 0.49) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือด้านการปฏิบัติ หน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง มีค่าเฉลี่ย 3.89 (S.D.= 0.60) และ ด้าน การฟื้นฟูสภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.91 (S.D.= 0.59)

4. ระดับการสนับสนุนจากองค์กร มีความสัมพันธ์ กับ การปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในจังหวัด หนองคาย

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรอิสระกับการปฏิบัติงานของผู้ช่วย แพทย์แผนไทยในจังหวัดหนองคาย

การสนับสนุนจากองค์กร	การปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในจังหวัดหนองคาย		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การสนับสนุนจากองค์กร			
ด้านบุคลากร	0.287*	0.005	ต่ำ
ด้านงบประมาณ	0.247*	0.016	ต่ำ
ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.422*	< 0.001	ปานกลาง
ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์กร	0.36*	< 0.001	ปานกลาง

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 1 พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากองค์การภาพรวมมีความสัมพันธ์ ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในจังหวัดหนองคาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.36$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านบุคลากร ($r=0.287$, $p\text{-value} = 0.005$) ด้านงบประมาณ ($r=0.247$, $p\text{-value} = 0.016$) มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในจังหวัดหนองคาย และด้านวัสดุอุปกรณ์ ($r=0.422$, $p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในจังหวัดหนองคาย

สรุปและอภิปรายผล

การสนับสนุนจากองค์การของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในจังหวัดหนองคาย พบว่า ระดับการสนับสนุนจากองค์การทั้ง 3 ด้าน อยู่ระดับ มาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.56 (S.D.= 0.61) เนื่องจากการสนับสนุนจากองค์การที่มีความสมบูรณ์และคุณภาพมีความสำคัญในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยให้มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล โดยการสนับสนุนจากองค์การทั้งด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ และด้านวัสดุอุปกรณ์ เป็นปัจจัยที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อการบริหารการปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในจังหวัดหนองคาย เพื่อให้งานแพทย์แผนไทยบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งพบว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การสนับสนุนจากองค์การมีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับมาก⁽⁸⁻¹¹⁾ และเนื่องจากการจัดการบริหารจัดการในแต่ละแห่งที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับนโยบาย และผู้บริหารที่จะบริหารงานภายในองค์กร จึงอาจส่งผลให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การสนับสนุนจากองค์การมีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง⁽¹²⁻¹³⁾

ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในจังหวัดหนองคาย อยู่ในระดับ มาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.00 (S.D.= 0.48) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ระดับมากทุกด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ

ด้านการรักษาพยาบาล มีค่าเฉลี่ย 4.16 (S.D.= 0.45) รองลงมา คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 4.07 (S.D.= 0.49) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับมาก คือด้านการปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง มีค่าเฉลี่ย 3.89 (S.D.= 0.60) รองลงมา คือ ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.91 (S.D.= 0.59) เนื่องจากนโยบายระดับกระทรวงที่ให้ความสำคัญกับงานบริการด้านการแพทย์แผนไทย โดยมีนโยบายให้มีการจัดให้มีบริการด้านการแพทย์แผนไทยในหน่วยงานของรัฐ จัดให้มีบริการ OPD คู่ขนานร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน โดยให้ปฏิบัติตามขอบเขตวิชาชีพด้านแพทย์แผนไทย โดยให้ความสำคัญในการจัดให้มีบริการด้านสุขภาพด้วยวิธีการทางแพทย์แผนไทยด้านการรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้าน การฟื้นฟูสุขภาพ การให้คำแนะนำปรึกษา ตอบปัญหา และการปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง โดยการปฏิบัติงานทุกด้านมีความสำคัญในการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่หน่วยงานกำหนด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับมาก^(9,12) และเนื่องจากการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในแต่ละแห่งจะขึ้นอยู่กับนโยบายการบริหารจัดการของผู้บริหารในการให้ความสำคัญกับการดำเนินงาน จึงอาจส่งผลให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง^(8,14,15)

ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์การ มีความสัมพันธ์ ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในจังหวัดหนองคาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.36$, $p\text{-value} < 0.001$) อาจเนื่องจากการปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยบางแห่ง จะต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์การอย่างเหมาะสมเพื่อจะได้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งการสนับสนุนจากองค์การมีความสำคัญต่อการบริหารงานเป็นอย่างมาก เพราะในการบริหารงานเกือบทุกประเภทต้องอาศัย คนเพื่อการดำเนินงาน, การวางแผน, การจัดการ เงินเพื่อนำมาซึ่งการสนับสนุนจากองค์การด้านอื่นๆ คือคน, วัสดุอุปกรณ์ และ

วัตถุประสงค์เพื่อให้การดำเนินงานมีคุณภาพและได้มาตรฐานตามที่กำหนด เป็นองค์ประกอบสำคัญในการบริหารงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสาธารณสุข^(8,12) และเนื่องจากการปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทยในแต่ละแห่ง ยังมีข้อแตกต่างกันในด้านบริหาร โดยจะขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหารในแต่ละแห่ง ที่จะให้ความสำคัญกับงานแพทย์แผนไทยเพียงใด จึงอาจส่งผลให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสาธารณสุข⁽⁹⁻¹¹⁾

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายควรกำหนดนโยบายและสนับสนุนการดำเนินงานแพทย์แผนไทยให้ได้ตามมาตรฐานงานแพทย์แผนไทย และสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินงานให้เพียงพอ มีการประชาสัมพันธ์รับทราบงานแพทย์แผนไทยให้ประชาชนและทีมสหวิชาชีพเข้าใจ และเพื่อเกิดการยอมรับและปฏิบัติงานด้านแพทย์แผนไทย
2. โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานของ

ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยให้ชัดเจน และมีการส่งเสริมการอบรมเพิ่มพูนความรู้หรือพัฒนางานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทย เพื่อก่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายขององค์กร

3. โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการกำหนดอัตราการจัดผู้ช่วยแพทย์แผนไทยที่ชัดเจน เพื่อแก้ไขปัญหาการลาออกจากงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการวางแผนงานเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการปฏิบัติงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. ควรมีการศึกษาแนวทางการประสานงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยร่วมกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ดูแลเอาใจใส่และตรวจสอบข้อบกพร่องต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้ และขอบคุณหัวหน้างานแพทย์แผนไทยและผู้ช่วยแพทย์แผนไทยทุกแห่งในจังหวัดหนองคาย และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มงานส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก. **คู่มือและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการการแพทย์แผนไทย**. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. กรุงเทพฯ. 2550.
2. Schermerhorn, R. et al. **Organizational Behavior**. John Wiley & Sons. Newyork. 2003.
3. ทองหล่อ เศษไทย. **หลักการบริหารงานสาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 3 ฉบับปรับปรุง. ไทยวัฒนาพานิช. กรุงเทพฯ. 2545.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. **สรุปรายงานการดำเนินงานแพทย์แผนไทยจังหวัดหนองคาย พ.ศ.2558(เอกสารอัดสำเนา)**. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. หนองคาย. (ม.ป.ป.).
5. อรุณ จิรวัฒน์กุล และคณะ. **ชีวิตรัตติ**. พิมพ์ครั้งที่ 6. คลังนาวิทยา. ขอนแก่น. 2555.
6. Koul, L. **Methodology of Educational Reserch**. Vikas publishing House. New Delhi. 1984.
7. สำโรง จันทราสุวรรณและคณะ. **ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์**. ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น. 2547.

- 8.ณัฐพงษ์ ศิลาเหลือง. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขในจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. กาฬสินธุ์. 2557.
- 9.รัชนีกร ภูณแจทองและคณะ. การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น. ขอนแก่น. 2555.
- 10.ประสงค์ ชัยชนะและคณะ. การสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: ตำบลนาโพธิ์ อำเภอยะผิง จังหวัดอุดรธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น. ขอนแก่น. 2556.
- 11.ฐาตุร เกษิตและคณะ. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการบริการและการบริหารการเงินการคลังโดยใช้หลักเศรษฐกิจพอเพียง ของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา). ขอนแก่น. 2551.
- 12.ดาวรุ่ง คอนสมจิตรและคณะ. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสร้างสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). ขอนแก่น. 2551.
- 13.รติ บุญมากและคณะ. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการ ปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). ขอนแก่น. 2551.
- 14.จรัสศรี อาจศิริ และคณะ. แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการด้านการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองคาย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น. ขอนแก่น. 2552.
- 15.อดิศักดิ์ สุมาลี และคณะ. การปฏิบัติงานตามมาตรฐานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสถานีนอนามัย จังหวัดขอนแก่น. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. กรุงเทพฯ. 2552.

การพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

Development of Human Resources Practitioners in Buengkan Provincial Public Health Office.

ประยัด ศรีรัตนพันธ์¹

Prayat Srirattanakhan

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทรัพยากรบุคคลในบทบาทด้านการปฏิบัติงาน และด้านการให้บริการ ผู้ร่วมวิจัยคือบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลคือตัวแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาล ตัวแทนสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 8 คน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้วิธีการวิจัยตามแนวคิดของ Kemmiss and McTaggart ใช้ 2 วงรอบ แต่ละวงรอบมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อเสนอแนะในการพัฒนา แบบสัมภาษณ์ความรู้ความเข้าใจก่อนและหลังการพัฒนา และแบบสังเกตการพัฒนา

ผลการวิจัยพบว่า ในวงรอบที่ 1 ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยใช้กิจกรรมการพัฒนา คือ การอบรมสัมมนา ทำให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานทรัพยากรบุคคล สามารถพัฒนาตนเองให้มีความรู้ ความเข้าใจในบทบาทของตนเอง สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องแม่นยำได้ในระดับหนึ่ง จึงได้ดำเนินการพัฒนาบุคลากรในบทบาทการปฏิบัติงานและการให้บริการในวงรอบที่ 2 โดยใช้กิจกรรมการศึกษาดูงาน พบว่า บุคลากรผู้ปฏิบัติงานทรัพยากรบุคคลมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทของตนเองและการให้บริการมากขึ้น สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ และจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องในงานที่ปฏิบัติได้อย่างละเอียด สมบูรณ์ สะดวกต่อการปฏิบัติงาน มีความตระหนักในการให้บริการ มาปฏิบัติงานได้ทันตามเวลาของทางราชการ อุทิศตนเพื่อทางราชการมากขึ้น จากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปแก้ปัญหาให้กับบุคลากรและเป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาบุคลากร

Abstract

This research purposed to development of human resources practitioners in role performance aspect and service aspect. Research participants was Buengkan Provincial Public Health Office officers. Data providers was hospital director representator and chief of health district representator 8 persons, was action research by Kemmiss and McTaggart used 2 spiral circles each had 4 steps included planning, action, observation and reflection. Instrument to collected data was included questionnaires suggestion for development cognitive interviews before and after development and development observed form.

Research result findd that in 1st circle researcher and research participants used development activities was training maked personnels could development themselves to accurated cognitive in role performance but not good enough. So that to action 2nd circle used field trip activities fined that maked personnels could could development themselves to increase accurated cognitive in role performance and serviced, resolutud collect data, completed, eased to action, awareness of service, worked on time and devoted more. This research to solve and guideline for futher personnels development.

Keywords: Development of Human Resources

¹ งานทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

บทนำ

การพัฒนาประเทศในปัจจุบันอยู่ในยุคของการเปลี่ยนแปลง มีการนำข้อมูลข่าวสารมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในทุกๆ ด้าน และต่อยอดด้วยการสร้างสิ่งใหม่ๆ โดยเน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ครอบคลุมถึงการพัฒนาศาสนาแวดล้อมรอบตัวคน และให้ความสำคัญกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ จุดมุ่งหมายสูงสุดของการพัฒนาคือการเพิ่มขีดความสามารถและเพิ่มศักยภาพของคนในสังคมให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ (Self - reliance) อันนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนในที่สุด หลักสำคัญของการพัฒนาประสิทธิภาพคือการมุ่งสนองตอบความต้องการของลูกค้ำ การปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง โดยการใช้ข้อมูลและความคิดสร้างสรรค์การทำงานเป็นทีม และการที่ผู้นำมีบทบาทในการชี้นำและสนับสนุนอย่างเหมาะสม⁽¹⁾

ในการพัฒนาทรัพยากรคนให้เป็นไปตามที่ต้องการ ต้องอาศัยการให้การศึกษาเพราะการศึกษาคือการสร้างคนให้มีความรู้ ความสามารถ มีทักษะพื้นฐานที่จำเป็น มีลักษณะนิสัยจิตใจที่ดีงาม มีความพร้อมที่จะต่อสู้เพื่อตนเองและสังคม มีความพร้อมที่จะประกอบกิจการงานอาชีพได้ การศึกษาจึงเป็นปัจจัยที่ 5 ของชีวิต เป็นปัจจัยที่จะช่วยแก้ปัญหาทุก ๆ ด้านของชีวิตและสังคม เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดของชีวิต และเป็นปัจจัยเพื่อความรุ่งเรืองของประเทศชาติในอนาคต⁽²⁾

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ เป็นหน่วยงานบริหาร บังคับบัญชา ควบคุม กำกับ ดูแล การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลอดจนกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีข้าราชการทั้งหมด 1,652 คน บุคลากรผู้ปฏิบัติงานงานทรัพยากรบุคคลแบ่งเป็น สังกัดโรงพยาบาลทุกระดับจำนวน 16 คน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 16 คน และปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจำนวน 7 คน รวมเป็น 39 คน⁽³⁾ จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้ทั่วถึง เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ ความเข้าใจ

เกี่ยวกับงานทรัพยากรบุคคล ป้องกันความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน อันจะทำให้เกิดความล่าช้าเสียหายต่อบุคคล และต่อองค์กร จากการศึกษาปัญหาการปฏิบัติงานของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทรัพยากรบุคคลทุกระดับในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ พบว่ามีปัญหาโดยรวมอยู่ในระดับมาก จากการศึกษาปัญหาการปฏิบัติงานของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานงานทรัพยากรบุคคลในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โดยส่วนรวมและสถานภาพการปฏิบัติงาน มีปัญหาการปฏิบัติงานโดยภาพรวมและแต่ละงาน 3-5 งาน อยู่ในระดับปานกลาง และบุคลากรที่ปฏิบัติงานมีปัญหาที่เหลือ 1-2 งาน อยู่ระดับน้อย คือ งานบรรจุ แต่งตั้ง และงานการปรับปรุงการกำหนดตำแหน่งและเลื่อนขั้นเงินเดือน จำแนกตามสถานภาพในการปฏิบัติงานมีปัญหา 1-2 งาน อยู่ในระดับมาก คือ งานการบรรจุ แต่งตั้ง และการปรับปรุงกำหนดตำแหน่งและการเลื่อนขั้นเงินเดือน จากการศึกษาปัญหาการพัฒนาบุคลากรด้านการฝึกอบรม ด้านพัฒนากระบวนการปฏิบัติงาน โดยการส่งไปศึกษาต่อ มีปัญหาโดยภาพรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง

ผู้ศึกษาวิจัยในฐานะเป็นหัวหน้ากลุ่มงานรับผิดชอบงานทรัพยากรบุคคลในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานทรัพยากรบุคคลของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทรัพยากรบุคคลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ เพื่อพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทรัพยากรบุคคลได้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาการพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research Principle) ตามแนวคิดของ เคมมิส และแม็กแท็กการ์ท⁽⁴⁾ เพื่อปรับปรุงหรือพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทรัพยากรบุคคลในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โดยดำเนินการ 2 วงรอบ (spiral) แต่ละวงประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action)

การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ผู้ศึกษาวิจัยได้ดำเนินการ ศึกษาวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2558 ถึงวันที่ 18 กรกฎาคม 2558

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานงาน ทรัพยากรบุคคลแบ่งเป็น สังกัดโรงพยาบาลทุกระดับ จำนวน 16 คน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 16 คน และปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 7 คน รวมเป็น 39 คน

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้ร่วมวิจัย (Research Participants) จำนวน 4 คน ที่ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้วิจัย หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป หัวหน้ากลุ่มงานนิติการ และ เจ้าหน้าที่ธุรการ และ 2) ผู้ให้ข้อมูล (Key informants) จำนวน 8 คน ประกอบด้วย ตัวแทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และตัวแทนสาธารณสุขอำเภอ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือในการเก็บ รวบรวมข้อมูล จำนวน 3 ประเภท ดังนี้

1. แบบสอบถาม เป็นการกำหนดแนวทางการ สอบถามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล เป็นแบบสอบถามปลายเปิดให้ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอแนะสภาพปัญหาและ ความต้องการในการพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทรัพยากร บุคคล มีจำนวน 12 ข้อ

2. แบบสัมภาษณ์ เป็นการกำหนดแนวทางการ สัมภาษณ์ กลุ่มผู้ร่วมวิจัย และกลุ่มผู้ให้ข้อมูล เป็นแบบ สัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ใช้คำถามปลายเปิด (Open Questions) มีข้อคำถาม 15 ข้อ ใน 4 ประเด็น คือ ด้านการ วางแผน ด้านการปฏิบัติ การสังเกต และด้านการสะท้อน ผล

3. แบบสังเกต เป็นการสังเกตการพัฒนาการ ดำเนินงานของกลุ่มผู้ร่วมวิจัย ระหว่างการดำเนินการและ หลังการดำเนินการ จำนวน 12 ข้อ ผู้สังเกต คือ ผู้วิจัย และกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ผลการศึกษา

1. สภาพปัญหา พบว่า ในการดำเนินงานของ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานทรัพยากรบุคคล ขาดความตระหนัก ในการปฏิบัติงาน ขาดความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน ขาดความรู้ความเข้าใจในหลักเกณฑ์แนวปฏิบัติงาน ทำให้ เกิดความผิดพลาด ลำช้า สิ้นเปลืองงบประมาณ ในด้าน การให้บริการ พบว่า ไม่มีความกระตือรือร้น เฉื่อยชา ไม่ มีความตรงต่อเวลา ขาดการอุทิศเวลาให้กับทางราชการ

2. ผลการพัฒนาศักยภาพด้านการปฏิบัติงาน

ขั้นเตรียมการ จากการศึกษาวิจัยสภาพปัญหาใน ปัจจุบัน พบว่า ปัญหาในการพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ทรัพยากรบุคคล มาจากขาดการประสานงานกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้จัดให้มีการประชุมชี้แจงเหตุผล ความจำเป็น ระดมแนวคิดในการพัฒนา แนวทาง ขั้นตอนในการ ปฏิบัติงานร่วมกัน เพื่อพัฒนางานร่วมกัน ผลจากการ ประชุมชี้แจงในการเตรียมความพร้อมของบุคลากร ทำให้ บุคลากรมีความเข้าใจ มีการประสาน งานกัน และร่วมมือกันในการปฏิบัติงานทรัพยากรบุคคล มากยิ่งขึ้น

ขั้นดำเนินการ หลังจากที่ได้เตรียมการจัด กิจกรรม โดยหารูปแบบกิจกรรมเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน ทรัพยากรบุคคล จากผู้ร่วมวิจัย และผู้ร่วมให้ข้อมูล มี จำนวน 2 กิจกรรมหลัก ประกอบไปด้วย กิจกรรมการ ฝึกอบรม และกิจกรรมการศึกษาดูงาน ผลที่เกิดจากการ ดำเนินกิจกรรม พบว่า บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจใน หลักเกณฑ์การปฏิบัติงานดีขึ้น มีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในการปฏิบัติงานไปในทางที่ดีขึ้น โดยตระหนัก ถึงความสำคัญในบทบาทการปฏิบัติงานในหน้าที่ของ ตนเอง และมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ในการให้บริการ ตามกระบวนการพัฒนา PAOR ที่ทุกฝ่ายต้องร่วมมือกัน ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายอย่างมี ประสิทธิภาพ

3. ผลการพัฒนาศักยภาพด้านการให้บริการ

ขั้นเตรียมการ จากการศึกษาวิจัยสภาพปัญหาใน ปัจจุบัน พบว่า ปัญหาในการพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ทรัพยากรบุคคลในด้านการให้บริการงานต่าง ๆ บุคลากร

ขาดความกระตือรือร้น เกือยชา ไม่มีความตรงต่อเวลา และไม่เห็นความสำคัญของความรับผิดชอบ ดังนั้น ผู้วิจัยได้จัดให้มีการประชุมชี้แจงเหตุผล ความจำเป็น ระดมแนวคิดในการพัฒนา แนวทาง ขั้นตอนในการปฏิบัติงานร่วมกัน เพื่อพัฒนางานร่วมกัน ผลจากการประชุมชี้แจงในการเตรียมความพร้อมของบุคลากร ทำให้บุคลากรมีความเข้าใจ มีการประสาน

งานกัน และร่วมมือกันในการปฏิบัติงานทรัพยากรบุคคล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการพัฒนามากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนการ หลังจากที่ผู้วิจัยได้เตรียมการจัดกิจกรรม โดยหารูปแบบกิจกรรมเพื่อพัฒนาการดำเนินงานทรัพยากรบุคคล จากผู้ร่วมวิจัย และผู้ร่วมให้ข้อมูล มีจำนวน 2 กิจกรรมหลัก ประกอบไปด้วย กิจกรรมการฝึกอบรม และกิจกรรมการศึกษาดูงาน ผลที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรม พบว่า บุคลากรได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติงานไปในทางที่ดีขึ้น มาปฏิบัติงานตั้งแต่เช้า มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน และมีความกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย มีความตระหนักถึงความสำคัญของความรับผิดชอบ มีการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง ร่วมมือร่วมใจกันในการปฏิบัติงาน เสียสละอุทิศตนเพื่อส่วนรวมมากขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนาในด้านการให้บริการ

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องการพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ครั้งนี้ บุคลากรทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อให้งานบรรลุเป้าหมาย โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามกระบวนการ PAOR จำนวน 2 วงรอบปฏิบัติการ ผลการดำเนินการมีดังนี้

1. ผลการพัฒนาศักยภาพด้านการปฏิบัติการ จากการพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทรัพยากรบุคคลแบบทบทวนการปฏิบัติงาน โดยจัดให้เข้าร่วมกิจกรรมที่กำหนด และจัดให้ตามโปรแกรมดำเนินการ จำนวน 2 กิจกรรมหลัก คือ กิจกรรมการฝึกอบรม และกิจกรรมการศึกษาดูงาน ผลการดำเนินงานพบว่า บุคลากรให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เป็นอย่างดี ด้วยความ

กระตือรือร้น เอาใจใส่ในกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายเป็นอย่างดี ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการปฏิบัติงานในรอบ 5 กรอบงาน คือ มีความรู้ ความเข้าใจในหลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติงานที่ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิรันดร์ จุลทรัพย์ (2542)⁽⁵⁾ การฝึกอบรมจะช่วยเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ ทักษะ ตลอดจนปรับเปลี่ยนเจตคติและพฤติกรรม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากรในองค์กร อันจะก่อให้เกิดประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ขององค์กร

2. ผลการพัฒนาศักยภาพการให้บริการ จากการพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทรัพยากรบุคคลด้านการให้บริการ โดยจัดให้เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนา จำนวน 2 กิจกรรมหลัก คือ กิจกรรมการฝึกอบรม และกิจกรรมการศึกษาดูงาน ผลการดำเนินงานพบว่า กลุ่มผู้ร่วมวิจัยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี ในทุกขั้นตอนของกระบวนการมีส่วนร่วม คือ การมีส่วนร่วมในการคิดค้นปัญหาและสาเหตุของปัญหา การมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ปัญหา การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผน โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามกระบวนการ PAOR ทำให้ผลการพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ลำพวน นาคเอี่ยม (2535)⁽⁶⁾ เรื่อง การศึกษาการปฏิบัติงานของบุคลากรในสำนักงานการศึกษาดีเด่นระดับจังหวัดในเขตการศึกษา 7 พบว่า การปฏิบัติงานของบุคลากรโดยส่วนรวมสอดคล้องกับโครงสร้างหลักที่จำเป็นของหลักการบริหาร โดยยึดวัตถุประสงค์ให้ได้ผลด้านพัฒนาองค์กรและด้านพัฒนาคน โดยรายการบุคลากรมีความพร้อมในการทำงานร่วมกันเป็นทีม ให้ความสนใจและสนับสนุนให้บุคลากรลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง มีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงสุด

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โดยวิธีเชิงปฏิบัติการ ควรเปิดโอกาสให้บุคลากรทุกฝ่ายได้มีส่วนร่วมในการ

ดำเนินการตามกิจกรรมทุกขั้นตอน เพื่อความร่วมมือที่ดี และให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2. การพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ควรดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการทำงานด้านการให้บริการของบุคลากรได้มีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืนต่อไป

3. ควรศึกษาการพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด บึงกาฬ จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลให้มากขึ้น เช่น เพศ อายุ ตำแหน่ง อายุราชการ ประสบการณ์การทำงาน วุฒิการศึกษา

4. ควรมีการศึกษากิจการปฏิบัติงานของบุคลากร ผู้ปฏิบัติงานทรัพยากรบุคคลจากหน่วยงานอื่น เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติงาน จะได้มีการพัฒนาบุคลากรให้มี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล และคณะ. การเพิ่มประสิทธิภาพของทีม. พิมพ์ลักษณ์ กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซน์จำกัด, 2542.
2. พนม พงษ์ไพบูลย์. "การศึกษาข้อปัจจัยที่ 5 ของชีวิต" วารสารวิชาการ, 2541.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ. ฐานข้อมูลบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขลำปาง. 2558
4. Kemmis, S. and Mc. R., Taggart. The Action Research Planner. (3rd ed.) Victoria : Deakin University Press. 1992.
5. นิรันดร์ จุลทรัพย์. กลุ่มสัมพันธ์สำหรับการฝึกอบรม. สงขลา : มหาวิทยาลัยทักษิณ, 2540.
6. ลำพวน นาคเอี่ยม. การปฏิบัติงานของบุคลากรในสำนักงานศึกษาธิการอำเภอเคเคเคเคเค ระดับจังหวัดในเขตการศึกษา 7. ปริญญาโท (กศ.ม.) มหาวิทยาลัยนครสวรรค์, 2535.

การพัฒนาระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้สอดคล้องกับกฎหมาย

ระหว่างประเทศ (IHR : International Health Regulations 2005)

The development of food safety quality system in Provincial Health Office with the International Health Regulations (IHR : International Health Regulations 2005)

ไพบูรณ์ เอี่ยมขำ¹

Paiboon Eamkum

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยของจังหวัด ให้มีมาตรฐาน และเป็นไปตามหลักสากล ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 จังหวัด เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบประเมิน/พัฒนาระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัย (ฉบับปรับปรุง ปี 2559) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

ผลการศึกษพบว่า ปี 2557 ผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์ระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยจังหวัด อยู่ในระดับพื้นฐานถึงดี แต่เมื่อลงพื้นที่ประเมินระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยจังหวัด จำนวน 13 จังหวัด พบว่า อยู่ในระดับดี ร้อยละ 53.85 ระดับดีมากและพื้นฐาน 15.38 และระดับควรปรับปรุงกับอ้างอิงสากลเท่ากับ ร้อยละ 7.70 ในปี 2558 ได้มีการดำเนินการต่อเนื่อง โดยลงพื้นที่พัฒนาจังหวัดต้นแบบระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัย จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสระบุรี จังหวัดระนอง จังหวัดเชียงราย และจังหวัดอุดรธานี ซึ่งผลจากการประเมินพบว่า จังหวัดสระบุรีและจังหวัดระนอง สามารถพัฒนาเป็นจังหวัดต้นแบบระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัย โดยมีระดับคะแนนรวมของระบบคุณภาพที่เป็นอ้างอิงสากล (ร้อยละ 97.74, ร้อยละ 91.25 ตามลำดับ) ทั้งนี้ จังหวัดที่ไม่ได้คัดเลือกนำร่องอีก 72 จังหวัด ทำการประเมินตนเอง (ภาคเหนือ 16 จังหวัด ภาคกลาง 24 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 19 จังหวัด และภาคใต้ 13 จังหวัด) ระดับคะแนนรวมของระบบคุณภาพที่เป็นอ้างอิงสากลคือร้อยละ 91 ขึ้นไป มีจำนวน 18 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 25 คะแนน ระดับสูงคือร้อยละ 81-90 มี 20 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 27.78 คะแนนระดับปานกลาง คือร้อยละ 71-80 มี 16 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 22.22 ระดับพื้นฐานร้อยละ 60-70 มี 13 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 18.06 และระดับต่ำกว่าพื้นฐาน มีทั้งสิ้น 5 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 6.94 ซึ่งเป็นข้อมูลที่ดีในการดำเนินการจัดทำ และมีระบบคุณภาพอาหารปลอดภัยอย่างต่อเนื่องของประเทศ ในปี 2559 จึงได้มีการดำเนินการพัฒนาระบบคุณภาพงานปลอดภัยต่อเนื่อง โดยลงพื้นที่เพื่อติดตาม และพัฒนาระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัย จำนวน 4 จังหวัด พบว่า จังหวัดลำปาง จังหวัดระนอง จังหวัดชัยภูมิ และจังหวัดสระบุรี สามารถพัฒนาระบบในระดับอ้างอิง เป็นจังหวัดต้นแบบระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัย ที่เป็นตัวอย่างที่ดีให้กับเขต/ภาค โดยมีระดับคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 97.92, ร้อยละ 97.40, ร้อยละ 95.08 และร้อยละ 97.85 ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตาม ยังคงมีประเมินตนเอง 72 จังหวัด ซึ่งผลการประเมินตนเอง พบว่า ระดับคะแนนรวมของระบบคุณภาพที่เป็นอ้างอิงสากลคือร้อยละ 91 ขึ้นไป มีจำนวน 15 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 20.83 คะแนนระดับสูงคือร้อยละ 81-90 มี 19 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 26.39 คะแนนระดับปานกลาง คือร้อยละ 71-80 มี 17 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 23.61 ระดับพื้นฐานร้อยละ 60-70 มี 18 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 25 และระดับต่ำกว่าพื้นฐานมีทั้งสิ้น 3 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 4.17 ดังนั้น จะเห็นได้ว่า จากผลการดำเนินงานในปี 2559 ระดับคะแนนรวมของระบบคุณภาพในภาพรวมของจังหวัดในปี 2559 ดีกว่าระดับคะแนนในปีงบประมาณ 2558 แต่อย่างไรก็ตาม จังหวัดที่มีระดับคะแนนอยู่ในระดับอ้างอิงสากล มีเพียง 15 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 20.83 ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาและดำเนินการต่อเนื่อง เพื่อให้ทุกจังหวัดได้มีการพัฒนาและจัดทำระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ต่อไป

คำสำคัญ : กฎอนามัยระหว่างประเทศ, ระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัย

Abstract

This study aims to develop the food safety quality system in Provincial Health Office. To develop the control systems and food safety implementation to conformed international standard. The sample used in this study is 76 Provincial Public Health Office. Tool used in the study is the checklist of the development of food safety quality system (Revised in 2016). Data analysis using descriptive statistics include percentage.

The results showed that in 2014, the self assessment based on food safety quality system in Provincial Health Office is basic level to good level. After that the assessment 13 provinces found in good level or 53.85 %, very good level and basic level or 15.38 % and needs

¹ สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย

improvement level and reference national standard 7.70 %. In 2015 the development of food safety quality system in 4 provinces; Saraburi, Ranong, Chiangrai and Udonthani the result showed Saraburi and Ranong province can develop to pilot provinces of food safety quality system the overall score of the food safety quality system to reference national standard (Saraburi 97.74 %, Ranong 91.25 %). Therefore the province has not been chosen 72 pilot provinces (Northern 16 provinces, Central 24 provinces, Northeastern 19 provinces and Southern 13 provinces). 18 provinces in 72 provinces got reference national standard level (91 %), 20 provinces got high level (81-90 %), 16 provinces got medium level (71-80 %), 13 provinces got basic level (60-70 %) and 5 provinces got poor level (6.94 %). This data will be developed of food safety quality system in Provincial Health Office. So in 2016 has implemented a food safety quality system for continuous, which has monitor and develop of food safety quality system in 4 provinces; Lampang, Ranong, Chaiyaphum and Saraburi. Found that the 4 provinces can be developed system the reference national standard level to pilot provinces of food safety quality system ((Lampang (97.92 %), Ranong (97.40 %), Chaiyaphum (95.08 %) and Saraburi (97.85 %)). Therefore the province has not been chosen 72 pilot provinces still have self assessment. 15 provinces in 72 provinces got reference national standard level (91 %), 19 province got high level (81-90 %), 17 provinces got medium level (71-80 %), 18 provinces got basic level (60-70 %) and 3 provinces got poor level (4.17 %).. Therefore the score of food safety quality system in 2016 higher than the score of food safety quality system in 2015 which have 15 provinces got reference national standard level. So, there are the developments of food safety quality system in all Provincial Health Office.

Key words: International Health Regulations (IHR), Food safety quality system

บทนำ

ความปลอดภัยด้านอาหารและโภชนาการ เป็นประเด็นที่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ผู้นำรัฐบาลทุกประเทศให้ความสนใจ บรรลุเป็นนโยบายลำดับต้นๆ รวมทั้งจากมติสมัชชาอนามัยโลก ซึ่งมีการประชุมผู้นำประเทศ รัฐมนตรีและองค์กรชั้นนำต่างๆ การเรียกร้องจากองค์กรด้านสุขภาพเกษตรและอาหารระหว่างประเทศ องค์กรด้านนโยบายการเมือง นักวิชาการในสาขาต่างๆ และภาคประชาชนที่ต้องการให้การค้าขายอาหารมีความปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการ เพื่อคุ้มครองสุขภาพผู้บริโภค กระทรวงสาธารณสุขในฐานะเป็นหน่วยงานหลักในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารของประเทศไทยได้มีการดำเนินงานด้านความปลอดภัยอาหารและโภชนาการอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการดำเนินงานด้านความปลอดภัยอาหารและโภชนาการให้ได้ผลที่เป็นรูปธรรมมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ยังต้องการบูรณาการจากหลายหน่วยงาน จึงจำเป็นต้องมีเครื่องมือสนับสนุนการปฏิบัติงานที่มีความชัดเจน ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ ต้องมีกลยุทธในการเพิ่มประสิทธิภาพของภาครัฐและท้องถิ่น ทั้งในด้านของบุคลากร โครงสร้างการทำงาน และระบบงาน เพื่อให้เกิดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในกระทรวงสาธารณสุข และระหว่างกระทรวง เพื่อให้มี

การดำเนินงานแบบหุ้นส่วนความรับผิดชอบโดยมุ่งเน้นการบรรลุ ผลสัมฤทธิ์ร่วมกันในการควบคุม/กำกับดูแล ตั้งแต่ด่านนำเข้า ไปยังศูนย์กระจายสินค้า โรงงานแปรรูป ผู้ค้าส่ง/ค้าปลีก จนถึงผู้ประกอบการ ผู้จำหน่ายอาหาร ทั้งนี้ จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบงานและกลไกต่างๆ เช่น ระบบควบคุมสินค้าอาหารนำเข้า ระบบการประเมินความเสี่ยงด้านอาหาร (Risk..Assessment) ระบบตรวจอาหาร (Food..Inspection) ระบบตรวจสอบย้อนกลับ (Traceability) และระบบเรียกคืนสินค้า (Recall) ตลอดจนกลไกการติดตามสถานการณ์ความปลอดภัยด้านอาหารและโภชนาการ ทั้งนี้ การดำเนินงานทั้งหมดต้องอาศัยระบบข้อมูลที่ทันสมัยและเชื่อมโยงถึงกัน เพื่อการบริหารจัดการและการสื่อสารความเสี่ยงด้านอาหาร⁽¹⁾

คุณภาพระบบงานอาหารปลอดภัยจังหวัด หมายถึงระบบงานในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในฐานะทำหน้าที่เป็นหน่วยงานควบคุมตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับอาหารปลอดภัยและการให้บริการเพื่อคุ้มครองสุขภาพประชาชน (Food Safety Regulator for Health Protection at Provincial Level) ตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และกลไกอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ซึ่งยังคงประกอบด้วย 4 ระบบ ได้แก่ ระบบบริหารจัดการ ระบบป้องกัน ระบบเฝ้าระวังความ

เสี่ยงตามบริบทของพื้นที่ (Risk based surveillance) และระบบตอบโต้ แต่ในการประเมินระบบผู้ประเมินจะศึกษาข้อมูลของนโยบายของการดำเนินงานอาหารปลอดภัยโดยการทบทวนเอกสารบันทึก และรายงาน รวมทั้งการเก็บรักษาตลอดจนทบทวนวิธีการประเมินผลของผู้ปฏิบัติงานสำหรับการประเมินความเสี่ยงตามบริบทของพื้นที่ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงตามประเภทของอาหารจากข้อมูลการเฝ้าระวังการปนเปื้อนสารตกค้าง โดยชุดทดสอบในปีที่ผ่านมา และข้อมูลอาหารที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคอาหารเป็นพิษสำหรับอาหารเสี่ยงที่เป็นอาหารแปรรูปหรือพื้นที่ของท่านเป็นแหล่งกระจายอาหารดังกล่าว ให้ศึกษาระบบการผลิตและกระจายอาหารดังกล่าวเพื่อวางแผนในการประเมินความเสี่ยงตามห่วงโซ่อาหาร และสร้างระบบการตรวจสอบย้อน (Traceability) ตลอดจนถึงบันทึกเส้นทางการกระจายอาหารดังกล่าวเพื่อแจ้งให้จังหวัดที่รับอาหารดังกล่าวทราบ การตรวจสอบเพื่อระบุความเสี่ยงของอาหาร สถานที่ผลิต สถานที่จำหน่ายให้สามารถใช้ชุดทดสอบเบื้องต้นและ/หรือตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสมกับภัยสุขภาพ (Hazard) ที่สงสัยตามบริบทของพื้นที่⁽²⁾

องค์การอนามัยโลกได้จัดตั้งเครือข่ายข่าวสารความปลอดภัยด้านอาหารระหว่างประเทศ (International Food Safety Authorities Network : INFOSAN) เพื่อปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศปี 2548 (IHR, 2005)^(3,4) โดยมีกระทรวงสาธารณสุข เป็นจุดประสานงาน INFOSAN ประจำประเทศไทย ซึ่งได้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2547 ดังนั้น เพื่อส่งเสริมให้มีการดำเนินงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสร้างความเข้มแข็งในเครือข่ายการประสานงานภายในประเทศ เมื่อเกิดอุบัติการณ์ฉุกเฉินระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อประเทศไทยอย่างทันทั่วถึง กฎอนามัยระหว่างประเทศ มีสถานะเป็นกฎหมายระหว่างประเทศ ที่ประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลก (WHO) ร่วมกันจัดทำขึ้นและถือปฏิบัติเพื่อป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern : PHEC) โดย

ให้มีผลกระทบต่อการเดินทางและการค้าขายระหว่างประเทศให้น้อยที่สุด IHR เป็นเครื่องมือที่สำคัญของ WHO และประเทศสมาชิกในการบรรเทาผลกระทบความมั่นคงด้านสุขภาพของโลก (global health security) ปัจจุบันประเทศสมาชิกของ WHO ทุกประเทศ (194 ประเทศ) ได้ลงนามข้อตกลงในการพัฒนาสมรรถนะต่างๆของประเทศตามที่ IHR กำหนด IHR มีผลบังคับใช้จริงในประเทศไทยและทั่วโลกเมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2550 โดยประเทศไทยต้องพัฒนาสมรรถนะของประเทศในด้านต่างๆตามข้อกำหนดของ IHR ภายใน 15 มิถุนายน 2555 ด้วยเหตุนี้คณะรัฐมนตรีได้มอบให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของกระทรวงต่างๆโดยมีผู้แทนจากทุกกระทรวง (18 กระทรวง) ร่วมเป็นคณะกรรมการ รวมทั้งคณะอนุกรรมการอีก 4 คณะ ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 559/2551 เรื่องแต่งตั้งคณะอนุกรรมการฯ IHR ลงวันที่ 4 มิถุนายน 2551 การพัฒนาสมรรถนะ ในสถานการณ์ปกติ และฉุกเฉินเพื่อป้องกัน ตรวจจับ และตอบโต้โรคระบาดและ/หรือภัยสุขภาพระหว่างประเทศตามที่ IHR กำหนดนั้น ประเทศสมาชิกต้องพัฒนาให้ครอบคลุม โรคระบาดและ/หรือ ภัยสุขภาพที่สำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ โรคติดเชื้อ (infectious) โรคติดต่อจากสัตว์สู่คน (zoonosis) อาหารปลอดภัย (food safety) สารเคมี (chemical) และกัมมันตภาพรังสี (nuclear) โดยต้องพัฒนาสมรรถนะหลักใน 8 เรื่อง ได้แก่ กฎหมายและนโยบาย (Legislation and Policy) การติดต่อสื่อสาร (Coordination) การเฝ้าระวัง (Surveillance) การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Emergency response) การเตรียมความพร้อม (Preparedness) การสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communications) บุคลากร (Human resource) และความพร้อมทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory) ตามที่กำหนดไว้ในภาคผนวกที่ 1 ของ IHR โดยการพัฒนาต้องครอบคลุมทั้งระดับชาติ (National) ระดับเขต (เขตตรวจราชการ และจังหวัด) และระดับพื้นที่ (อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน และชายแดน) อนึ่งในส่วนที่เป็นช่องทางเข้าออกประเทศ เน้นการเฝ้าระวัง ตรวจจับตอบโต้เหตุการณ์ที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข (PHEIC)⁽⁵⁾

การพัฒนาสมรรถนะด้านอาหารปลอดภัย นั้น ประเทศสมาชิกต้องมีการพัฒนาความสามารถในการจัดการ ความเสี่ยงเกี่ยวกับการควบคุมอาหารตลอดทั้งระบบห่วง โซ่ออาหารซึ่งมีทั้งสิ้น 12 ขั้นตอน ได้แก่ 1) นำเข้า 2) เพาะปลูก เลี้ยงสัตว์ ประมง 3) ขนส่ง 4) จำหน่าย 5) แหล่ง รวบรวม 6) แปรสภาพเบื้องต้น 7) ขนส่ง 8) แปรรูป 9) ขนส่ง 10) จัดเก็บ 11) จำหน่าย ปรงจำหน่าย และ 12) โฆษณา และบริโภค ซึ่งในประเทศไทย มีหน่วยงานที่ รับผิดชอบหลักทั้งสิ้น 4 กระทรวงได้แก่ กระทรวง สาธารณสุข กระทรวงเกษตร และสหกรณ์ กระทรวง พาณิชย และกระทรวงมหาดไทย ซึ่งมีหน่วยงานใน กระทรวงดังกล่าวมากกว่า 30 หน่วยงานที่รับผิดชอบในแต่ ้ขั้นตอนตามห่วงโซ่ออาหาร นอกจากนี้ยังมีสมาคม รัฐวิสาหกิจ ที่เกี่ยวข้อง ร่วมด้วยอีกจำนวนหนึ่ง การพัฒนา สมรรถนะด้านอาหารปลอดภัยในสถานการณ์ปกติ นั้น จำเป็นต้องมีการสร้างระบบ การควบคุมอาหารปลอดภัย ตลอดห่วงโซ่ออาหารแบบบูรณาการ (national food safety control system) ที่มีผู้รับผิดชอบชัดเจน ร่วมกับมีแผนที่ มี ลักษณะบูรณาการกับโครงสร้างทางสาธารณสุขและ เชื่อมโยงกับระบบภาวะฉุกเฉินแห่งชาติ ตลอดจนมีบัญชี การสื่อสาร กับเครือข่าย มีการปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่ เสมอ(update) รวมทั้งมีความเชื่อมโยงไปทุกระดับ และ การเชื่อมโยงระหว่าง INFOSAN กับจุดประสานงานกฏ อนามัยระหว่างประเทศ ประจำประเทศไทย (IHR National Focal Point) ในลักษณะที่มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ เป็นมาตรฐาน (Standard Operating Procedure: SOP)⁽³⁾

โดยประเทศไทยมี INFOSAN emergency contact point ⁽⁵⁾ ได้พัฒนาแนวทางการจัดทำแผนรับมือในภาวะ ฉุกเฉินความปลอดภัยอาหารของประเทศไทย (National Guideline for Food Safety Emergency Response Plan)⁽⁶⁾ ซึ่ง สำคัญของแผน คือมีระบบการจัดการภาวะฉุกเฉิน โดยคณะกรรมการสหสาขาวิชา และคณะกรรมการ ประเมินความเสี่ยงในระดับประเทศ ซึ่งมีนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน และในระดับจังหวัดมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็น ประธาน นอกจากนี้ในแผนดังกล่าวประกอบด้วยแผนภูมิ การตัดสินใจว่าเป็นภาวะฉุกเฉินความปลอดภัยด้านอาหาร

แผนดังกล่าวได้เขียนขึ้น ตามแนวทางขององค์การอาหาร และเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO)^(7,8,9,10,11)

ระยะเวลาในการพัฒนาสมรรถนะของสมาชิกของ องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้มีสมรรถนะตาม เจตนารมณ์ของ กฎอนามัยระหว่างประเทศ และ ยุทธศาสตร์ความมั่นคงของโลกในด้านสาธารณสุข โดย ประเทศสมาชิก จะต้องพัฒนาสมรรถนะของประเทศใน ด้านต่าง ๆ ให้ได้ตามที่ IHR กำหนดภายในเวลา 5 ปี ตั้งแต่ IHR มีผลบังคับใช้ (15 มิถุนายน 2550) ตามมาตรา 5 และ 13 ซึ่งประเทศสมาชิกที่ไม่สามารถดำเนินการบรรลุข้อตกลง ตามวรรค 1 มาตรา 5 และ 13 ได้ สามารถขอขยาย ระยะเวลาการพัฒนาสมรรถนะได้อีก 2 ปี โดยแจ้งเหตุผล ความจำเป็นพร้อมทั้งแนบแผนปฏิบัติการใหม่ตาม IHR ไปยัง WHO ซึ่งจะพิจารณาตัดสินใจภายใต้การทบทวน ของคณะกรรมการวิชาการ ประเทศสมาชิกที่ได้รับการต่อ เวลาต้องรายงานความคืบหน้าในการดำเนินการสู่การ ปฏิบัติอย่างครบถ้วนด้วย สำหรับประเทศไทยจากการ ประเมินของจุดประสานงาน กฎอนามัยระหว่างประเทศ ประจำประเทศไทย สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่ามีสมรรถนะด้านอาหารปลอดภัยตามที่กฎอนามัย ระหว่างประเทศกำหนด การพิจารณาว่าประเทศสมาชิกมี สมรรถนะหลักตามข้อกำหนดของ IHR นั้น องค์การ อนามัยโลกจะพิจารณาระดับของสมรรถนะหลักดังกล่าว ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน ระดับดี ระดับดี มาก และระดับอ้างอิงสากล โดย WHO คาดหวังว่าประเทศ สมาชิก จะมีสมรรถนะในระดับพื้นฐานและระดับดีได้ทัน ในปี 2555 ซึ่งประเทศไทย โดยสำนักโรคระบาดวิทยา กรม ควบคุมโรค ในฐานะจุดประสานงานกฎอนามัยระดับชาติ (IHR National Focal Point) มีหน้าที่ในการติดตาม ความก้าวหน้าและการรายงานข้อมูลต่อองค์การอนามัยโลก

จากประเด็นดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะ ทำการศึกษาการพัฒนากระบวนการความปลอดภัย ของจังหวัดให้มีมาตรฐาน เพื่อให้ทุกจังหวัดมีระบบการ ควบคุมตรวจสอบ และการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัย อย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพและเป็นไปตามหลักสากล

วัตถุประสงค์

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2560

เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยของจังหวัดให้มีมาตรฐาน เพื่อให้ทุกจังหวัดมีระบบการควบคุมตรวจสอบ และการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพและเป็นไปตามหลักสากล

วิธีการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยของจังหวัดให้มีมาตรฐาน และเป็นไปตามหลักสากล ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างปี 2557 – 2559 โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการศึกษาดังนี้

1. ปี 2557 ดำเนินการดังนี้ 1) การศึกษา วิเคราะห์หลักเกณฑ์ของกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR : International Health Regulations 2005) ฉบับปัจจุบัน 2) การจัดทำหลักเกณฑ์ระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยจังหวัดให้สอดคล้องกับกฎอนามัยระหว่างประเทศ 3) การจัดทำคู่มือ และแบบประเมินระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยจังหวัดตามหลักเกณฑ์ระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยจังหวัด และ 4) การจัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และผู้ที่เกี่ยวข้องในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ ให้เข้าใจและสามารถประเมินตนเองในเบื้องต้น

2. ปี 2558. ดำเนินการดังนี้ 1) ปรับปรุงหลักเกณฑ์คู่มือและแบบประเมินให้เป็นไปได้ในทางปฏิบัติมากขึ้น แต่ยังคงสอดคล้องกับหลักการสากล 2) พัฒนาให้มีจังหวัดต้นแบบ เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับจังหวัดอื่นๆ ในแต่ละภาคฯ ละ 1 จังหวัด และยังคงมีการประเมินตนเองต่อเนื่อง

3. ปี 2559 ดำเนินการดังนี้ 1) ปรับปรุงแนวทางและแบบประเมิน เพื่อให้มีรายละเอียดในทางปฏิบัติมากขึ้น รายละเอียดตามภาคผนวก 2) เผยแพร่ อบรมและให้องค์ความรู้แก่บุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในเรื่องที่สำคัญ ที่ระบุไว้ในระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัย ได้แก่ ความเสี่ยง (Risk Analysis) และแนวทางการจัดทำแผนรับมือในภาวะฉุกเฉินความปลอดภัยอาหารของประเทศไทย (National Guideline for Food Safety Emergency Response Plan) อย่างถูกต้องและยั่งยืน 3) ติดตามและพัฒนาจังหวัดต้นแบบ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำปาง จังหวัดระนอง จังหวัดชัยภูมิ และจังหวัดสระบุรี

เพื่อให้ได้มาตรฐานในระดับอ้างอิงสากล และยังมีการประเมินตนเองต่อเนื่องเช่นกันกับปีที่ผ่านมา

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ปี 2557 มีสำนักงานสาธารณสุข 13 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย, จังหวัดพิษณุโลก, จังหวัดพิจิตร, จังหวัดลำปาง, จังหวัดอุบลราชธานี, จังหวัดนครพนม, จังหวัดอุดรธานี, จังหวัดนครราชสีมา, จังหวัดสุพรรณบุรี, จังหวัดสระบุรี, จังหวัดนครปฐม, จังหวัดจันทบุรี และจังหวัดระนอง

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ปี 2558 – 2559 จากจำนวนประชากรทั้งหมด 76 จังหวัด เป็นประชากรกลุ่มตัวอย่างการพัฒนาจังหวัดต้นแบบระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัย จำนวน 4 จังหวัด ส่วนจังหวัดที่เหลืออีก 72 จังหวัด เป็นประชากรกลุ่มตัวอย่าง ที่ทำการประเมินตนเองตามเกณฑ์ระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยจังหวัด ทั้งนี้ ปี 2558 มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย, จังหวัดอุดรธานี, จังหวัดสระบุรี และจังหวัดระนอง ส่วนปี 2559 มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำปาง, จังหวัดชัยภูมิ, จังหวัดสระบุรี และจังหวัดระนอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

การพัฒนาระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยจังหวัด จะใช้แบบประเมินตามเกณฑ์ระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยจังหวัด ในการติดตาม โดยมีระดับคะแนนดังนี้

1. คะแนน 60-70% เป็นระดับพื้นฐาน
2. คะแนน 71-80% เป็นระดับปานกลาง
3. คะแนน 81-90% เป็นระดับสูง
4. คะแนนตั้งแต่ 91 ขึ้นไป เป็นระดับอ้างอิง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) โดยการแจกแจงจำนวนความถี่ (Frequency) และ ค่าร้อยละ (Percentage)

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษา ปี 2557 จากการดำเนินงานระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยระดับจังหวัด สสจ. ได้รับ

ความรู้ตามมาตรฐานสากลที่อ้างอิงทั้ง IHR และ CCFIC หลังจากนั้นมีการประเมินตนเองเบื้องต้นพบว่า อยู่ในระดับพื้นฐานถึงดี และเมื่อมีการลงพื้นที่พบว่า ระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยระดับจังหวัดที่ทำการประเมิน 13 จังหวัด อยู่ในระดับดี ร้อยละ 53.85 ระดับดีมาก และพื้นฐาน 15.38 และระดับควรปรับปรุงกับอ้างอิงสากลเท่ากันคือร้อยละ 7.70 แต่เมื่อมีการพัฒนาและประเมินตนเองอีกครั้ง ระดับคะแนนมีทั้งเท่าเดิมและสูงขึ้น

2. ผลการศึกษาปี 2558

2.1 การลงพื้นที่เพื่อติดตาม และพัฒนาระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยใน 4 ภาค 4 จังหวัด พบว่า จังหวัดสระบุรี และระนอง สามารถพัฒนาระบบในระดับอ้างอิง หรือต้นแบบได้ มีระดับคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 97.74 และ 91.25 ตามลำดับ ขณะที่จังหวัดเชียงรายมีระดับคะแนนร้อยละ 64.9 ในระดับพื้นฐาน ส่วนจังหวัดอุดรธานี เนื่องจากยังอยู่ระหว่างการเร่งจัดทำระบบคุณภาพ จึงยังไม่มี การติดตามพัฒนาและจัดทำระดับคะแนน

2.2 การประเมินตนเองของจังหวัดตามเกณฑ์มาตรฐาน PFSS นั้น พบว่าจากจำนวนจังหวัดที่ส่งแบบประเมินตนเอง 72 จังหวัด โดยภาคเหนือ 16 จังหวัด ภาคกลาง 24 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 19 จังหวัด และภาคใต้ 13 จังหวัดนั้น ระดับคะแนนรวมของระบบคุณภาพที่เป็นอ้างอิงสากลคือร้อยละ 91 ขึ้นไป มีจำนวน 18 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 25 คะแนนระดับสูงคือร้อยละ 81-90 มี 20 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 27.78 คะแนนระดับปานกลาง คือร้อยละ 71-80 มี 16 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 22.22 ระดับพื้นฐานร้อยละ 60-70 มี 13 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 18.06 และระดับต่ำกว่าพื้นฐานมีทั้งสิ้น 5 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 6.94

3. ผลการศึกษาปี 2559

3.1 การลงพื้นที่เพื่อติดตาม และพัฒนาระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยใน 4 ภาค 4 จังหวัด พบว่า จังหวัดลำปาง จังหวัดระนอง จังหวัดชัยภูมิ และจังหวัดสระบุรี สามารถพัฒนาระบบในระดับอ้างอิง เป็นจังหวัดต้นแบบระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัย ที่เป็นตัวอย่างที่ดีให้กับเขต/ภาค โดยมีระดับคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 97.92, ร้อยละ 97.40, ร้อยละ 95.08 และร้อยละ 97.85 ตามลำดับ

3.2 การประเมินตนเองของจังหวัดตามเกณฑ์มาตรฐานระบบคุณภาพ พบว่า จากจำนวนจังหวัดที่ส่งแบบประเมินตนเอง 72 จังหวัด โดยภาคเหนือ 16 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 19 จังหวัด ภาคกลาง 24 จังหวัด และภาคใต้ 13 จังหวัดนั้น ระดับคะแนนรวมของระบบคุณภาพที่เป็นอ้างอิงสากลคือร้อยละ 91 ขึ้นไป มีจำนวน 15 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 20.83 คะแนนระดับสูงคือร้อยละ 81-90 มี 19 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 26.39 คะแนนระดับปานกลาง คือร้อยละ 71-80 มี 17 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 23.61 ระดับพื้นฐานร้อยละ 60-70 มี 18 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 25 และระดับต่ำกว่าพื้นฐานมีทั้งสิ้น 3 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 4.17

สรุปและอภิปรายผล

1. จากการศึกษาพบว่า ในปี 2557 ผลการประเมินตนเองเบื้องต้นของ สสจ. ที่มีระดับคะแนนพื้นฐานถึงดี เนื่องจากข้อมูลเบื้องต้นอาจยังไม่ถูกต้องเพราะผู้ประเมินมาจากต่างฝ่าย - ต่างกลุ่ม ยังไม่สามารถให้ข้อมูลของทั้งระบบได้ ซึ่งจะเห็นว่าระดับคะแนนมีทั้งต่ำและสูงกว่าความเป็นจริง แต่เมื่อมีการพัฒนาและประเมินตนเองอีกครั้ง ระดับคะแนนมีทั้งเท่าเดิมและสูงขึ้น ซึ่งที่เท่าเดิมอาจเนื่องจากบางจังหวัดมีระยะเวลาก่อนข้างกระชั้นชิดในการปรับปรุง ทำให้ยังไม่สามารถดำเนินการแก้ไขข้อบกพร่องตามแนวทางและข้อกำหนดได้ทั้งหมด แต่อย่างไรก็ตาม หากสรุปผลภาพรวมแล้วนั้นจะเห็นว่า ทุกจังหวัดมีความเข้าใจในระบบคุณภาพมากขึ้น และสามารถผ่านอยู่ในระดับของมาตรฐาน IHR⁽³⁾ เป็นที่น่าพอใจและสามารถผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ว่า ต้องมีระดับคะแนนรวมผ่านร้อยละ 50 ซึ่งทั้งประเทศต้องผ่าน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ซึ่งผลการประเมินทั้งหมดแสดงให้เห็นว่าผ่านร้อยละ 100 ซึ่งแสดงว่าผ่านทั้ง 76 จังหวัดแต่ผ่านในระดับคะแนนรวมทุกหัวข้อย่อยร้อยละ 50 ซึ่งจะต้องมีการพัฒนาต่อไปทั้งระดับคะแนนและเกณฑ์การผ่านระดับกระทรวงเพื่อให้สอดคล้องกับข้อกำหนดสากลมากยิ่งขึ้น

2. จากการศึกษาในปี 2558 พบว่า

2.1 การลงพื้นที่เพื่อติดตาม และพัฒนาระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยใน 4 ภาค 4 จังหวัด พบว่า

จังหวัดสระบุรี และระนอง สามารถพัฒนาระบบในระดับอ้างอิงหรือต้นแบบได้ เนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี มีการวิเคราะห์ จัดลำดับความเสี่ยง และปัญหาด้านอาหาร โดยนำผลจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงในแต่ละประเด็นของจังหวัดมาดำเนินการแก้ไขปัญหาในรูปแบบโครงการ และมีการแต่งตั้งคณะทำงาน ที่สามารถแก้ไขปัญหาและป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำ โดยมีการบริหารจัดการสอดคล้องกับข้อกำหนดในระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยจังหวัด (PFSS)⁽²⁾ ในด้านการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง มีการเฝ้าระวังความปลอดภัย โดยใช้ชุดทดสอบเบื้องต้นและส่งผลวิเคราะห์ห้องปฏิบัติการ รวมถึงมีการตรวจสอบเฝ้าระวังสินค้าอาหารทั้งจากในภาวะปกติ และภายใต้การเฝ้าระวังความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ รวมถึงมีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับข้อกำหนดในระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยจังหวัด (PFSS)⁽²⁾ ขณะที่จังหวัดเชียงรายมีระดับคะแนนระดับพื้นฐาน เนื่องจากยังขาดในส่วนของการเอกสารขั้นตอนการปฏิบัติงาน บันทึกรายงาน และการทบทวนประเมินผลเพื่อประกอบการวางแผน ป้องกัน และแก้ไขปัญหา แต่อย่างไรก็ตาม จังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดที่มีการดำเนินงานในส่วนของการอาหารปลอดภัย เชิงบูรณาการกับเครือข่ายทุกภาคส่วน ได้อย่างเป็นรูปธรรม สามารถเป็นต้นแบบในการทำงานเชิงโครงการให้กับเขตหรือภาคเหนือ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนจังหวัดอุดรธานี เนื่องจากยังอยู่ระหว่างการเร่งจัดทำระบบคุณภาพ จึงยังไม่ได้มีการติดตามพัฒนาและจัดทำระดับคะแนน แต่อย่างไรก็ตามสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีมีกิจกรรมมากมายในการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาตลอดห่วงโซ่อาหารที่เกี่ยวข้อง เป็นตัวอย่างหรือต้นแบบที่ดีในการดำเนินงานอาหารปลอดภัยให้กับเขต/ภาคต่อไป

2.2 จากผลการประเมินตนเองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จะเห็นได้ว่า ภาพรวมของระบบคุณภาพทั้งประเทศอยู่ในระดับที่สูงถึงอ้างอิงสากล และระดับสูงรองลงมายังคงอยู่ในระดับปานกลาง พื้นฐานตามลำดับ ต่ำกว่าพื้นฐานคงเหลือในสัดส่วนที่น้อยสุด เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มี

ความเข้าใจระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยมากยิ่งขึ้น และมีการนำระบบไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน จึงทำให้ผลการประเมินตนเองของจังหวัดมีระดับคะแนนที่สูงขึ้น

3. จากผลการศึกษา ปี 2559 พบว่า

3.1 การลงพื้นที่เพื่อติดตาม และพัฒนาระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยใน 4 ภาค 4 จังหวัด พบว่า จังหวัดลำปาง จังหวัดระนอง จังหวัดชัยภูมิ และจังหวัดสระบุรี สามารถพัฒนาระบบในระดับอ้างอิง เป็นจังหวัดต้นแบบระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัย ที่เป็นตัวอย่างที่ดีให้กับเขต/ภาค ซึ่งในแต่ละจังหวัดมีจุดเด่น ดังนี้

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ได้ดำเนินงานอาหารปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 จนถึงปัจจุบัน โดยได้มีการดูแลความปลอดภัยของอาหาร และได้มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการบูรณาการงานระหว่างกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง และการบูรณาการงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในห่วงโซ่อาหารตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ นอกจากนี้ ยังมีการสร้างเครือข่ายอาหารปลอดภัย มีการร่วมคิดร่วมทำ ตั้งแต่การวางแผน การสนับสนุน การติดตามกำกับและประเมินผล เพื่อให้การดำเนินงานในส่วนของการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางบรรลุตามเป้าหมาย และตัวชี้วัดที่กำหนดและเชื่อมโยงไปสู่การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานอื่น เพื่อให้การดำเนินงานในภาพรวมของจังหวัดลำปาง บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดในแผนบูรณาการอาหารปลอดภัยของจังหวัดลำปาง และการดำเนินงานทั้งหมดเป็นไปตามระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับหลักเกณฑ์สากล IHR^(3,4)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง ได้ดำเนินงานด้านความปลอดภัยอาหารอย่างต่อเนื่องทุกปี เน้นการควบคุมคุณภาพอาหารในสถานประกอบการอาหารที่มีระบบคุณภาพมาตรฐาน เพื่อลดการเกิดโรคที่มีสาเหตุจากอาหารและน้ำ จึงได้ดำเนินงานพัฒนาด้านความปลอดภัยอาหาร ร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ เกษตรจังหวัด ปศุสัตว์ ประมง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น เพื่อร่วมกันกำกับดูแลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โภคให้

ได้รับความปลอดภัยในการบริโภคอาหาร ตลอดจนการดำเนินการตามกฎหมายต่อผู้กระทำความผิด ตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงานต่างๆ ตลอดจนการประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างกระแสให้ผู้ผลิต ผู้จำหน่ายอาหารและผู้บริโภค ตระหนักและให้ความร่วมมือเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านอาหาร ส่งผลให้ผู้บริโภคได้รับประทานอาหารที่สะอาดและได้มาตรฐาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ได้ดำเนินการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านอาหารอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2547 โดยได้กำหนดนโยบายการดำเนินการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านอาหาร และได้กำหนดให้ระดับความสำเร็จของการดำเนินการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านอาหารระดับจังหวัด เป็นตัวชี้วัดของการปฏิบัติราชการตามคำรับรองรายตัวชี้วัดของจังหวัดชัยภูมิ โดยกำหนดเป็นแผนบูรณาการความปลอดภัยด้านอาหารระดับจังหวัด ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ได้มีการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน โดยมีนโยบายสนับสนุนและผลักดันอาหารปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง มีการขับเคลื่อนผ่านการดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการอาหารปลอดภัย และคณะทำงานอาหารปลอดภัยจังหวัดสระบุรี นอกจากนี้ มีการผลักดันให้มีมาตรฐานการดำเนินงานตลอดห่วงโซ่ มีการควบคุมตั้งแต่ฟาร์มจนถึงมือผู้บริโภค และมีระบบตรวจสอบรับรองกระบวนการผลิตตามหลักสากล พัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ สร้างทางเลือกให้แก่ผู้บริโภคเข้าถึงผักและผลไม้ที่มีคุณภาพและปลอดภัย

ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 4 จังหวัด มีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับข้อกำหนดในระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยจังหวัด (PFSS)⁽²⁾

3.2 จากผลการประเมินตนเองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จะเห็นได้ว่า ภาพรวมของระบบคุณภาพทั้งประเทศอยู่ในระดับสูงและระดับพื้นฐาน

รองลงมายังคงอยู่ในระดับปานกลางและระดับอ้างอิงสากล ตามลำดับ ส่วนระดับต่ำกว่าพื้นฐานคงเหลือในสัดส่วนที่น้อยสุด เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เห็นความสำคัญของระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัย โดยมีการนำองค์ความรู้ด้านระบบ มาปรับปรุง/พัฒนาวิธีการดำเนินงาน ส่งผลให้ระดับคะแนนประเมินในภาพรวมดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากการลงพื้นที่เพื่อพัฒนาจังหวัดต้นแบบและการประเมินตนเองของจังหวัด รวมทั้งข้อมูลการดำเนินงานอาหารปลอดภัยของจังหวัดต้นแบบ จะเห็นได้ว่า การดำเนินการในเรื่องระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัย ควรดำเนินการต่อเนื่องต่อไป เพื่อให้ทุกจังหวัดสามารถมีระบบคุณภาพในการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร สอดคล้องกับหลักการสากล และเตรียมพร้อมในการประเมินจาก WHO ในอนาคต ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การพัฒนาคุณภาพงานอาหารปลอดภัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้สอดคล้องกับกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR : International Health Regulations 2005) สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ต้องขอขอบพระคุณท่านนายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้คำแนะนำในการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และขอขอบพระคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัย จนเป็นจังหวัดต้นแบบระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัย ปี 2559 รวมถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 72 จังหวัด ที่ให้ความร่วมมือในการประเมินตนเองตามเกณฑ์ระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยจังหวัด

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย. กรอบยุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัยอาหารและโภชนาการ เพื่อความมั่นคงทางอาหาร ด้านสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 - 2559. 2555
2. สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย. คู่มือระบบคุณภาพงานอาหารปลอดภัยจังหวัด (ฉบับปรับปรุง ปี 2559). 2559
3. WHO. IHR core capacity monitoring framework: Questionnaire for monitoring progress in the implementation of IHR core capacities in states parties. Geneva. WHO; 2013.
4. CCFICS,CAC/GL 82-2013. Principle and Guidelines for National Food Control System.
5. สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย. คู่มือประเมินการพัฒนาเครือข่าย INFOSAN ในประเทศไทย. 2557
6. องค์การอาหาร และเกษตรแห่งสหประชาชาติ, ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดทำแผนรับมือในภาวะฉุกเฉินความปลอดภัยด้านอาหารของประเทศไทย. จงกลณี วิทยารุ่งเรืองศรี, วราลักษณ์ ดังคณะกุล, พจมาน ศิริอรยาภรณ์ และคณะบรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซด์; 2555. หน้า 1 – 42.
7. สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย. แนวทางปฏิบัติของ FAO/WHO ในการประยุกต์ใช้หลักการวิเคราะห์ความเสี่ยง และขั้นตอนปฏิบัติในภาวะฉุกเฉินความปลอดภัยด้านอาหาร. 2557
8. FAO/WHO. Food safety risk analysis. A guide for national food safety authorities. Rome, FAO/WHO. 2006. Available at: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/009/a0822e/a0822e00.pdf>
9. FAO/WHO. Guide for application of risk analysis principles and procedures during food safety emergencies. Rome. 2011
10. FAO/WHO. Food Safety Risk Analysis. Rome. 2005
11. Food and Agriculture Organization of the United Nation and World Health Organization.
12. FAO/WHO Framework for developing national food safety emergency response plans. Rome 2010. [serial on line]. [Cited 2013 Dec 27]: Available at: www.fao.org/docrep/013/i1686e/i1686e00.pdf.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจำกัดกิจกรรมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทของภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

Factors affecting activity restrictions among older persons living in rural Northern and North-Eastern Thailand

จรรยาพร ทะแกล้วพันธุ์¹, ถาวร ล่อگا², เบญจมาศ ยศเสนา³

Jarouyporn Thagleawpun¹, Thaworn Lorka², Benchamat Yotsena³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการจำกัดกิจกรรมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทของภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยทำการเก็บแบบสอบถามจากตัวอย่างจำนวน 640 คนที่อาศัยอยู่นอกเขตเมืองและเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุของแต่ละหมู่บ้าน โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง จำนวน 6 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางด้านสุขภาพ ระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุในด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม การหกล้ม และการกีดกันการหกล้ม การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลด้วยวิธีการถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ซึ่งจะอธิบายอัตราส่วนโอกาสต่อการจำกัดกิจกรรมของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการจำกัดกิจกรรมของผู้สูงอายุกับปัจจัยต่าง ๆ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมาก มีสถานภาพโสด ไม่ได้ทำงาน ไม่ได้อยู่ลำพัง ไม่เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ต้องใช้อุปกรณ์ในการช่วยพยุงหรือเดิน และเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพโดยรวมไม่ดี มีโอกาสที่จะจำกัดการทำกิจกรรมต่าง ๆ สูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ

คำสำคัญ: การหกล้ม, การกีดกันการหกล้ม, การจำกัดกิจกรรม, ผู้สูงอายุ

Abstract

This survey research aimed to investigate factors affecting activity restrictions among older persons who lived in rural areas of the Northern and North-Eastern regions of Thailand. 640 members of senior citizen clubs comprised the study sample. Data have been collected through a questionnaire consisting of general demographic factors, social factors, health factors, perceived environmental risks, fall history, and fear of falling. Logistic regression analysis was used to analyse data to describe Odd ratio of activity restrictions in relation to each factor.

The results showed that older persons with the following characteristics were more likely to experience activity restrictions, namely, older age, a single marital status, currently not working, living with children/spouse, not joining a senior citizen club, not having hypertension, using walking aids, having poorer health.

Keywords: Fall, Fear of falling, Activity restrictions, Older persons

¹ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พิเศษ

³ วิทยากร

บทนำ

ภาวะการหกล้มในผู้สูงอายุเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมิได้มีการคาดการณ์ได้ล่วงหน้า เนื่องจากผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย⁽¹⁾ ประกอบกับผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาสุขภาพ เช่น การมีโรคประจำตัว การได้รับอุบัติเหตุจากการหกล้ม เป็นต้น อีกทั้งสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ รวมถึงสถานที่อยู่อาศัย ด้วยปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุมีโอกาสหกล้มถึงแม้ว่าจะมีผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ด้วยก็ตาม เมื่อผู้สูงอายุบางรายที่ประสบกับภาวะการหกล้มโดยเฉพาะบางรายที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นกังวลในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่ต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกาย เมื่อผู้สูงอายุตระหนักถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกกลัวการหกล้มและจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ตามมา^(2,3,4,5)

ในการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ตระหนักถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการจำกัดกิจกรรมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทของภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เพื่อชี้ให้เห็นว่าการจำกัดกิจกรรมของผู้สูงอายุ จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านใดบ้าง อย่างไร และมีปัจจัยใดที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นระบบการทำงานของร่างกายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการจำกัดกิจกรรมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทของภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการจำกัดกิจกรรมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทของภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยทำการเก็บแบบสอบถามจากตัวอย่างจำนวน 640 คนที่อาศัยอยู่นอกเขตเมืองและเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุของแต่ละหมู่บ้าน โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เก็บข้อมูลลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง จำนวน 6 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางด้านสุขภาพ ระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุในด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม การหกล้ม และการกลัวการหกล้ม ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2559 – เดือนสิงหาคม 2559 จำนวน 6 เดือน และทำการวิเคราะห์ผลการศึกษาใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำเสนอข้อมูลด้วยการแจกแจงอัตรา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลด้วยวิธีการถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ซึ่งจะอธิบายอัตราส่วน โอกาสต่อการจำกัดกิจกรรมของผู้สูงอายุด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทั้งแบบง่าย และแบบพหุ ซึ่งจะปรากฏในเนื้อหาในส่วนต่อไป

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

1.1 ปัจจัยทางประชากร พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.8) อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 70.3) และอาศัยอยู่ในภาคเหนือ (ร้อยละ 29.7) มีอายุน้อยที่สุดคือ 60 ปี และมีอายุมากที่สุดคือ 101 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยประมาณ 70 ปี เมื่อแยกพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุที่มีสัดส่วนสูงสุดคือกลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 56.7) รองลงมาคือ กลุ่มอายุระหว่าง 70-79 ปี (ร้อยละ 32.7) และกลุ่มอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 10.6) ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 65.8)

1.2 ปัจจัยทางสังคม พบว่าผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 1,637 บาท และมากกว่าครึ่งหนึ่งมีรายได้ไม่น้อยกว่า 1,000 บาท (ร้อยละ 62.3) ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 44.4) อยู่อาศัยกับคู่สมรสและบุตรหลานเป็นสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 38.1) ผู้สูงอายุไม่เคยเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 40.6)

1.3 ปัจจัยทางด้านสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุทั้งหมดมีน้ำหนักเฉลี่ย 53.6 กิโลกรัม โดยมีน้ำหนักน้อยที่สุดคือ 30 กิโลกรัม และมากที่สุดคือ 90 กิโลกรัม มีส่วนสูงเฉลี่ย 157.8 เซนติเมตร โดยมีส่วนสูงน้อยที่สุดคือ 104

เซนติเมตร และสูงที่สุดคือ 180 เซนติเมตร มีสัดส่วนการมีโรคประจำตัวในโรคอื่นๆ สูงสุดคือ ร้อยละ 69.8 ซึ่งรวมจากหลายโรค เช่น โรคพาร์กินสัน โรคปวดเข่า โรคไต อัมพฤกษ์ อัมพาต ตาพร่ามัว วิงเวียนศีรษะ เป็นต้น รองลงมาคือ มีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 38.1) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 16.1) โรคหัวใจ (ร้อยละ 5.9) โรคปอดเรื้อรัง (ร้อยละ 3.1) และโรคโลหิตจาง (ร้อยละ 2.2) ตามลำดับ ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษายาบาล (ร้อยละ 77) และเคยเข้ารับการรักษายาบาลร้อยละ 23 ร้อยละ 88.4 ไม่ใช้อุปกรณ์ในการพยุงตนเองหรืออุปกรณ์ช่วยเดิน คิดว่าตนเองมีสุขภาพโดยรวมในระดับพอใช้ (ร้อยละ 57.3)

1.4 ความเสี่ยงด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมเป็นสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่อาจทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหรือหกล้ม ได้แก่ ห้องนอน ห้องน้ำ บ้านไต่บัน ถนนหนทางในชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่ และสถานที่ในชุมชนที่ท่านไปร่วมทำกิจกรรม เช่น วัด ชมรมผู้สูงอายุ สถานีอนามัย เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาพบว่า โดยรวมผู้สูงอายุมีระดับความคิดเห็นว่าสถานที่และสิ่งแวดล้อมดังกล่าวมีความเสี่ยงน้อย และปานกลาง (ร้อยละ 38.6 และร้อยละ 36.7) ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน รองลงมาคือมีความคิดเห็นว่าจะไม่มีความเสี่ยงเลย (ร้อยละ 13.6) เสี่ยงมาก (9.8) และเสี่ยงสูงที่สุด (ร้อยละ 1.3) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นที่ห้องน้ำและบันไต่บ้านเป็นสถานที่ที่มีความเสี่ยงมากที่สุด ส่วนถนนหนทางในชุมชนมีความเสี่ยงน้อย และเห็นว่าห้องนอนและสถานที่ในชุมชนไม่มีความเสี่ยงเลย

1.5 การหกล้ม จากการศึกษา พบว่า จากผู้สูงอายุทั้งหมด 640 ราย พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่เคยหกล้มร้อยละ 59.8 ส่วนอีกร้อยละ 40.2 เป็นผู้สูงอายุที่เคยหกล้ม ซึ่งในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีผู้สูงอายุที่เคยหกล้มโดยเฉลี่ยประมาณ 2 ครั้ง และเคยเซหรือถลาโดยเฉลี่ยประมาณ 3 ครั้ง

1.6 ความกลัวการหกล้ม ในการศึกษาครั้งนี้ ได้มีการกำหนดกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เพื่อสะท้อนให้เห็นความกลัวที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในภาพรวมของกิจกรรมทั้งหมด มีผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งรู้สึกกลัวหกล้มเล็กน้อย (ร้อยละ 51.3) รองลงมาคือ รู้สึกกลัวหกล้มระดับปานกลาง (ร้อยละ 34.2) กลัวหกล้มมาก (ร้อยละ 10) และไม่กลัวหกล้มเลย (ร้อยละ 4.5) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาเป็นรายกิจกรรมพบว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุรู้สึกกลัวหกล้มมากเป็นอันดับต้นๆ คือ การเดินขึ้น-ลงบนทางที่ลาดชันและเดินบนพื้นต่างระดับ ส่วนกิจกรรมที่รู้สึกกลัวหกล้มเล็กน้อยคือ เอื้อมหยิบของเหนือศีรษะหรือก้มลงเก็บของบนพื้น และการไปร่วมงานต่างๆ ของชุมชน ส่วนกิจกรรมที่ไม่กลัวหกล้มเลยคือ การสวมใส่หรือถอดเสื้อผ้าและการทำความสะอาดบ้าน

1.7 การจำกัดกิจกรรมของผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ ได้มีการกำหนดกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เพื่อสะท้อนให้เห็นการจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ พบว่า มีผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งทำกิจกรรมโดยรวมอย่างสม่ำเสมอหรือจำกัดการทำกิจกรรมน้อย (ร้อยละ 69.4) รองลงมาคือ ทำกิจกรรมเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้นหรือจำกัดกิจกรรมปานกลาง (ร้อยละ 29.5) และไม่ทำกิจกรรมใดๆ เลยหรือจำกัดกิจกรรมมาก (ร้อยละ 0.8) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาเป็นรายกิจกรรมพบว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำอย่างสม่ำเสมอเป็นอันดับต้นๆ คือ การเดินเล่นรอบๆ บ้านและเดินเล่นนอกบ้าน ส่วนกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งทำเมื่อจำเป็นเท่านั้นคือ การเดินในที่ที่มีคนแออัดและการไปเยี่ยมเพื่อนหรือญาติ ส่วนกิจกรรมที่ผู้สูงอายุไม่ทำเลยคือ กิจกรรมสังสรรค์นอกบ้านกับครอบครัวและการเดินทางหรือโดยสารรถประจำทางด้วยตนเอง

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจำกัดกิจกรรมของผู้สูงอายุ

ตาราง 1 อัตราส่วนโอกาสต่อการจำกัดกิจกรรมของผู้สูงอายุด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ปัจจัย	การถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Univariate analysis)		การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ (Multivariate analysis)	
	OR (95%CI)	p-value	OR (95%CI)	p-value
1. ปัจจัยทางประชากร				
1) เพศ				
ชาย	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
หญิง	1.29 (0.91-1.83)	0.16	0.73 (0.42-1.27)	0.27
2) ภาคนิที่อยู่อาศัย				
ภาคเหนือ	1.00 (reference)			
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1.19 (0.82-1.73)	0.37		
3) อายุ	1.11 (1.09-1.14)	0.000*	1.04 (1.00-1.08)	0.034*
4) สถานภาพสมรส				
สมรส	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
โสด	1.46 (0.61-3.49)	0.39	5.52 (1.20-25.39)	0.028*
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	2.37 (1.65-3.41)	0.000*	1.67 (0.57-4.89)	0.35
2. ปัจจัยทางสังคม				
1) รายได้	1.00 (1.00-1.00)	0.032*	1.00 (1.00-1.00)	0.50
2) อาชีพ				
ไม่ประกอบอาชีพ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
รับจ้างทั่วไป	0.03 (0.01-0.14)	0.000*	0.05 (0.01-0.23)	0.000***
เกษตรกร	0.23 (0.15-0.33)	0.000*	0.28 (0.17-0.46)	0.000***
อื่นๆ	0.60 (0.01-0.45)	0.006*	0.15 (0.02-1.23)	0.07
3) สถานภาพการอยู่อาศัย				
อยู่อาศัยคนเดียว	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
อยู่อาศัยกับคู่สมรส	1.29 (0.55-3.04)	0.55	2.29 (0.50-10.39)	0.29
อยู่อาศัยกับบุตรหลาน	4.30 (1.91-9.69)	0.000*	4.49 (1.57-12.91)	0.005**
อยู่อาศัยกับคู่สมรสและบุตรหลาน	1.72 (0.76-3.87)	0.19	4.60 (1.07-19.89)	0.041*
4) การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ				
ไม่เคยเข้าร่วม	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
เข้าร่วมสม่ำเสมอ	0.41 (0.27-0.63)	0.000*	0.34 (0.19-0.59)	0.000***
เข้าร่วมนานๆ ครั้ง	0.55 (0.37-0.82)	0.004*	0.52 (0.30-0.88)	0.015*
3. ปัจจัยทางด้านสุขภาพ				
1) น้ำหนัก	0.96 (0.94-0.97)	0.000*	0.98 (0.96-1.01)	0.31
2) ส่วนสูง	0.97 (0.95-0.99)	0.006*	1.01 (0.97-1.04)	0.68
3) การมีโรคประจำตัว				
โรคความดันโลหิตสูง	0.63 (0.44-0.91)	0.012*	0.38 (0.22-0.64)	0.000***

ปัจจัย	การถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Univariate analysis)		การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ (Multivariate analysis)	
	OR (95%CI)	p-value	OR (95%CI)	p-value
โรคเบาหวาน	0.93 (0.59-1.48)	0.76		
โรคหัวใจ	1.94 (0.27-3.76)	0.051*	1.11 (0.41-2.95)	0.84
โรคโลหิตจาง	0.37 (0.08-1.69)	0.20		
โรคปอดเรื้อรัง	1.55 (0.62-3.85)	0.35		
โรคอื่นๆ (เช่น โรคพาร์กินสัน โรคข้อเข่า โรคไต ตาพร่ามัว วิงเวียน ศีรษะ หลงลืมง่าย เป็นต้น)	1.52 (1.03-2.23)	0.033*	0.67 (0.41-1.12)	0.12
4) การเข้ารับการรักษายาบาล				
ไม่เคยเข้ารับการรักษายาบาล	1.00 (reference)			
เคยเข้ารับการรักษายาบาล	2.09 (1.42-3.07)	0.000*	1.27 (0.75-2.17)	0.37
5) การใช้อุปกรณ์ในการพยุงตนเองหรือเดิน				
ไม่ใช้	1.00 (reference)			
ใช้	15.21 (8.10-28.54)	0.000*	9.37 (4.19-20.89)	0.000***
6) สุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ				
ไม่ดี	1.00 (reference)			
ดี	0.15 (0.08-0.27)	0.000*	0.27 (0.11-0.65)	0.003**
พอใช้	0.25 (0.15-0.42)	0.000*	0.37 (0.18-0.78)	0.009**
4. ความเสี่ยงด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม				
ไม่เสี่ยง	1.00 (reference)			
เสี่ยงเล็กน้อย	1.18 (0.68-2.06)	0.56		
เสี่ยงมาก	1.48 (0.86-2.53)	0.16		
5. การหกล้ม				
ไม่เคยหกล้ม	1.00 (reference)			
เคยหกล้ม	1.78 (1.26-2.49)	0.001*	1.01 (0.63-1.62)	0.96
6. ความกลัวการหกล้ม				
ไม่กลัว	1.00 (reference)			
กลัวเล็กน้อย	0.74 (0.32-1.75)	0.49		
กลัวมาก	1.77 (0.76-4.14)	0.19		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 1 พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจำกัดกิจกรรมของผู้สูงอายุ คือ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ สถานภาพการอยู่อาศัย การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ โรคประจำตัว การใช้อุปกรณ์ในการพยุงตนเองหรือเดิน และ

สุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ

ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้นมีโอกาสที่จะจำกัดการทำกิจกรรมสูงเป็น 1.04 เท่า อาจเป็นเพราะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเมื่อวัยสูงขึ้นเป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรม

เช่น การมองเห็นที่ลดลง ภาวะข้อเข่าเสื่อมที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการประสานระหว่างระบบประสาทและกล้ามเนื้อที่ลดลงทำให้ความคล่องตัวในการเคลื่อนไหวลดลง เป็นต้น

ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดมีโอกาสที่จะจำกัดการทำกิจกรรมสูงเป็น 5.52 เท่าของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดคือผู้สูงอายุที่มีอายุมากหรือเป็นผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุมากกว่า 80 ปี) ซึ่งคู่สมรสเสียชีวิต หรืออีกแง่หนึ่งคือไม่มีผู้สนับสนุนหรือชักชวนให้ทำกิจกรรม

ผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้างทั่วไปมีโอกาสที่จะจำกัดการทำกิจกรรมต่ำเป็น 0.05 เท่า เช่นเดียวกับกับผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกรมีโอกาสที่จะจำกัดการทำกิจกรรมต่ำเป็น 0.28 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน เนื่องจากผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพต่างๆ ถือโอกาสทำกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาชีพในขณะเดียวกันได้

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน และอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลานมีโอกาสที่จะจำกัดการทำกิจกรรมสูงเป็น 4.49 และ 4.60 เท่าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว อาจเป็นเพราะมีลูกหลานหรือสมาชิกครอบครัวคอยดูแลช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวจำเป็นต้องทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตัวเอง

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ และเข้าร่วมนานๆ ครั้งมีโอกาสที่จะจำกัดการทำกิจกรรมต่ำเป็น 0.38 และ 0.52 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมชมรม อาจเป็นเพราะการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุจะทำให้มีโอกาสทำกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น

ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสที่จะจำกัดการทำกิจกรรมต่ำเป็น 0.38 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันสูงได้รับคำแนะนำให้ทำกิจกรรมเพื่อการควบคุมอาการของโรค

ผู้สูงอายุที่ใช้อุปกรณ์ในการช่วยพยุงหรือเดินมีโอกาสดำเนินกิจกรรมสูงถึง 9.37 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่ใช้อุปกรณ์ในการช่วยพยุงหรือเดิน เนื่องจากความลำบากในการเคลื่อนไหวร่างกาย

ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพโดยรวมดี และมีสุขภาพโดยรวมพอใช้มีโอกาสที่จะจำกัดการทำกิจกรรมต่ำเป็น 0.27 และ 0.37 เท่าของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพโดยรวมไม่ดี เนื่องจากความแข็งแรงทางด้านร่างกายทำให้มีความคล่องตัวที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมาก มีสถานภาพโสด ไม่ได้ทำงาน อาศัยอยู่กับบุตรหลานตามลำพังหรืออาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ไม่เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ต้องใช้อุปกรณ์ในการช่วยพยุงหรือเดิน และเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพโดยรวมไม่ดี มีโอกาสที่จะจำกัดการทำกิจกรรมต่างๆ สูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ

สรุปผลและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีอายุเฉลี่ยประมาณ 70 ปี ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีสัดส่วนสูงสุด ผู้สูงอายุมีรายได้เฉลี่ย 1,637 บาท ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีสัดส่วนสูงสุด และส่วนใหญ่มีอาชีพประกอบอาชีพเกษตรกร ผู้สูงอายุอยู่อาศัยกับคู่สมรสและบุตรหลานเป็นสัดส่วนสูงสุด ผู้สูงอายุไม่เคยเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุมีสัดส่วนสูงสุด ผู้สูงอายุทั้งหมดมีน้ำหนักเฉลี่ย 53.6 กิโลกรัม ผู้สูงอายุทั้งหมดมีส่วนสูงเฉลี่ย 157.8 เซนติเมตร

การมีโรคประจำตัว พบว่า ผู้สูงอายุมีสัดส่วนการมีโรคประจำตัวในโรคอื่นๆ สูงสุดคือ ร้อยละ 69.8 ซึ่งรวมจากหลายโรค เช่น โรคพาลกินสัน โรคปวดเข่า โรคไต อัมพฤกษ์ อัมพาต ตาพร่ามัว วิงเวียนศีรษะ และการเข้ารับการรักษายา พบว่า ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษายา การใช้อุปกรณ์ในการพยุงตนเองหรือเดิน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละไม่ใช้อุปกรณ์ในการพยุงตนเองหรืออุปกรณ์ช่วยเดิน สุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งคิดว่าตนเองมีสุขภาพโดยรวมในระดับพอใช้

ในการศึกษาปัจจัยที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมเป็นสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่อาจทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหรือหกล้ม ได้แก่ ห้องนอน ห้องน้ำ บันได บ้าน ถนนหนทางในชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่ และสถานที่ใน

ชุมชนที่ท่านไปร่วมทำกิจกรรม เช่น วัด ชมรมผู้สูงอายุ สถานิออนามัย เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาพบว่า โดยรวม ผู้สูงอายุมีระดับความคิดเห็นว่าสถานที่และสิ่งแวดล้อมดังกล่าวมีความเสี่ยงน้อย การหกล้ม จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่เคยหกล้ม และความกลัวการหกล้มเล็กน้อย

ในขณะที่ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการจำกัดกิจกรรมของผู้สูงอายุกับปัจจัยต่างๆ โดยสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมาก มีสถานภาพโสด ไม่ได้ทำงาน อาศัยอยู่กับบุตรหลานตามลำพังหรืออาศัยอยู่กับคู่สมรส และบุตรหลาน ไม่เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ต้องใช้อุปกรณ์ในการช่วยพยุงหรือเดิน และเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพโดยรวมไม่ดี มีโอกาสที่จะจำกัดการทำกิจกรรมต่างๆ สูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ จากผลการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางสุขภาพ และปัจจัยที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม การหกล้ม และการกลัวการหกล้ม ไม่มีผลต่อการจำกัดกิจกรรมพื้นฐานในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่เป็นประชากรศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากยังเป็นกลุ่มประชากรผู้สูงอายุตอนต้นที่ยังสามารถช่วยเหลือและดูแลตนเองได้ ในขณะที่เดียวกันประชากรสูงอายุต่างก็ต้องได้รับการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ การเข้าสังคมจะลดลง แต่ต้องการ

แสวงหาความสงบ และความสุขให้กับชีวิตเป็นหลัก แต่การมีกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุย่อมสร้างความสุข และส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นการดูแลเรื่องกิจกรรมของผู้สูงอายุ ควรเป็นหน้าที่ของลูกหลาน และคนใกล้ชิด และต้องคำนึงถึงความชอบ ความปลอดภัย⁽⁶⁻¹⁰⁾

โดยส่วนมากกิจกรรมทางสังคมที่ผู้สูงอายุสนใจคือการเข้าวัด ทำบุญ ฟังธรรม หรือพบปะเพื่อนฝูง นั่งคุยกันบ้าง การเข้ากิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีขึ้น ไม่คิดซึมเศร้า หรือเหงาอยู่คนเดียว หากว่าผู้สูงอายุของคุณไม่ชอบการพบปะเพื่อนฝูง หรือไม่ชอบออกไปข้างนอกบ้าน คุณอาจจะชักชวนเพื่อนๆ ของท่าน หรือพาลูกหลานมาเยี่ยมก็เป็นกำลังใจที่ดีมากๆ อย่างหนึ่ง แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีความจำกัดทางด้านร่างกาย แต่ก็ต้องออกกำลังกาย การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ช่วยให้เคลื่อนไหวร่างกายได้ดีขึ้น เจ็บป่วยน้อยลง สุขภาพจิตดี แข็งแรงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ออกกำลังกาย และมีอายุที่ยืนยาวกว่าอีก ถ้าหากมีโอกาสที่สมาชิกในครอบครัวได้อยู่พร้อมหน้ากัน ควรจัดให้ผู้สูงอายุได้ทำสิ่งที่ชอบ เพื่อเป็นการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และคลายเหงา เช่น งานฝีมือ ทำอาหาร ร้องรำทำเพลง นอกจากจะฝึกให้ได้พัฒนาสมองอยู่ทุกวันแล้ว ยังเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขในตนเองและเห็นคุณค่าในตัวเองด้วย⁽¹¹⁻¹⁸⁾

เอกสารอ้างอิง

1. ชูศักดิ์ เวชแพทย์. สรีระวิทยาผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ศุภนิชการพิมพ์, 2538.
2. กรมการแพทย์.โครงการวิจัยเรื่องการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาค ของไทย. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร, 2549.
3. กุลยา ตันติผลาชีวะ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์, 2524.
4. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
5. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. แหล่งที่มา: <http://thaitgri.org/> เข้าถึงแหล่งข้อมูล วันที่ 15 มีนาคม 2559.
6. เปรมกมล ขวนขวย. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาชีวสถิติ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2550.
7. นงนุช วรโรตง. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551.
8. พิมรินทร์ ลิ่มสุขสันต์. ปัจจัยทำนายการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2551.

9. Finbarr, C.M., et all. Fear of falling limitation activity in young-old women is associated with reduced functional mobility rather than psychological factors. Oxford University. Age and Ageing. V.34, 2005, 281-284. เข้าถึงข้อมูลได้จาก <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15863412> วันที่ 7 กรกฎาคม 2559
10. Fucahori, F.S., et all. Fear of falling and activity restriction in older adults from the urban community of Londrina: a cross-sectional study. Fisioter. Mov., Curitiba, 27(3) 2014, 379-387, Jul. เข้าถึงข้อมูลได้จาก <http://www.scielo.br/pdf/fm/v27n3/0103-5150-fm-27-03-0379.pdf> วันที่ 2 กรกฎาคม 2559
11. เกสร มณีวรรณ. วิถีชีวิตที่ส่งเสริมสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2550.
12. เขมิกา ยามะรัต. ความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา: ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมานุษยวิทยาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
13. จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร กิจกรรมการดำรงชีวิตประจำวันกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
14. ชนายนันท์ บัวงาม. ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มและการออกกำลังกายต่อการลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในตำบลทะเลทรัพย์ อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
15. มาลินี วงษ์สิทธิ์. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแลให้การบริการและกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ. รายงานการวิจัย สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
16. สุนันต์ วงศ์กัญญา. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการเข้าร่วมกิจกรรมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุร่มเกล้า. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
17. อรพรรณ ฉ่ำชื่น. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตอันเกิดจากภาวะอดอยากจากสังคมและการร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุชาวพุทธ: ศึกษากรณีผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วิทยานิพนธ์การจัดการ โครงการสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 2541.
18. Dias, R.C., et all. Characteristics associated with activity restriction induced by fear of falling in community-dwelling elderly. Rev Bras Fisioter. No. 5 2011, 406-413. Sep-Oct 2011. เข้าถึงข้อมูลได้จาก <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22031334> วันที่ 7 กรกฎาคม 2559

การศึกษาความชุกโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในอำเภอดงหลวง จังหวัดขอนแก่น

The prevalence of depression in the elder in Phupaman District, Khon Kaen Province.

ชัยณรงค์ มงคลศรีสวัสดิ์¹

Chainarong Mongkolsrisawas¹

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุนอกจากจะมีปัญหาสุขภาพกายแล้ว ปัญหาสุขภาพจิต ก็เป็นปัญหาสำคัญ แต่มักถูกมองข้ามไป เช่นเดียวกันโรคซึมเศร้านับเป็นปัญหาสำคัญ และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ การศึกษาความชุกโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในอำเภอดงหลวง จังหวัดขอนแก่นครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุคนไทย ที่อาศัยอยู่ในอำเภอดงหลวง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในตำบลดงหลวง อำเภอดงหลวง จำนวน 355 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ และสถิติ การทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความสัมพันธ์ของโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอดงหลวง จังหวัดขอนแก่น พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ร้อยละ 5.9 พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุในช่วงอายุ 90-99 ปี 2 ใน 3 รายของกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 33.3 ตามด้วยกลุ่มอายุ 80-89 ปี คิดเป็นร้อยละ 15.7 แต่ถ้าจัดกลุ่มผู้สูงอายุเป็นสองช่วงวัย คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (young old ช่วงอายุ 60-70 ปี) และผู้สูงอายุวัยสูงอายุ (70 ปีขึ้นไป) พบว่าความชุกในการพบภาวะซึมเศร้าภายในช่วงกลุ่มอายุอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 4.3 และ 7.6 ตามลำดับ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, โรคซึมเศร้า

Abstract

The mental health problem in the elder was often overlooked. The depression was the important problem and had more the patient. This survey research aimed to study of the prevalence of depression in Thai elder in Phupaman District, Khon Kaen Province. The samples were 355 of 60 years old and over who live in Phupaman District, Khon Kaen Province. The tool was the questionnaire and analyzed by descriptive statistic including frequency percentage and Chi-square test.

The result found 5.9% of the prevalence of depression in the elder who live in Phupaman District, Khon Kaen Province. The factor related of the depression in the elder including gender, female was found the prevalence more than male, statistical significance at 0.5 (8.1% and 3.2% respectively). The depression was found in 90-99 years old 33.3% follow by 80-89 years old (15.7%). When classified the elder into two groups including the young old (60-70 years old) and the older elder (over 70 years old) found the prevalence of depression, 4.3% and 7.6% respectively.

Keywords: Elder, Depression

¹ โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

องค์การสหประชาชาติ (UN) ได้นิยามว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกิน 10% หรืออายุ 65 ปีขึ้นไป เกิน 7% ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น 20% และอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น 14% ⁽¹⁾

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) แล้ว หากพิจารณาจากคำจำกัดความที่ว่าสังคมผู้สูงอายุคือสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปมากกว่า 10% หรือมีประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า 7% ประเทศไทยก็เป็นสังคมผู้สูงอายุแล้วตั้งแต่ปี 2548 เพราะตอนนั้นประเทศไทยมีประชากรตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 10.4% และยังคงคาดการณ์ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า สังคมไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) โดยพิจารณาจากจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 20% หรือมีประชากรที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปเกินกว่า 14% คาดว่าในปี 2571 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเกิน 60 ปี 23.5% กล่าวโดยรวม คือ ประเทศไทยจะก้าวจากสังคมผู้สูงอายุ เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ในเวลาเพียง 20 กว่าปีเท่านั้น ⁽¹⁾

สอดคล้องกับการสำรวจจำนวนประชากรผู้สูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่พบว่าประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆอย่างรวดเร็ว โดยในปี 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุ 4,011,854 คน คิดเป็น ร้อยละ 6.8 ในปี 2545 มีจำนวนผู้สูงอายุ 5,969,030 คน คิดเป็น ร้อยละ 9.4 ในปี 2550 มีจำนวนผู้สูงอายุ 7,020,959 คน คิดเป็น ร้อยละ 10.7 ในปี 2554 มีจำนวนผู้สูงอายุ 8,266,304 คน คิดเป็นร้อยละ 12.2 ในปี 2557 มีจำนวนผู้สูงอายุ 10,014,705 คน คิดเป็นร้อยละ 14.9 ⁽²⁾

จากการสำรวจจำนวนประชากรไทยปี 2557 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบข้อมูลดังนี้ จำนวนประชากรทั้งหมดประมาณ 66.9 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุ ประมาณ 10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14.9 และหากแบ่งเป็นภาคแล้วพบว่าภาคเหนือ มีอัตราส่วนร้อยละผู้สูงอายุต่อประชากร

ทั้งหมดสูงที่สุด คือ ร้อยละ 18.4 รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ ร้อยละ 17 ⁽²⁾

จังหวัดขอนแก่น เป็นจังหวัดที่มีประชากรอยู่อาศัยจำนวนมาก และมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้ยังเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับสองของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบร้อยละจำนวนประชากร 60 ปีขึ้นไป ในปี 2549 2553 และ 2557 เป็นร้อยละ 10.30 11.98 และ 16.32 ตามลำดับ ⁽²⁾ สอดคล้องกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุในอำเภอภูผาม่าน ที่มีจำนวนประชากรสูงอายุมากขึ้น ปีพ.ศ. 2549 2553 และ 2557 เป็นร้อยละ 8.98 10.94 และ 13.41 ตามลำดับ ⁽³⁾

ผู้สูงอายุนอกจากจะมีปัญหาสุขภาพกายแล้ว ปัญหาสุขภาพจิต ก็เป็นปัญหาสำคัญ แต่มักถูกมองข้ามไป เช่นเดียวกันโรคซึมเศร้านับเป็นปัญหาสำคัญ และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับ 1 ของทั่วโลกและเป็นสาเหตุของการสูญเสียทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาของอรพรรณ ทองแดงและคณะ.(2550) ⁽⁴⁾ พบว่า ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 10-15 มีภาวะซึมเศร้าและร้อยละ 3 ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและจากการศึกษาของ เทพฤทธิ์วงศ์ภูมิและคณะ.(2554) ⁽⁵⁾ พบจำนวนผู้สูงอายุในเชียงใหม่เป็นโรคซึมเศร้าเป็นร้อยละ 5.9 โดยในเพศชายมีค่าความชุกร้อยละ 7.0 ในเพศหญิงมีค่าความชุกร้อยละ 5.2 จากการศึกษาของ มาโนช ทับมณี.(2541) ⁽⁶⁾ ที่ศึกษาความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครพบว่า ความชุกของความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 35.1 จากการศึกษาของ Guolong Liang.(2552) ⁽⁷⁾ และคณะ พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองและเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 21.0 ซึ่งการวิจัยเรื่องความชุกของโรคซึมเศร้าในแต่ละพื้นที่ อาจได้ผลแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น เครื่องมือที่ใช้วัด และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ

อำเภอภูผาม่านซึ่งเป็นอำเภอที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูผาม่าน มีจำนวนประชากรในปี 2557 ทั้งหมด 21,859 คน เพิ่มขึ้นเป็น 23,128 คนในปี 2559

และมีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 3,155 คิดเป็นร้อยละ 13.64 จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าอำเภอกุฉินารายณ์เองก็ได้กลายเป็นสังคมของผู้สูงอายุ (Aging Society) ด้วยเช่นกัน จึงนับว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญ จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจในปัญหาของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องความทุกข์ของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยในอำเภอกุฉินารายณ์ว่าเป็นอย่างไรและผู้วิจัยยังได้คัดสรรตัวแปรที่นำมาศึกษาอันได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ ระดับการศึกษา รายได้ และโรคประจำตัว เพื่อเป็นข้อมูลในการหาแนวทางป้องกัน การดูแลรักษา รวมถึงการฟื้นฟูอารมณ์เศร้าโศกและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตามมาตรฐาน และเป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความทุกข์ของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุคนไทย ที่อาศัยอยู่ในอำเภอกุฉินารายณ์จังหวัดขอนแก่น

วิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (Cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาความทุกข์ของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุคนไทยที่อาศัยอยู่ในตำบลกุฉินารายณ์ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในตำบลกุฉินารายณ์ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดขอนแก่นซึ่งมีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 3,155 คน **เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามศึกษา (Inclusion Criteria)** เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในตำบลกุฉินารายณ์ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดขอนแก่น เป็นผู้ที่มีระดับการรู้สึที่ดี และสามารถสื่อสารหรือตอบโต้ได้ มีความสมัครใจและยินดีให้สัมภาษณ์และเก็บข้อมูล ให้ความร่วมมือในการทำงานวิจัย **เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (exclusion**

criteria) ได้รับการวินิจฉัยในปัจจุบันว่ามีอาการป่วยทางจิต ได้รับยาที่มีผลต่อระบบประสาท ได้แก่ ยาระงับประสาท (sedative), ยานอนหลับ (hypnotic), ยากดประสาท (stimulant) และยาที่ใช้รักษาโรคทางจิต (antipsychotic drug)

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในตำบลกุฉินารายณ์ อำเภอกุฉินารายณ์ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางแสดงจำนวนประชากรและจำนวนกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie and Morgan⁽⁸⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 343.5 ตัวอย่าง เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นของกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 378 ตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยเขียนรายชื่อผู้สูงอายุทั้งหมดแล้วให้เลขกำกับ ใช้วิธีการจับสลากโดยเลือกตัวอย่างแบบไม่คืนที่ **Sampling without replacement** ซึ่งในการดำเนินการเก็บข้อมูลสามารถเก็บข้อมูลได้ 355 ตัวอย่าง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และเมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูล
2. ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากทางผู้ใหญ่บ้านแต่ละหมู่บ้าน โดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความร่วมมือกับผู้สูงอายุและผู้ดูแล
3. คัดเลือกกลุ่มผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในอำเภอกุฉินารายณ์ โดยได้ทำการคัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด
4. ขอความร่วมมือผู้ใหญ่บ้าน ติดต่อเชิญกลุ่มตัวอย่างมาที่ศาลากลางบ้าน สร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้สูงอายุที่ต้องการศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ขอความร่วมมือในการให้คำสัมภาษณ์ อธิบายให้ผู้สูงอายุที่ต้องการศึกษาทราบ และเข้าใจว่าการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้สูงอายุ ที่จะเข้าร่วม หรือไม่เข้าร่วมการวิจัยก็ได้ ซึ่งข้อมูลที่ได้ครั้งนี้จะถูกเก็บไว้เป็น

ความลับ และนำมาใช้ประโยชน์เฉพาะงานวิจัยชิ้นนี้เท่านั้น เมื่อผู้สูงอายุยินดีให้ความร่วมมือ โดยการเซ็นยินยอมในใบยินยอมแล้ว จึงทำการเก็บข้อมูล

5. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่ศึกษา โดยทำการสัมภาษณ์ตามเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ในระหว่างในการสัมภาษณ์นั้น ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตอบอย่างเป็นอิสระ ไม่ชี้นำคำตอบให้กับผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นการสัมภาษณ์ใช้แบบสอบถามบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยมีองค์ประกอบทั้งหมด 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ความสามารถในการอ่านเขียน ระดับการศึกษาสูงสุดรายได้โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 สุขภาพจิตของผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q 9Q 8Q ที่เป็นภาษาอีสานถูกพัฒนาโดย ธรินทร์ กองสุขและคณะ มีค่าความไวสูง ร้อยละ 75.68 ความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 93.37 เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรค MDD ค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า = 11.41 เท่าซึ่งแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q 9Q 8Q สำหรับคนไทยในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้

การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของเครื่องมือ

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q 9Q 8Q เป็นข้อมูลเกี่ยวกับระดับภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบที่สร้างและพัฒนาโดย ธรินทร์ กองสุขและคณะ, 2550 ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความคิดและพฤติกรรมของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาโดยมีความไวร้อยละ 75.68 ความจำเพาะร้อยละ 93.37 (95% CI = 0.8931-0.9635) และการวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุญาตให้ใช้แบบประเมินดังกล่าวจากผู้พัฒนาแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

นำข้อมูลที่ได้มาทำเป็นฐานข้อมูล โดยป้อนข้อมูลลงในโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่

เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ความสามารถในการอ่านเขียน ระดับการศึกษาสูงสุดรายได้โรคประจำตัว งานอดิเรก /สิ่งที่สนใจ /ความสามารถพิเศษระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน สุขภาพจิตของผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุคนไทยที่อาศัยอยู่ในอำเภอภูพานในเชิงพรรณนา

2.การแปลผลโรคซึมเศร้าในการประเมินใช้แบบประเมิน 2Q 9Q 8Q ภาษาอีสาน เน้นการถามเพื่อค้นหาอาการที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ใช้เกณฑ์การวินิจฉัย DSM IV

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

ก่อนเริ่มทำการศึกษา ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชราชชนรินทร์ ขอนแก่นและเมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลและข้อมูลที่ได้อ้างกล่าว ผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับ จะไม่มีการระบุชื่อ ที่อยู่ หรือข้อมูลอันจะทำให้ผู้อื่นใช้อ้างอิงถึงผู้เป็นเจ้าของเครื่องมือได้ นอกจากนี้ การวิเคราะห์ข้อมูล จะทำการวิเคราะห์เพื่อนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งไม่มีผลต่อแพทย์หรือเจ้าของข้อมูล ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาในมนุษย์โรงพยาบาลจิตเวชราชชนรินทร์ ขอนแก่นหนังสือรับรองเลขที่ 003/2559

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของประชากรที่ทำการศึกษา เพศ ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการมีสัดส่วนเป็นเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกันคือ มีจำนวนเพศหญิงจำนวน 197 ราย ร้อยละ 55.5 รองลงมาเป็นเพศชาย มีจำนวน 158 ราย ร้อยละ 44.5 อายุ ส่วนใหญ่มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 60 - 69 ปี จำนวน 184 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.8 รองลงมามีช่วงอายุระหว่าง 70-79 ปี จำนวน 117 ราย ร้อยละ 33 ช่วงอายุระหว่าง 80-89 ปี จำนวน 51 ราย ร้อยละ 14.4 ช่วงอายุระหว่าง 90-99 ปี จำนวน 3 ราย ร้อยละ 0.8 สถานภาพสมรส โดยมากกว่าครึ่งมีสถานะสมรสและอยู่ด้วยกันจำนวน 255 ราย ร้อยละ 71.8 รองลงมามีสถานะภาพ

หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ จำนวน 91 ราย ร้อยละ 25.6 และสถานะภาพโสด จำนวน 9 ราย ร้อยละ 2.5 ศาสนาผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดนับถือศาสนา พุทธ จำนวน 354 ราย ร้อยละ 99.7 มีเพียงจำนวน 1 รายเท่านั้นที่นับถือ ศาสนาคริสต์ ร้อยละ 0.3 ส่วนศาสนาอิสลามไม่มีข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง ความสามารถในการอ่านเขียน ส่วนใหญ่มีความสามารถอ่านออก/เขียนได้ จำนวน 270 ราย ร้อยละ 76.1 รองลงมาคืออ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ จำนวน 81 ราย ร้อยละ 22.8 และอ่านออกแต่เขียนไม่ได้ จำนวน 4 ราย ร้อยละ 1.1 ระดับการศึกษาสูงสุด ระดับการศึกษาที่พบมากที่สุดคือ ระดับประถมศึกษา จำนวน 284 ราย ร้อยละ 80 ไม่ได้เรียนจำนวน 43 ราย ร้อยละ 12.1 จบระดับมัธยมศึกษา จำนวน 20 ราย ร้อยละ 5.6 ระดับปริญญาตรี 8 ราย ร้อยละ 2.3 รายได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ค่อนข้างน้อยคือมีรายได้ไม่เกิน 1,000 บาท จำนวน 258 รายคิดเป็นร้อยละ 72.7 รองลงมามีรายได้ 1,001-2,000 บาทจำนวน 43 ราย ร้อยละ 12.1 มีรายได้ มากกว่า 4,000 บาทขึ้นไป

จำนวน 32 ราย ร้อยละ 9 มีรายได้ 2,001-3,000 บาทจำนวน 20 ราย ร้อยละ 5.6 มีรายได้ 3,001-4,000 บาทจำนวน 2 ราย ร้อยละ 0.6 โรคประจำตัว โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคเบาหวานจำนวน 116 ราย ร้อยละ 32.7 โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 109 ราย ร้อยละ 30.7 โรคไตวายเรื้อรัง จำนวน 95 ราย ร้อยละ 26.8 โรคไขข้อในหลอดเลือดสูง จำนวน 71 ราย ร้อยละ 20

2. ความชุก (Prevalence) จากการศึกษพบว่าในผู้สูงอายุในเขตอำเภอภูพานมีความชุกของภาวะซึมเศร้า ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2559 จากผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 355 คน พบผู้มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 21 คน โดยคิดเป็นความชุกร้อยละ 5.9 พบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางมากที่สุด 11 คน (ร้อยละ 3.1) รองลงมาเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 7 ราย (ร้อยละ 2.0) ในการศึกษาพบภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง 3 ราย (ร้อยละ 0.8) แต่ไม่พบแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย

ตาราง 2 แสดงความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-6 คะแนน)	334	94.1
มีภาวะซึมเศร้า (ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป)	21	5.9
-มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (7-12 คะแนน)	7	2.0
-มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (13-18 คะแนน)	11	3.1
-มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (≥ 19 คะแนน)	3	0.8

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาหาความชุก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความสัมพันธ์ของโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอภูพาน จังหวัดขอนแก่น พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ร้อยละ 5.9 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาในหลายพื้นที่ เช่น จากการศึกษาของ นภา พวงรอด (2558)⁽⁹⁾ ได้ศึกษาหาความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในจังหวัดนนทบุรีพบความชุกร้อยละ 15.3 วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์และคณะ (2552)⁽¹⁰⁾ พบความชุกของภาวะซึมเศร้า

ในผู้สูงอายุในตำบลหนึ่งของจังหวัดร้อยเอ็ดถึงร้อยละ 15.6 ในการศึกษานี้เป็นการศึกษาเพียงการหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า และอาจมีตัวแปรสำคัญตัวแปรอื่นที่มีความสัมพันธ์และพบน้อยกว่าในชุมชนอื่นหรืออาจเป็นผลมาจากการมีปัจจัยที่เป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าที่มีมากกว่าในเขตชุมชนอื่น หรือเกิดจากการที่มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแต่ไม่ได้มาตรวจรักษาในโรงพยาบาลแฝงอยู่ซึ่งยังไม่ได้รับการศึกษา ซึ่งต้องศึกษาลงไปในเชิงลึกต่อไป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับโรคซึมเศร้าพบว่า เพศหญิงพบความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 8.1 และ 3.2 ตามลำดับ) อธิบายได้ว่าเพศหญิงมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระและอารมณ์ที่เป็นผลมาจากฮอร์โมนเพศที่สร้างและหลั่งมาจากรังไข่โดยมีความแปรผันไปตามวงจรการตกไข่ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุเพศหญิงจะเข้าสู่ภาวะการหมดประจำเดือน ซึ่งเกิดจากรังไข่ฝ่อและรวมถึงการลดลงของฮอร์โมนเพศ ทำให้อวัยวะสืบพันธุ์มีการเหี่ยว มีภาวะเยื่อช่องคลอดแห้ง เกิดการระคายเคืองเมื่อมีเพศสัมพันธ์เกิดภาวะคับข้องใจในเรื่องเพศ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนอีสโตรเจนที่มีปริมาณลดลงส่งผลต่ออารมณ์ อาจเป็นทั้งเหตุหรือปัจจัยเสริมที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ง่าย รวมถึงภาวะซึมเศร้าด้วย ซึ่งการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ นภา พวงรอด(2558)⁽⁹⁾ ที่ศึกษาในผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี 412 คน มีเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 18.6 และพบในเพศชายร้อยละ 9.4 ซึ่งมากกว่าเกือบหนึ่งเท่าตัว และ การศึกษาของวิชชุดา อุ่นแก้ว และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (2558)⁽¹¹⁾ ซึ่งหาความชุกในผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภูจำนวน 370 คน พบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเพศหญิง ร้อยละ 29.1 ส่วนเพศชายร้อยละ 14.0 ในประชากรเพศเดียวกัน ซึ่งสูงกว่าเท่าตัวเช่นกัน

พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุในช่วงอายุ 90-99 ปี 2 ใน 3 รายของกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 33.3 ตามด้วยกลุ่มอายุ 80-89 ปี คิดเป็นร้อยละ 15.7ซึ่งพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ถ้าจัดกลุ่มผู้สูงอายุเป็นสองช่วงวัย คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (young old ช่วงอายุ 60-70 ปี) และผู้สูงอายุวัยสูงอายุ (70 ปีขึ้นไป) พบว่าความชุกในการพบภาวะซึมเศร้าภายในช่วงกลุ่มอายุอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 4.3 และ 7.6 ตามลำดับ วัยสูงอายุนั้นเกิดวิกฤตกับชีวิตในหลายด้านในหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพ ความเสื่อมของร่างกายทำให้ประสบปัญหาในการประกอบอาชีพ โรคประจำตัว ด้านความจำและความคิดที่มีความคิดช้า หลงลืมง่าย วิดกกังวล ไม่สดชื่น เบื่อหน่ายการมองตนเองในด้านลบ ปัญหาการนอน รวมทั้งความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ลดลงกลายมาเป็นปัจจัยเสริม

ให้พบภาวะซึมเศร้าได้บ่อยขึ้น จากการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุใหม่โดยใช้ระยะห่างทุก 10 ปีจะพบว่าความชุกของผู้มีภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จึงมีความสำคัญในการค้นหาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุและทำการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการเพื่อไม่ให้เกิดเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรังซึ่งแก้ไขได้ยาก อีกประการหนึ่งจากประเด็นเรื่องของความเสื่อมถอย ผู้สูงอายุนั้นมีโรคบางอย่างหรือภาวะเสื่อมถอยของความจำเอง ทำให้ความผิดปกติด้านความคิด ด้านสมาธิ ด้านการแสดงความเห็น เช่น โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) โรคสมองเสื่อม (Dementia) โรคลมชัก โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเนื้องอกสมอง ดังนั้นเมื่อใช้เครื่องมือค้นหาผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์มีภาวะซึมเศร้าจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมองหาโรคทางกายก่อนวินิจฉัยโรคซึมเศร้าทุกครั้ง

ข้อจำกัดของงานวิจัย

เนื่องจากการใช้ระบบคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุนี้ ทำในผู้สูงอายุทั้งหมดที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก คนละช่วงเวลา คือช่วงที่เก็บข้อมูลpre-test และช่วงที่เก็บข้อมูลpost test ทำให้ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุแตกต่างกันได้ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลอาจมีความคลาดเคลื่อนได้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติ

1. ควรมีนโยบายที่ชัดเจนของหน่วยบริการ ต่อระบบการคัดกรองโรคซึมเศร้าเพื่อการรักษา เพื่อให้เกิดการทำงานอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ทุกรายที่มารับบริการที่โรงพยาบาลภูพานาน ให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมและรวดเร็วเนื่องจากการคัดกรองผู้ป่วยเสียค่าใช้จ่ายน้อยดังนั้นการคัดกรองและรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จะทำให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ(effectiveness) และคุ้มค่า (efficiency)

ข้อเสนอแนะเชิงการศึกษาวิจัยในอนาคต

1. ควรจะมีการขยายการดำเนินการระบบคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพื่อการรักษานี้ ไปยังหน่วยงานอื่นๆ ของโรงพยาบาล เช่น หน่วยงานผู้ป่วยใน เป็นต้น เพื่อให้

เกิดการดูแลผู้สูงอายุ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (effectiveness) และคุ้มค่า (efficiency)

2. ควรจะมีการขยายการดำเนินการระบบคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพื่อการรักษานี้ ไปยังหน่วยบริการในชุมชน คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกตำบล เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุในอำเภอภูพาน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ(effectiveness) และคุ้มค่า (efficiency)

3. ควรมีการศึกษาติดตามผล (outcome) ของการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในระยะยาวต่อไป

4. ควรมีการขยายระบบคัดกรองโรคซึมเศร้านี้ ลงไปปฏิบัติในกลุ่มอื่นๆ นอกจากผู้สูงอายุ เช่น ผู้พิการ ผู้ป่วย

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นต้น เพื่อให้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ(effectiveness)

5. เนื่องจากพบความทุกข์ของผู้สูงอายุที่ภาวะซึมเศร้าในเขตอำเภอภูพานน้อยกว่าในการศึกษาอื่น การศึกษาต่อไปควรเป็นการศึกษาหาปัจจัยด้านอื่น เช่น ปัจจัยทางครอบครัว สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและสนับสนุนเป็นนโยบายเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าให้กับชุมชนและขยายระดับพื้นที่ไปยังภูมิภาคอื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ชมพูนุท พรหมภักดี, การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย (Aging society in Thailand). **บทความวิชาการ สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา**. ปีที่ 3 ฉบับที่ 16 สิงหาคม 2556 2556
10. วลัยพร นันทสุภวัฒน์และคณะ. **สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (Mental Health of the Elderly)**.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ Vol 27, No 1 2552
11. วิชุดา อุ่นแก้ว, ปิยธิดา คูหิรัญรัตน์. ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. **วารสารการพัฒนาศาสนาชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น** ปีที่ 3 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2558
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **สรุปผลที่สำคัญการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557**. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557.
3. โรงพยาบาลภูพาน. **สถานการณ์และปัญหาการดำเนินงานโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอภูพาน**. ขอนแก่น: โรงพยาบาลภูพาน. 2558.
4. อรพรรณ ทองแดง และคณะ. **งานวิจัยเพื่อพัฒนากลุ่มสำรวจอารมณ์เศร้าด้วยตนเองในผู้สูงอายุไทย**. (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550.
5. เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ จักรกฤษณ์ สุขยั้ง อุมภาพร อุดมทรัพย์กุล . ความทุกข์ของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** ปีที่ 56 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2554
6. มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์. (บรรณาธิการ). **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี**. พิมพ์ ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555. หน้า 149-161.
7. Liang G, Arunpongpaissal S, Kessomboon P, Pinitsoontorn S, Kuhirunyaratu P. Depression and cognitive impairment among the community of Khon Kaen : a primary care setting descriptive study. **J Psychiatr Assoc Thailand** 2009; 54:357-66.
8. Robert V. Krejcie and Eayle W. Morgan. Determining sample size for research activities. **Educational and Psychological Measurement**. 1970 : 608-609
9. นภา พวงรอด. การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. **วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์** ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 2558.

ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิก
เบาหวาน โรงพยาบาลซำสูง จังหวัดขอนแก่น

The Factors Associated with Glycemic Control of Type 2 Diabetes in DM clinic, Sumsung Hospital,
Khon Kaen province.

จักรกริช ไชยทองศรี¹

Jakkrit Chaitomsri¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะเครียดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลซำสูง จังหวัดขอนแก่น ในปีงบประมาณ 2558 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 269 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลคือ แบบรวบรวมข้อมูลจากการสืบค้นเวชระเบียน วิเคราะห์โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่าความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้สถิติ chi-square (χ^2) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson Product Moment Coefficient) สัดส่วน Odds Ratio (Adjusted OR) โดยการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกพหุคูณ (Multinomial logistic regression analysis) กำหนดค่าความเชื่อมั่น 95 % (p-value <0.05)

ผลการศึกษา พบว่า พบว่าปัจจัยที่มีผลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การได้รับการรักษาด้วย insulin (OR_{adj}=3.02, 95% CI=0.11-2.59) DM with ophthalmic (OR_{adj}=6.15, 95% CI=0.01-0.43) DM with neuropathy (OR_{adj}=3.01, 95% CI=0.83-3.37) ค่า Creatinine (OR_{adj}=2.14, 95% CI=0.37-3.29) ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน (OR_{adj}=2.8, 95% CI=1.11-3.42)

คำสำคัญ การควบคุมน้ำตาลในเลือด, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C)

Abstract

The research aimed to explore the associated factors with glycemic control among type 2 DM patients in DM clinic of WaengYai Hospital, Khon Kaen province. The 117 type 2 DM samples were selected by purposive sampling method. The study was conducted during 2014-2015, data was gained from medical record for secondary data and questionnaire used for primary data on health care behavior. Statistic used for data analysis were frequency, percentage, standard deviation, chi-square (χ^2), t-test, correlation and multi-nominal logistic regression analysis.

The result showed that the factors associated with glycemic control statistically significant at 0.01 were insulin (OR_{adj}=3.02, 95% CI=0.11-2.59), DM with ophthalmic (OR_{adj}=6.15, 95% CI=0.01-0.43), and DM with neuropathy (OR_{adj}=3.01, 95% CI=0.83-3.37). The period of type 2 DM (OR_{adj}=2.8, 95% CI=1.11-3.42), and creatinine level (OR_{adj}=2.14, 95% CI=0.37-3.29) were associated with glycemic control with statistically significant at 0.05 level

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus (DM), HbA1C.

¹ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลซำสูง จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

สถานการณ์การเจ็บป่วยและตายด้วยโรคติดต่อไม่เรื้อรังของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และทำให้ไทยสูญเสียรายได้เนื่องจากโรคกลุ่มนี้ 52,150 ล้านบาทในพ.ศ. 2558 อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในปี 2548 611.1 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้น เป็น 1,050.0 ต่อแสนประชากรในปี 2555 แต่อัตราตายด้วยโรคเบาหวานคงที่ ในปี 2548 -2555 คือ อยู่ระหว่าง 11-12 ต่อแสนประชากร นอกจากนี้ จากการคาดประมาณแนวโน้มการตายด้วยการตายด้วยโรคต่างๆของประชากรไทย ในพ.ศ. 2537-2552 โดยใช้สาเหตุการตายโดยตรงจากมรณบัตร พบว่า ในอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2562)^(1,2) เบาหวาน หลอดเลือดสมองและมะเร็งตับเป็นสาเหตุการตายที่พบสูงสุดในผู้หญิงไทย จะเห็นได้ว่าโรคไม่ติดต่อโดยเฉพาะกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็งและเบาหวาน เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตเพิ่มขึ้นใน 2 ทศวรรษที่ผ่านมา นอกจากนี้ ในพ.ศ. 2552 ผู้หญิงไทยมีการสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดจากโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะซึมเศร้า⁽³⁾ แสดงให้เห็นว่า โรคเบาหวาน มีแนวโน้มที่จะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่คุกคามสุขภาพคนไทย เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ต้องมีการดำเนินการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติให้ได้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน อันนำมาซึ่งการสูญเสียสุขภาพและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว⁽⁴⁻⁶⁾

จากรายงานประจำปี (2557) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น⁽⁷⁾ ได้มีการดำเนินงานเพื่อดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ โดยมีการใช้วิธีการตรวจหาค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ซึ่งเดิมใช้วิธีการตรวจหาค่าระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar : FBS) เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ซึ่งสถานการณ์การตรวจหา HbA1C ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2553-2557) ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า มีแนวโน้มลดลง คิดเป็นร้อยละ 59.4, 61.7, 73.8 และ 70.9 ตามลำดับ และผลการตรวจ

พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า HbA1C < 7 ยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงกำหนดไม่น้อยกว่า ร้อยละ 40 คิดเป็นร้อยละ 29.7, 25.9, 21.4, 28.0 และ 25.9 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ยังเป็นปัญหาสำคัญในการรักษา นอกจากนี้ยังพบว่า ในปี 2557 ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนจากมากไปหาน้อย ด้วยโรคไต ตา เท้า หัวใจ สมอง คิดเป็นร้อยละ 7.1, 4.8, 4.2, 0.9 และ 0.7 ตามลำดับ ผลการดำเนินการตรวจคัดกรองในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ของ โรงพยาบาลชาสูง ระหว่างปี 2555-2558 พบ ผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็น ร้อยละ 0.34, 0.95, 1.16 และ 1.18 ตามลำดับ ซึ่งโรงพยาบาลชาสูงได้มีการตรวจ HbA1C ในผู้ป่วยทุกรายอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ตามเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนด แต่ยังพบว่า ปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (จากผลการตรวจ FBS) ดังนั้น ผู้วิจัยซึ่งมีหน้าที่ในการวางแผนการรักษา และเป็นตัดสินใจในการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ จึงมีความสนใจที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ผลของการตรวจ HbA1C ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการกำหนดแนวทางการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลชาสูงต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลชาสูง จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

การศึกษารั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ภาคตัดขวาง (Cross- sectional survey research) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลชาสูงระหว่าง ปีงบประมาณ 2557-2558 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 117 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) คือ มีผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม (HbA1C) อย่างน้อย 3 ครั้ง ในรอบ 12 เดือนไม่มีภาวะตั้งครรภ์ และไม่มีอาการแทรกซ้อนรุนแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลมี 2 แบบ ตามลักษณะข้อมูล คือ ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary Data) ใช้แบบรวบรวมข้อมูลจากการสืบค้นเวชระเบียน ประกอบด้วย ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (creatinine, LDL, BMI, FBS, HbA1C) การวินิจฉัยโรค และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ส่วนข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน ประวัติคนในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน การเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ การประเมินสถานะสุขภาพด้วยตนเอง และข้อมูลพฤติกรรมและการดูแลตนเอง ซึ่งเกณฑ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ใช้ค่าเฉลี่ยของค่า HbA1C จำนวน 3 ครั้งจากการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน โดยกำหนดให้ เกณฑ์ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ค่า HbA1C น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 และค่า HbA1C มากกว่า 7 ถือว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ (poor glycemic control) สำหรับค่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการใช้ผลการตรวจค่าสุดท้ายที่บันทึกในเวชระเบียนในการรายงานผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป นำเสนอข้อมูล แจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่าความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมน้ำตาลในเลือดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้สถิติ chi-square (χ^2) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson Product Moment Coefficient) สัดส่วน Odds Ratio (Adjusted OR) โดยการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกพหุคูณ (Multi-nominal logistic regression analysis) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 95 % (p-value <0.05)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลช้างสูง จังหวัดขอนแก่น

1.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ มีจำนวน 117 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.1 เพศชาย 35.9 ส่วนใหญ่มีอายุในช่วงระหว่าง 61-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.8 รองลงมา คือช่วงอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 29.9 อายุเฉลี่ย 61.2 ปีอายุต่ำสุด 40 ปี อายุสูงสุด 84 ปี ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 89.8 ประกอบอาชีพ ทำนา/ทำไร่ ร้อยละ 78.6 ฐานะทางเศรษฐกิจส่วนใหญ่ อยู่ในระดับพอใช้ แต่ไม่มีเงินเก็บ คิดเป็นร้อยละ 83.7 ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.2 รองลงมา คือ เป็นมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 17.9 และส่วนใหญ่มียคนในครอบครัวเป็นเบาหวาน ร้อยละ 53.0 กลุ่มตัวอย่างประเมินสถานะสุขภาพตามการรับรู้ของตนเองอยู่ในระดับ ดี คิดเป็นร้อยละ 40.2 และไม่มีอาการแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 69.2

1.2 จากรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่บันทึกในเวชระเบียนครั้งล่าสุด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) สูงกว่ามาตรฐาน มากกว่า 24.9 คิดเป็นร้อยละ 66.1 มีเพียงร้อยละ 30.8 ที่มีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน และมีกลุ่มตัวอย่าง 1 รายที่มีค่า BMI ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ด้านผลการตรวจหาค่า creatinine พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่า creatinine อยู่ในเกณฑ์ปกติ (<1.5 mg/dl) คิดเป็นร้อยละ 60.7 และสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 39.3 สำหรับการตรวจหาค่า LDL พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีค่า LDL อยู่ในเกณฑ์ปกติ (<100 mg/dl) คิดเป็นร้อยละ 69.2 สูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 30.8 จากรายงานผลการส่งตรวจจาะประสาทและตรวจเท้าเพื่อหาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจจาะประสาท เพียงร้อยละ 28.2 (33 ราย) และได้รับการตรวจเท้า ร้อยละ 58.1 (68 ราย)

1.3 จากการศึกษากาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ neuropathy ร้อยละ 23.1 รองลงมา คือ nephropathy ร้อยละ 17.1 และ multi-complication ร้อยละ 5.9 นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีโรคร่วมคือ Hypertension

คิดเป็นร้อยละ 66.7 และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมเลย คิดเป็นร้อยละ 30.8

1.4 การรักษาเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยา metformin คิดเป็นร้อยละ 93.2 รองลงมา คือ glipizide ร้อยละ 83.8 และ insulinNPH ร้อยละ 32.5 ตามลำดับและเมื่อ จำแนกกลุ่มตัวอย่างตามความสามารถในการควบคุมน้ำตาลในเลือด (HbA1C) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีค่า HbA1C น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยา metformin ร้อยละ 94.6 รองลงมา คือ glipizide ร้อยละ 83.8 และการให้ insulin ร่วมด้วย ร้อยละ 29.7

1.5 ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในปีงบประมาณ 2557 และ 2558 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มีเพียงร้อยละ 26.5 และ 33.3 ตามลำดับ และควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 73.5 และ 66.7 ตามลำดับ

2. ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลราชสูง จังหวัดขอนแก่น

2.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลราชสูง จังหวัดขอนแก่น

ตาราง 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลราชสูง จังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	X ²	df	p-value
การใช้ insulin	9.01	1	0.000*
metformin	2.16	1	0.142
pioglitazone	0.28	1	0.590
อาชีพ	3.20	1	0.074
ฐานะทางเศรษฐกิจ	4.10	2	0.129
ระดับการศึกษา	0.44	1	0.507
ภาวะแทรกซ้อน	0.03	1	0.874
creatinine	4.25	1	0.039*
LDL	0.27	1	0.603
ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน	5.04	1	0.025*
พฤติกรรมกราดูแลตนเอง	2.15	2	0.341

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ.05

จากตาราง 1 พบว่าการใช้ insulin ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน และ ค่า creatinine มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลราชสูง จังหวัดขอนแก่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

2.2 ปัจจัยที่มีผลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลราชสูง จังหวัดขอนแก่น

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ตัวแบบถดถอยลอจิสติกพหุคูณของปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลช้างสูง จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัย	B	S.E.	p-value	Exp(B)	95% CI
Insulin	1.11	1.72	0.05*	3.02	0.11-2.59
Pioglitazone	-1.08	2.09	0.61	1.34	0.01-2.41
DM with ophthalmic	-32.77	4.48	0.00*	6.15	0.01-0.43
DM with neuropathy	-28.81	1.13	0.00*	3.01	0.83-2.37
Creatinine	0.11	0.55	0.03*	2.14	0.37-3.29
ระยะเวลาที่ป่วย	3.35	1.66	0.04*	2.84	1.11-3.42
ภาวะแทรกซ้อน	0.36	1.42	0.80	1.43	0.89-2.03
การเจ็บป่วยฯ	1.95	1.34	0.14	7.04	0.51-5.50
ค่าคงที่	51.73	71.42	0.00	0.08	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 2 พบว่าปัจจัยที่มีผลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลช้างสูง จังหวัดขอนแก่น ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การได้รับการรักษาด้วย insulin ($OR_{adj} = 3.02$, 95% CI=0.11-2.59) DM with ophthalmic ($OR_{adj} = 6.15$, 95% CI=0.01-0.43) DM with neuropathy ($OR_{adj} = 3.01$, 95% CI=0.83-2.37) ค่า Creatinine ($OR_{adj} = 2.14$, 95% CI=0.37-3.29) ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน ($OR_{adj} = 2.84$, 95% CI=1.11-3.42)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลช้างสูง จังหวัดขอนแก่นที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (โดยใช้เกณฑ์การวัดระดับ HbA1c < 7) ในปีงบประมาณ 2557 มีเพียงร้อยละ 26.5 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 33.3 ในปีงบประมาณ 2558 ซึ่งจำนวนที่เพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 แสดงให้เห็นว่า การใช้วิธีการวัดค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C) ในกลุ่มตัวอย่าง มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ของจังหวัดขอนแก่น (รายงานประจำปี 2557)⁽⁷⁾ พบว่า แตกต่างกัน ซึ่งจังหวัดขอนแก่นมี

แนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ระหว่างปี 2553-2557 ลดลง (29.7, 25.9, 21.4, 28 และ 25.9 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลช้างสูง จังหวัดขอนแก่น พบว่า

เพศ อายุ อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ปัจจัยด้าน ค่า BMI พฤติกรรมการดูแลตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของผุสดี ด่านกุลและคณะ (2554)⁽⁸⁾ ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง ปัจจัยด้านการสนับสนุน กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายเมืองยารพบว่า อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และสอดคล้องกับกุสุมา กังหลิ (2556)⁽⁹⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 312

คน พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ระยะเวลาที่ป่วย มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.93$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาเป็นเบาหวานน้อยกว่า 10 ปี มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($HbA1C < 7$) มากกว่าผู้ที่เป็เบาหวานมากกว่า 10 ปี 2.8 เท่า ($OR_{adj}=2.8$, 95% $CI=1.11-3.42$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปกาสิต โอวาทกานนท์ (2554)⁽¹⁰⁾ ได้ทำการศึกษาผลการดูแลรักษาเบาหวานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลทรายมูล จำนวน 310 ราย พบว่า ระยะเวลาเป็นเบาหวานที่ยาวนานขึ้น มีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ มาลาธรรมและคณะ (2553)⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาปัจจัยทำนายระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานที่นาน มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่า ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานนาน อาจทำให้ตับอ่อนมีการสูญเสียการทำงานของ β -cell มากขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดมีโอกาสสูงได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยเบาหวานที่ป่วยมาเป็นระยะเวลานาน ทำให้รู้สึกหิวแ่และเบื่อหน่ายที่จะต้องเอาใจใส่กับสุขภาพละมีแนวโน้มการดูแลสุขภาพพลดลงภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะแทรกซ้อน 1.43 เท่า ($OR_{adj}=1.43$, 95% $CI=0.89-2.03$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปกาสิต โอวาทกานนท์ (2554)⁽⁵⁾ ศึกษาผลการดูแลรักษาเบาหวานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลทรายมูล จำนวน 310 ราย พบว่า อัตราภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานค่อนข้างสูง อาจเนื่องจากระยะเวลาที่เป็นเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างนาน และมีการควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่ดี ทำให้

ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนได้เพิ่มขึ้น DM with ophthalmic มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มตัวอย่างDM without ophthalmic มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($HbA1C < 7$) มากกว่าผู้ป่วย DM with ophthalmic 6.1 เท่า ($OR_{adj}=6.15$, 95% $CI=0.01-0.43$) ซึ่งเป็นผลจากการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน DM with neuropathy มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างDM without neuropathy มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($HbA1C < 7$) มากกว่าผู้ป่วย DM with neuropathy 3 เท่า ($OR_{adj}=3.01$, 95% $CI=0.83-3.37$) การเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติโดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นร่วมด้วย มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($HbA1C < 7$) มากกว่าผู้ที่มีการเจ็บป่วยอื่นร่วมด้วย 7 เท่า ($OR_{adj}=7.04$, 95% $CI=0.51-5.50$) ค่าความบกพร่องทางไต (ค่า creatinine) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=-.237$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าความบกพร่องทางไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีโอกาสที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($HbA1C < 7$) มากกว่าผู้ที่มีค่าความบกพร่องทางไตสูงกว่าเกณฑ์ปกติ 2.14 เท่า ($OR_{adj}=2.14$, 95% $CI=0.37-3.29$) อาจจะเป็นเพราะแพทย์ผู้รักษาให้การรักษาแบบไม่เข้มงวด เพราะการควบคุมเบาหวานให้ดีในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนไ้ตายแล้ว อาจจะได้ประโยชน์น้อยและเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมากขึ้น เมื่อพิจารณาการรักษา พบว่า ยาที่กลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี คือ การรักษาด้วย insulin มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ insulin มีโอกาสที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($HbA1C < 7$) มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับยา 3.02 เท่า ($OR_{adj}=3.02$, 95% $CI=0.11-2.59$) และการได้รับการรักษาด้วยยา pioglitazone มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างไม่

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยา pioglitazone มีโอกาสที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($HbA1C < 7$) มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับยา 1.3 เท่า ($OR_{adj} = 1.34$, 95% $CI = 0.01-20.41$) แสดงว่าผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาอินซูลินร่วมกับการให้ insulin มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาอินซูลินอย่างเดียว แต่อย่างไรก็ดี การได้รับการรักษาแบบใดนั้น ขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยและการพิจารณาของแพทย์ผู้ให้การรักษา การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบ cross sectional survey research ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ส่วนใหญ่เก็บรวบรวมจากการบันทึกเวชระเบียน (secondary data) มีข้อจำกัดในเรื่องการควบคุมความคลาดเคลื่อน - ของข้อมูล (bias) อาจส่งผลต่อการผลของการศึกษาได้ จึงควรมีการศึกษาเปรียบเทียบ โดยการศึกษาไปข้างหน้า แบบ longitudinal study เพื่อความแม่นยำของผลการศึกษา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ($HbA1C < 7$) ดังนี้

1. ตรวจสอบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด ($HbA1C$) อย่างสม่ำเสมอ
2. จัดโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยคำนึงถึง ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ
3. จัดให้มีการส่งตรวจประจำปี เพื่อหาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยทุกคน
4. ควรมีการปรับการรักษาสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ให้เหมาะสมในแต่ละราย เช่น ถ้าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนไตวายอายุมาก การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอาจจะไม่ต้องเข้มงวดมาก

เอกสารอ้างอิง

1. งาม รังสินธุ์ และคณะ. การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2555.
2. วิชัย เอกพลกร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - 2552. นนทบุรี: บริษัทเคเคกราฟิโกซิสเต็มส์ จำกัด, 2553.
3. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2552. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพในการประเมินภาระโรคและสุขภาพประชากรไทย. 2552.
4. วินัย คะห์สัน. โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ อยู่อย่างไรให้เป็นสุข (Happy Diet Aging). การประชุมวิชาการแห่งชาติ ครั้งที่ 2, 11 กุมภาพันธ์ 2553 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553.
5. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด, 2554.
6. อรพิน รังสีสาร และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักยภาพด้านพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการการตรวจรักษาที่ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา อำเภอมือเมือง จังหวัดชลบุรี. วิชาการ. 2552.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. (2557) รายงานประจำปี 2557 ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนันทารธรรม.
8. ผุสดี คำนกุล และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรมและการดูแลตนเอง ปัจจัยด้านการสนับสนุนกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายเมืองย่า 5. นครราชสีมา. กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราช, 2553.
9. กุสุมา กังหลี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวาน ชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก. 15(3) กันยายน - ธันวาคม 256 - 268, 2557
10. ประกาศิต โอวาทกานนท์ และวริยา สุนทร. ผลการดูแลรักษาเบาหวานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลราชบุรินทร์ จังหวัดยโสธร. ศรีนครินทร์เวชสาร, 27(3) 236-241, 2555.
11. พรทิพย์ มาลาธรรม, ปิยนันท์ พรหมคง, ประครอง อินทรสมบัติ. ปัจจัยทำนายระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. ราชบัณฑิตยสาร, 16(2) 218-236, 2553.

การดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ

THE IMPIEMENTATION OF LOCAL HEALTH INSURANCE FUND IN PHUKHIEO
DISTRICT OF CHAIYAPHUM PROVINCE

ปัญญา สุจริต¹ ประจักษ์ บัวพันธ์²

Punya Sutjarit¹ Prachak Bouphan²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ(Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 208 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 158 คน และสนทนากลุ่ม 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอนุมานหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ระดับปัจจัยการบริหารและระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.93 (S.D.=0.53) และ 3.74 (S.D.=0.52) ตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัว ได้แก่ ปัจจัยการบริหารด้านการบริหารจัดการ ปัจจัยการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์ คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านสถานภาพสมรส และปัจจัยการบริหารด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ สามารถร่วมกันพยากรณ์การดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ ได้ร้อยละ 43.9 ($R^2 = 0.439$, p-value < .001)

คำสำคัญ : การดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่, คุณลักษณะส่วนบุคคล, ปัจจัยการบริหาร, คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aimed to study the implementation of local health insurance fund in Phukhieo district of Chaiyaphum province. The total numbers of volunteers in this study were 158 volunteers provided quantitative data through a self-administered questionnaire while other 12 participated in focus group for qualitative data. The data was then analyzed using a package computer program. Descriptive statistics Pearson's correlation and multiple linear regression, content analysis were used to analyze the data.

The findings revealed that the level of factor administration and the implementation are high (3.93 ± 0.53) and (3.74 ± 0.52). There were the factor of administration are management, material and technology, Demographic Characteristic is status. Together, these four factors could predict the implementation of local health insurance fund in Phukhieo district of Chaiyaphum province at 43.9 % ($R^2 = 0.439$, p-value < .001).

Key word: Implementation of local health insurance fund, Demographic Characteristic, Administrative factors, local health insurance fund

¹ นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ดร.ภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 51 กำหนดไว้ว่า บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ มาตรา 80 (2) กำหนดให้รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้าน การสาธารณสุข โดยการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่ภาวะที่ยั่งยืนของประชาชนรวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ⁽¹⁾ ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ดำเนินการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ ส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์ ร่วมกันในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิตในระดับท้องถิ่น และในการดำเนินงานดังกล่าว ได้มีการประชุมระดมความคิดเห็นจากหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อยกร่างหลักเกณฑ์การสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลดำเนินการและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ทั้งนี้ได้มีองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลนำร่องจาก 75 จังหวัดทุกอำเภอเข้าร่วมดำเนินงานในปี 2549 จำนวน 888 แห่ง โดยได้กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานเป็นสามระยะ คือ ระยะที่หนึ่ง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 – 2550 ในองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลนำร่องทั่วประเทศ ระยะที่สอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 – 2552 ในองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่มีความพร้อม และระยะที่สาม ตั้งแต่ พ.ศ. 2553 ในองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่ผ่านการ

ประเมิน ต่อมาในปี 2557 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้พิจารณาเห็นสมควรให้ปรับปรุงหลักเกณฑ์เพื่อให้้องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้มีความเหมาะสมเกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงานมากยิ่งขึ้น ได้กำหนดวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดการบริการของหน่วยบริการสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่น สนับสนุนและส่งเสริมให้กลุ่ม องค์กร และประชาชน ได้เข้ามาดำเนินการกิจกรรมด้านสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้แก่ กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ประกอบการที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่อยู่ในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เน้นการส่งเสริมกระบวนการ การมีส่วนร่วมตามความพร้อมความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ จนปัจจุบันมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมบริหารจัดการกองทุน จำนวน 7,759 แห่ง แบ่งเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล 5,489 แห่ง เทศบาล 2,270 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 99.78 ของจำนวนองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลทั้งหมดของประเทศ⁽²⁾ และจากการลงพื้นที่ที่ตรวจเยี่ยมการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในระดับตำบลต่างๆ ของอำเภอภูเขียว ที่ผ่านมามีพบว่าคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ยังไม่มีแนวทางขั้นตอนในการดำเนินงานของกองทุน เช่น การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผน การสนับสนุน ติดตามกำกับ ประเมินผล และการจัดทำระบบบริหารการเงิน พื้นฐาน⁽³⁾

การดำเนินงานของคณะกรรมการ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ นั้น ต้องอาศัยกระบวนการบริหารจัดการที่ดี เพื่อเข้ามาดำเนินการบริหารจัดการทรัพยากรที่มี ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

หรือพื้นที่ เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ในการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จึงต้องมีองค์ประกอบของขั้นตอนเพื่อให้การดำเนินงานกองทุนบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมาย ดังนี้ 1) ด้านหน่วยบริการสาธารณสุข 2) ด้านกลุ่มหรือองค์กรประชาชน 3) ด้านศูนย์เด็กเล็กหรือศูนย์ชื้ออื่น 4) ด้านการบริหารหรือพัฒนากองทุน 5) ด้านกิจกรรมในการป้องกันโรคระบาด⁽²⁾ ซึ่งที่ผ่านมาได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยในเรื่องการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พบว่าระดับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก⁽⁴⁻⁵⁾ และจากการศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น พบว่า ด้านศักยภาพของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพด้านระบบควบคุมติดตามประเมินผลของคณะกรรมการกองทุนมากที่สุดร้อยละ 100 และน้อยที่สุดคือด้านการสมทบเงินเข้าร่วมโครงการของประชาชนมีเงินสมทบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มากกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำร้อยละ 51.85⁽⁶⁾ และจากการศึกษาพบว่า การบริหารจัดการของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ด้านคณะกรรมการกองทุน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.83 (S.D. =1.08) และด้านการดำเนินงานกิจกรรมของกองทุน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.93 (S.D. = 1.12)⁽⁷⁾

ในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้นั้น มีปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพอยู่หลายปัจจัย ปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างหนึ่งคือ คุณลักษณะส่วนบุคคลซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล⁽⁸⁾ ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่อาเภอภูเขียว ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ตำแหน่งและประสบการณ์ที่ปฏิบัติงาน จากการศึกษาที่ผ่านมา

พบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เช่น อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และระยะเวลาในการทำงาน และพบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้แก่ รายได้^(4,9) และจากการศึกษาพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เช่น สถานภาพสมรส อายุ รายได้ และระยะเวลาในการทำงาน^(5,10)

นอกจากคุณลักษณะส่วนบุคคลที่กล่าวข้างต้นแล้วยังมีอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ นั่นคือ ปัจจัยการบริหาร ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านบุคลากร 2) ด้านงบประมาณ 3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ 4) ด้านการบริหารจัดการและ 5) ด้านเวลาในการดำเนินงาน⁽¹¹⁾ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่จำเป็นและสำคัญ คือ ปัจจัยการบริหาร 6) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งมีความสำคัญในการบริหารจัดการ การประสานงานและการควบคุม รวมทั้งสนับสนุนการวางแผนกลยุทธ์ต่างๆ เพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุด⁽¹²⁾ จะเห็นได้ว่าแต่ละปัจจัยมีความสำคัญทั้งต่อการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตลอดจนมีความสำคัญในทุกขั้นตอนการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อย่างยิ่ง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยการบริหารในภาพรวมมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และพบว่าปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ได้แก่ ด้านเวลา ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์, ด้านเทคโนโลยี, ด้านบุคลากร^(4,5,13) และจากการศึกษาที่ผ่านมาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ สามารถอธิบายความผันแปรในตัวแปรผลลัพธ์ ได้ร้อยละ

ละ 76.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากมากไปหาน้อย คือ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ด้านการประชาสัมพันธ์ ด้านความรู้⁽¹⁴⁾ และจากการศึกษาพบว่า การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ได้แก่ สมรรถนะด้านความรู้ ความพึงพอใจ อยู่ในระดับดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .50 ($p\text{-value} < 0.001$)⁽¹⁵⁾

พื้นที่อำเภอภูเขียว มีเขตการปกครองแบ่งออกเป็น 11 ตำบล มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 13 แห่ง ซึ่งเข้าร่วมสมัครในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จำนวน 13 แห่ง⁽³⁾ จากการประเมินผลและติดตามผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ ประจำปีงบประมาณ 2558 นั้น พบว่าในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พบปัญหาในการดำเนินงานดังนี้ 1) ผู้จัดทำรายงานด้านงบประมาณคือบุคลากรทั่วไป ไม่มีเจ้าหน้าที่การเงินเป็นผู้ดำเนินงานด้านงบประมาณโดยตรง ทำให้การจัดทำบัญชีและการทำเอกสารการเงิน รวมถึงการบันทึกข้อมูลด้านงบประมาณในระบบออนไลน์ไม่ถูกต้องและไม่ได้ตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) ในการจัดทำแผนงานโครงการยังขาดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน และภาคีเครือข่าย ในปัจจุบันพบว่าส่วนที่เกี่ยวข้องในการจัดทำแผนงานและโครงการมีเพียงเจ้าหน้าที่ในส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้แผนงานไม่ตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่อย่างแท้จริง 3) ในแต่ละปีงบประมาณพบว่าการดำเนินงานโครงการไม่ครบถ้วนตามแผนงานโครงการ และ 4) ระบบการบันทึกรายงานผลการดำเนินงานกองทุนผ่านโปรแกรมออนไลน์ยังไม่สมบูรณ์ ครบถ้วน ทำให้การรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานไม่ได้ตามเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด⁽³⁾ จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ

รวมถึงศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ เพื่อให้การบริหารงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนในพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และคุณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยการบริหาร ที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือน มิถุนายน 2558 ถึง เดือน มีนาคม 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้คือ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 208 คน⁽³⁾

การคำนวณหากลุ่มตัวอย่าง ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 208 คน ในครั้งนี้ ใช้สูตรการคำนวณในกรณีที่ทราบจำนวนประชากร เพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร⁽¹⁶⁾ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 158 ตัวอย่าง และการสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีจำนวนมากและมีความแตกต่างกันระหว่างหน่วยสุ่มที่สามารถจำแนกออกเป็นชั้นภูมิ (Stratum) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความครบถ้วนและครอบคลุมจะต้องดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากชั้นภูมิ⁽¹⁸⁾ แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างต่อกลุ่มประชากรตามที่มาของคณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของแต่ละตำแหน่งจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตาม

จำนวน กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม 12 คน โดยเลือกบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ ได้มากที่สุด และบุคคลอื่นให้การยอมรับ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถาม (Questionnaires) เกี่ยวกับการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1)⁽¹⁶⁾ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยการบริหาร ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ส่วนที่ 4 เป็นคำถามปลายเปิดให้ผู้ตอบได้เสนอปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ซึ่งแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficients) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.97 การแปลผลคะแนนระดับโดยการนำมาจัดระดับ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย⁽¹⁷⁾

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

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในระหว่างวันที่ 17 กุมภาพันธ์ - 9 มีนาคม 2559

2. การสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากงานวิจัยเชิงปริมาณ ที่พบปัญหา โดยนำประเด็นปัญหาต่างๆ มาจากงานวิจัยเชิงปริมาณมาใช้ในการสนทนากลุ่มเพื่อหาข้อมูลและสาเหตุของปัญหานั้น

ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดหัวข้อในการสนทนากลุ่มไว้ 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ประเด็นเกี่ยวกับปัจจัยการบริหาร ส่วนที่ 2 ประเด็นเกี่ยวกับการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ส่วนที่ 3 ให้กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่มได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนากลุ่มในวันที่ 11 เมษายน 2559

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนาในการแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) กรณีเป็นข้อมูลต่อเนื่องเมื่อแจกแจงจัดกลุ่มแล้ว ใช้สถิติแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient หรือการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สถิติ Stepwise Multiple Linear Regression Analysis หรือการถดถอยพหุแบบขั้นตอน ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariate Relationship)

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ในวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2559 HE582331

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.3 อายุระหว่าง 51 -60 ปี ร้อยละ 37.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 49.35 ปี (S.D.= 9.37 ปี) อายุต่ำสุด 25 ปี อายุสูงสุด 72 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 82.5 สำเร็จการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 59.5 รายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท ร้อยละ 36.1 รายได้เฉลี่ย

17,291 บาท(S.D.=10528.56 บาท) รายได้ต่ำสุด 1,200 บาท รายได้สูงสุด 50,000 บาท ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่มากที่สุด คือ ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้านคัดเลือก ร้อยละ 30.4 และระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ 1 – 3 ปี ร้อยละ 58.9 ประสบการณ์ที่ปฏิบัติงานกองทุน สูงสุด 12 ปี ประสบการณ์ต่ำสุด 1 ปี มีค่ามัธยฐาน = 2 ปี (S.D.= 2.55)

2. ระดับปัจจัยการบริหารของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอกุฉิเยว จังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษาพบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยการบริหารอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.93(S.D.=0.53) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านงบประมาณ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.11(S.D.=0.64) รองลงมาคือ ด้านบุคลากร อยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 4.02(S.D.=0.52) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านวัสดุอุปกรณ์ อยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 3.82(S.D.=0.72) รองลงมาคือด้านเวลา อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.83(S.D.=0.60)

3. ระดับการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอกุฉิเยว จังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษาพบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.74 (S.D.=0.52) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การดำเนินงานด้านหน่วยบริการสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.95(S.D.=0.62) รองลงมาคือ ด้านกลุ่มหรือองค์กรประชาชน อยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 3.87(S.D.=0.62) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านกิจกรรมในการป้องกันโรคระบาด อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.34(S.D.=0.99) รองลงมาคือ

ด้านศูนย์เด็กหรือศูนย์ชื้ออื่น อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.65 (S.D.=1.18)

4. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหารที่มี ความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอกุฉิเยว จังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรส (โสด) มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางลบ กับการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอกุฉิเยว จังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.286$, $p\text{-value}=0.001$) ส่วน เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่ง และประสบการณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอกุฉิเยว จังหวัดชัยภูมิ และปัจจัยการบริหารพบว่า ภาพรวมปัจจัยการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก กับการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอกุฉิเยว จังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.637$, $p\text{-value} < 0.001$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอกุฉิเยว จังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านบุคลากร ($r = 0.528$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านงบประมาณ ($r = 0.500$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านวัสดุอุปกรณ์ ($r = 0.573$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านการบริหาร ($r = 0.579$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านเวลา ($r = 0.552$, $p\text{-value} < 0.001$) และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ($r = 0.524$, $p\text{-value} < 0.001$)

5. คุณสมบัติส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอกุฉิเยว จังหวัดชัยภูมิ

ตาราง 1 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
ในระดับ ท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ

ตัวแปร	B	Beta	T	P-value	R ²
1. ปัจจัยการบริหารด้านบริหารจัดการ	0.241	0.283	3.120	0.002	0.335
2. ปัจจัยการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์	0.178	0.245	2.795	0.006	0.392
3. สถานภาพสมรส	0.297	0.161	2.581	0.011	0.423
4. ปัจจัยการบริหารด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ	0.136	0.169	2.086	0.039	0.439

ค่าคงที่ = 1.563 , F = 29.920 , P-value < 0.001 , R = 0.662 , R² = 0.439

ผลการศึกษาพบว่าตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ ปัจจัยการบริหารด้านการบริหาร (p-value= 0.002) มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปแบบคะแนนดิบ (B) = 0.241, ปัจจัยการบริหารด้านด้านวัสดุอุปกรณ์ (p-value = 0.006) มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปแบบคะแนนดิบ (B) = 0.178, สถานภาพสมรส (p-value = 0.011) มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปแบบคะแนนดิบ (B) = 0.297 , และปัจจัยการบริหารด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (p-value = 0.039) มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปแบบคะแนนดิบ (B) = 0.136 ดังนั้นตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์การดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ ได้ร้อยละ 43.9 ซึ่งสามารถนำมาแทนค่าสมการได้ดังนี้

$$Y = 1.563 + (0.241) (\text{ปัจจัยการบริหารด้านการบริหารจัดการ}) + (0.178) (\text{ปัจจัยการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์}) + (0.297) (\text{สถานภาพสมรส}) + (0.136) (\text{ปัจจัยการบริหารด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ})$$

6. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับคุณสมบัติส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิด จำนวน 158 ฉบับ กลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด 39 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 24.68 โดยปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่ คือ ปัจจัยการบริหารด้าน

บุคลากร ร้อยละ 58.9 รองลงมาได้แก่ ปัจจัยบริหารด้านงบประมาณ ร้อยละ 53.8 ส่วนปัญหาอุปสรรคน้อยที่สุดได้แก่ ปัจจัยการบริหารด้านเวลา ร้อยละ 5.1

สรุปและอภิปรายผล

1. เมื่อพิจารณาระดับปัจจัยการบริหารในการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ ท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ พบว่าในภาพรวมมีปัจจัยการบริหารอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.93(S.D.=0.53) จากการทบทวนเอกสารทฤษฎีเกี่ยวกับแนวคิดปัจจัยการบริหาร พบว่า การสนับสนุนปัจจัยการบริหาร ถือเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อการบริหารงาน เนื่องจากการดำเนินงานของ **คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นในพื้นที่อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ** จะบรรลุได้นั้นต้องได้รับการสนับสนุนปัจจัยการบริหาร เพราะถือว่าเป็นปัจจัยการบริหารเป็นสิ่งที่สนับสนุนการดำเนินงานให้บรรลุความสำเร็จ⁽¹¹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยการบริหารในการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอภูเขียว อยู่ในระดับมาก^(4,5,13,14)

2. เมื่อพิจารณาระดับการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก 3.74 (S.D.=0.52) จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้

ประกอบด้วย 1) ด้านหน่วยบริการสาธารณสุข 2) ด้านกลุ่มหรือองค์กรประชาชน 3) ด้านศูนย์เด็กหรือศูนย์ชื้ออื่น 4) ด้านการบริหารหรือพัฒนากองทุน 5) ด้านกิจกรรมในการป้องกันโรคระบาด ซึ่งสอดคล้องกับที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า การดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่อยู่ในระดับมาก^(4,5,13,14,19) เนื่องจากการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่แตกต่างกันแล้วแต่บริบทของแต่ละแห่ง อาจส่งผลให้การศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่อยู่ในระดับปานกลาง^(7,15,20)

3. คุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.286$, $p\text{-value} = 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านสถานภาพสมรส (โสด) มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ เนื่องจากสถานภาพสมรสของคณะกรรมการในบางพื้นที่อาจมีบริบทแตกต่างกันออกไป จึงซึ่งเกี่ยวกับหลายปัจจัย เช่น ภาระหน้าที่รับผิดชอบในเรื่องส่วน ครอบครัว และอื่นๆ ซึ่งขึ้นอยู่กับตัวบุคคล จึงอาจส่งผลให้ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่มีผู้ศึกษาไว้ซึ่งพบว่าสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่^(4,7,10,19,21) และด้านสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่⁽⁵⁾

ปัจจัยการบริหารในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.637$, $p\text{-value} < 0.001$) จากการทบทวนเอกสารทฤษฎีเกี่ยวกับแนวคิดปัจจัยการบริหาร พบว่า การสนับสนุนปัจจัยการบริหาร มีความสำคัญและจำเป็นต่อการบริหารงานให้บรรลุตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผล เนื่องจากการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จะบรรลุได้นั้นต้องได้รับการสนับสนุนปัจจัยการบริหาร ซึ่งประกอบไปด้วย บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ การบริหารจัดการ เวลา และเทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งเป็นสิ่งที่จะสนับสนุนการดำเนินงานด้านต่างๆ ให้บรรลุความสำเร็จ⁽¹¹⁾ แสดงให้เห็นว่าปัจจัยการบริหารมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่าปัจจัยการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่⁽⁴⁾ และเนื่องจากการสนับสนุนปัจจัยบริหารในแต่ละพื้นที่จะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ จึงอาจส่งผลให้ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่มีผู้ศึกษาไว้ซึ่งพบว่า ปัจจัยการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่^(5,9,13) และปัจจัยการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

4. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่าตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ ปัจจัยการบริหารด้านการบริหารจัดการ ($p\text{-value} = 0.002$) ปัจจัยการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์ ($p\text{-value} = 0.006$) สถานภาพ

สมรส (p-value = 0.011) และปัจจัยการบริหารด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (p-value = 0.039) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัว สามารถพยากรณ์การดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอกุฉิเยว จังหวัดชัยภูมิ ได้ร้อยละ 43.9 จะเห็นได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัว มีความสำคัญกับการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่อำเภอกุฉิเยว จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ต้องมีการควบคุม กำกับการดำเนินงานของคณะกรรมการให้เป็นไปตามบทบาทหน้าที่ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพกำหนด มีทักษะในการบริหารและให้ความสำคัญกับปัจจัยบริหาร เพื่อให้การดำเนินงานของกองทุนบรรลุวัตถุประสงค์ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้คณะกรรมการได้เข้ารับการอบรมเพื่อเพิ่มทักษะในการปฏิบัติงานกองทุน ซึ่งสอดคล้องกับที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่าปัจจัยการบริหารด้านการบริหารจัดการมีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่⁽¹⁴⁾ ปัจจัยการบริหารด้านวัตถุประสงค์มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่^(4,5,13) ปัจจัยการบริหารด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่^(5,14)

ข้อเสนอแนะ

เอกสารอ้างอิง

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 ตอนที่ 74 ก, วันที่ 24 สิงหาคม 2550, 2550.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ปีงบประมาณ 2557. สำนักสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิ, 2557.
3. ศูนย์เรียนรู้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอกุฉิเยว. แนวทางการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ปีงบประมาณ 2558 อำเภอกุฉิเยว จังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิ: ศูนย์เรียนรู้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอกุฉิเยว, 2558.
4. อ่อนจันทร์ คงศิลป์, และประจักษ์ บัวผัน. “การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จังหวัดหนองบัวลำภู”. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขารัฐศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2558

1. คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ควรมีการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยการจัดให้มีการอบรม เรื่องบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง

2. คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ควรจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อย่างเพียงพอและเหมาะสม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อการปฏิบัติงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพแต่ละกองทุน

3. คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ควรจัดให้มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่เหมาะสมกับการดำเนินงานของกองทุน ไม่ที่จะเป็นการจัดให้มีระบบอินเทอร์เน็ต ซึ่งมีความสำคัญและจำเป็นต่อการปฏิบัติงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

4. ควรมีการศึกษาปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

5. ควรมีการศึกษาแนวทางการบริหารวัสดุของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

5. วรวรรณ บุญมี และชนะพล ศรีฤทธา. “ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์”. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*. 6(2) : 11-20, 2556.
6. ปกครอง สุดสะอาด และประจักษ์ บัวผัน. การประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*. 7(2) : 256-266, 2557.
7. วรณา ทองกาแก้ว. “การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นใน จังหวัดยะลา”. *วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยนเรศวรวารสารนครินทร์*. 3(1) : 16-32, 2554.
8. Schermerhorn, J.R., Hunt, J.G. & Osborn, R.N. **Managing organizational behavior**. 5th en. New York: John Wiley & Sons, 1994
9. ชัญศักดิ์ วิจิต, และประจักษ์ บัวผัน. “การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย”. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*. 10(2) : 18-29, 2553.
10. ประกาศ สุนันท์, และเยาวภา ดิอัสสุวรรณ. ความรู้และการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ. ในการประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ครั้งที่ 1. (หน้า 1-15). นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2554.
11. ประจักษ์ บัวผัน. **หลักการบริหารสาธารณสุข**. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น, 2554.
12. สมโภช รติโอพาร. หน่วยที่ 2 ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. เอกสารการสอนชุดวิชาการบริหารระบบข้อมูลข่าวสาร สาธารณสุขหน่วยที่ 1-5. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2558.
13. กัลยาพร ภูจิตทอง, ประจักษ์ บัวผัน, และพรทิพย์ คำพอ. การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*. 6(1) : 85-95, 2556.
14. รุ่งเรือง แสนโกษา และคณะ. รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์). *วารสารบัณฑิตศึกษา*, 2557.
15. สุริยวรรณ สีสาดเลา และคณะ. “ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาศมรรถนะคณะกรรมการในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาลตำบลโพธิ์ทอง อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์”. *วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 2554
16. Likert, R. **The human organization : Its management and value**. New York : McGraw-Hill , 1967.
17. สำเริง จันทสุวรรณ และสุวรรณ บัวทวน. **ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์**. ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น , 2547.
18. ศิริชัย กาญจนวาสี, ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์, และดิเรก ศรีสุโข. **การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555.
19. วสันต์ บุญหล้า และประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักบริหารงานสาธารณสุขในเทศบาลเขตสาธารณสุขที่ 12. *วารสารวิจัย มข*. 16(6) : 693 – 705, 2554.
20. ชัญชัย ชัยสว่าง, ชัยยง ขามรัตน์, และพรณี บุญชรหัตถกิจ. การพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย. *วารสารวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 2(2) : 71-84, 2552.
21. พงษ์สุข สุระเสน, พูนสุข ช่วยทอง, สุปรียา ดันสกุล, และวงเดือน ปันดี. กระบวนการบริหารจัดการของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่กับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ในจังหวัดศรีสะเกษ. กรุงเทพฯ : สาขาวิชาการบริหารงานสาธารณสุขมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น, 2555.

**ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
ความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี**

**Effectiveness of Health Education Program Base on Health Belief Model, Self-Efficacy and
Social Support to Prevent Opisthorchiasis among Primary School Students**

in Bandung District, Udon Thani Province

สรินธร อินทนาม^{*1} และ นีรมล เมืองโสม^{*2}

Sarinthorn Intanam^{*1} and Niramon Muangsom^{*2}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี โดยใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 35 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย การให้ความรู้โดยการบรรยาย แจกคู่มือ จัดสนทนากลุ่ม ชมวิดีโอที่สนับสนุนการดูแอนิเมชันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นำเสนอตัวแบบจากบุคคลที่เลียดเชื่อพยาธิใบไม้ตับหรือบุคคลที่มีญาติป่วยตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ประกวดการเขียนเรียงความ สะท้อนผลดีจากการปฏิบัติตามคู่มือ แจกแบบบันทึกด้วยตนเอง ผู้วิจัยและสม.ออกเยี่ยมบ้าน ซึ่งใช้ระยะเวลาดำเนินการ 10 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและความคาดหวังในผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

คำสำคัญ : โรคพยาธิใบไม้ตับ, การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ, สื่อการ์ตูนแอนิเมชัน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate an innovative of effectiveness of health education program base on Health Belief Model, Self-Efficacy and Social Support to prevent Opisthorchiasis among Primary school students level grade 4-6 in Bandung District of Udon Thani Province. A sample of 70 students with sample random sampling was recruited and divided into experimental and control groups ($n = 35$ per group). The intervention which the experiment group received were composed of 1) Health education by the researcher about OV on the first week, 2) Focus group discussion on the third week, 3) education activities by using the cartoon animation on the fifth week, 4) using the OV or CCA dead person's relatives or OV infected person to be the model to talk and voiced about in the classroom on the sixth week. Addition with the students write short study or essay about OV and competition including then teach them how to record their behaviors in the seventh week and the eight week respectively, 5) On the ten week of the experimental period the researcher and village health volunteers did home visit activity, psychological support and encourage them for doing or behave good practice towards Opisthorchiasis. The intervention took 10 weeks. Data collected by using the construct questionnaire. Describe the data by using descriptive statistics such as

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

number, percentage and S.D. Paired t-test and independent t-test were used to compare the mean within and between groups at a significance level of p value = 0.05.

The results were found that after the experiment, the experiment group had mean score of knowledge about OV, perceived susceptibility, perceived severity and, perceived self-efficacy toward Opisthorchiasis and social support for preventing OV after the experiment period. Furthermore, the results was better than the control group (p -value <0.001)

Keywords: Opisthorchiasis, Prevent Opisthorchiasis, media

บทนำ

สถานการณ์การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับทั่วโลกมีความเสี่ยงในการติดเชื้อสูงในแถบทวีปยุโรปและเอเชีย จำนวน 25 ล้านคน ซึ่งชนิดที่เป็นปัญหา คือ *Opisthorchis Viverrini* หรือเรียกย่อๆ ว่า OV พบว่ามีภาระโรคมากที่สุดในประเทศไทย ลาว กัมพูชาและเวียดนาม มีการรายงานผู้ป่วยสูงที่สุดในโลกไม่ต่ำกว่าปีละ 25,000 ราย นอกจากนี้ยังพบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยสูงถึง 6 ล้านคน อุบัติการณ์ซึ่งปรับอายุแล้วสำหรับการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีของประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 87 คนต่อประชากร 100,000 คน เมื่อพิจารณาอัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เขต 8 อุดรธานี ปี 2555 พบความชุกสูงในจังหวัดนครพนม หนองบัวลำภู อุดรธานี สกลนคร และหนองคาย ร้อยละ 50.8, 24.7, 20.0, 20.0 และ 8.8 ตามลำดับ⁽¹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี 2556 พบความชุกสูงในจังหวัดนครพนม สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู และอุดรธานี ร้อยละ 42.9, 32.1, 24.3, 23.6 และ 19.5 ตามลำดับ⁽²⁾

จากสภาพทางภูมิศาสตร์ของอำเภอบ้านดุง หนองหานและทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีแม่น้ำสงครามไหลผ่านอำเภอส่งผลให้มีปลาน้ำจืดเกล็ดขาวอาศัยอยู่จำนวนมากซึ่งเป็นแหล่งที่อยู่อาศัยของพยาธิใบไม้ตับหรือโฮสต์ (Host) ทำให้ประชากรที่อาศัยบริเวณดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจากพฤติกรรมบริโภคปลาน้ำจืดเกล็ดขาวแบบปรุงดิบหรือสุกๆดิบๆ จากการประเมินอัตราชุกของพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในจังหวัดอุดรธานี มีพื้นที่เสี่ยงสามอันดับแรกคือ อำเภอบ้านดุง หนองหานและทุ่งฝน ร้อยละ 49.7, 43.6 และ 29.2 ตามลำดับ⁽¹⁾ พบผู้ป่วยอยู่ในช่วงอายุ 45-55 ปี ถึงแม้ว่า

ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุดังกล่าว แต่จากรายงานการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดเลย ปี 2556 ได้ทำการสำรวจตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับโดยวิธี Modified Kato Katz ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 47 คน พบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับถึงร้อยละ 12.76⁽³⁾

กลวิธีแก้ปัญหาลำไส้อักเสบในผู้ป่วยที่มีระดับและมะเร็งท่อน้ำดีถูกกำหนดในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7 ซึ่งมีมติให้มีการจัดทำยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีนโยบายให้กระทรวงศึกษาธิการดำเนินการให้สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนการเรียนรู้ของโรงเรียนให้สอดคล้องกับบริบทของท้องถิ่น เพื่อให้เด็กเตรียมอนุบาล วัยเรียน วัยรุ่น มีความเข้าใจ ตระหนักและมีค่านิยมในการรับประทานอาหารที่ปลอดภัย ไม่รับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่ปรุงจากอาหารแบบดิบหรือสุกๆดิบๆ⁽⁴⁾ จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบกเกอร์ และคณะ เชื่อว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ก็ต่อเมื่อเห็นความสำคัญของการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันรักษา การรับรู้ต่ออุปสรรค แรงจูงใจและปัจจัยร่วม ซึ่งจะนำไปสู่การปรับตัวในที่สุด จากแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ เชื่อว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต้องอาศัยแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การประเมินข้อมูล สิ่งของ เงินและแรงงาน ดังผลการศึกษาของ ศิวัญ ทองนาเมือง และรุจิรา ดวงสงค์ (2555)⁽⁵⁾ ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีในนักเรียนประถมศึกษา พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคดีขึ้น และจากแนวความคิดความสามารถของตนเองของเบนดูรา เชื่อว่าพฤติกรรมไม่ได้เปลี่ยนจากสภาพแวดล้อมเพียงอย่างเดียวจะต้องอาศัยปัจจัยส่วนบุคคลด้วย การที่จะกระทำหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นตามมา ดังเช่นงานวิจัยของ อรรถกัญญา บัวพัฒน์ (2551)⁽⁶⁾ ได้ทำการศึกษาความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมการแปร่งพินอย่างถูกต้องของนักเรียน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการแปร่งพินที่ถูกต้องสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และเสนอแนะการนำไปใช้ปรับพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของนักเรียนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับในทางที่ดีขึ้น และขยายผลการป้องกันไปยังนักเรียนคนอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับในเด็กนักเรียนประถมศึกษา อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง(Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) ทำการวัดก่อนและหลังทดลอง (Two Group Pretest – Posttest Design) ระยะเวลาของการศึกษาวินาที 28 มกราคม– 31 มีนาคม พ.ศ. 2559

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ทั้งชายและหญิง มีอายุ 10-12 ปี และอาศัยอยู่ในเขตอำเภอบ้านดุงและอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยสูตรดังนี้ (อรุณ จิรวรรณกุล, 2553)

$$n/\text{group} = \frac{2\sigma^2(Z\alpha + Z\beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$n/\text{group} = 16.93 \text{ หรือ } 17 \text{ คน}$$

ปรับขนาดตัวอย่างเพื่อสูญหายหรือถอนตัว (Drop out) เพื่อให้ข้อมูลมีการแจกแจงปกติหรือมีขนาดตัวอย่างแต่ละกลุ่ม 30 คนขึ้นไป ส่งผลให้ข้อมูลมีแนวโน้มการแจกแจงเป็นปกติมากขึ้น ตามทฤษฎีแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง (Central Limit Theorem) โดยปรับเพิ่มร้อยละ 30 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 35 คน ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายดังนี้ เกณฑ์การคัดเลือกอำเภอได้แก่ เป็นอำเภอขนาดใหญ่ จำนวนประชากรและวัฒนธรรมประเพณีคล้ายคลึงกัน พื้นที่อำเภอมีอาณาเขตติดต่อกัน และห่างกันมากกว่า 30 กิโลเมตร มีแม่น้ำสงครามไหลผ่านอำเภอ มีข้อมูลอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีย้อนหลัง 3 ปี สูง สุ่มอย่างง่ายโดยจับฉลาก เกณฑ์การคัดเลือกโรงเรียน ได้แก่ เป็นโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา อุดรธานี มีจำนวนนักเรียนและครูใกล้เคียงกัน และมีนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 มากกว่า 35 คนขึ้นไป และสุ่มอย่างง่ายโดยจับฉลาก

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นนักเรียนทั้งเพศหญิงและเพศชายที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ชั้นปีที่ 4-6 โรงเรียนประถมศึกษาในเขตอำเภอบ้านดุงและอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี 2) ผู้ปกครองนักเรียนอนุญาตให้เข้าร่วมกิจกรรมด้วยความสมัครใจ โดยครูประจำชั้นชี้แจงวัตถุประสงค์กับนักเรียน เพื่อให้ให้นักเรียนนำแบบยินยอมการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครให้ผู้ปกครองลงชื่อยินยอมให้เข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่

1) นักเรียนที่ไม่มีความพร้อมหรือบกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning Disability)

เกณฑ์การถอนตัว ได้แก่ 1) ต้องการถอนตัวออกจากการเข้าร่วม 2) นักเรียนย้ายโรงเรียนไปที่อื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยทำการสร้างเครื่องมือขึ้นจากเอกสาร ตำรา วิชาการ เอกสารประกอบ รวมทั้งงานวิจัยต่างๆ และผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยแบ่งเครื่องมือที่ใช้ศึกษาเป็น 2 ประเภทคือ

1. สื่อประกอบการจัดโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ก. ารบรรยายประกอบสื่อการสอนเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การจัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม วิดีทัศน์สื่อการ์ตูนแอนิเมชันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น คู่มือเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ตัวแบบจากบุคคลที่เคียดเชื่อพยาธิใบไม้ตับ หรือบุคคลที่มีญาติป่วยตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี การประกวดการเขียนเรียงความในหัวข้อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สะท้อนผลดีจากการปฏิบัติตามคู่มือโรคพยาธิใบไม้ตับ แจกแบบบันทึกด้วยตนเองด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้วิจัยและ อสม. ออกเยี่ยมบ้านและส่งเสริมพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษา อาชีพผู้ปกครอง รายได้เฉลี่ยในครัวเรือนต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การรับประทานปลาน้ำจืดปรุงดิบหรือสุกๆดิบๆ การมีส่วนร่วมที่ถูกสุขลักษณะ การตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา ผลการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ การป่วยเป็นโรคมะเร็งตับหรือมะเร็งท่อน้ำดีของสมาชิกในครัวเรือน และผู้ที่ปรุงหรือประกอบอาหารในครัวเรือน

2.2 ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.4 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.5 การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.6 แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.7 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

การตรวจสอบเครื่องมือ ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้ารวบรวมข้อมูลจากตำราวิชาการ วารสารวิชาการและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำผลที่ได้จากแต่ละท่านมารวมกันเพื่อคำนวณหาความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งคำนวณจากความสอดคล้องระหว่างประเด็นที่ต้องการวัดกับคำถามที่สร้างขึ้น คำนวณความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Index : IOC) ค่า IOC ที่ได้รับการรับรองต้องมีค่า 0.5 ขึ้นไป⁽⁷⁾ นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบด้านความตรงของเนื้อหาจนครบถ้วนสมบูรณ์แล้ว นำมาทดสอบ (Try Out) ในกลุ่มประชากรพื้นที่ใกล้เคียงกัน มีลักษณะทางกายภาพ ภูมิประเทศ และขนาดประชากรคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน เพื่อหาความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม แล้วนำมาวิเคราะห์ผลและปรับปรุงแก้ไข ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในของแบบสอบถามในส่วนที่ 2 ด้านความรู้เรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยวิธีคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นที่เท่ากับ 0.72 ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 3-7 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและความคาดหวังในผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน

โรคพยาธิใบไม้ตับ ได้ค่าความเชื่อมั่นที่เท่ากับ 0.72, 0.71, 0.72, 0.71 และ 0.70 ตามลำดับ

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มทดลอง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ แจกคู่มือ แผ่นพับ การบรรยายประกอบสไลด์เรื่องการรับประทานอาหารประเภทปลาที่ปรุงสุก การมีสุขนิสัยที่ดีในการจับถ่ายลงส้วมที่ถูกสุขลักษณะ การตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับประจำปี การกินยาฆ่าพยาธิที่ถูกต้องและปลอดภัยและฉายภาพนิ่งไข่พยาธิใบไม้ตับ ในสัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมที่ 2 การสนทนากลุ่มเรื่องการรับประทานอาหารประเภทปลาที่ปรุงสุก การมีสุขนิสัยที่ดีในการจับถ่ายลงส้วมที่ถูกสุขลักษณะ การตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับประจำปี การกินยาฆ่าพยาธิที่ถูกต้องและปลอดภัย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของนักเรียน และการปรุงประกอบอาหารประเภทปลาน้ำจืดให้สุก ได้แก่ ลาบปลา ปลา ร้าบอง ในสัปดาห์ที่ 3

กิจกรรมที่ 3 ชมวิดีโอทัศน์สื่อการ์ตูนแอนิเมชันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรุนแรงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และอุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในสัปดาห์ที่ 5

กิจกรรมที่ 4 นำเสนอตัวแบบโดยบุคคลที่เคยมีประสบการณ์การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหรือบุคคลที่มีญาติป่วยตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อมาเล่าประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ในสัปดาห์ที่ 6

กิจกรรมที่ 5 จัดกิจกรรมประกวดการเขียนเรียงความ หัวข้อเรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในสัปดาห์ที่ 7

กิจกรรมที่ 6 ผู้วิจัยสะท้อนให้เห็นผลดีจากการปฏิบัติตามคู่มือการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เกี่ยวกับการรับประทานอาหารประเภทปลาที่ปรุงสุก การมีสุขนิสัยที่ดีในการจับถ่ายลงส้วมที่ถูกสุขลักษณะ การตรวจหาไข่

พยาธิใบไม้ตับประจำปี และแจกแบบบันทึกการปฏิบัติด้วยตนเอง “ด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยชี้แจงรายละเอียดเพื่อให้นักเรียนบันทึกพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นเวลา 10 วัน ในสัปดาห์ที่ 8

กิจกรรมที่ 7 ออกเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำกับผู้ปกครองเกี่ยวกับการปรุงประกอบอาหารให้สุก ส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยผู้วิจัยและอสม. 1 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 10

เก็บรวบรวมข้อมูลหลังทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อทดสอบสมมติฐานทางสถิติ ซึ่งผู้วิจัยกำหนดระดับของความเชื่อมั่นในการทดสอบ $\alpha = 0.05$ (ความเชื่อมั่น 95%) เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาตัดสินใจที่จะยอมรับสมมติฐานสถิติที่ใช้ทดสอบในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษา อาชีพผู้ปกครอง รายได้เฉลี่ยในครัวเรือนต่อเดือน สมาชิกในครัวเรือน การรับประทานปลาน้ำจืดปรุงดิบหรือสุกๆดิบๆ การมีส้วมที่ถูกสุขลักษณะ ตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา ผลการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ การป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับหรือมีโรคมะเร็งท่อน้ำดีของสมาชิกในครัวเรือน และผู้ปรุงหรือประกอบอาหารในครัวเรือน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้ Paired t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้ Independent t-test

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.0 มีอายุ 11 ปี ร้อยละ 40.0 กำลัง

ศึกษาอยู่ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 37.1 ผู้ปกครองมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 51.4 มีรายได้เฉลี่ยในครัวเรือนต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 68.6 มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 4 คน ร้อยละ 31.4 ส่วนใหญ่ไม่เคยรับประทานอาหารเมนูปลาน้ำจืดปรุงดิบหรือสุกๆดิบๆ ร้อยละ 82.9 มีคนในครอบครัวเคยรับประทานอาหารเมนูปลาน้ำจืดปรุงดิบหรือสุกๆดิบๆ ร้อยละ 45.7 มีส่วนที่ถูกสุกลักษณะ ร้อยละ 88.6 ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 91.4 ส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวเคยป่วยเป็นโรคพยาธิ

ใบไม้ตับหรือมีโรคมาเรียม ร้อยละ 65.7 ส่วนใหญ่มีแม่เป็นผู้ที่ปรุงอาหารในครัวเรือน ร้อยละ 60.0

2. เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคและความคาดหวังในผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ภายในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตาราง 1 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลของการปฏิบัติ แรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean	t	95%CI	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	Diff.			
1. ความรู้	8.89	2.23	11.83	1.07	2.94	6.61	2.03-3.84	<0.001*
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง	22.94	2.77	32.29	2.32	9.34	11.99	7.76-10.92	<0.001*
3. การรับรู้ความรุนแรง	21.54	2.44	28.14	1.81	6.60	13.89	5.63-7.56	<0.001*
4. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	23.80	3.53	28.26	1.70	4.45	6.61	3.08-5.82	<0.001*
5. แรงสนับสนุนทางสังคม	19.14	2.99	22.94	1.32	3.80	6.87	2.67-4.92	<0.001*
6. การปฏิบัติตัว	18.63	2.17	20.60	0.55	1.97	6.13	1.31-2.62	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 1 พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคและความ

คาดหวังในผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรค และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 2 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลของการปฏิบัติ แรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean	t	95%CI	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	Diff.			
1. ความรู้	11.83	1.07	8.97	2.26	2.85	6.73	2.00-3.70	<0.001*

ตาราง 2 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลของการปฏิบัติ แรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean Diff.	t	95%CI	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง	32.29	2.32	22.97	3.74	9.31	12.50	7.82-10.80	<0.001*
3. การรับรู้ความรุนแรง	28.14	1.81	21.57	2.45	6.57	12.73	5.54-7.60	<0.001*
4. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	28.26	1.70	23.83	3.44	4.42	6.83	3.13-5.72	<0.001*
5. แรงสนับสนุนทางสังคม	22.94	1.32	19.26	2.99	3.68	6.65	2.58-4.79	<0.001*
6. การปฏิบัติตัว	20.60	0.55	18.60	2.15	2.00	5.31	1.24-2.75	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 2 พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรค และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี พบว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่จัดทำขึ้นได้ส่งผลต่อนักเรียนกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและความคาดหวังในผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งนำมาอภิปรายผลที่ได้ตามสมมติฐานของการวิจัยครั้งนี้ได้ดังต่อไปนี้

จากการทดลองพบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและความคาดหวังในผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีการเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับจากระดับปานกลางไปสู่ระดับมาก แสดงให้เห็นถึงผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี เกิดขึ้นจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ การแจกคู่มือและแผ่นพับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ชมวิดีโอที่สื่อการดูแอนิเมชันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีเนื้อหาเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรุนแรงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและอุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การบรรยายประกอบสไลด์

เรื่องการรับประทานอาหารประเภทปลาที่ปรุงสุก การมีสุขนิสัยที่ดีในการขับถ่ายลงส้วมที่ถูกสุขลักษณะ การตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับประจำปี การกินยาฆ่าพยาธิที่ถูกต้องและปลอดภัย การสนทนากลุ่มเรื่องการรับประทานอาหารประเภทปลาที่ปรุงสุก การมีสุขนิสัยที่ดีในการขับถ่ายลงส้วมที่ถูกสุขลักษณะ การตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับประจำปี การกินยาฆ่าพยาธิที่ถูกต้องและปลอดภัย การนำเสนอตัวแบบโดยบุคคลที่เคยมีประสบการณ์การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหรือบุคคลที่มีญาติป่วยตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีมาเล่าถึงประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การประกวดการเขียนเรียงความหัวข้อเรื่อง “การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ” ผู้วิจัยสะท้อนให้เห็นผลดีจากการปฏิบัติตามคู่มือการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเกี่ยวกับการรับประทานอาหารประเภทปลาที่ปรุงสุก การมีสุขนิสัยที่ดีในการขับถ่ายลงส้วมที่ถูกสุขลักษณะ การตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับประจำปี การบันทึกด้วยตนเองด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และออกเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำกับผู้ปกครองเกี่ยวกับการปรุงประกอบอาหารให้สุกโดยผู้วิจัยและอสม. เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับจุฬารักษ์ โสตะ และคณะ (2551) ได้ศึกษาประสิทธิผลของสื่อการสอนพฤติกรรมในการป้องกันพยาธิใบไม้ตับระหว่างสื่อวีซีดีและคู่มือในนักเรียนประถมศึกษา 4 แห่ง ในอำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น เพื่อเปรียบเทียบการใช้สื่อการป้องกันพยาธิใบไม้ตับระหว่างสื่อคู่มือและสื่อวีซีดี จำนวน 152 คน พบว่า นักเรียนเห็นว่าสื่อทั้งสองประเภททำให้นักเรียนมีความรู้มากขึ้น ซึ่งหลังทดลองการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มที่ใช้คู่มือและวีซีดีมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) สอดคล้องกับศิวัชญ์ ทองนาเมือง (2554) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีในนักเรียนประถมศึกษา อำเภอเมวดี จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าหลังทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่าก่อน

ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) สอดคล้องกับรัชนิวรรณ แก้วโพนเพ็ก (2552) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งนำไปสู่การเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในเด็กประถมศึกษาปีที่ 4-6 ตำบลทรายทอง อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 131 คน ซึ่งโปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วย การบรรยาย ชมวีดิทัศน์ อภิปรายกลุ่ม แผ่นพับ คู่มือ ส่วนการกระตุ้นเตือนจากผู้ปกครอง ครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งหลังทดลองนักเรียนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับผลการศึกษารูจิรา ดวงสงค์และคณะ (2550) ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ความรู้ การเสนอตัวแบบ (ผู้ป่วย/ภาพโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี) มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) กลุ่มทดลองมีการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) และกลุ่มทดลองไม่มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. การใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในเรื่องของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นสื่อที่นักเรียนให้ความสนใจเป็นอย่างมาก ดังนั้นสามารถนำไปใช้ประกอบการเรียนการสอนซึ่งจะทำให้เด็กเกิดแรงจูงใจในการเรียน และส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในทางที่ดีขึ้น
2. การใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น การเขียนเรียงความ และการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยผู้วิจัยและอสม. ออกเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำกับผู้ปกครอง ซึ่งสามารถนำไปใช้กับนักเรียนกลุ่มอื่นๆ ได้
3. การสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านบวกที่เกี่ยวข้อง จะต้องทำให้ผู้รับรู้สื่อกว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับ

ความเอาใจใส่ เป็นที่ยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งในสังคม ซึ่งจะช่วยเสริมแรงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้

4. ในฤดูฝนเป็นช่วงที่ประชาชนนิยมหาปลาน้ำจืด หากมีการจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เช่น ให้อาหารปลาน้ำจืดแก่ผู้ที่ตรวจไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ จะเป็นการกระตุ้นเตือนและเป็นแรงเสริมไม่ให้เกิดโรคปลาน้ำจืด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรให้ผู้ปกครองที่ปรุงอาหารในครัวเรือนเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับด้วย ซึ่งเป็นการสร้างแบบอย่างที่ดีให้แก่เด็ก และเป็นการปรับทัศนคติและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น

2. ควรมีการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับในนักเรียนทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม และมีการติดตามในระยะยาวเพื่อทราบถึงความยั่งยืนในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

3. ควรขอความร่วมมือผู้บริหารสถานศึกษาเข้าร่วมสังเกตการณ์ สนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวก และมีการกระตุ้นเตือนในโรงเรียน เช่น ประกาศเป็นนโยบายของสถานศึกษา จัดกิจกรรมรณรงค์ในวันสำคัญในโรงเรียนและชุมชน

4. ควรขยายเวลาในการดำเนินการวิจัยมากกว่า 10 สัปดาห์ เช่น เพิ่มความถี่ในการติดตามเยี่ยมบ้านในการติดตาม ให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นระยะๆ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพ. URL <http://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=MjYy> สืบค้นเมื่อ 16 พฤษภาคม 2558.
2. Kesorn Thaewongiew et al. "Prevalence and Risk Factors for *Opisthorchis viverrini* Infections in Upper Northeast Thailand". *Asian Pac J Cancer Prev*. 15(16) : 6609-6612, 2013.
3. อังษณา ชยปัญญา และคณะ. "ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดเลย ปี 2556. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. 22(1) : 89-97, 2557.
4. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. URL <http://www.samatcha.org/nha/website/mains/index/7/2014> สืบค้นเมื่อ 26 พฤษภาคม 2559.
5. ศิวัญญ์ ทองนาเมือง และรุจิรา ดวงสงค์. "ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในนักเรียนประถมศึกษาอำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด". วารสารมหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับบัณฑิตศึกษา, 12(2) : 80-91, 2555.
6. อรกัญญา บัวพันธุ์. "ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมการแปร่งฟันอย่างถูกต้องของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนบ้านเลื่อม อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี". วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551.
7. ชูศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 10. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพฯ, 2550.
8. จุฬารัตน์ โสตะและคณะ. "ประสิทธิผลของสื่อการสอนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างสื่อวีซีดีและคู่มือในนักเรียนประถมศึกษา 4 แห่งในอำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น". ภาควิชาสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551.
9. รัชนิราวรรณ แก้วโพนเพ็ก. "ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งนำไปสู่โรคมะเร็งท่อน้ำดี ในเด็กประถมศึกษาปีที่ 4-6 ตำบลทรายทอง อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู". วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.
10. รุจิรา ดวงสงค์ และคณะ. "การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับประชาชน อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น". มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2550.

รูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภออำเภอเหล่าเสือโก้ก
จังหวัดอุบลราชธานี

**Model of management regional development Policy District Health System, Lao Sueakok District,
Ubonratchathani Province**

สิริพร วงศ์ศรี¹

Siriporn Wongtree

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายคือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอจำนวน 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม 2559 ถึง พฤษภาคม 2559 โดยการศึกษาบริบทของพื้นที่ การประชุม สันทนาการกลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก สังเกตแบบมีส่วนร่วม ถอดบทเรียน และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาในส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี มี 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทของพื้นที่ 2) ประสานงาน 3) ประชุมถกปัญหา 4) ประชุมเชิงปฏิบัติการ 5) ค้นข้อมูลให้พื้นที่รับรู้ปัญหา 6) จัดทำแผนพัฒนารูปแบบ 7) ดำเนินการตามแผนที่กำหนด 8) ติดตามและประเมินผล 9) สรุปผลการดำเนินงานซึ่งกระบวนการดังกล่าว ส่งผลให้การดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ มีแนวโน้มของการพัฒนาในระดับที่สูงขึ้น

คำสำคัญ : การจัดการในระดับพื้นที่, นโยบายการพัฒนา, ระบบสุขภาพระดับอำเภอ, อำเภอสุขภาพะ

Abstract

This research was a Participatory Action Research that aimed to study the model of the regional health system management following the District health system policy in Lao SueaKok District, Ubonratchathani Province. The participants who were involves with the regional health system management were 50 .The data were collected during January, 2016 to May, 2016.The study methods were study context area, focus group discussions, In-depth interviews, participant observation, Lessons learned and questionnaires. The data were analyzed using descriptive statistics such as frequency distribution, percentage, mean standard deviation

The results showed that the regional health system management process following the District health system policy were divided into 9 stages. 1) study context area, 2) Brainstorming, 3) Restoration to recognize, 4) Workshops 5) Assignments, 6) Action, 7) Monitoring and assessment 8) Conference 9) Lesson learned. The results from these processes were an increase in the knowledge, participation and satisfaction of the participant that had effect on the health system development evaluation.

Keywords : Local Health Management, Policy Development, District Health Systems, Healthy District

¹ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

บทนำ

ระบบสาธารณสุขไทยมีวิวัฒนาการการปฏิรูประบบสุขภาพ อย่างชัดเจนตั้งแต่การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการก่อตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งมีบทบาทในการบริหารกองทุนและจัดซื้อบริการแก่ประชาชนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการ ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 47 “เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วม และการตอบสนองความต้องการของประชาชนจึงมีแนวคิด “การจัดการระบบสาธารณสุขในระดับพื้นที่หรือเขตสุขภาพหรือระบบสุขภาพระดับอำเภอ” ซึ่งเป็นระบบการทำงานเพื่อร่วมกันในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ บูรณาการภาคี เน้นเป้าหมายสุขภาพประชาชน ผ่านกระบวนการเรียนรู้ และจัดการความรู้แบบอิงบริบทชุมชน ส่งผลต่อการร่วมสร้างสุขภาพที่ดีของประชาชน เกิดสมดุลด้วยทีมสาธารณสุขที่เป็นทีมเดียวกันทำงาน เพื่อการตอบสนองต่อสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงในชุมชน เกิดการดูแลกันและกันของประชาชนในชุมชน และบุคลากรด้านสาธารณสุขรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของระบบของชุมชน มีความภูมิใจในวิชาชีพของตนเอง โดยมีกรอบในการดำเนินงาน 6 องค์ประกอบคือ การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย Customer Focus การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community Participation) การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับและตัวผู้ให้บริการ (Appreciation) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care) โดยเกณฑ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ต้องมีผลการประเมินการพัฒนาอยู่ในขั้นที่ 4 ของแต่ละองค์ประกอบ⁽¹⁻⁴⁾

อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี มีผลการประเมินผ่านตามเกณฑ์ 3 องค์ประกอบ คิดเป็นร้อยละ 50 และไม่ผ่านตามเกณฑ์ 3 องค์ประกอบ คิดเป็นร้อยละ 50 ในองค์ประกอบ ด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน และการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร โดยวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุของปัญหาได้ 4 สาเหตุ ดังต่อไปนี้ สาเหตุแรก คณะกรรมการผู้รับผิดชอบ ยังขาดความรู้และทักษะ ขาดผู้นำการพัฒนา และขาดการมีส่วนร่วม สาเหตุที่สอง ระบบการดำเนินงาน ขาดการบูรณาการการทำงานกับหน่วยงานอื่น ขาดการคืนข้อมูลกลับสู่ชุมชน ขาดการประสานงานที่ดี สาเหตุที่สาม ด้านนโยบาย การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติในชุมชนล่าช้า ไม่ชัดเจน และสาเหตุสุดท้าย ในด้านงบประมาณ ไม่เพียงพอ

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนา ระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี โดยพัฒนาระบบการบริหารจัดการที่มุ่งเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพ เกิดรูปแบบการพัฒนาที่ทำให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ถูกต้อง ตรงตามความต้องการของพื้นที่ บรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนา ระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้วงจรรอบ PAOR ตามแนวคิดของเคมมิสและแมกแทกการ์ด (Kemmis and McTaggart, 1990)⁽⁵⁻⁶⁾ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นการปฏิบัติงาน (Action) ขั้นการสังเกตผลการปฏิบัติ (Observation) และ ขั้นการสะท้อนผลกลับ (Reflection)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามรูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเหล่าเสือโก้ก แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งที่เข้ามามีส่วนร่วม และเคยร่วมพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ

ส่วนที่ 2 การประเมินความรู้ในการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจในการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนาแบบมีส่วนร่วม และการสังเกต ดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง ความแม่นยำ และความเชื่อถือของข้อมูลโดยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulations)

2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอและแบบสอบถามการมีส่วนร่วม ความพึงพอใจในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบทดสอบ และวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติ ค่าความถี่ ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลที่ได้จากการสรุปมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content) ตรวจสอบความถูกต้อง

ของข้อมูล โดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) โดยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ควบคู่กับการสัมภาษณ์และศึกษาข้อมูลจากเอกสารประกอบ แล้วนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่ และวิเคราะห์รวมเพื่อหาข้อสรุปตามกรอบแนวคิดการวิจัย

ผลการศึกษา

1. บริบทของการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ

1.1 บริบทของชุมชน จากการศึกษาสภาพบริบทของอำเภอเหล่าเสือโก้ก เป็นอำเภอขนาดเล็ก ประชากร 27,407 คน จำแนกเป็นเพศชาย 13,789 คน เพศหญิง 13,618 คน มี 6,855 ครัวเรือน มีโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 แห่ง มีศูนย์เด็กก่อนเกณฑ์ 12 แห่ง มีโรงเรียนประถมศึกษา 26 แห่ง ขยายโอกาส 2 แห่ง โรงเรียนมัธยมศึกษา 1 แห่ง โรงเรียนเอกชน 1 แห่ง มีวัด/สำนักสงฆ์ 42 แห่ง ธนาคาร 1 แห่ง ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีอาชีพเกษตรกรรม รายได้เฉลี่ย 54,896 บาท/คน/ปี ปัญหาสุขภาพของอำเภอเหล่าเสือโก้ก คือ ปัญหาการใช้สารเคมีของเกษตรกร ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น โรคไข้เลือดออก ขยะและสิ่งแวดล้อม หญิงมีครรภ์มีบุตรคนแรกอายุน้อยกว่า 20 ปี อุบัติเหตุจราจรและการบาดเจ็บทางถนน และปัญหาโรคเมร็งค์และท้องน้ำดี จึงได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอขึ้น โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน ร่วมกันกำหนดมาตรการทางสังคมและจัดทำข้อตกลงในการดำเนินงานในพื้นที่ตำบลจัดการสุขภาพ

การประเมินผลในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอเหล่าเสือโก้ก พบว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์ 3 องค์ประกอบ คือ การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Customer Focus) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing And Human Development) สาเหตุที่ไม่ผ่านเกณฑ์คือ บุคลากรงบประมาณ และการบริหารจัดการ ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการแก้ไข การติดตามประเมินผลในระดับจังหวัด

และการบริหารจัดการในระดับอำเภอด้วยเทคนิคการจัดการที่เหมาะสม

1.2 บริบทด้านประชากร

1) การประเมินความรู้เรื่องการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 50 คน พบว่ามีระดับความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 68.0 จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก คณะกรรมการบางส่วนยังมีความเข้าใจว่าการดำเนินงานเป็นหน้าที่รับผิดชอบหลักของหน่วยงานสาธารณสุข ส่วนราชการอื่นๆและภาคประชาชนเป็นเพียงส่วนที่เข้าร่วมเท่านั้น และเป็นเรื่องใหม่ที่ยังยากไม่เข้าใจในการดำเนินการ

2) การประเมินระดับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ พบว่า มีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 40.0 จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก คณะกรรมการบางส่วนเข้าใจว่าถ้าเป็นเรื่องเกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุขก็นึกถึงโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่าด้านการร่วมปรึกษาหารือมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=2.40$) รองลงมาคือด้านการร่วมคิดร่วมวางแผนและร่วมตัดสินใจและด้านการตรวจสอบและประเมินผล อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.28$) ด้านการร่วมดำเนินการ ($\bar{X}=2.26$) และด้านที่มีระดับการมีส่วนร่วมต่ำที่สุดคือ ด้านการร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร ($\bar{X}=2.24$)

3) การระดับความพึงพอใจในการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.0 จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก คณะกรรมการบางส่วนยังมีความไม่พึงพอใจในการบริหารจัดการในระดับพื้นที่เท่าที่ควร พิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการติดตามและประเมินผล อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=1.64$) รองลงมาคือ ด้านการเตรียมความพร้อม อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=1.54$) และระดับความพึงพอใจเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านการดำเนินการ ($\bar{X}=1.42$)

2. กระบวนการของการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ

โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการและผู้เกี่ยวข้อง เริ่มจากการให้ความรู้โดยนำข้อมูลบริบทสภาพปัญหาของอำเภอ ได้ร่วมแลกเปลี่ยนแนวความคิดและมุมมองที่หลากหลาย สรุปได้ว่า คณะกรรมการและภาคีเครือข่ายต้องช่วยกันแก้ไขปัญหาโดยใช้กลไกการบริหารระบบสุขภาพระดับอำเภอ ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น มีการร่วมกันจัดทำแผนในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมทำให้เกิดการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ และการสร้างเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนในการประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวและเสียงตามสายของหมู่บ้านและชุมชน เพื่อสร้างความตระหนักของบุคคล ครอบครัวและชุมชน แต่ก้พบปัญหาคือคณะกรรมการและเครือข่ายที่ตั้งขึ้นไม่ค่อยมีเวลามาประชุม จึงเป็นโอกาสในการพัฒนาต่อไป

3. ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.0) อายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 38.0) รองลงมาอายุ 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 34.0) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 78.0) การศึกษาระดับปริญญาตรีและเทียบเท่า (ร้อยละ 58.0) รองลงมาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 34.00) มีตำแหน่งทางด้านสาธารณสุข (ร้อยละ 54.00) รองลงมาคือตำแหน่งภาคประชาชน (ร้อยละ 24.0) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 30,001 บาท (ร้อยละ 50.0) ส่วนใหญ่เคยร่วมเป็นกรรมการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (ร้อยละ 54.0)

การประเมินความรู้เรื่องการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ พบว่ามีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 68.0 จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก คณะกรรมการบางท่านมีความเข้าใจว่าระบบสุขภาพอำเภอเป็นหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงานสาธารณสุขเท่านั้น และระบบสุขภาพอำเภอเป็นเรื่องที่ยังยากในการดำเนินการ

การประเมินระดับมีส่วนร่วม พบว่ามีการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 40.0 จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกคณะกรรมการบางส่วนเข้าใจว่าการดำเนินกิจกรรมหรือการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขก็จะ

นึกถึงคุณหมอ เมื่อได้รับการประสานขอความร่วมมือมาที่ยินดีเข้าร่วมกิจกรรม เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการร่วมปรึกษาหารืออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.40$) รองลงมาคือด้านการร่วมคิด ร่วมวางแผนและร่วมตัดสินใจ ($\bar{X}=2.28$) ด้านการตรวจสอบและประเมินผล ($\bar{X}=2.28$) ด้านการร่วมดำเนินการ ($\bar{X}=2.26$) และด้านที่มีส่วนร่วมเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านการร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร ($\bar{X}=2.24$)

การประเมินระดับความพึงพอใจ พบว่า คณะกรรมการส่วนใหญ่สนใจและยินดีที่เข้าร่วมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ บางท่านเป็นคณะกรรมการในปีที่ผ่านมา มีระดับความพึงพอใจ ปานกลาง ร้อยละ 60.0 จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกคณะกรรมการบางส่วนยังมีความไม่พึงพอใจในการบริหารจัดการและการดำเนินงานเท่าที่ควร พิจารณารายด้านพบว่า ด้านการติดตามและประเมินผล อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=1.64$) รองลงมาคือ ด้านการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=1.54$) และด้านที่มีระดับความพึงพอใจต่ำที่สุดคือ ด้านการดำเนินงาน ($\bar{X}=1.42$)

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี แนวทางเพื่อนำไปสู่รูปแบบหรือแนวปฏิบัติที่ดีของการดำเนินงานบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี คือ การสนับสนุนนโยบายจากระดับจังหวัดอย่างชัดเจน ระบบสุขภาพระดับอำเภอต้องมีการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายและประชาชน ตั้งแต่กิจกรรมการประชุม การถกปัญหา การวางแผน การกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน และการดำเนินงานต้องกำหนดให้เป็นวาระของอำเภอ เพื่อนำไปสู่การบริหารจัดการที่ดี บูรณาการในการทำงานทุกภาคส่วน และดำเนินกิจกรรมให้เกิดประโยชน์กับชุมชนและประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมาย สรุปคำสำคัญเพื่อนำไปสู่รูปแบบหรือแนวปฏิบัติที่ดีของการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี คือ การมีนโยบายอย่าง

ชัดเจน การสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอ การมีทีมหน้าที่เข้มแข็ง สร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง จึงจะทำให้เกิดระบบสุขภาพที่ยั่งยืน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยเรื่อง รูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ กรณีศึกษาอำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี นำมาอภิปรายผล ดังต่อไปนี้

1. ผลการศึกษาบริบท การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเหล่าเสือโก้ก เป็นชุมชนกึ่งเมือง มีการเคลื่อนไหวของประชากรตลอดเวลา ส่งผลให้การบริการด้านสาธารณสุขไม่ครอบคลุมและทั่วถึงประชาชน จากสภาพสังคมและวิถีชีวิตทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมหรือรับบริการด้านสาธารณสุขมีน้อย การจัดบริการและแก้ไขปัญหาไม่ตรงกับความต้องการ และภาคีเครือข่ายและประชาชนในพื้นที่มีความเข้าใจว่าการจัดการด้านสุขภาพของประชาชนเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพราะเป็นผู้ที่มีความรู้มากกว่าและคิดว่าปัญหาด้านสุขภาพต้องให้บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้แก้ไขปัญหา ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ประสานหน่วยงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ให้เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การค้นหาปัญหา การวางแผน การดำเนินการ และการติดตามประเมินผล ส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประชาชนเกิดความเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหามากขึ้น จากการศึกษาสภาพปัญหาการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ ทำให้ผู้วิจัยได้รับทราบสถานการณ์ปัจจุบันถือว่าเป็นพื้นฐานสำคัญในการการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่เน้นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน

2. ผลการศึกษากระบวนการดำเนินการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ การเปลี่ยนแปลงด้านการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตาม

นโยบายการพัฒนาาระบบสุขภาพระดับอำเภอ เป็นผลมาจากการร่วมกิจกรรมสมัชชาเสมอเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การพัฒนาาระบบสุขภาพเกิดความสำเร็จ โดยอาศัยความร่วมมือของคณะกรรมการ การจัดกิจกรรมให้มีส่วนร่วมตั้งแต่การค้นหาค้นหา การวางแผน การดำเนินการ และการติดตามประเมินผล จะส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การพัฒนาร่วมกันของชุมชน จำเป็นต้องเชื่อมต่อและต่อยอดจากทุนทางสังคม รวมกันเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการแก้ไขปัญหา สอดคล้องกับ สุภากร จันทวานิช⁽⁷⁾ (2548) ได้อธิบายไว้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นวิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งจากทุกฝ่าย พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนบนพื้นฐานปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงภายใต้ พันธกิจ การสร้างชุมชนท้องถิ่นสังคมที่ตระหนักถึงการลดปัจจัยเสี่ยงและมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการผลักดันนโยบาย ผู้การปฏิบัติ

กระบวนการในการสร้างการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยจึงเริ่มจากการพูดคุยกลุ่มย่อยก่อนแล้วค่อยขยายเป็นเครือข่ายประชาคมสัมพันธ์ให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้เข้าใจ นัดพบปะพูดคุยกันเพื่อเตรียมการวิจัย ค้นหาปัญหา เลือกกลุ่มเป้าหมายที่ตรงกับสิ่งที่คาดหวังให้เกิดขึ้น คณะกรรมการมีแนวความคิดพร้อมที่จะแก้ไขปัญหาด้วยกัน แต่ละคนเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ มีการเก็บรวบรวมข้อมูล ค้นหาศักยภาพของคณะกรรมการที่มีอยู่เดิม ทำให้เกิดความรู้สึกคิดเป็นพลังเชิงบวกอยากจะทำพัฒนากิจกรรมของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ สมชาย ยอดดี⁽⁸⁾ (2554) ได้ศึกษาผลการประยุกต์เทคนิค ORID และการวางแผนเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาร่วมกันของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร พบปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมและความเข้าใจในบทบาทของคณะกรรมการ และได้มีข้อเสนอแนะไว้ว่า คณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการ บทบาทคณะกรรมการ งบประมาณ และการจัดหางบประมาณเพื่อการพัฒนาด้านสาธารณสุขของหน่วยบริการ ดังนั้นการให้ความรู้คณะกรรมการจึงควรเน้นสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องบทบาทและการ

บริหารจัดการ เพื่อเสริมสร้างพลังชุมชนและการมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมการระดมทุนหรืองบประมาณเพื่อพัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับพื้นที่ และสอดคล้องกับ เบญจวรรณ ผิวผ่อง⁽²⁾ (2555) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้เทคนิค ORID และใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation : TOP) ของสถาบันพระปกเกล้ามาเป็นรูปแบบในการจัดกระบวนการ กลุ่มเป้าหมายจำนวน 58 คน พบข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา คือ การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ควรสร้างการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนตามองค์ประกอบการดำเนินงานของกองทุนและควรนำมากำหนดเป็นวิสัยทัศน์และพันธกิจของกองทุน การประชาสัมพันธ์การดำเนินงานของกองทุนตามบริบท วิถีชีวิต สภาพของพื้นที่เพื่อให้ประชาชนสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารของกองทุนได้ดียิ่งขึ้น และควรจัดตั้งศูนย์ประสานงานกองทุนเพื่อเป็นที่ทำการของกองทุนที่ชัดเจนและเป็นแหล่งเรียนรู้ได้

การวางแผนปฏิบัติการ (Action Planning Method) เป็นวิธีการรวมเอาวิธีการสนทนาและวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการเข้าด้วยกัน ช่วยผลักดันให้กลุ่มเคลื่อนจากความคิดที่ดีไปสู่แผนปฏิบัติการที่เป็นรูปธรรมและปฏิบัติได้ภายใต้กรอบเวลาที่แน่นอน พร้อมกับการกำหนดภารกิจความรับผิดชอบที่วางโครงร่างไว้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ ศักรินทร์ ทองภูธรณ์⁽⁹⁾ (2553) ได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม พบว่า โปรแกรมการมีส่วนร่วมโดยการนำเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมของสถาบันพระปกเกล้ามาประยุกต์ใช้ให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนในด้านด้านการร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านการร่วมปรึกษาหารือ ด้านการร่วมคิด ร่วมวางแผนและร่วมตัดสินใจ ด้านการร่วมดำเนินการ ด้านการตรวจสอบและประเมินผล มีระดับการมีส่วนร่วมสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้น การมีส่วนร่วมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนและสร้างชุมชนเข้มแข็งต่อไป การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งยืนยันว่าชุมชนนี้เกิดการ เรียนรู้และขับเคลื่อนกระบวนการแก้ไขปัญหาโดยการมี ส่วนร่วมอย่างจริงๆ ที่สำคัญ ผู้เข้าร่วมวิจัยค้นหาปัญหา ระดมความคิดร่วมกัน ตัดสินใจร่วมกัน จัดทำแผนอย่างมี ส่วนร่วมและประเมินผลร่วมกันมีความต่อเนื่องในการ พัฒนา สอดคล้องกับผลการวิจัยของกาญจนา เลิศถาวร ธรรม⁽¹⁾ (2551) ได้ดำเนินการศึกษาโดยการถอดบทเรียน ผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ ท้องถิ่น ตำบลวัดเพลง อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี พบ ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนาว่าควรจัดให้มีการ ประชาสัมพันธ์โครงการระบบหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ในระดับประเทศ เพื่อสร้างความเข้าใจเบื้องต้นแก่ ประชาชนและหน่วยงานต่างๆ ทั่วประเทศ สนับสนุนให้มี ระบบ ที่เอื้อในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการบริหาร จัดการและวิธีการดำเนินงานแก่องค์กรบริหารส่วนตำบล ที่เข้าร่วมโครงการในปีแรก จัดอบรมคณะกรรมการ กองทุนทั้งในเรื่องของการเขียน โครงการ/กิจกรรม การ กำหนดเกณฑ์และตัวชี้วัด การประเมินผลโครงการ การจัดทำสารสนเทศและการนำมาประยุกต์ใช้ การประชุม เพื่อกำหนดภารกิจหลักโดยใช้วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) เกิดเป็นแผนงานที่ช่วยผลักดันกลุ่ม ให้เกิดการมีความคิดที่ดีไปสู่แผนปฏิบัติการที่เป็น รูปธรรมภายใต้กรอบเวลา การกำหนดภารกิจ ความ รับผิดชอบ ที่ชัดเจน การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบ มีส่วน ร่วม สร้างความเข้าใจร่วมกันในประเด็นปัญหาและแนว ทางการดำเนินการร่วมกัน เมื่อทราบถึงสาเหตุของปัญหา ความต้องการที่แท้จริงแล้วการเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การ ค้นหาปัญหา การวางแผน การดำเนินการ และการติดตาม ประเมิน จะส่งผลให้การดำเนินงานเป็น ไปอย่างมี ประสิทธิภาพและเกิดความเป็นเจ้าของพื้นที่และเกิดแผนที่ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของพื้นที่ที่สอดคล้องกับการ วิจัยของลดาวัลย์ จ้อยประดิษฐ์⁽⁴⁾ (2553) ได้ศึกษา กระบวนการจัดการและผลการดำเนินงาน ของ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ ท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในจังหวัดราชบุรี ในคณะกรรมการ

กองทุนและประชาชนทุกกลุ่มวัยจำนวนทั้งสิ้น 84 คน พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จคือกระบวนการจัดการ และแผนปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับปัญหาของชุมชน และ วัตถุประสงค์ของกองทุน การมีส่วนร่วมของเครือข่ายทั้ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนและการจัดสรร งบประมาณอย่างเพียงพอ สำหรับปัจจัยที่เป็นข้อจำกัด ได้แก่ ความไม่ต่อเนื่องของการดำเนินการ ขาดการมีส่วน ร่วม และงบประมาณที่ล่าช้าและไม่เพียงพอต่อภาระงาน

จากผลการศึกษา รูปแบบการบริหารจัดการใน ระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาสุขภาพระดับ อำเภอ พบว่า

1) ด้านความรู้การบริหารจัดการในระดับพื้นที่ ผล การศึกษาหลังการพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมราย ด้านของการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารจัดการ ในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาสุขภาพระดับ อำเภอ มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดำเนินงานตาม เกณฑ์การบริหารจัดการในระดับอำเภอ 5 ด้าน (การ ดำเนินงานและการทำงานร่วมกัน การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ การดำเนินงานและการ แบ่งปันทรัพยากร การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่ จำเป็น การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน) มีความรู้ ระดับสูง ร้อยละ 68

กิจกรรมที่มีผลทำให้ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้ คือ การ ประชุมและอบรมให้ความรู้รูปแบบการสอนแบ่งกลุ่มย่อย จำนวนสมาชิกไม่เกิน 10 คน สามารถซักถามได้อย่าง สื่อสาร 2 ทาง เป็นกันเอง มีความสอดคล้องกับกาญจนา เลิศถาวรธรรม⁽¹⁾ (2551) ที่ต้องสร้างความเข้าใจเบื้องต้น แก่ประชาชนและหน่วยงานต่างๆ ทั่วประเทศ สนับสนุน ให้มีระบบที่เอื้อในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการบริหาร จัดการและวิธีการดำเนินงาน จัดอบรมความรู้แก่ คณะกรรมการทั้งในเรื่องของการเขียนโครงการ/กิจกรรม การกำหนดเกณฑ์และตัวชี้วัด การประเมินผลโครงการ การจัดทำสารสนเทศและการนำมาประยุกต์ใช้บริหาร จัดการและแผนปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับปัญหาของ ชุมชน

2) ด้านการมีส่วนร่วมการบริหารจัดการในระดับ พื้นที่ ผลการศึกษามีส่วนร่วมของการพัฒนาศักยภาพ

คณะกรรมการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบาย การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ มีคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมทั้ง 5 ด้าน (ด้านการร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านการร่วมปรึกษาหารือ ด้านการร่วมคิด ร่วมวางแผน และร่วมตัดสินใจ ด้านการร่วมดำเนินการ ด้านการ ตรวจสอบและประเมินผล) พบว่ามีส่วนร่วมระดับสูง ร้อย ละ 40 มีความสอดคล้องกับ สักรินทร์ ทองภรณ์⁽⁹⁾ (2553) กิจกรรมที่มีผลทำให้ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม คือกำหนดการ ประชุมเชิงปฏิบัติการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตาม นโยบายพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อหา รูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบาย พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ โดยผู้วิจัย แนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุม แบ่ง ผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการออกเป็น 5 กลุ่มๆ ละ 10 คน รวม 50 คน เปิดโอกาสให้คณะทำงานวิเคราะห์สถานการณ์ และประเมินปัญหาผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ภาคบ่าย ใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เก็บรวบรวมข้อมูล สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ ได้ รับรู้ปัญหาของการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตาม นโยบายพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ร่วม ตัดสินใจและเลือกแนวทางแก้ไข พร้อมทั้งกำหนด แผนปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหา มีความสอดคล้องกับ มยุรี สุวรรณโคตร⁽³⁾ (2551 : 73-74) และการมีส่วนร่วมซึ่ง ประชุกต์มาจากเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกว่าก่อนการได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05

3) ด้านความพึงพอใจการบริหารจัดการใน ระดับพื้นที่ ผลการศึกษา พบว่าการพัฒนาศักยภาพคณะ กรรมการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการ พัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ มีคะแนนเฉลี่ยของความ พึงพอใจในการดำเนินงานโดยรวมทั้ง 4 ด้าน (ด้านการ เตรียมความพร้อม ด้านการจัดทำยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติ

การ ด้านการดำเนินงาน ด้านการติดตาม/ประเมินผล) อยู่ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60 ($\bar{X}=2.29$) กิจกรรมที่มีผล ทำให้ผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจ คือ อบรมหลักสูตรการ บริหารจัดการในระดับพื้นที่ ตามนโยบายพัฒนา เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ประชาสัมพันธ์การ ดำเนินงานเพื่อบริหารจัดการในระดับพื้นที่ สรุปข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ถิ่นข้อมูลให้กับชุมชน และ ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินการและ ติดตามประเมินผล

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ระดับอำเภอ ควรผลักดันการบริหารจัดการใน ระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับ อำเภอให้เป็นวาระของอำเภอ ควรสนับสนุนให้ภาคี เครือข่ายทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ สุขภาพอำเภอเพื่อสร้างความเป็นเจ้าของในทุกกิจกรรม ควรมีการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานอย่าง เพียงพอ

2. ระดับจังหวัด สนับสนุนด้านองค์ความรู้ สร้างให้ มีคุณค่าและได้รับการยอมรับจากสังคมและมีการเชิดชู เกียรติให้กับอำเภอที่มีผลงานเด่นและเป็นต้นแบบของ จังหวัด สนับสนุนการประชาสัมพันธ์ทุกรูปแบบ เช่น การ โฆษณาทางวิทยุกระจายเสียง จัดทำแผ่นพับใบปลิว วิทยุ ชุมชน หอกระจายข่าว สนับสนุนการติดตาม ประเมินผล ดำเนินงานในระดับอำเภอและชุมชน สนับสนุนการ ประสานงานและสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย ในระดับจังหวัด

3. การวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการในระยะแรกของ นโยบาย ควรมีการวิจัยซ้ำทุกๆ 3-5 ปี หรือในระยะต่อไป เพื่อค้นหาปัจจัยที่จะส่งผลต่อความสำเร็จยิ่งๆ ขึ้นไป

4. การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตพื้นที่ในอำเภอ เหล่าเสือ โก้ก ซึ่งเป็นอำเภอขนาดเล็ก จึงควรมีการ ศึกษาวิจัยในอำเภออื่นๆของจังหวัดอุบลราชธานี

เอกสารอ้างอิง

1. กาญจนา เลิศถาวรธรรม. การถอดบทเรียนผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นตำบลวัดเพลง อำเภอดำรงวิทยะ จังหวัดราชบุรี. ราชบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีราชบุรี, 2551.
2. เบญจวรรณ ผิวผ่อง. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี. ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2555.
3. มยุรี สุวรรณโคตร. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานกองทุนพัฒนาสุขภาพ จังหวัด กาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 1(2), 33-44. 2551.
4. คลาวด์ย์ จ้อยประดิษฐ์. กระบวนการจัดการและผลการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในจังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2553.
5. Kemmis, S. and R. McTaggart. **The Action Research Planner**. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press. 1990.
6. Kemmis, S. and Wilkinson, M. **“Participatory Action Research and the Study of Practice,”** in *Action Research in Practice*, London: Routledge. 1998.
7. สุภาภรณ์ จันทวานิช. **วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ**. (พิมพ์ครั้งที่ 13.). : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.
8. สมชาย ยอดดี. ผลการประยุกต์เทคนิค ORID และการวางแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วม ของคณะกรรมการ พัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2554.
9. ศักรินทร์ ทองภูธรณ์. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2553.

การพัฒนาเอกสารให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมโดยใช้กระบวนการการปรึกษาผู้ใช้ : การวิจัยและพัฒนา

Development of written educational material on breast cancer through end-users' consultation

process: A development research project

ปริศนา นวนบุญเรือง¹, ปานจันทร์ อิมหนา²,ถาวร ล่อกา³

Prissana Naunboonruang¹, Panjan Imnum², Thaworn Lorga³

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเอกสารให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมโดยใช้กระบวนการการปรึกษาผู้ใช้ และเพื่อหาประสิทธิภาพของเอกสารที่ได้พัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็นสามระยะคือ ระยะที่ 1 การศึกษา ประสิทธิภาพและความต้องการเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้หญิงอายุระหว่าง 50 ถึง 80 ปี เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ไม่เกินชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 9 คนโดยใช้วิธีกลุ่มสนทนาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้ประเด็นในการกำหนดเนื้อหาและลักษณะของเอกสารให้ความรู้ที่เหมาะสมสำหรับผู้ใช้ ระยะที่ 2 สร้างเอกสารที่มีเนื้อหาจากประเด็นที่วิเคราะห์ได้ในระยะที่ 1 แล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และสร้างแบบประเมินความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมโดยข้อคำถามด้านความรู้มีค่าทดสอบซ้ำ (test-retest) $r = .554$ ด้านการรับรู้ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient = .705 และแบบประเมินความคิดเห็นต่อเอกสารเอกสารโดยผู้ใช้ ด้านมีประโยชน์มีค่าความเชื่อมั่น .890 และด้านความมั่นใจมีค่า .887 ระยะที่ 3 นำเอกสารให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมไปหาประสิทธิภาพ (4-group, pre-posttest design) โดยทดลองใช้กับผู้หญิงที่มีคุณสมบัติเหมือนระยะที่ 1 โดยทุกคนถูกประเมินความสามารถในการอ่านภาษาไทยระดับประถมศึกษาของการศึกษานอกโรงเรียน ผู้มีคะแนนในการอ่านตั้งแต่ 0 ถึง 19 คะแนนจะถูกคัดออก (8 คน) และให้ร่วมกิจกรรมการบริหารข้อเข้า สำหรับกลุ่มที่มีคะแนนตั้งแต่ 20 คะแนนขึ้นไป มีทั้งหมด 77 คนทุกคนเข้าร่วมกิจกรรมการทดลองโดยวิธีการสุ่มจำแนกตามเอกสาร คือ กลุ่มเอกสารจากอินเทอร์เน็ต(21 คน) กลุ่มเอกสารจากโรงพยาบาล (20 คน) กลุ่มเอกสารใหม่ (18 คน) และ กลุ่มเอกสารที่ใหม่และมีการอธิบาย (18 คน) ข้อมูลที่ได้จากการทดลองถูกวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ANOVA, LSD และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มเอกสารใหม่และมีการอธิบาย มีคะแนนเฉลี่ยของ ความรู้ การรับรู้ และการได้รับประโยชน์จากเอกสาร สูงกว่า กลุ่มเอกสารจากอินเทอร์เน็ต และกลุ่มเอกสารจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่คะแนนระหว่างกลุ่มเอกสารใหม่และมีการอธิบาย กับคะแนนกลุ่มเอกสารใหม่ไม่แตกต่างกัน สำหรับคะแนนเฉลี่ยของการตัดสินใจ การอ่านง่ายและความสวยงาม ของทั้ง 4 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการพัฒนาเอกสารให้ความรู้ด้านสุขภาพในประเด็นสุขภาพอื่นๆ และ/หรือควรมีการพัฒนาสื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพชนิดต่างๆ โดยใช้กระบวนการการปรึกษาผู้ใช้ในกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างจากการวิจัยและพัฒนาครั้งนี้

คำสำคัญ : การวิจัยและพัฒนา มะเร็งเต้านม กระบวนการการปรึกษาผู้ใช้

Abstract

This research and development study aimed to develop a written educational material on breast cancer through end-user's consultation process, and to test for an effectiveness of the new written material. The study was conducted in three phases: **Phase 1** Studying the participants' learning needs about breast cancer through end-users' consultation process. Nine women aged between 50 to 80 years and finished the school at grade four not more than grade nine, participated in a focus group. Qualitative data were analyzed and then emerged themes became frame of the content on a new written educational material. **Phase 2** Development of the new written educational material based on suggestions of the focus group. Then, content of the new written educational material was validated by experts. In addition, The knowledge and perception about breast cancer questionnaires and the end-user's view on the

^{1,3} ประ.ด. อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

² พย.ม. อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

written educational material questionnaires were developed, with test-retest for the knowledge ($r = .554$, internal consistency for perception, useful, and decision were $.705$, $.890$, and $.887$. **Phase 3** Testing for an effectiveness of the new written educational material by a study of the 4-group, pre-posttest design. Seventy seven women met the criteria for inclusion, and were randomized to four different written educational material groups: educational material from internet group (21 participants), educational material from the hospital group (20 participants), a new written educational material group (18 participants), and the new written educational material with explanation group (18 participants). After the testing, data were analyzed using ANOVA, LSD and paired t-test.

The results showed that the new written educational material with explanation group had means scores of knowledge, perception, and usefulness from the material about breast cancer significantly higher than the educational material from the internet group, and the educational material from hospital group at the significance level of $.05$. However, there were no differences of the means scores of knowledge, perception, and usefulness between new written educational material group and the new written educational material with explanation group. And, there were no significant different means scores of decision making, readability, and attractiveness of material among the four groups. Results suggested that it would be help to develop and provide written educational material in other different health information and/or develop and provide different types of media for health education through end-users' consultation process for different target groups..

Keywords: breast cancer, end-users' consultation, and written educational material

บทนำ

โรคมะเร็งเต้านมถือเป็นปัญหาสาธารณสุขของโลกที่ทำให้สูญเสียชีวิตของประชากรและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก ในปัจจุบันมีผู้ป่วยรายใหม่มากกว่า 1.2 ล้านคนต่อปีทั่วโลก และในต่างประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศในทวีปยุโรป พบอุบัติการณ์สูงกว่าประเทศไทยหลายเท่า คือในผู้หญิงต่างชาติ 8 คนจะมีคนเป็นมะเร็งเต้านมอยู่ 1 คน ในประเทศไทยโรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยเช่นเดียวกัน จากข้อมูลสถิติโรคมะเร็งของประเทศไทย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2557)⁽¹⁾ และพบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมมากที่สุดเป็นอันดับ 1 ในสตรีไทย คิดเป็น 28.6 ต่อประชากรแสนคน และมีอัตราการเสียชีวิตและอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ช่วงอายุที่พบสูงสุดจะอยู่ที่ 50-55 ปี โดยเฉพาะในผู้หญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะยังมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมสูงถึง 50-60% (อตุลย์ รัตนวิจิตรศิลป์, 2559)⁽²⁾ การรักษาส่วนใหญ่มักจะได้ผลดี ถ้าเป็นระยะแรกมักจะมีชีวิตอยู่ได้นานตามปกติหรือหายขาด แต่ถ้าเป็นในระยะแพร่กระจายไปทั่วร่างกายแล้ว ก็มักจะได้อายุไม่ยืนนัก ดังนั้นโอกาสในการรักษาให้หายขาดจึงขึ้นอยู่กับระยะของโรคเป็นหลัก

และรวมไปถึงการตอบสนองต่อการรักษา อายุ และสุขภาพของผู้ป่วย⁽²⁾ การให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งทุกระยะของการเจ็บป่วยและการดูแลรวมถึงการป้องกันความเจ็บป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ⁽³⁾ นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยมีความสามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้ มีความเข้าใจ ในการดูแลรักษาและการปฏิบัติตัว สามารถเปรียบเทียบข้อมูลตัดสินใจเลือก และปฏิบัติตามวิธีที่ได้เลือกแล้ว จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่เรียกว่ามีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ^(4,5)

จากการศึกษาของ ฉันทนิชา คำปาละ และ คณะ (2558)⁽⁶⁾ เรื่องความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของสตรีในจังหวัดลำปาง พบว่าสตรีในช่วงวัยก่อนสูงอายุและวัยสูงอายุ(50ปีขึ้นไป)มีข้อจำกัดในการเข้าถึงและเข้าใจในข้อมูลความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อโรคต่างๆ การรักษาและการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง เช่น มะเร็ง กระดูกพรุน และสมองเสื่อม ฯลฯ การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นในรูปแบบของเอกสารให้ให้ความรู้ซึ่งได้ผลดี⁽⁷⁾

แต่อย่างไรก็ตามเอกสารให้ความรู้ที่มีอยู่ในถูกพัฒนาขึ้นในมุมมองของ นักวิชาการ หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ไม่ใช่จากมุมมองหรือความต้องการของผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เรียนหนังสือน้อย มีความ

สามารถในการเข้าถึงข้อมูลจำกัด⁽⁸⁾ การพัฒนาเอกสารให้ความรู้โดยใช้กระบวนการปรึกษาผู้ใช้หรือผู้ป่วยจะช่วยให้พัฒนาความเข้าใจในเนื้อหาความรู้^(9,10) ผู้ใช้หรือผู้ป่วยสามารถเปรียบเทียบ ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติและปฏิบัติตามความรู้ต่างๆได้จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ใช้หรือผู้ป่วยให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาเอกสารให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม โดยกระบวนการปรึกษาผู้ใช้ และเพื่อหาประสิทธิภาพของเอกสารที่ได้พัฒนาขึ้น

วิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนาเอกสารให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมโดยกระบวนการปรึกษาผู้ใช้ และเพื่อหาประสิทธิภาพของเอกสารที่ได้พัฒนาขึ้น ระหว่างเดือน ธันวาคม 2559 ถึง พฤษภาคม 2560 โดยผู้ใช้(end-user) หมายถึงผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ไม่เกินชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่ยังสามารถอ่านเอกสารความรู้ภาษาไทยได้

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป เรียนหนังสือจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ยังสามารถอ่านภาษาไทยได้ จำนวน 77 คน ในการทดลองหาประสิทธิภาพของเอกสารทั้งหมด 4 กลุ่ม การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง : หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย และได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยแจ้งให้ทราบว่าในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจะไม่มีเปิดเผยชื่อของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลจะเป็นภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้และมีสิทธิ์ที่จะทราบผลการวิจัยหลังการวิจัยสิ้นสุดลง

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาความต้องการรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมของผู้ใช้เอกสาร

ผู้วิจัยได้ศึกษาความต้องการรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมของผู้ใช้เอกสาร ผ่านกระบวนการปรึกษาผู้ใช้เอกสารโดยการทำกลุ่มสนทนา(focus group) ในผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 50 ขึ้นไป เรียนหนังสือจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ไม่เกิน ชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 9 คน ในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดลำปางซึ่งผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนา มีอายุระหว่าง 58 ถึง 79 ปี เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 6 คน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 1 คน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 7 จำนวน 1 คน และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 2 คน หลังจากการทำกลุ่มสนทนา ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เกิดประเด็นหลักในการกำหนดเนื้อหาและการออกแบบเอกสารให้ความรู้ดังนี้คือ 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมตั้งแต่แรกเริ่มจนระยะสุดท้าย 2) ให้ความรู้กับผู้หญิงอย่างองค์รวมโดยคำนึงถึง ร่างกาย จิตใจ ของผู้หญิง 3) ให้ความรู้ที่ชี้นำการเปลี่ยนพฤติกรรม และเมื่อถึงเวลาสามารถตัดสินใจได้ 4) ให้ความรู้ในบรรยากาศที่เป็นมิตร 5) ให้ความรู้ถึงผลกระทบหรือผลลัพธ์ที่ตามมาของการเป็นมะเร็งเต้านมได้ 6) ให้ความรู้ที่สะท้อนถึงการมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแล 7) สื่อการให้ความรู้ควรจะสอดคล้องกับการมองเห็นที่เปลี่ยนไปของผู้สูงอายุและง่ายต่อการอ่าน 8) สื่อการให้ความรู้ควรมีขนาดที่เหมาะสมสำหรับการพกพา และ 9) สื่อให้ความรู้ควรจะน่าอ่านมีคุณค่าสำหรับการเก็บรักษา

ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนาเอกสารและเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

2.1.เอกสารให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม

ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาเอกสารการให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมนี้ตามประเด็นจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการทำกลุ่มสนทนา ในระยะที่ 1 ของการวิจัยและพัฒนา เอกสารใหม่นี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการรักษา

มะเร็งเต้านม พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เต้านม และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการสอนและการวิจัยเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2.2 แบบประเมินการอ่านที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของแบบวัดการรู้หนังสือซึ่งมี 2 ส่วน ประกอบด้วยส่วนที่ประเมินการอ่านภาษาไทย และส่วนที่ประเมินการเขียนสำหรับผู้เรียนจบชั้นประถมศึกษาตอนต้น (ประถมศึกษาปีที่ 4) ของการศึกษานอกโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัย กระทรวงศึกษาธิการ ผู้วิจัยเลือกใช้เฉพาะแบบประเมินการอ่านภาษาไทย ซึ่งเป็นข้อความสำหรับประเมินการอ่านภาษาไทย เรื่อง หัวปลาทูกับเด็กน้อยขดัญญ โดยใช้เวลาในการอ่าน 5 นาที และมีการให้คะแนนการอ่านจาก 0 คะแนนถึง 100 คะแนน และมีเกณฑ์จัดระดับคะแนนการอ่านดังนี้ 80-100 คะแนน หมายถึง อ่านได้ดีมากและอ่านคล่อง 60-79 คะแนน หมายถึง อ่านได้ดี 40-59 คะแนน หมายถึง อ่านได้แต่ไม่คล่อง 20-39 คะแนน หมายถึง อ่านพอได้ 0-19 คะแนน หมายถึง อ่านไม่ได้

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ดำเนินการหาค่าความสอดคล้องของการประเมินการอ่าน(inter-rater reliability) โดยให้ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 คน อ่านข้อความสำหรับประเมินการอ่านภาษาไทย เรื่อง หัวปลาทูกับเด็กน้อยขดัญญ ส่วนผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 4 คน (รวมเป็น 5 คน) เป็นผู้ให้คะแนน ตามเกณฑ์ หลังจากนั้นคำนวณหาค่าความสอดคล้องของการให้คะแนนระหว่างผู้วิจัย กับผู้ช่วยวิจัยได้ค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.8 จึงตรวจทานการให้คะแนนร่วมกันแล้วอธิบายข้อที่ทำได้ต่างกัน หลังจากนั้น ทำการประเมินการอ่านซ้ำอีกครั้งหนึ่งกับผู้ที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างอีกคนหนึ่ง แล้ววิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องของการประเมินการอ่านได้เท่ากับ 1.0

2.3 แบบประเมินความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมก่อนและหลังการทดลองเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัย

ได้พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ ตั้งแต่ ไซ่ (1) ไม่ไซ่ (0) และไม่แน่ใจ (0) มีจำนวนทั้งหมด 20 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้ 13 ข้อ และการรับรู้ 7 ข้อ ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและด้านความรู้มีค่า test-retest (r) = .554 ด้าน การรับรู้ มี ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .705

2.4 แบบประเมินความคิดเห็นของผู้ใช้เอกสาร (end-user) ใช้ประเมินคุณสมบัติของเอกสารเฉพาะหลังการทดลองที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยมากที่สุด(5) เห็นด้วยมาก(4) เห็นด้วยปานกลาง(3) เห็นด้วยน้อย(2) และไม่เห็นด้วย(1) มีจำนวนทั้งหมด 14 ข้อ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมี ค่า ความเที่ยง Cronbach's alpha coefficient ด้านการได้รับประโยชน์เท่ากับ .890 และด้านการตัดสินใจ .887

ระยะที่ 3 ขึ้นดำเนินการทดลองเพื่อหาประสิทธิภาพของเอกสาร

ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยลงทะเบียนประเมินการอ่านกลุ่มตัวอย่างจนครบทุกคนคัดผู้ที่ได้คะแนน 1-19 (อ่านไม่ได้) ซึ่งมีจำนวน 8 คน ออกจากการทดลอง และแยกจัดกิจกรรมการบริหารเข้าแยก สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เหลือจำนวน 77 คนตามระดับการอ่าน 4 ระดับได้แก่ 1) อ่านได้ดีมากและอ่านคล่อง 2) อ่านได้ดี 3) อ่านได้แต่ไม่คล่อง 4) อ่านพอได้

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างและเอกสารการทดลองดำเนินการโดยผู้วิจัย สุ่มจับซองที่มีการระบุชื่อเอกสารอยู่ในซองที่ละซองสุ่มจับหมายเลข (1, 2, 3, 4) จากกล่อง และเขียนหมายเลขบนซองที่จับได้ หลังจากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างให้เข้ากลุ่มเอกสารการทดลองที่จัดไว้ โดยสุ่มที่ระดับการอ่านที่เหลือแต่ละระดับเก็บไว้ในซองตามระดับการอ่าน หลังจากนั้นเอารายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่เหลือในแต่ละซองมาสุ่มอีกครั้ง เพื่อเลือกกลุ่ม โดยไม่ใส่คืน จนครบหมดทุกคนแคะซองเพื่อเปิดเผยเอกสารการทดลองแต่ละกลุ่ม ซึ่งกลุ่มการทดลองแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มดังนี้ กลุ่มที่ 1 อ่านเอกสารจากอินเทอร์เน็ต($n=21$) กลุ่มที่ 2 อ่านเอกสารจากโรงพยาบาล($n=20$)กลุ่มที่ 3 อ่านเอกสารใหม่ที่ผู้วิจัยพัฒนา

ขึ้น(n = 18)กลุ่มที่ 4 อ่านเอกสารใหม่สำหรับผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและมี การอธิบาย(n = 18)

การทดลองเริ่มจากการทำ Pre-test (แบบประเมิน ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม) โดยผู้ช่วยนักวิจัย ประจำกลุ่มอ่านข้อคำถามให้ฟังทีละข้อ และ ให้กลุ่ม ตัวอย่างทำแบบสอบถามไปพร้อมๆกัน หลังจากนั้น ให้กลุ่ม ตัวอย่างอ่านเอกสารที่สุ่มได้ โดยให้อ่านเอง ไม่ให้มีการ ปรึกษากัน ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที แล้วทำ Post-test (แบบประเมินความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็ง เต้านม และ แบบประเมินความคิดเห็นต่อเอกสารของผู้ใช้เอกสาร) โดยผู้ช่วยนักวิจัยประจำกลุ่ม อ่านข้อคำถามให้ฟังทีละข้อ และ ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามไปพร้อมๆกัน

หลังจากนั้นเพื่อเป็นการรักษามาตรฐานจริยธรรม การทำวิจัยในมนุษย์ผู้วิจัยได้สอนสุขศึกษาและสาธิตให้แก่ กลุ่มตัวอย่างและผู้เข้ารับการประเมินการอ่านภาษาไทยที่ถูก คัดออกทุกคนเรื่องการตรวจ เต้านมด้วยตนเอง เมื่อการ สอนแล้วเสร็จเป็นการสิ้นสุดการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บข้อมูลแล้วผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ ข้อมูล ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรู้และ การรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมก่อนและหลังการทดลองใช้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบ คะแนนก่อนและหลังการทดลองใช้ paired T-test และการ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มใช้ ANOVA และLSD คะแนน ส่วนคะแนนความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อเอกสาร และ การตัดสินใจวิเคราะห์โดยใช้ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มใช้ ANOVA , LSD และpaired T-test

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 77 คนมีความสามารถในการ อ่านในระดับอ่านได้ดีมาก จำนวน 57 คน อ่านได้ดี จำนวน 10 คน อ่านได้แต่ไม่คล่อง จำนวน 5 คน และ อ่านพอได้ จำนวน 5 คน มีอายุอยู่ระหว่าง 87 ถึง 50 ปีเฉลี่ย 62.117 ปี และมีรายได้อยู่ระหว่าง 2,3340.00 บาทต่อเดือนถึงไม่มี รายได้ โดยเฉลี่ยแล้วมีรายได้เดือนละ 4,073.00 บาท เมื่อ เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างแยกตามกลุ่ม เอกสารพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05

2. ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

ก่อนการทดลองผู้วิจัยได้ประเมินความรู้และการ รับรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่างทุกคน (n = 77) เมื่อแยกตามกลุ่มเอกสารพบว่ากลุ่มเอกสารจากอินเทอร์เน็ต มีความรู้เฉลี่ย 6.238 คะแนน (SD = 2.095) และคะแนนการ รับรู้เฉลี่ย 2.952 คะแนน (SD = 1.465) กลุ่มเอกสารจาก โรงพยาบาลมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 7.350 คะแนน (SD = 1.225)และคะแนนการรับรู้เฉลี่ย 3.850 คะแนน (SD = 1.308) กลุ่มเอกสารใหม่มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 6.833 คะแนน (SD = 1.543) และคะแนนการรับรู้เฉลี่ย 3.555 คะแนน (SD = 1.756) ส่วนกลุ่มเอกสารใหม่และอธิบาย มีคะแนนความรู้ เฉลี่ย 6.055 (SD = 2.208) และคะแนนการรับรู้เฉลี่ย 4.166 (SD = 1.617) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้และ คะแนนการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มการ ทดลอง 4 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่ม เอกสารทั้ง 4 กลุ่ม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	260.502	3	86.834	29.518	0.00
ภายในกลุ่ม	214.744	73	2.94		
รวม	475.247	76			

$P \leq .05$

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม
กลุ่มเอกสารทั้ง 4 กลุ่ม

กลุ่ม	Mean	SD	$\bar{D}$	$SD \bar{D}$	t	p
กลุ่มเอกสารจากอินเทอร์เน็ต(n=21)						
ก่อนการทดลอง	6.238	2.095	.761	2.364	1.477	.155
หลังการทดลอง	7.000	2.121				
กลุ่มเอกสารจากโรงพยาบาล(n=20)						
ก่อนการทดลอง	7.350	1.225	1.550	1.503	4.610	.000
หลังการทดลอง	8.900	1.372				
กลุ่มเอกสารใหม่(n=18)						
ก่อนการทดลอง	6.833	1.543	4.111	2.398	7.273	.000
หลังการทดลอง	10.944	2.014				
กลุ่มเอกสารใหม่และอธิบาย(n=18)						
ก่อนการทดลอง	6.055	2.209	5.611	2.090	11.389	.000
หลังการทดลอง	11.667	1.085				

$P \leq .05$

จากตารางพบว่า หลังการทดลองคะแนนความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่มเพิ่มขึ้น จากก่อนการทดลองดังนี้ กลุ่มเอกสารจากอินเทอร์เน็ตมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 7.000 คะแนน (SD = 2.121) กลุ่มเอกสารจากโรงพยาบาล มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 8.900 คะแนน (SD = 1.372) กลุ่มเอกสารใหม่มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 10.944 คะแนน (SD = 2.013) และกลุ่มเอกสารใหม่และอธิบายมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 11.667 คะแนน (SD = 1.084) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ยหลังการทดลองของทั้ง 4 กลุ่มพบว่ามีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองของทั้ง 4 กลุ่มพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ยระหว่าง 4 กลุ่มก็พบว่า กลุ่มเอกสารใหม่และอธิบายมีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเอกสารจากอินเทอร์เน็ต และกลุ่มเอกสารจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มเอกสารทั้ง 4 กลุ่ม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	89.313	3	29.771	15.414	0.00
ภายในกลุ่ม	140.998	73	1.931		
รวม	230.312	76			

$P \leq .05$

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มเอกสารทั้ง 4 กลุ่ม

กลุ่ม	Mean	SD	$\bar{D}$	$SD \bar{D}$	t	p
กลุ่มเอกสารจากอินเทอร์เน็ต(n=21)						
ก่อนการทดลอง	2.952	1.465	.285	1.521	.861	.400
หลังการทดลอง	3.238	1.578				
กลุ่มเอกสารจากโรงพยาบาล(n=20)						
ก่อนการทดลอง	3.850	1.308	.250	1.446	.773	.449
หลังการทดลอง	4.100	1.586				
กลุ่มเอกสารใหม่ (n=18)						
ก่อนการทดลอง	3.555	1.756	1.888	1.936	4.137	.001
หลังการทดลอง	5.444	1.423				
กลุ่มเอกสารใหม่และอธิบาย(n=18)						
ก่อนการทดลอง	4.166	1.617	1.777	1.437	5.248	.000
หลังการทดลอง	5.944	.725				

$P \leq .05$

จากตาราง พบว่า หลังการทดลองคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่มเพิ่มขึ้นดังนี้ กลุ่มเอกสารจากอินเทอร์เน็ตมีคะแนนการรับรู้เฉลี่ย 3.238 คะแนน (SD = 1.578) กลุ่มเอกสารจากโรงพยาบาลมีคะแนนการรับรู้เฉลี่ย 4.100 คะแนน (SD = 1.586) กลุ่มเอกสารใหม่มีคะแนนการรับรู้เฉลี่ย 5.444 คะแนน (SD = 1.423) และกลุ่มเอกสารใหม่และอธิบายมีคะแนนการรับรู้เฉลี่ย 5.944 คะแนน (SD = .725) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เฉลี่ยหลังการทดลองของทั้ง 4 กลุ่มพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองของทั้ง 4

กลุ่มพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ระหว่างกลุ่มทดลองทั้ง 4 กลุ่มก็พบว่า กลุ่มเอกสารใหม่และอธิบายมีคะแนนการรับรู้ความรู้เฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเอกสารจากอินเทอร์เน็ต และกลุ่มเอกสารจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เฉลี่ยของกลุ่มเอกสารใหม่และอธิบาย กับ คะแนนการรับรู้เฉลี่ยของกลุ่มเอกสารใหม่พบว่าไม่แตกต่างกัน

3. ความคิดเห็นของผู้ใช้เอกสาร(กลุ่มตัวอย่าง)เกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากเอกสาร การตัดสินใจ การอ่านง่าย และความสวยงามของเอกสารแต่ละกลุ่ม

ตาราง 5 เปรียบเทียบคะแนนความคิดเห็นของผู้ใช้เอกสาร(กลุ่มตัวอย่าง)เกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากเอกสารทั้ง 4 กลุ่มหลังการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	462.717	3	154.239	5.708	0.001
ภายในกลุ่ม	1972.504	73	27.021		
รวม	2435.221	76			

$P \leq .05$

พบว่าคะแนนความคิดเห็นการได้รับประโยชน์จากเอกสารโดยรวมมีค่าเฉลี่ย 36.519 (SD = 5.660) เมื่อแยกตามกลุ่มพบว่ากลุ่มเอกสารใหม่และอธิบายมีคะแนนเฉลี่ย 39.333 คะแนน (SD = 1.328) รองลงไปเป็นกลุ่มเอกสารใหม่มีคะแนนเฉลี่ย 38.722 คะแนน (SD = 1.319) กลุ่มเอกสารจากโรงพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ย 35.250 คะแนน (SD = 6.414) และ กลุ่มเอกสาร

จากอินเทอร์เน็ตมีคะแนนเฉลี่ย 33.428 คะแนน (SD = 7.520) ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนระหว่างกลุ่มพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. คะแนนการตัดสินใจเฉลี่ยหลังการทดลองของกลุ่มทดลองทั้ง 4 กลุ่มจำแนกตามเอกสาร

ตาราง 6 เปรียบเทียบคะแนนการตัดสินใจเฉลี่ยหลังการทดลองของกลุ่มทดลองทั้ง 4 กลุ่มจำแนกตามเอกสาร

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2.462	3	.821	1.745	0.165
ภายในกลุ่ม	34.343	73	.470		
รวม	36.805	76			

$P \leq 0.05$

สำหรับการตัดสินใจพบว่าคะแนนการตัดสินใจโดยรวมมีค่าเฉลี่ย 3.831 (SD = .695) เมื่อแยกแต่ละกลุ่มจำแนกตามเอกสารทั้ง 4 กลุ่มพบว่าแต่ละกลุ่มมีคะแนนการตัดสินใจเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มเอกสารใหม่และอธิบาย และ กลุ่มเอกสารใหม่มีคะแนนการตัดสินใจเฉลี่ยเท่ากันคือ 4.000 คะแนน (SD = 0.000) ส่วนกลุ่มเอกสารจากโรงพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ย 3.800 คะแนน (SD = .894) และ กลุ่มเอกสารจาก

อินเทอร์เน็ตมีคะแนนเฉลี่ย 3.571 คะแนน (SD = .978) ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนการตัดสินใจระหว่างกลุ่มจำแนกตามเอกสารทั้ง 4 กลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 8

7. คะแนนการอ่านง่ายเฉลี่ยและคะแนนความสวยงามของเอกสารหลังการทดลองของกลุ่มทดลองทั้ง 4 กลุ่ม จำแนกตามเอกสาร

ตาราง 7 เปรียบเทียบคะแนนการอ่านง่ายเฉลี่ยและคะแนนความสวยงามของเอกสารหลังการทดลองของกลุ่มทดลองทั้ง 4 กลุ่ม จำแนกตามเอกสาร

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
การอ่านง่าย					
ระหว่างกลุ่ม	2.814	3	.938	1.744	0.165
ภายในกลุ่ม	39.802	73	.538		
รวม	42.615	76			
ความสวยงาม					
ระหว่างกลุ่ม	3.266	3	1.089	1.607	0.195
ภายในกลุ่ม	50.119	73	.677		
รวม	53.385	76			

$P \leq 0.05$

ส่วนความคิดเห็นของผู้ใช้เอกสาร(กลุ่มตัวอย่าง)เกี่ยวกับการอ่านง่าย และความสวยงามของแต่ละกลุ่มจำแนกตามเอกสาร พบว่า ทุกกลุ่มมีความเห็นว่าเอกสารอ่านง่าย และสวยงาม โดยกลุ่มเอกสารจากอินเทอร์เน็ตมีคะแนนอ่านง่ายเฉลี่ย 4.476 คะแนน (SD= 1.077) และมีคะแนนความสวยงามของเอกสารเฉลี่ย 4.381 คะแนน (SD = 1.203) กลุ่มเอกสารจากโรงพยาบาลมีคะแนนอ่านง่ายเฉลี่ย 4.650 (SD = .812) และมีคะแนนความสวยงามของเอกสารเฉลี่ย 4.300 คะแนน (SD = .864) กลุ่มเอกสารใหม่มีคะแนนอ่านง่ายเฉลี่ย 4.722 (SD = .460) และมีคะแนนความสวยงามของเอกสารเฉลี่ย 4.666 คะแนน (SD = .485) และ กลุ่มเอกสารใหม่และอธิบายมีคะแนนอ่านง่ายเฉลี่ย 5.000 (SD = .000) และมีคะแนนความสวยงามของเอกสารเฉลี่ย 4.833 คะแนน (SD = .383) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการอ่านง่ายและคะแนนความสวยงามระหว่างกลุ่มจำแนกตามเอกสารทั้ง 4 กลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนาเอกสารการให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมโดยใช้กระบวนการปรึกษาผู้ใช้ ที่ผู้วิจัยได้วิจัยและพัฒนาขึ้นสอดคล้องกับการสร้างนวัตกรรม⁽¹¹⁾ ดังนี้

1.1 การเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ (paradigm) เอกสารการให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมโดยใช้กระบวนการปรึกษาผู้ใช้ที่ผู้วิจัยได้สร้างพัฒนาขึ้นใหม่เป็นสื่อการสอนสุขศึกษาที่ถ่ายทอดความรู้ที่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมของผู้ใช้ (culturally sensitive health education media) ซึ่งมีหลายรูปแบบ เช่น สื่อเอกสารแผ่นพับ สื่อวีดิทัศน์ สื่อทางวิทยุ หรือสื่อประยุกต์ใช้สำหรับคอมพิวเตอร์และ มือถือ⁽¹²⁾ ในที่นี้ผู้วิจัยเลือกใช้สร้างและพัฒนาสื่อเอกสารแผ่นพับเพื่อให้ผู้ที่มีความสะดวกในการเข้าถึงเนื่องจากกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ที่เรียนจบในระดับชั้นประถมศึกษาไม่เกินชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่สามารถอ่านออกและมีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป เป็นการพัฒนาเอกสารตามแนวคิดใหม่ในประเทศไทยซึ่งแต่เดิมการสร้างเอกสารให้ความรู้ หรือ

เอกสารสอนสุขศึกษาจะสร้างจากการที่บุคลากรสุขภาพเห็นว่าเนื้อหาจำเป็นสำหรับผู้ใช้หรือผู้ป่วยควรรู้

1.2 การเปลี่ยนแปลงกระบวนการผลิต (process) ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาเอกสารแผ่นพับโดยใช้กระบวนการปรึกษาผู้ใช้มีการศึกษาความต้องการรู้ข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งผ่านกลุ่มสนทนาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกิดประเด็นเพื่อกำหนดเนื้อหาและการสร้างเอกสารตามที่ผู้วิจัยได้เสนอข้างต้น

1.3 การเปลี่ยนแปลงผลิตภัณฑ์ หรือ บริการ (product) ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาเอกสารการให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมขึ้นใหม่ ตามประเด็นที่วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากกลุ่มสนทนา

1.4 การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของ สินค้าหรือ บริการ (positioning) เอกสารการให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมที่สร้างและพัฒนาขึ้นใหม่นี้เหมาะสำหรับผู้หญิงที่อยู่ในวัยก่อนสูงอายุและผู้สูงอายุคืออายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปเรียนจบชั้นประถมปีที่ 4 ไม่เกินชั้นมัธยมศึกษาที่อ่านภาษาไทยออก ซึ่งสามารถนำวิธีการสร้างและพัฒนาไปประยุกต์ใช้ในการสร้างสื่อชนิดอื่นๆที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเป้าหมายกลุ่มอื่นๆได้

2. จากผลการดำเนินงานทำให้ หลังการทดลองพบว่าคะแนนความรู้และคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมของกลุ่มเอกสารใหม่สูงกว่ากลุ่มเอกสารจากอินเทอร์เน็ต และกลุ่มเอกสารจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มเอกสารใหม่และอธิบายสูงกว่ากลุ่มเอกสารจากอินเทอร์เน็ต และกลุ่มเอกสารจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มเอกสารใหม่และอธิบายมีคะแนนการได้รับประโยชน์จากเนื้อหาในเอกสารเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเอกสารจากอินเทอร์เน็ต และกลุ่มเอกสารจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจากเนื้อหาในเอกสารใหม่สร้างจากประเด็นที่เกิดจากความต้องการรู้ของผู้ใช้เอกสาร(กลุ่มตัวอย่าง) ซึ่งก่อนพัฒนาเอกสารความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมผู้วิจัยได้ศึกษาความต้องการความรู้ที่เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมโดยการศึกษาแบบกลุ่มสนทนากับผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปี

ขึ้นไปจำนวน 9 คนในชุมชนแห่งหนึ่งซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติผู้ที่เข้าร่วมกลุ่มสนทนาไว้คือ เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป เรียนหนังสือจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และไม่เกินชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 และอ่านภาษาไทยได้ซึ่งผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาามีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มผู้ใช้เอกสาร (end - user)

3. จากกลุ่มสนทนาทำให้ทราบประสบการณ์ความต้องการรู้ในประเด็นเนื้อหาที่เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมของผู้ใช้เอกสารซึ่งเป็นกระบวนการปรึกษาผู้ใช้และผู้วิจัยได้สร้างเนื้อหาของเอกสารใหม่ให้ครอบคลุมประเด็นที่ผู้จะใช้ต้องการรู้ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ แกรรี เครบ และ รามา ศิวาราม (2008)⁽³⁾ ที่ว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม บุคลากรสุขภาพ และผู้ใช้บริการสุขภาพควรมีการสื่อสารกันทางด้านสุขภาพที่ดี มีการวางแผนอย่างระมัดระวัง บนพื้นฐานความรู้เชิงประจักษ์ มีการออกแบบที่ดี สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ และมีการปรับเปลี่ยนตามเวลา และจากผลลัพธ์ที่ได้ โดยเฉพาะอย่างในกลุ่มประเทศที่มีทรัพยากรจำกัด นอกจากนี้ การสื่อสารรู้ด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการจำเป็นและวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ จะช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้ใช้บริการ ส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ใช้บริการที่มีภูมิหลังทางวัฒนธรรมที่ต่างกัน⁽¹⁰⁾ และผลจากการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยได้วิเคราะห์และผู้วิจัยได้สร้างแบบประเมินความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมจากเอกสารใหม่ขึ้นเพื่อประเมินความรู้และการรับรู้ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ประเมินได้ตรงกับความรู้และการรับรู้ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับทำให้ได้คะแนนสูง นอกจากนี้เนื้อหาความรู้ในเอกสารจากอินเทอร์เน็ต และเอกสารจากโรงพยาบาลนั้นสร้างจากความรู้ทางด้านการรักษาซึ่งเป็นมุมมองของบุคลากรสุขภาพ และผู้วิจัยไม่แน่ใจว่าได้มีการศึกษาความต้องการรู้ของผู้ใช้ก่อนหรือไม่ ซึ่งทำให้เนื้อหาของเอกสารจากอินเทอร์เน็ตและเอกสารจากโรงพยาบาลอาจจะไม่ครอบคลุมในประเด็นที่ผู้ใช้ต้องการรู้เมื่อประเมินความรู้และการรับรู้ของกลุ่มเอกสารจาก

อินเทอร์เน็ตและกลุ่มเอกสารจากโรงพยาบาลหลังการทดลองทำให้ได้คะแนนความรู้และคะแนนการรับรู้คะแนนการได้รับประโยชน์จากเอกสารเพิ่มขึ้นน้อยและไม่แตกต่างจากคะแนนก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมเฉลี่ย คะแนนการได้รับประโยชน์จากเอกสารเฉลี่ยของกลุ่มเอกสารใหม่และอธิบาย กับคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มเอกสารใหม่พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องจากใช้เอกสารใหม่เหมือนกัน แม้ว่าอีกกลุ่มหนึ่งจะมีการอธิบายในกรณีที่มีข้อสงสัยด้วย

5. สำหรับการตัดสินใจพบว่าคะแนนการตัดสินใจโดยรวมมีค่าเฉลี่ย 3.831 (SD = .695) เมื่อแยกแต่ละกลุ่มจำแนกตามเอกสารทั้ง 4 กลุ่มพบว่าแต่ละกลุ่มมีคะแนนการตัดสินใจเฉลี่ยใกล้เคียงกัน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนการตัดสินใจระหว่างกลุ่มจำแนกตามเอกสารทั้ง 4 กลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องจากการตัดสินใจของบุคคลเป็นพฤติกรรมที่เป็นผลเนื่องจากความรู้ ประสบการณ์ และภูมิหลังของบุคคล และกรณีนี้เกี่ยวข้องกับมะเร็งเต้านมซึ่งถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤติและคุกคามต่อชีวิตและคุณภาพชีวิต ทำให้บุคคลมีแนวโน้มการตัดสินใจที่จะหาแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อให้พ้นต่อภาวะวิกฤติที่คุกคามต่อชีวิตและคุณภาพชีวิตได้เหมือนกันหรือใกล้เคียงกัน⁽⁹⁾ แม้ว่าความรู้จากเอกสารแต่ละกลุ่มที่ได้รับจะมีประเด็นที่เป็นประโยชน์และความครอบคลุมต่างกัน

6. สำหรับคะแนนการอ่านง่ายและความสวยงามของเอกสารของแต่ละกลุ่มการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั้นอาจเนื่องมาจากเอกสารของแต่ละกลุ่มมีขนาดของตัวอักษรที่เหมาะสมสำหรับการอ่านของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยก่อนสูงอายุและผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนทางด้านสายตาและการมองเห็น นอกจากนี้ยังมีภาพประกอบเนื้อหาตรงตามข้อเสนอแนะของกลุ่มสนทนา

ข้อเสนอแนะ

บุคลากรสุขภาพ ควรมีการพัฒนาเอกสารให้ความรู้ในประเด็นสุขภาพอื่นๆสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดด้านการอ่านและการเข้าถึงสื่อเอกสารความรู้ให้เหมาะกับวัยและสุขภาพ และ/หรือควรมีการพัฒนาสื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพชนิดต่างๆ โดยใช้กระบวนการการศึกษาผู้ใช้ในกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างจากการวิจัยและพัฒนา

ครั้งนี้ เช่น โปรแกรมประยุกต์สำหรับใช้กับมือถือ หรือสื่อในการฟัง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ที่ให้การสนับสนุนทุนการวิจัยผู้ทรงคุณวุฒิ และขอบคุณผู้ช่วยวิจัย รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- 1.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล 2555. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศสถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2557.
- 2.อดุลย์ รัตนวิจิตรศิลป์. เมื่อไร! สงสัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม. [Online] Available: <https://www.toyotaclub.net/site/Webboard/aft/41859>. [20 ธันวาคม 2559].
- 3.Kreps, G. & Sivaram, R. Strategic health communication across the continuum of breast cancer care in limited resource countries. **Cancer Supplement**. 113 (8): 2331-2337., 2008.
- 4.Nutbeam, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promotion International**. 15 (3): 259-267, 2006.
- 5.Sorensen, K., et al.. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**. doi: 10.1186/1471-2458-12-80, 2012.
- 6.ณัฐนิชา คำปละ ปริสนา นวลบุญเรือง และคณะ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การศึกษากลุ่มสตรีในจังหวัดลำปาง. รายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการระดับชาติ **Leadership and Innovation in Older Person Care**. มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง, 2558.
7. Bonevski, B. & Newell, S. Development of written health education materials: a review. **ePublications@SCU**. Southern Cross University, 1999.
- 7.Garsia, S., et al. Development and validation of a nutritional education pamphlet for low-literacy pediatric oncology caregivers in central America. **Journal Cancer Education**. 25 (4): 512-517, 2010.
8. Jahan, S., et al. Suitability assessment of health education brochures in Qassim province, Kingdom of Saudi Arabia. **Journal of Family and Community Medicine**. 21 (3): 186-192, 2014.
- 9.Coulter, A. **Evidence on the effectiveness of strategies to improve patients' experience of cancer care: Cancer reform strategy patient experience working group**. Oxford: Picker Institute, 2007
- 10.Komen, S. Breast cancer education toolkit for Hispanic/Latino communities. **www.komentoolkits.org/wp-content/uploads**, 2016.
- 11.อจธรา จันทรฉาย. นวัตกรรม : ความหมาย ประเภท และความสำคัญต่อการเป็นผู้ประกอบการ. **วารสารบริหารธุรกิจ**. 33 (128): 57-58, 2553.
- 12.Sobero, R. A., et. al. Using a culturally competent framework to increase annual breast cancer screening rates among low-income Latinas: a case study of the Orange County Cancer Detection Partnership. **Californian Journal of Health Promotion**. 1 (2): 101-117, 2003.

การพัฒนาสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 โดยใช้กระบวนการจิตปัญญาในเขตอำเภอเมืองสกลนคร
จังหวัดสกลนคร

The Health Development of Elementary Students level 4-6 by Contemplative Processes in Mueang
Sakon Nakhon District, Sakon Nakhon Province

ชนิกา ทองอันทัง¹, สุขสมัย สมพงษ์²

Chanika Thungauntung¹, Suksamai Sompong²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกระบวนการจิตปัญญาในการพัฒนาสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 82 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 41 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 41 คน กลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาสุขภาพ โดยใช้กระบวนการจิตปัญญาที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ใช้เวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกความสะอาดของร่างกายและเครื่องแต่งกาย แบบบันทึกความสะอาดในช่องปาก และคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก แบบบันทึกการทำความสะอาดมือ แบบบันทึกการทดสอบสมรรถภาพทางกาย และแบบบันทึกข้อมูลค่าใช้จ่ายของทรัพยากรสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Paired Sample t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านอนามัยส่วนบุคคล คะแนนความสะอาดในช่องปาก และคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก การทำความสะอาดมือ การทดสอบสมรรถภาพทางกาย สูงขึ้นก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) มีค่าเฉลี่ยความสะอาดของร่างกายและเครื่องแต่งกาย ภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยความสะอาดมือระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกัน ผู้ปกครองเด็กมีความพึงพอใจในกระบวนการของการพัฒนาในระดับสูงทุกด้าน ค่าใช้จ่ายในการจัดกิจกรรมเฉลี่ยคนละ 305.12 บาท จากผลการวิจัยแสดงว่าการพัฒนาสุขภาพโดยใช้กระบวนการจิตปัญญา ทำให้นักเรียนมีการพัฒนาสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: กระบวนการจิตปัญญา, การพัฒนาสุขภาพนักเรียน, ความเหมาะสมในการนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

Abstract

This study was a Quasi-experimental design aimed to study the effectiveness of contemplative process to improve the health of students Elementary Students level 4-6 in Mueang Sakon Nakhon District, Sakon Nakhon Province. This study samples were 82 persons, there Were 41persons in both for experimental group and comparison group. The experimental group received developed health by contemplative process. Data collection was done with 12 weeks by interview. Cleanliness of body and dress score, plaque index score, Cleanliness of hand score, Fitness test score. And record of expenses public health resources. Statistics used for data analysis by percentage, means and standard deviation. Paired Sample t-test was used to compare the difference of means within group and Independent t-test was used to compare mean with difference group.

The results of study found that, the experimental group had mean score of personal health, cleanliness of body and clothes, Oral hygiene And plaque, Hand clean and physical fitness test were increased significantly than before the experiment and comparison group ($P < 0.001$), mean score of personal health showed no significantly difference than before the experiment group. During the experimental group and comparison group had mean score of hand clean showed no significant difference, respectively. The parents were satisfied with the process of developing a high level in all aspects. The average cost of each at 305.12 bahts per person. These results show that improving health by contemplative process. Students are improving health in a better way.

Key words: contemplative process, The Health Development of Elementary Students, Appropriate of study.

¹ นิติศตปริญาโทคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

² รองศาสตราจารย์พิเศษ ประจักษ์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

*corresponding author: suksamai_s@hotmail.com

บทนำ

การพัฒนาสุขภาพเด็กวัยเรียนซึ่งเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่จะต้องเติบโตเป็นกำลังแรงงานและสมองของชาติในอนาคต จำเป็นจะต้องเอาใจใส่ดูแลในทุกด้าน ทั้งด้านการรับบริการและความต้องการพื้นฐานรวมถึงการดูแลสุขภาพอนามัยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผลการสำรวจสุขภาพเด็กไทยอายุ 6-15 ปี ในปีพ.ศ.2553 ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽¹⁾ พบว่าเด็กไทยส่วนใหญ่นิยมบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพร่างกาย เช่น นิยมดื่มน้ำอัดลม น้ำหวานสูงถึงร้อยละ 97.5 รับประทานขนมกรุบกรอบร้อยละ 97.6 ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคลักษณะนี้นำไปสู่โรคอ้วน ส่งผลให้เกิดโรคเรื้อรังต่อไปในอนาคต เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด

ผลการสรุปรายงานการตรวจสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาในเขตจังหวัดสกลนคร ปี 2557⁽²⁾ พบว่านักเรียนแปร่งฟันหลังอาหารกลางวัน ที่โรงเรียนทุกวัน ร้อยละ 23.1 แปร่งฟันก่อนนอนทุกวัน ร้อยละ 49.7 กิจกรรมในเวลาว่างและการเคลื่อนไหวออกแรง พบว่า กิจกรรมที่ทำในเวลาว่างคือ เล่นหรือเล่นกีฬา ร้อยละ 74.3 ดูโทรทัศน์หรือซีดี ร้อยละ 68.9 และทำงานบ้าน ร้อยละ 68.3 มีการเคลื่อนไหวออกแรงหรือออกกำลังกายที่เพียงพอต่อสุขภาพ ร้อยละ 82.8

การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ จังหวัดสกลนครได้ดำเนินการตามแนวทางแผนยุทธศาสตร์สุขภาพส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กลุ่มเด็กวัยเรียน กระทรวงสาธารณสุข ปี 2557 โดยประสานกับโรงเรียนซึ่งมีการนำเอาสุขภาพยูนิตแห่งชาติ ไปบูรณาการกับเนื้อหาหลักสูตรกลุ่มวิชาสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิต กลุ่มสร้างเสริมลักษณะนิสัย และกลุ่มการงานพื้นฐานอาชีพ เน้นการปลูกฝังและสร้างพฤติกรรมสุขภาพโดยพัฒนาองค์ความรู้ที่จำเป็น ส่งเสริมค่านิยมที่ถูกต้อง จัดประสบการณ์การสร้างเสริมทักษะที่จำเป็นทางสุขภาพ พัฒนาปัจจัยแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการปลูกฝังและสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพควบคู่ไปด้วย⁽³⁾

ดังนั้น การพัฒนาสุขภาพให้แก่เด็กนักเรียนจะเป็นพื้นฐานในการสร้างสุขนิสัยที่ดีแก่เด็กเมื่อเจริญเติบโตเข้าสู่ผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในโรงเรียนระดับประถมศึกษาซึ่งจัดเป็น

การศึกษาภาคบังคับ และเป็นสถานที่ที่รวมเด็กวัยเรียนจำนวนมากกว่าระดับอื่นๆ ประกอบกับเด็กในวัยนี้มีการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงหลายประการ ได้แก่ การพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ดังที่ Orem (1991)⁽⁴⁾ ได้กล่าวไว้ว่าการที่บุคคลจะสามารถดูแลตนเองในวัยผู้ใหญ่อย่างมีประสิทธิภาพได้นั้น จะต้องมีการพัฒนาความสามารถอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วัยเด็กเนื่องจากความสามารถนี้ไม่ได้เกิดขึ้นทันทีในขณะที่เป็นผู้ใหญ่ แต่บุคคลจะเริ่มพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองมาตั้งแต่วัยเด็กโดยจะมีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเรื่อยๆตามวัย จากการดำรงชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคลนั่นเอง การพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองของเด็กนักเรียนประถมศึกษาจะเป็นการปลูกฝังพฤติกรรมตามแนวทางการสร้างสุขภาพเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ด้วยการประยุกต์ใช้กระบวนการจิตปัญญาซึ่งเน้นการเรียนรู้และการพัฒนาจากภายใน จะทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง มีการวิเคราะห์ไตร่ตรอง จนแสดงพฤติกรรมที่ดีออกมา เกิดการพัฒนาตนเองเพื่อให้เป็นผู้มีสุขภาพที่ดีเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 โดยใช้กระบวนการจิตปัญญาในเขตอำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบสองกลุ่ม ประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม การวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกระบวนการจิตปัญญาในการพัฒนาสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 อำเภอเมืองสกลนคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสกลนครและศึกษาในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2558

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ

ประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁽⁵⁾ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 82 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 41 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 41 คน กลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาสุขภาพ การเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1) เลือกตำบลด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) มา 2 ตำบล โดยตำบลเหล่าปอแดงเป็นตำบลกลุ่มทดลอง และตำบลคงชนเป็นตำบลกลุ่มเปรียบเทียบ เหตุผลในการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาด้านสุขภาพนักเรียนเหมือนกันและเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ ซึ่งผลการวิจัยจะก่อให้เกิดการพัฒนาในงานประจำและเกิดประโยชน์แก่ประชาชนในตำบลนี้ด้วย 2) เลือกโรงเรียนด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับสลากจากโรงเรียนในเขตตำบลเหล่าปอแดง มา 1 โรงเรียน ได้โรงเรียนบ้านหนองปลาน้อย (สุทธะเรืองศิลป์) เป็นกลุ่มทดลอง และเลือกแบบเจาะจงโรงเรียนในเขตตำบลคงชน มา 1 โรงเรียน ได้โรงเรียนบ้านหนองมะเกลือ เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้ข้อมูลจำนวนนักเรียนที่ใกล้เคียงกับกลุ่มทดลองในสัดส่วน โดยมีเกณฑ์คัดนักเรียนเข้ากลุ่มทดลอง (Inclusion Criteria) ดังนี้ เป็นนักเรียนในชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ทุกคนในโรงเรียนบ้านหนองปลาน้อย ตำบลเหล่าปอแดง อำเภอเมืองสกลนคร ไม่มีการคัดออก สภาพร่างกายและจิตใจไม่เป็นอุปสรรคในการร่วมการทดลอง เข้าร่วมการทดลองด้วยความสมัครใจ สามารถอยู่ร่วมการทดลองตลอดโปรแกรมการศึกษาได้ การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มตัวอย่างประชากรเป้าหมายเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากนั้นใช้วิธีการจับสลากรายชื่อ โดยสุ่มแบบไม่ใส่คืน จนได้รายชื่อครบตามขนาดตัวอย่าง และนัดหมายกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 3 ตอน ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามและประเมินสุขภาพนักเรียน ประกอบด้วย 6 ส่วน ตอนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปกครอง และแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพผู้ที่เกี่ยวข้อง และตอนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลค่าใช้จ่ายของทรัพยากรสาธารณสุข

2. เครื่องมือที่ใช้พัฒนาสุขภาพนักเรียนประกอบด้วย โปรแกรมการพัฒนาสุขภาพนักเรียนโดยใช้กระบวนการจิตปัญญา สื่อวีดิทัศน์ แผนการสอน ใบงาน โมเดลฟัน กล้องส่องตรวจมือ นาฬิกาจับเวลา ตลับเมตรกล้องวัดความอ่อนตัว เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ขอรับการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร หลังจากนั้นจึงทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เมื่อผ่านความเห็นชอบแล้วผู้วิจัยจึงขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายเกี่ยวกับความเป็นมาของการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมในการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงว่าการเข้าร่วมการวิจัยต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ การปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่ออาสาสมัครวิจัย และไม่ค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงินแต่อาสาสมัครจะได้รับ การประเมินสุขภาพ และอุปกรณ์ประกอบการอบรมตามโปรแกรม เมื่ออาสาสมัครตอบรับเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้ให้อาสาสมัครกลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงเริ่มดำเนินการทดลอง

วิธีการดำเนินการศึกษา

1. กลุ่มเปรียบเทียบ

ได้รับการประเมินก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง โดยในช่วงสัปดาห์ที่ 4-11 กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการเรียนการสอนตามหลักสูตรปกติของโรงเรียน โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมประเมินภาวะสุขภาพ โดยการสอบถามพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านอนามัยส่วนบุคคล ความสะอาดของร่างกายและเครื่องแต่งกาย ความสะอาดของช่องปาก ความสะอาดของมือ และการทดสอบสมรรถภาพทางกาย โดยทำการบันทึกในแบบฟอร์มที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 12) กิจกรรมประเมินภาวะสุขภาพ โดยการสอบถามพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านอนามัยส่วนบุคคล ความสะอาดของร่างกายและเครื่องแต่งกาย ความสะอาดของช่องปาก ความสะอาดของมือ และการทดสอบสมรรถภาพทางกาย โดยทำการบันทึกในแบบฟอร์มที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น พร้อมแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างและผู้เกี่ยวข้องทราบว่าได้สิ้นสุดการวิจัย พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง

2. กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมประเมินภาวะสุขภาพ ทดสอบสมรรถภาพทางกาย โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

สัปดาห์ที่ 2 จัดโปรแกรมพัฒนาสุขภาพนักเรียน โดยใช้กระบวนการจิตปัญญา จำนวน 2 วันๆละ 1 ชั่วโมง เพื่อเรียนรู้การรักษาความสะอาดของร่างกาย ความสะอาดของช่องปาก

สัปดาห์ที่ 3 จัดโปรแกรมพัฒนาสุขภาพนักเรียน โดยใช้กระบวนการจิตปัญญา

สัปดาห์ที่ 4-11 เป็นช่วงฝึกปฏิบัติตามกิจกรรมการเรียนรู้ในสัปดาห์ที่ 2-3 และให้นักเรียนฝึกการเขียนบันทึกประจำวัน ฝึกความเป็นจิตอาสาของนักเรียนในโรงเรียน โดยในช่วงนี้ผู้วิจัยและผู้ช่วยการวิจัยจะเข้าประเมินผลการเรียนรู้โดยไม่แจ้งให้ทราบล่วงหน้า ซึ่งจะมีการสังเกตการรักษาความสะอาดของร่างกายและเสื้อผ้า การฝึกปฏิบัติแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การฝึกปฏิบัติล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังการขับถ่าย และการติดตามการฝึกปฏิบัติออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและการเดินวิ่งสะสมระยะทาง

สัปดาห์ที่ 12 จัดกิจกรรมประเมินภาวะสุขภาพ ทดสอบสมรรถภาพทางกาย โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่ทำการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) เท่ากับ 0.77 แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ทางสถิติ กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 เป็น

เกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐานการวิจัย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Pair t – test และ Independent t-test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลคุณลักษณะของตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 41 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 41 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เรียนอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เพศหญิง อาศัยอยู่กับบิดามารดา บิดาและมารดาอยู่ร่วมกัน ผู้ปกครองนักเรียนมีอาชีพรับจ้างและมีการศึกษาที่ระดับมัธยมศึกษาและประถมศึกษา

2. ผลการประเมินภาวะสุขภาพ

2.1 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านอนามัยส่วนบุคคล กลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านอนามัยส่วนบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.7 (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 29.02 คะแนน) ภายหลังการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 70.7 (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 34.37 คะแนน) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.3 (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 29.51 คะแนน) ภายหลังการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.9 (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 30.80 คะแนน) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านอนามัยส่วนบุคคล ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านอนามัยส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

2.2 ความสะอาดของร่างกายและเครื่องแต่งกาย กลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนความสะอาดของร่างกายและเครื่องแต่งกายอยู่ในระดับดี ร้อยละ 48.8 (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.36 คะแนน) ภายหลังการทดลอง

2.3 ความสะอาดในช่องปาก และคราบจุลินทรีย์

2.4 การทำความสะอาดมือ กลุ่มทดลอง พบว่า

2.5 การทดสอบสมรรถภาพทางกาย กลุ่มทดลอง

3. ความพึงพอใจต่อการพัฒนาสุขภาพนักเรียนโดยใช้

กระบวนการจิตตปัญญา ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง
ส่วนใหญ่มีคะแนนความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการ

พัฒนาสุขภาพนักเรียน โดยใช้กระบวนการจิตปัญญาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100 ความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการพัฒนาสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 โดยใช้กระบวนการจิตปัญญา อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรม เพราะการจัดกิจกรรมเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้วิชาสุขศึกษาและพลศึกษา ซึ่งเป็นหนึ่งในหลักสูตรการเรียนการสอนของโรงเรียนประถมศึกษา โดยมิวัตถุประสงค์เพื่อการดำรงสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้ยั่งยืน การจัดกิจกรรมเรียนรู้ที่มุ่งฝึกทักษะในด้านต่างๆ ทำให้เด็กเข้าใจและปฏิบัติได้ถูกต้องมากขึ้น อีกทั้งเป็นการส่งเสริมนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการให้โรงเรียนลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้ให้กับเด็ก การให้บุคคลอื่นๆที่ไม่ใช่ครูในโรงเรียนมาสอนจะทำให้เด็กกระตือรือร้นในการเรียนรู้ ครูก็มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้รูปแบบใหม่ๆในการเรียนการสอน

4. ข้อมูลค่าใช้จ่ายของทรัพยากรสาธารณสุขในการพัฒนาสุขภาพโดยใช้กระบวนการจิตปัญญา อำเภอเมือง สกลนคร จังหวัดสกลนคร ค่าใช้จ่ายของทรัพยากรสาธารณสุข ด้านบุคคล ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านการเงิน ในการพัฒนาสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา คิดเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 12,510 บาท กลุ่มทดลองจำนวน 41 คนวิเคราะห์ต้นทุนในการพัฒนาสุขภาพนักเรียน ใช้งบประมาณเฉลี่ยคนละ 305.12 บาท

สรุปอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 โดยใช้กระบวนการจิตปัญญาในเขตอำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร สามารถสรุปและอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ภาวะสุขภาพของนักเรียน

1.1 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านอนามัยส่วนบุคคล จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับการพัฒนาสุขภาพโดยใช้กระบวนการจิตปัญญา กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านอนามัยส่วนบุคคลสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาสุขภาพโดยใช้กระบวนการจิตปัญญา จึงมีผลทำให้เด็กนักเรียนมีความรู้

และทักษะเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งได้รับเพียงการเรียนการสอนตามหลักสูตรปกติที่โรงเรียนจัดให้เท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุณี ทรัพย์ประเสริฐ (2552) ได้ศึกษาผลของการเสนอตัวแบบผ่านนิทานสร้างเสริมสุขนิสัย โดยใช้สื่ออุปกรณ์ในเด็กปฐมวัย พบว่าเด็กปฐมวัยมีสุขนิสัยโดยรวมดีขึ้น สุขนิสัยในการรักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง สุขนิสัยในการล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหารและหลังการขับถ่ายดีขึ้น

1.2 ความสะอาดของร่างกายและเครื่องแต่งกาย จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับการพัฒนาสุขภาพโดยใช้กระบวนการจิตปัญญา กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยคะแนนความสะอาดของร่างกายและเครื่องแต่งกายสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง แต่ไม่แตกต่างกัน และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า จากการที่นักเรียนได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆที่จัดขึ้น โดยการนำเข้าสู่บทเรียนให้มีสมาธิในการเรียนรู้ มีการสาธิต การบรรยาย การดูวีดิทัศน์ การจับคู่ตรวจความสะอาดของร่างกายและเครื่องแต่งกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์ใจ วิญญนาส(2549)⁽⁷⁾ ได้ศึกษาเรื่องความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติตัวตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอเนิน จังหวัดลำปาง ปี 2548 ผลการเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติตัวตามสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่านักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ระดับเงินและระดับทองแดง มีความรู้และการปฏิบัติตัวตามสุขบัญญัติแห่งชาติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และมีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และพบว่านักเรียนชายและนักเรียนหญิง มีความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติตัวตามสุขบัญญัติแห่งชาติแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยที่นักเรียนหญิง มีความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติตัวดีกว่านักเรียนชาย

1.3 ความสะอาดในช่องปากและคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับการพัฒนาสุขภาพโดยใช้กระบวนการจิตปัญญา กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยคะแนนความสะอาดในช่องปากและคราบจุลินทรีย์ในช่องปากสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่นักเรียนได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นทำให้เด็กมีการพัฒนาด้านการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น โดยเด็กได้รู้วิถีทัศนคติการดูแลสุขภาพช่องปาก การได้รับการตรวจฟันจากทันตบุคลากร ได้รับรู้สภาวะช่องปากของตนเอง การสาธิตการแปรงฟันที่ถูกวิธีการฝึกปฏิบัติการแปรงฟันที่ถูกวิธี การฝึกตรวจฟันเพื่อตรวจคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันจริง ซึ่งกิจกรรมที่ปฏิบัติทำให้เด็กได้ลงมือปฏิบัติจนเคยชินจะทำให้พฤติกรรมต่างๆ เปลี่ยนแปลงไป สอดคล้องกับงานวิจัยของ บังอร กล่ำสุวรรณ และ ปิยะนุช เอกก้านตรง (2552)⁽⁸⁾ ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่ก้าวสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 10 และ 12 โดยการสำรวจโรงเรียน 8 แห่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 และ 6 จำนวน 415 คน ผลการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่านักเรียนแปรงฟันทุกวันมากที่สุดคือ แปรงฟันในตอนเช้าหลังตื่นนอน รองลงมาคือแปรงฟันก่อนนอน และแปรงฟันที่โรงเรียนหลังอาหารกลางวัน

1.4 ความสะอาดมือ จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับการพัฒนาสุขภาพโดยใช้กระบวนการจัดปัญหา กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยคะแนนความสะอาดมือสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความสะอาดมือ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่าในเด็กกลุ่มเปรียบเทียบอาจมีการเรียนรู้และฝึกทักษะการทำความสะอาดมือจากการเรียนการสอนและจากสื่อต่างๆ จึงทำให้มีการปฏิบัติในการล้างมือได้ถูกต้องส่วนในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยคะแนนความสะอาดมือสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองซึ่งอธิบายได้จากการที่นักเรียนได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นทำให้นักเรียนมีการพัฒนาการปฏิบัติตนในการทำ ความสะอาดมือเพิ่มขึ้น โดยเด็กได้ฟังบรรยายเรื่องการล้างมือที่ถูกวิธี 6 ขั้นตอน การฝึกปฏิบัติการล้างมือจากวิทยากร และการได้รับการตรวจความสะอาดของการล้างมือโดยใช้อุปกรณ์ส่องตรวจความสะอาดของมือจากแบคทีเรียไลน์ ซึ่งการที่นักเรียนได้ลงมือปฏิบัติจน

เคยชินจะทำให้การล้างมือได้ถูกต้องและสะอาดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาวัณย์ พิเชิธรเสถียร และคณะ (2552)⁽⁹⁾ ได้ทำวิจัยเรื่อง โครงการพัฒนาการทำ ความสะอาดมือของบุคลากรสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับการพัฒนา บุคลากรสุขภาพจำนวน 3,107 คน ที่ตอบแบบวัดความรู้มีค่ามัธยฐานคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 10 คะแนน เป็น 12 คะแนน ซึ่งแตกต่างจากก่อนดำเนินการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และบุคลากรสุขภาพทำ ความสะอาดมือถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.5 เป็นร้อยละ 65.6 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยพยาบาลเทคนิคมีการทำความสะอาดมือถูกต้องมากที่สุด รองลงมาคือ พยาบาล ภายหลังการพัฒนา บุคลากรสุขภาพมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 10 คะแนน เป็น 12 คะแนน ($p < 0.001$) บุคลากรสุขภาพทำความสะอาดมือถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.5 เป็นร้อยละ 65.6 ($p < 0.001$)

5. การทดสอบสมรรถภาพทางกาย จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับการพัฒนาสุขภาพโดยใช้กระบวนการจัดปัญหา กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยคะแนนการทดสอบสมรรถภาพทางกาย สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยคะแนนการทดสอบสมรรถภาพทางกายสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองโดยเฉพาะมีเด็กนักเรียนที่มีสมรรถภาพทางกายสูงขึ้นในระดับดีเยี่ยม จากการเตรียมความพร้อมของเด็กโดยการบรรยายและฝึกปฏิบัติทักษะการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ทำให้นักเรียนมีการเคลื่อนไหวที่ถูกต้อง เหมาะสม และมีความปลอดภัยจะนำไปสู่การพัฒนาสมรรถภาพทางกายที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของ มยุรี ถนอมสุข และ จิรา รัตนวิเชียร (2553)⁽¹⁰⁾ จากการศึกษาสมรรถภาพทางกาย นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนเทศบาลบ้านคูหาสวรรค์ จังหวัดพัทลุง พบว่า สมรรถภาพทางกายของนักเรียนชายมีความสามารถดีกว่านักเรียนหญิงทุกรายการ ยกเว้นรายการงอตัวข้างหน้า ซึ่งเป็นการวัดความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ เป็นความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกายให้เกิดช่วงของการเคลื่อนไหวของข้อต่อต่างๆ ได้อย่างอิสระมากที่สุด ความอ่อนตัวถือว่ามีความสำคัญ และมีประโยชน์อย่างยิ่งในการช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ช่วยให้ร่างกาย

ผ่อนคลาย ช่วยลดการเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและการฉีกขาดของกล้ามเนื้อและข้อต่อ

ความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการพัฒนาสุขภาพนักเรียนโดยใช้กระบวนการจิตปัญญา ผลการศึกษพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการพัฒนาสุขภาพนักเรียนโดยใช้กระบวนการ จิตปัญญา มาก โดยมีความพึงพอใจในด้านการถ่ายทอดความรู้และกระบวนการฝึกตามกระบวนการที่จัดขึ้นของวิทยากร ประกอบไปด้วยขั้นการเตรียมความพร้อมผู้เรียน โดยเฉพาะการสร้างสมาธิจดจ่อในสิ่งที่เรียนรู้อย่างอธิบายตามแผนการสอน ขั้นฝึกปฏิบัติ และขั้นสรุปและสะท้อนความคิด โดยมีการจัดกิจกรรมผ่านการร้องเพลง การวาดภาพ การดูวิดีโอ การวิ่ง การเดินประกอบเพลง ซึ่งทำให้เด็กสนุกสนาน และสนใจที่จะร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี ซึ่งการจัดกระบวนการโดยใช้สื่ออุปกรณ์จะช่วยให้เด็กนักเรียนมีการพัฒนาพฤติกรรมใหม่ๆ พร้อมทั้งเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้ดีขึ้น เด็กประถมศึกษาเป็นวัยแห่งการเรียนรู้ การได้สังเกต เรียนรู้พฤติกรรมต่างๆ จากวิทยากร จะทำให้เด็กซึมซับพฤติกรรมและกระทำการอย่างสม่ำเสมอจะทำให้เกิดความเคยชิน สอดคล้องกับงานวิจัยของรังสิมา สีนะพงษ์พิพิธ (2540)⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาผลการใช้ตัวแบบนิทานหุ่นมือต่อการลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กวัยก่อนเข้าโรงเรียน พบว่าเด็กที่ได้ดูตัวแบบในนิทานประกอบหุ่นมือที่แสดงทักษะทางสังคมเหมาะสม จะมีพฤติกรรมก้าวร้าวในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลลดลงกว่าระยะก่อนทดลอง

ความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องที่มีต่อการจัดโปรแกรมพัฒนาสุขภาพโดยใช้กระบวนการจิตปัญญา อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมสังเกตการณ์ในการทำกิจกรรมตลอดการจัดโปรแกรมพัฒนาสุขภาพโดยใช้กระบวนการจิตปัญญา จำนวน 5 ครั้ง ซึ่งแต่ละกิจกรรมประกอบไปด้วย การตรวจสุขภาพและประเมินสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การอภิปรายและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพ 5 ด้านคือพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านอนามัยส่วนบุคคลความสะอาดของร่างกายและเครื่องแต่งกาย ความสะอาดในช่องปาก และคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก ความสะอาดมือและ

สมรรถภาพทางกาย เป็นผลให้ผู้เกี่ยวข้องได้เห็นกิจกรรมจริง จึงทำให้เกิดความพึงพอใจต่อการพัฒนาสุขภาพนักเรียนโดยใช้กระบวนการจิตปัญญา ซึ่งสามารถนำไปปรับใช้ในการเรียนการสอนวิชาสุขศึกษาและพลศึกษาของโรงเรียนได้ และผู้เกี่ยวข้องยังมองว่าการขยายความครอบคลุมของการพัฒนาสุขภาพนักเรียนควรทำให้ครอบคลุมโรงเรียนอื่นๆด้วย เพราะจะทำให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ และชุมชนซึ่งจะเป็นการพัฒนาเด็กให้มีความพร้อมก่อนออกไปใช้ชีวิตในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Raquel, C.E. (2014) ซึ่งพบว่าในโรงเรียนเป็นแหล่งสนับสนุนของระบบสุขภาพ จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วมพบว่าโรงเรียนมีความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนและสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อสุขภาพ โดยการพัฒนา 4 มิติ คือ มิติที่ 1 การรับรู้สุขภาพ มิติที่ 2 ค่านิยมของสังคมในเชิงบวก มิติที่ 3 โลฟส์ไสต์ มิติที่ 4 ความสัมพันธ์ที่ดี ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนจะทำให้ระบบสุขภาพในโรงเรียนประสบความสำเร็จได้

ข้อมูลค่าใช้จ่ายของทรัพยากรสาธารณสุขในการพัฒนาสุขภาพโดยใช้กระบวนการจิตปัญญา อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร ค่าใช้จ่ายของทรัพยากรสาธารณสุขด้านบุคคล ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านการเงิน ในการพัฒนาสุขภาพโดยใช้กระบวนการจิตปัญญา คิดเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 12,510 บาท วิเคราะห์ต้นทุนในการจัดโปรแกรมพัฒนาสุขภาพโดยใช้กระบวนการจิตปัญญา จากกลุ่มทดลอง จำนวน 41 คน มีค่าใช้จ่ายในการพัฒนาสุขภาพโดยใช้กระบวนการจิตปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 305.12 บาทต่อคน จากค่าเฉลี่ยของงบประมาณดังกล่าวทำให้ทราบถึงความเหมาะสมของต้นทุนที่จะใช้ในการจัดกิจกรรม เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำกิจกรรมไปขยายผลในพื้นที่ต่อไป ซึ่งทรัพยากรสาธารณสุขที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมให้มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย ทรัพยากรด้านบุคคล ซึ่งเป็นผู้ช่วยทีมวิจัย จะประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความรู้และความชำนาญในการพัฒนาสุขภาพเด็กนักเรียนตามเกณฑ์โรงเรียนส่งเสริม

สุขภาพ และได้ผ่านการอบรมเพื่อให้เข้าใจการพัฒนาสุขภาพ โดยใช้กระบวนการจิตตปัญญา ซึ่งใช้เวลาในการจัดกิจกรรม จำนวน 12 สัปดาห์ แต่ละสัปดาห์ใช้เวลาในการจัดกระบวนการครั้งละ 2 วันๆละ 1 ชั่วโมง เมื่อเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ของการพัฒนาสุขภาพโดยใช้กระบวนการจิตตปัญญา พบว่าระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับแผนการสอน ส่วนทรัพยากรด้านวัสดุอุปกรณ์ ที่นำมาใช้ในกระบวนการ รวมถึงงบประมาณที่นำมาใช้จ่าย เพื่อเป็นค่าตอบแทนวิทยากรมีความเหมาะสมและเพียงพอกับ กลุ่มตัวอย่าง เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการศึกษากับอัตราเหมาจ่ายรายหัวงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 398.60 บาท/หัว ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2558)⁽¹²⁾ พบว่าน้อยกว่าทำให้เกิดความพึงพอใจต่อผู้ปกครองและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งเห็นด้วยในการนำวิธีการไปขยายผลในโรงเรียนอื่นๆให้ครอบคลุมพื้นที่ต่อไป

การเปรียบเทียบกระบวนการจิตตปัญญา กับ หลักธรรมทางพุทธศาสนา กระบวนการจิตตปัญญา ประกอบด้วยขั้นตอนการเตรียมความพร้อม เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้เรียนให้จิตใจอยู่ในความสงบ เพื่อทำให้สมองอยู่ในสภาวะที่สมดุลพร้อมที่จะเกิดการเรียนรู้ แล้วจึงเป็นขั้นอธิบาย เป็นการอธิบายจุดประสงค์ขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม ต่อด้วยขั้นฝึกปฏิบัติ เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนลงมือปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ หลังจากนั้นเป็นขั้นสรุปและสะท้อนความคิด เป็นการสรุปเนื้อหาทั้งหมดที่เรียนในแต่ละครั้งร่วมกันระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนและเปิดโอกาสให้ผู้เรียนสะท้อนความคิดเกี่ยวกับความรู้สึกต่อกิจกรรมต่างซึ่งนำมาใช้พัฒนาสุขภาพนักเรียน 5 ด้าน คือ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านอนามัยส่วนบุคคล ความสะอาดของร่างกายและเครื่องแต่งกาย ความสะอาดในช่องปากและคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก ความสะอาดมือ การทดสอบสมรรถภาพทางกาย ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับหลักธรรม สติและสัมปชัญญะ สติ แปลว่า ความระลึกได้ ส่วนสัมปชัญญะ แปลว่า ความรู้ตัว สติและสัมปชัญญะจะทำงานประสานกัน สติเกิดก่อนแล้ว สัมปชัญญะจะตามมา สติจะทำหน้าที่ระลึกได้ ก่อนทำ ก่อน

พูด และก่อนคิด ส่วนสัมปชัญญะ จะทำหน้าที่รู้สึกตัวแบบ เต็มๆขณะที่ทำ ที่พูด และที่คิด (พระธรรมปิฎก, 2544)⁽¹³⁾

นอกจากนี้จิตตปัญญายังมุ่งหวังให้ผู้ปฏิบัติเกิดสมาธิ คือความตั้งมั่นของจิต ได้แก่ภาวะที่จิตแน่วแน่ต่อสิ่งที่กำหนด มีอารมณ์เป็นหนึ่ง ไม่ฟุ้งซ่านหรือส่ายไป ศาสนาพุทธเน้นในสัมมาสมาธิ คือสมาธิที่ใช้ในทางแห่งการหลุดพ้น โดยใช้ปัญญาพิจารณาในสิ่งทั้งหลายตามที่เป็นจริง ไม่ใช่การหวังผล สมาธิแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ขณิกสมาธิ คือสมาธิชั่วคราว ช่วงขณะหนึ่ง เป็นสมาธิขั้นต้นที่บุคคลทั่วไปใช้ในการปฏิบัติหน้าที่ในการทำงานประจำวัน อุปจารสมาธิ คือสมาธิที่ตั้งได้นานหน่อย ใกล้ที่จะได้ฌาน เกิดนิมิตต่างๆ และอัปปนาสมาธิ คือ สมาธิแน่วแน่ถึงฌาน เป็นการทำสมาธิขั้นสูงสุด ซึ่งในกลุ่มเด็กนักเรียนผู้วิจัยมุ่งให้เกิด ขณิกสมาธิ เพื่อให้เด็กได้เกิดการเรียนรู้และสามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

และที่สำคัญที่สุดของการเรียนรู้คือการมุ่งให้ผู้เรียนเกิดปัญญา เกิดความรู้ทั่วถึงเหตุและผลอย่างชัดเจน รู้เรื่องบาปบุญคุณโทษ รู้สิ่งที่ควรทำควรเว้น เป็นธรรมที่คอยกำกับศรัทธา ทำให้เชื่อด้วยเหตุด้วยผลไม่ใช่เชื่ออย่างมกมาย ซึ่งพระพุทธเจ้าทรงแบ่งการเกิดปัญญา (พระธรรมปิฎก, 2544)⁽¹³⁾ ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. สุตมยปัญญา คือ ปัญญาที่สำเร็จโดยการฟัง ได้จากการอ่านและการฟัง ทบทวนศึกษาซ้ำแล้วซ้ำเล่า จนกระทั่งมีพื้นฐานความรู้ที่ถูกต้อง และแม่นยำ ในเรื่องที่ศึกษานั้น ซึ่งปัญญาในขั้นนี้เป็นขั้นที่ผู้วิจัยต้องการให้เกิดในกลุ่มทดลอง เพื่อให้สามารถนำความรู้และกิจกรรมที่ฝึกไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

2. จินตามยปัญญา คือ ปัญญาที่สำเร็จโดยการคิด พิจารณา ได้จากการคิดใคร่ครวญ พินิจพิจารณา ให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ตามขั้นตอนของเหตุผล และความสัมพันธ์ต่างๆ โดยมีใช้การ จดจำเฉยๆ

3. ภวานามยปัญญา คือ ปัญญาที่สำเร็จโดยการภาวนา ได้จากปัญญาของผู้ปฏิบัติวิปัสสนา แล้วประจักษ์แจ้งในความมิใช่ตัวตน สัตว์ บุคคล ทำให้ไม่เกิดความยึดมั่นถือมั่นในสิ่งต่างๆ

จากการศึกษา พบว่า จากการสังเกตและการสอบถาม รวมถึงการประเมินสุขภาพนักเรียนในการจัดกิจกรรมพัฒนา

สุขภาพตามกระบวนการจิตตปัญญา ในครั้งแรกที่เข้าพบกลุ่มทดลอง เด็กนักเรียนจะยังมีลักษณะไม่นิ่ง บางคนแหงนเพื่อน บางคนเดินไปเดินมา บางคนคุยเสียงดัง แต่เมื่อเริ่มให้เด็กได้ฝึกตามกระบวนการที่กำหนดพบว่าในครั้งต่อมาเด็กมีสมาธิ และรู้จักการฟัง การช่วยเหลือ และการพูดที่ดีขึ้น มีสติและรู้ตัวว่าตนเองเป็นอย่างไรจะทำ รวมทั้งมีการเรียนรู้ด้านพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในทางที่สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรสาธารณสุขสามารถร่วมเป็นเครือข่ายในการพัฒนาสุขภาพนักเรียน ประถมศึกษา โดยสถานประกอบการจิตตปัญญาเข้ากับงานอนามัยโรงเรียน โรงเรียนสุขบัญญัติ และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง เช่น การเล่นกีฬา การร้องเพลงประกอบทำท่างก่อนการให้บริการทันตสุขภาพและการตรวจสุขภาพนักเรียน เป็นต้น

2. โรงเรียนทุกแห่งร่วมกับคณะกรรมการสถานศึกษา ควรกำหนดเป็นนโยบายและส่งเสริมให้นักเรียนมีการพัฒนาสุขภาพตามแนวทางสุขบัญญัติอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กลยุทธ์การส่งเสริมหลายวิธีประกอบกัน เช่น การจัดให้มีสถานที่และอุปกรณ์ในการแปรงฟัน การล้างมือ การออกกำลังกาย ที่เพียงพอและพร้อมใช้งานกับเด็กนักเรียน การอบรมให้ความรู้ อย่างสม่ำเสมอ การคิดโปสเตอร์เตือน การให้ข้อมูลย้อนกลับ รวมทั้งการจัดทำโครงการขอรับการสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เป็นต้น

3. นักวิจัยสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาสุขนิสัยและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มวัยอื่นๆ

4. ครูและผู้ปกครองสามารถประยุกต์กระบวนการ จิตตปัญญาเพื่อพัฒนาสุขภาพนักเรียนในด้านการรักษาความสะอาดร่างกายและเครื่องแต่งกาย การดูแลสุขภาพช่องปาก การทำความสะอาดมือ และการทดสอบสมรรถภาพทางกาย เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้ รวมทั้งการสอดแทรกเข้าไปในหลักสูตรการสอนทุกช่วงชั้น เพื่อปลูกฝังให้เด็กนักเรียนมีสุขนิสัยที่ดีในในอนาคต

5. ควรมีการศึกษาการจัดกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาเด็กนักเรียนจากการมีกิจกรรมร่วมกันระหว่างสถานศึกษา หน่วยบริการสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ปกครองเด็กนักเรียน เพื่อกำหนดเป้าหมายการปรับพฤติกรรมไปในทิศทางเดียวกัน

6. ควรมีการศึกษาการพัฒนาสุขภาพในเด็กปฐมวัยที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อส่งเสริมการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในด้านการดูแลสุขภาพสะอาดของร่างกาย การดูแลสุขภาพช่องปาก ความสะอาดมือ และสมรรถภาพร่างกาย

7. ควรส่งเสริมให้มีการประยุกต์ใช้กระบวนการจิตตปัญญา ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วยระยะประคับประคอง เนื่องจากกลุ่มเหล่านี้ภาวะอารมณ์จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคให้ดีขึ้นหรือเลวลงได้

8. ควรมีการศึกษานโยบายซึ่งกำหนดร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการ เช่น นโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียนปลอดน้ำอัดลม และการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในโรงเรียนประถมศึกษา เพื่อให้มีรูปแบบวิธีการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติและมีการติดตามผลอย่างจริงจัง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์พิเศษ สุขสมัย สมพงษ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาในการเรียน การค้นคว้าวิจัยและชี้แนะข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดจนการตรวจแก้ไขวิทยานิพนธ์จนกระทั่งเสร็จสมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้อบรมสั่งสอนและมอบความรู้อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงเรียนบ้านหนองปลาน้อย(สุทธะเรืองศิลป์) และผู้อำนวยการ โรงเรียนบ้านหนองมะเกลือ ตลอดจนคณะครูนักเรียน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกลุ่มโซนที่ 3 ที่ร่วมเป็นผู้ช่วยวิจัย และขอขอบคุณเพื่อนๆนิสิตปริญญาโท รุ่นที่ 1 คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกคนโดยเฉพาะคุณสิริจิรา สมศรีษา ที่เป็แรงใจ และให้ความช่วยเหลือจนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. **ถึงเวลาพัฒนาสุขภาพเด็กไทยแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพตามสุขภาพบัญญัติแห่งชาติในสถานศึกษา**. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. กรุงเทพมหานคร. 2556.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. **ผลการสรุปรายงานการตรวจสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาในเขตจังหวัดสกลนคร ปี 2557**. สกลนคร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร, 2557.
3. กรมอนามัย, กรมควบคุมโรค, กรมสุขภาพจิต, กรมการแพทย์, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, สำนักตรวจและประเมินผล, สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. **แผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ปีงบประมาณ พ.ศ.2557 (5 Flagship Projects)**. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557
4. Orem, **Nursing Concept of Practice**. 4th ed. St. Louis: Mosby-year, Inc. 1991.
5. อรุณ จิรวัฒน์กุล. **สถิติทางสุขภาพเพื่อการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์วิทยา. กรุงเทพฯ. 2553.
6. จารุณี ทรัพย์ประเสริฐ. **ผลการการเสนอตัวแบบผ่านนิทานสร้างเสริมสุขนิสัยโดยใช้สื่ออุปกรณ์ในเด็กปฐมวัย**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว,มหาวิทยาลัยมหิดล. 2552.
7. พิมพ์ใจ วิญญพาส. **ความรู้ความคิดเห็นและการปฏิบัติตัวตามสุขภาพบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอเดิม จังหวัดลำปาง**. การค้นคว้าแบบอิสระ (สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์)) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
8. บังอร กล้าสุวรรณ และ ปิยะนุช เอกก้านตรง. **ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนใน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่ก้าวสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพพระคัมภีร์ เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่10 และ 12. วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ปีที่ 3 ฉบับที่ 1**, 2552.
9. วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร และคณะ. **โครงการพัฒนาการทำความสะอาดมือของบุคลากรสุขภาพ**. รายงานการวิจัย. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2552.
10. มยุรี อนุอมสุข, จิรา รัตนวิเชียร. **การศึกษาศรรรภาพทางกายของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนเทศบาลบ้านคูหาสวรรค์ จังหวัดพัทลุง**. การประชุมวิชาการแห่งชาติมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน ครั้งที่9. 2555.
11. รังสิมา สีนะพงษ์พิพิธ. **ผลของการใช้ตัวแบบในนิทานหุ่นมือ ต่อการลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กวัยก่อนเข้าโรงเรียน**. วิทยานิพนธ์. ภาควิชาจิตวิทยา (จิตวิทยาพัฒนาการ)ร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540
12. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. **การบริหารบบบริการทางการแพทย์เหมาะสมรายหัว**. สำนักพิมพ์บริษัทนาเพรสจำกัด. กรุงเทพฯ. 2558.
13. พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต). **พุทธธรรม (ฉบับเดิม)**. พิมพ์ครั้งที่10. สำนักพิมพ์ธรรมสภา. กรุงเทพฯ. 2544.

ความฉลาดทางสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุตรดิตถ์

The Health Literacy of The People at Risk on Diabetes and Hypertension in Uttaradit.

มาลี โชคเกิด¹, ผาสุข แก้วเจริญตา²

Malee Chokeyerd , Phasuk Kaewcharoenta

บทคัดย่อ

การศึกษานี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานความดันโลหิตสูง และเพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุตรดิตถ์ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบสำรวจในกลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในพื้นที่ 9 อำเภอจำนวน 860 คน เก็บข้อมูลโดยบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านการอบรมเรื่องการเครื่องมือ โดยใช้แบบสอบถามความแตกฉานด้านสุขภาพ (health literacy questionnaire) ซึ่งจะทำให้สามารถคำนวณคะแนน health literacy (health literacy questionnaire score: HLQ-score) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการคัดกรองความเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมน้อยมาก และยังมีพฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภค ขาดการออกกำลังกาย วิธีชีวิตเร่งรีบ เครียด ขาดการออกกำลังกาย ค่าเฉลี่ยและร้อยละที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพที่มีค่าคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุตรดิตถ์ข้อที่พบมากที่สุดคือ การรับรู้ข้อมูลเรื่องสมุนไพรและอาหารเสริม (58.35%) รองลงมาคือ ความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ (56.1%) ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (54.3%) การสนับสนุนสุขภาพในชุมชน (53.5%) ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (52.4%) ความสามารถในการเข้าถึงอาหารสุขภาพ (51.7%) ด้านความสามารถในการเข้าถึงอาหารสุขภาพร้อยละ 52.9 มีคะแนนต่ำในการเลือกกินอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ร้อยละ 56.4 มีคะแนนต่ำ ในเรื่องการกินอาหารเป็นเวลา ด้านออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 58 มีคะแนนต่ำในเรื่องออกกำลังกายจนรู้สึกหายใจเร็วขึ้นได้ทุกวัน ร้อยละ 55.3 มีคะแนนต่ำ ในเรื่องรู้ว่าควรออกกำลังกายมากเท่าไรต่อสัปดาห์ ร้อยละ 51.1 มีคะแนนต่ำในเรื่องรู้ว่าควรออกกำลังกายมากเท่าไรต่อสัปดาห์ ร้อยละ 52.6 มีคะแนนต่ำในเรื่องรู้ว่าจะกระตุ้นตัวเองให้ออกกำลังกายได้อย่างไร ด้านความเครียดร้อยละ 51.6 มีคะแนนต่ำในเรื่องเมื่อมีความเครียดก็ยังดูแลสุขภาพตนเองได้ดีด้านสมุนไพรและอาหารเสริม มีคะแนนต่ำ ร้อยละ 57.7 มีคะแนนต่ำในการพูดคุยกับหมอเกี่ยวกับการกินยาสมุนไพร/ อาหารเสริม ร้อยละ 59.7

คำสำคัญ: ความฉลาดทางสุขภาพ , ประชาชนกลุ่มเสี่ยง , เบาหวาน , ความดันโลหิตสูง

Abstract

This study aims to study the situation, behavioral problems, health and care of people at risk for diabetes, hypertension. And to study the level of health intelligence among people at risk for diabetes and hypertension in Uttaradit Province. Using survey research methodology in the 9th district of 860 people, collected by health personnel in health promotion hospital, health promotion personal through training on the tool. The questionnaire intimate health (health literacy questionnaire), which would make it possible to calculate the health literacy (health literacy questionnaire score: HLQ-score). Analyzed using percentages and averages.

The result was found that: Most people not attention to the risk screening and behavior modification. And also risky behavior in consumption. Lack of exercise Life style, stress, lack of exercise. Averages and percentages, with the health quotient score is 50 percent lower risk of diabetes / hypertension in Uttaradit Province. The most common are: To get information about herbs and supplements (58.35%), followed by their responsibility for health (56.1%), physical health (54.3%), health support in the community (53.5%), the ability to access information. Health (52.4%), the ability to access healthy food (51.7%), the ability to access healthy 52.9 percent with low scores in selecting eat a healthy 56.4 percent scored low on food. For The time to exercise for health, 58 percent scored low in exercise until you feel breathing faster every day, 55.3 percent with low scores in the knew should exercise much per week, 51.1 percent scored low on the subject. You should know how much exercise per week, 52.6 percent had low scores on how to motivate yourself to exercise, however. 51.6 percentage points

¹ ส.บ. สาธารณสุขอำเภอป่าปอ รักษาการรอง นพ.สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)

² ศ.ด. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

lower stress in the stress also has good self care. Herbs and supplements have the lowest percentage, 57.7 points lower to talk to doctors about herbal medicines / supplements 59.7 percent.

Keywords: Health literacy , The People at Risk , Diabetes , Hypertension.

บทนำ

มีองค์กรหลายแห่งได้ให้คำนิยามเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพไว้หลากหลาย⁽¹⁾ โดยองค์กรอนามัยโลก (1998) นิยามว่า “ทักษะต่างๆทางการรับรู้และทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึงเข้าใจและใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นเสมอ” ในอดีตจนถึงปัจจุบัน นักวิชาการในประเทศไทยมีการแปลคำนี้ไว้แตกต่างกันไป อาทิเช่น “ความฉลาดทางด้านสุขภาพ” หรือ “การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ” หรือ “ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ” หรือ “ความฉลาดทางสุขภาพ” คอนนัททิม⁽²⁾ ได้นิยามความหมายของความฉลาดทางสุขภาพไว้ใน 3 องค์ประกอบคือ 1) เป็นความรู้ความเข้าใจและทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึงทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีรวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง 2) เป็นสมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึงเข้าใจประเมินใช้ความรู้และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต และ 3) เป็นทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ โดยได้จำแนกความฉลาดทางสุขภาพเป็น 3 ระดับคือ⁽¹⁾ ระดับ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานหรือ functional health literacy ระดับ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์หรือ communicative/ interactive health literacy ระดับ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณหรือ critical health literacy

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล Deakin University ออสเตรเลียและ

มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตได้พัฒนาเครื่องมือในการวัดความฉลาดทางสุขภาพเพื่อนำมาใช้ในการประเมินและพัฒนาในกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายและปรับให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย ผ่านงานวิจัย “โครงการพัฒนาความฉลาดทางด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลเมืองศรีไคร่อำเภวารินชำราบอุบลราชธานี” เนื่องจากสังคมไทยมีลักษณะที่มีความเฉพาะเจาะจงโดยเฉพาะปัจจัยการเจ็บป่วยที่ไม่ได้เกิดเพียงระดับบุคคล แต่มีปัจจัยสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนร่วมด้วย ดังนั้นผลการศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือวิเคราะห์ความฉลาดทางสุขภาพในครั้งนี้ จึงต้องการนำข้อค้นพบจากการศึกษาไปสู่การพัฒนาระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเชิงปฏิบัติการที่สอดคล้องและตรงกับปัญหาในพื้นที่จริง โดยกำหนดขอบเขตการศึกษาเพื่อให้เกิดการพัฒนาใน 8 ด้านคือ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 2) การประเมินความน่าเชื่อถือข้อมูลสุขภาพ 3) ความรับผิดชอบของตนเองต่อสุขภาพ 4) การตัดสินใจเลือกดูแลสุขภาพ 5) การสนับสนุนจากครอบครัว 6) การสื่อสารกับผู้ให้บริการสุขภาพ 7) การรับรู้สิทธิพื้นฐานด้านสุขภาพ 8) การสนับสนุนจากชุมชนด้านสุขภาพและออกแบบเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพ⁽³⁻⁵⁾

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ และโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนผ่านระบบฐานข้อมูลสุขภาพ : จังหวัดอุดรดิตถ์ ได้รับการสนับสนุนจาก “อาจารย์ จเร วิชาไทย และอาจารย์ รอย แบคเทอร์แฮมจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล Deakin University ออสเตรเลีย” ได้นำแนวคิดเรื่องความฉลาดทางสุขภาพและเครื่องมือประเมินระดับความฉลาดทางสุขภาพมาสร้างการเรียนรู้ให้กับทีมสุขภาพและผู้ที่มีรับผิดชอบด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุดรดิตถ์ ถึงแนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ในกลุ่ม

Noncommunicable diseases (NCDs) และวางแผนการดำเนินงานร่วมกันในการศึกษาวิจัยและพัฒนาโครงการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก โดยมีเป้าหมายเพื่อลดผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงรายใหม่จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ NCSs ของจังหวัดพบว่า การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการตรวจพบว่าเป็นเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่ผ่านมาในจังหวัดอุดรดิตถ์ ผู้ป่วยเหล่านี้มีทั้งที่ผ่านการคัดกรองและไม่ผ่านการคัดกรองความเสี่ยงสุขภาพรวมไปถึงการขาดการติดตามประเมินผลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดำเนินการได้ไม่ครอบคลุมในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกกลุ่มเป้าหมายเลือกที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในระดับตำบลจาก 9 อำเภอและศึกษาความฉลาดทางสุขภาพใน 3 ด้าน ประกอบด้วย ปัจจัยพื้นฐาน ด้านปัจจัยสนับสนุน และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับ health literacy เพื่อหาแนวทางการหนุนเสริมให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีระดับความฉลาดทางสุขภาพสูงขึ้นและสามารถตัดสินใจดูแลตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงได้ ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุดรดิตถ์

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ประกอบด้วย กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน คัดเลือกแบบสุ่มบ้านเลขที่ จำนวน 1,000 ราย ในพื้นที่ 9 อำเภอ เก็บข้อมูลโดยบุคลากรสุขภาพที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือ 1 วัน ได้รับแบบสอบถาม

กลับคืนมา 940 แบบสอบถาม คัดเลือกแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ นำมาใช้ในการวิเคราะห์จำนวน 860 คน⁽⁶⁾

เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้กระบวนการถอดบทเรียนการดำเนินงานในกลุ่มพยาบาลที่ทำหน้าที่รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานทั้งในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือประกอบด้วย 1) แบบสอบถามความแตกฉานด้านสุขภาพ (health literacy questionnaire) ซึ่งจะทำให้สามารถคำนวณคะแนน health literacy (health literacy questionnaire score: HLQ-score) ซึ่งพัฒนาโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และ 2) ชุดคำถามการดำเนินงานสร้างความฉลาดทางสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยเลือกประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพพื้นฐาน 14 ด้านประกอบด้วย ด้านที่ 1 การรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐาน ด้านที่ 2 การสนับสนุนสุขภาพในชุมชน ด้านที่ 3 ความสามารถในการรับบริการสุขภาพ ด้านที่ 4 ทักษะในการติดต่อสื่อสารเพื่อสื่อความต้องการให้กับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ด้านที่ 5 สุขภาพในครอบครัว ด้านที่ 6 ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านที่ 7 การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ ด้านที่ 8 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ด้านที่ 9 ความสามารถในการเข้าถึงอาหารสุขภาพ ด้านที่ 10 ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ด้านที่ 11 การจัดการความเครียด ด้านที่ 12 การเดินทาง ด้านที่ 13 การใช้จ่าย ด้านที่ 14 สมุนไพรและอาหารเสริม วิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอข้อมูลสำคัญในประเด็นค่าคะแนนความฉลาดทางสุขภาพในระดับต่ำคือตั้งแต่คะแนน 0-1 = ไม่เข้าใจเลยแม้แต่นิดเดียว 2-3 = ทุกครั้งที่ได้รับข้อมูล คุณเข้าใจน้อยมาก 4-5 = มีบางครั้งเข้าใจบางครั้งไม่เข้าใจ 6-7 = บ่อยครั้งที่คุณเข้าใจแต่มีบางครั้งก็ไม่เข้าใจซึ่งเป็นกลุ่มที่พบว่าเป็นปัญหาด้านการรับรู้ข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้พัฒนาต่อไป

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานความดันโลหิตสูง

1.1 ข้อมูลทั่วไปจังหวัดอุดรดิตถ์ตั้งอยู่ในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทยมีอาณาเขตติดต่อกับชายแดนประเทศพม่าและลาวในพื้นที่ อ.บ้านโคกและอ.น้ำป่าค้อยในเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งประกอบด้วย 5 จังหวัด คือ พินิจโลกเพชรบูรณ์อุดรดิตถ์ตาก และสุโขทัย ลักษณะภูมิประเทศเป็นพื้นที่ราบลุ่มเชิงเขา แบ่งออกเป็น 9 อำเภอ 67 ตำบล 613 หมู่บ้าน 156,620 หลังคาเรือน มีประชากร 460,633 คน เทศบาลนครเมืองดามล 26 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 53 แห่ง การจำแนกสิทธิประกันสุขภาพแบ่งออกเป็น สิทธิหลักประกันสุขภาพ (UC) จำนวน 334,879 คน สิทธิข้าราชการจำนวน 38,695 คน สิทธิประกันสังคม จำนวน 24,080 คน และสิทธิอื่นๆ จำนวน 62,979 คน การให้บริการด้านสาธารณสุขมีศูนย์ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง 4 สาขา ประกอบด้วย หัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง อุบัติเหตุ และทารกแรกเกิด ตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลศูนย์อุดรดิตถ์ มีโรงพยาบาลชุมชน 9 แห่ง ประกอบด้วย รพ.น้ำป่าค้อย รพ.ดามล รพ.ฟากท่า รพ.ตรอนรพ.พิชัยรพ.ทองแสนขัน รพ.ท่าปลา รพ.บ้านโคก และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม 1 แห่ง

1.2 สถานการณ์เบาหวานจังหวัดอุดรดิตถ์ ข้อมูลจากกลุ่มงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ ได้รวบรวมข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2557-2559 พบว่าอัตราความชุกของผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อมูลอัตราป่วยรายใหม่จากฐานข้อมูล HDC ที่พบว่ามีอัตราลดลง ในขณะที่ยังคงพบว่าข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ฐานข้อมูล HDC ของกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 79.58) มีอัตราน้อยกว่าข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปจากรายงาน NCDs (ร้อยละ 82.29)

1.3 ปัญหาและพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดอุดรดิตถ์ จากการถอดบทเรียนการดำเนินงานในพื้นที่ทั้ง 9 อำเภอโดยผู้รับผิดชอบงาน NCDs

ทั้งจากกลุ่มการพยาบาลและกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการปฐมภูมิ ในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานของจังหวัดอุดรดิตถ์ครอบคลุมทัศนคติ ความสัมพันธ์ พฤติกรรมสุขภาพ วิถีชีวิต และความคาดหวังต่อการดูแลและป้องกันปัญหาสุขภาพในประชากรกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนสรุปได้ดังนี้

1.3.1 ด้านทัศนคติ ปัจจุบันประชาชนในจังหวัดอุดรดิตถ์ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการคัดกรองความเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมน้อยมากเนื่องจากส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับเรื่องการหารายได้และอาชีพมากกว่า การที่ไม่มีการแสดงของโรคทำให้เชื่อว่าไม่มีความเจ็บป่วย ขาดความตระหนักในเรื่องการดูแลสุขภาพ เมื่อทำงานหนักก็ขอชดเชยให้ร่างกายได้รับน้ำตาลให้สดชื่น คิดว่าการทำงานหนักคือการออกกำลังกาย เมื่อตรวจพบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงก็ยังคงไม่ให้ความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากคิดว่าแค่เสี่ยงแต่ยังไม่ป่วยมีความเชื่อเรื่องการรักษาทางไสยศาสตร์แบบโบราณการตรวจร่างกายเป็นการค้นหาโรค และถ้าพบก็จะทำให้หมดกำลังใจ เป็นภาระของลูกหลาน เป็นโรคที่ไม่สามารถหายได้ เป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพและทำให้ขาดรายได้

1.3.2 ด้านความสัมพันธ์ ภาวะเครียด ปัญหาเศรษฐกิจภาระหนี้สิน ค่าใช้จ่ายในครอบครัว และการเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้มีความสัมพันธ์ในชุมชนน้อย อาจมีความขัดแย้งในชุมชน อารมณ์ร้อน และเอาแต่ใจตัวเอง

1.3.3 ด้านพฤติกรรมสุขภาพ นิยมซื้ออาหารตลาดนัดที่มีรสหวาน มัน เค็ม อ้วนลงพุง ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน เครื่องดื่มชูกำลัง น้ำอัดลม กาแฟ ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย สังคมและสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนทำให้พฤติกรรมการกินดื่มน้ำหวาน มัน เค็ม ใช้สารปรุงแต่งอาหาร

1.3.4 วิถีชีวิต วิธีการดำเนินชีวิตเปลี่ยน เช่น ความเร่งรีบ พักผ่อนไม่เพียงพอ เคลื่อนไหวน้อย ออกกำลังกายน้อย เลิกจากการทำเกษตรกรรมก็ตั้งวงกินเหล้า ทานผักน้อย บริโภคอาหารสำเร็จรูปอาหารที่จำหน่ายในตลาดนัดหรือรถขายเร่ วัฒนธรรมชุมชนและการพบปะสังสรรค์

เช่น การเลี้ยงสุราในงานประเพณีหรือหลังการทำงาน การเลี้ยงอาหารว่างในการประชุม รวมไปถึงการเลี้ยงอาหารว่างในกลุ่มรับจ้างรายวันทางการเกษตร การทำงานได้รับสารเคมีทางการเกษตรอย่างต่อเนื่อง

1.3.5 ความคาดหวัง ประชาชนมีสุขภาพดี ตระหนักว่าเป็นปัญหาสุขภาพของตนเอง ออกกำลังกายตามวิถีชุมชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน (เมื่อเช้าหนัก เมื่อเย็นเบา) ใส่ใจสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน ป้องกันเฝ้าระวัง ดูแลซึ่งกันและกัน เมื่อเกิดภาวะเสี่ยงก็พร้อมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงมีการจัดการในระดับชุมชน มีภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เข้มแข็ง ศูนย์เรียนรู้ด้านสุขภาพให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการดูแล หนุนให้เกิดการส่งเสริมประเพณีและวัฒนธรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ เห็นความสำคัญของสุขภาพตั้งแต่ยังไม่มีอาการ เลือกรับประทานอาหารที่ดีมีคุณภาพ ไม่ปนเปื้อนสารเคมี หนุนเสริมให้เกิดบุคคลต้นแบบที่ดีในชุมชน

2. ระดับความฉลาดทางสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุดรธานี

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจาก 9 อำเภอ จำนวน 860 ราย ประกอบด้วย อำเภอบ้านดุง (12.1%) อำเภอลับแล (11.5%) อำเภอเมือง (9.3%) อำเภอน้ำปาด (11.5%) อำเภอพิบูลย์ (11.3%) อำเภอท่าปลา (10.7%) อำเภอทองแสนขัน (11.4%) อำเภอรัตนวาปี (11.5%) เป็นเพศชาย ร้อยละ 38.7 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.3 อายุเฉลี่ย 47 ปี อายุน้อยที่สุด 21 ปี อายุมากที่สุด 82 ปี โดยในจำนวนนี้ความสามารถด้านการอ่านออกเขียนได้พบว่า สามารถคำถามได้ด้วยตนเองร้อยละ 68.7 มีผู้อ่านให้ร้อยละ 15.6 มีผู้อ่านและเขียนให้ ร้อยละ 15.7 ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 1 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 30 มัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 19.1 มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 23.3 อนุปริญญา ร้อยละ 7.2 ปริญญาตรี ร้อยละ 17.8 สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 1.6 สภาพการอยู่อาศัย อยู่คนเดียวร้อยละ 10.2 มีผู้อาศัยด้วย ร้อยละ 89.8 เฉลี่ย 3 คนน้อยที่สุดจำนวน 1 คน และมากที่สุดจำนวน 9 คน การประกอบอาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 5.3 เกษตรกรรม ร้อยละ 46.3 รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 19.9

ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 9 พนักงานองค์กร/บริษัท/รัฐวิสาหกิจ / รับราชการ ร้อยละ 6.5 ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 12.6 อื่นๆ ร้อยละ 0.5

2.2 ระดับความสามารถในด้านต่างๆ ในกลุ่มตัวอย่าง ในระดับที่ทำได้น้อยในระดับเขียนได้น้อย จำนวน 82 รายอ่านหนังสือได้เข้าใจได้น้อย จำนวน 82 รายพูดคุยกับคนอื่นได้รู้เรื่องน้อย จำนวน 32 ราย ได้ยินเสียงชัดเจนในระดับน้อย จำนวน 40 ราย มองไม่ชัด จำนวน 52 ราย ทำกิจวัตรประจำวันได้เองน้อยจำนวน 56 ราย และสามารถไปไหนมาไหนได้เองน้อยจำนวน 56 ราย กล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อการรับรู้ข้อมูลที่นำมาสู่ระดับความฉลาดทางสุขภาพในด้านการรับรู้ข้อมูลที่ทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาสุขภาพของตนเอง ซึ่งอาจจะนำมาสู่การเป็นผู้ป่วยรายใหม่ในอนาคต

2.3 ระดับความฉลาดทางสุขภาพที่มีค่าคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุดรธานีข้อที่พบมากที่สุดคือ การรับรู้ข้อมูลเรื่องสมุนไพรและอาหารเสริม (58.35%) รองลงมาคือ ความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ (56.1%) ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (54.3%) การสนับสนุนสุขภาพในชุมชน (53.5%) ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (52.4%) ความสามารถในการเข้าถึงอาหารสุขภาพ (51.7%)

2.3.1 ระดับความฉลาดทางสุขภาพรายข้อ ด้านปัจจัยพื้นฐาน พบว่า ด้านการรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐาน ร้อยละ 52.1 มีคะแนนต่ำในการถามสิทธิขั้นพื้นฐาน ด้านการสนับสนุนสุขภาพในชุมชน ร้อยละ 52.1 มีคะแนนต่ำในความสามารถหาความช่วยเหลือจากคนรอบข้างได้ทันต้องการ และความสามารถซื้ออาหารสดหรืออาหารปรุงสำเร็จที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพจากบริเวณที่อาศัยหรือที่ทำงานด้านทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการจากบุคลากรสุขภาพร้อยละ 50.2 มีคะแนนต่ำในประเด็นกล้าซักถามข้อสงสัยในการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลด้านครอบครัวสุขภาพร้อยละ 52.4 มีคะแนนต่ำในเรื่องสามารถหาคนมาช่วยดูแลสุขภาพยามต้องการ ด้านความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ร้อยละ 53.4 มีคะแนนต่ำในความสามารถหาข้อมูลสุขภาพของสินค้า

เพื่อรู้ประโยชน์และโทษก่อนซื้อ ร้อยละ 55.7 มีคะแนนต่ำในวิธีหาคำตอบเกี่ยวกับสุขภาพที่น่าเชื่อถือได้อย่างรวดเร็ว ร้อยละ 50.2 มีคะแนนต่ำในค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้จากหลายช่องทาง ร้อยละ 50.4 มีคะแนนต่ำเรื่องแหล่งความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย ด้านความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ ร้อยละ 86.2 มีคะแนนต่ำในข้อการใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติแต่ยังต้องดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น ร้อยละ 51.7 มีคะแนนต่ำในเรื่องการพยายามสังเกตการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ

2.3.2 ระดับความฉลาดทางสุขภาพรายข้อ ด้านปัจจัยสนับสนุน พบว่า ด้านความสามารถในการเดินทางหรืออุปสรรค ร้อยละ 50 มีคะแนนต่ำในเรื่องเมื่อต้องไปหาหมอมีเงินพอจ่ายค่าเดินทาง

2.3.3 ระดับความฉลาดทางสุขภาพรายข้อ ด้านที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับ health literacy พบว่า ด้านความสามารถในการเข้าถึงอาหารสุขภาพ ร้อยละ 52.9 มีคะแนนต่ำในการเลือกกินอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ร้อยละ 56.4 มีคะแนนต่ำในเรื่องการกินอาหารเป็นเวลาด้านออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 58 มีคะแนนต่ำในเรื่องออกกำลังกายจนรู้สึกหายใจเร็วขึ้นได้ทุกวัน ร้อยละ 55.3 มีคะแนนต่ำในเรื่องรู้ว่าควรออกกำลังกายมากเท่าไรต่อสัปดาห์ ร้อยละ 51.1 มีคะแนนต่ำในเรื่องรู้ว่าควรออกกำลังกายมากเท่าไรต่อสัปดาห์ ร้อยละ 52.6 มีคะแนนต่ำในเรื่องรู้ว่าจะกระตุ้นตัวเองให้ออกกำลังกายได้อย่างไร ด้านความเครียด ร้อยละ 51.6 มีคะแนนต่ำในเรื่องเมื่อมีความเครียดก็ยังคงดูแลสุขภาพตนเองได้ดีด้านการใช้ยา ร้อยละ 50.5 มีคะแนนต่ำในเรื่องวิธีการเตือนให้กินยาตรงเวลา และขนาดตามที่หมอสั่งด้านสมุนไพรและอาหารเสริม มีคะแนนต่ำ ร้อยละ 57.7 มีคะแนนต่ำในการพูดคุยกับหมอเกี่ยวกับการกินยาสมุนไพร/อาหารเสริม ร้อยละ 59.7 มีคะแนนต่ำในข้อว่าจะหาสมุนไพร/อาหารเสริมที่ปลอดภัยได้จากที่ไหน ร้อยละ 57.2 มีคะแนนต่ำในเรื่องการรู้จักแหล่งความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร/อาหารเสริมที่เชื่อถือได้ ร้อยละ 58.4 มีคะแนนต่ำในเรื่องการหาความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร/อาหารเสริมที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ

จากผลการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพประชาชน กลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุดรธานีในการประเมินความฉลาดทางสุขภาพทั้ง 14 ด้าน⁽¹⁾ พบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงกว่าร้อยละ 50 ยังคงมีการรับรู้ข้อมูลเพื่อจัดการสุขภาพในระดับต่ำ ระดับความฉลาดทางสุขภาพที่มีค่าคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุดรธานีข้อที่พบมากที่สุดคือ การรับรู้ข้อมูลเรื่องสมุนไพรและอาหารเสริม (58.35%) รองลงมาคือ ความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ (56.1%) ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (54.3%) การสนับสนุนสุขภาพในชุมชน (53.5%) ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (52.4%) ความสามารถในการเข้าถึงอาหารสุขภาพ (51.7%) ทั้งนี้เนื่องจาก ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ยังขาดความรู้และความเข้าใจในเรื่องดังกล่าว⁽⁷⁻¹¹⁾ ในการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกต้องให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์ และการสร้างการรับรู้ให้กับประชาชนในกลุ่มนี้ให้เพิ่มมากขึ้น และเท่าทันต่อวิถีชีวิต บริบทพื้นที่ ซึ่งเป็นประเด็นการขับเคลื่อนของเครือข่ายสุขภาพทุกภาคส่วนควรต้องให้ความสำคัญและบูรณาการงานร่วมกันต่อไป และในอนาคตจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพง โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีภาระหนักในด้านการรักษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. การดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก ควรให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้านการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ และการสร้างการรับรู้ให้กับประชาชนในกลุ่มนี้ให้เพิ่มมากขึ้น และเท่าทันต่อวิถีชีวิต บริบทพื้นที่

2. การขับเคลื่อนงานในการจัดระบบบริการที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ เป้าหมายการลดผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รายใหม่ จึงต้องสร้างความฉลาดทางสุขภาพให้กับประชาชนทั่วไป และประชาชน

กลุ่มเสี่ยงให้สามารถรับรู้ข้อมูลสุขภาพและจัดการป้องกัน
สุขภาพด้วยตนเองได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์
ที่ให้คำแนะนำในการทำวิจัย และขอบคุณเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวม
ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และณฤมล ศรีเพชรศรีอุไร. ความฉลาดทางสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นิเวศธรรมศาสตร์การพิมพ์. กรุงเทพมหานคร. 2554.
3. Nutbeam.D. **Health Literacy as a Public Health Goal : A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into health 21st Century.**Health Promotion International.15(8) 2000.
4. Nutbeam.D. **The Evaluating Concept of Health Literacy : What can we learn from literacy studies?.**Social Science & Medicine. 67 2008:2072-2078.
5. Krejcie, Robert V., & Morgan, Daryle W. **Determinining Sample Size for Research Activities.**Educational and Psychological Measurement. v. 30, 1970.607-610.
5. Nutbeam.D. **Defining and Measuring Health Literacy : What can we learn form literacy study?.** International Journal of Public Health, 54, 2009:303-305.
7. ชีระวรรณ รัตน์ และคณะ. การทบทวนสถานการณ์และกลไกการจัดการความแตกต่างด้านสุขภาพ. URLhttp:// kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4291. สืบค้นเมื่อ(1 มกราคม 2560).
8. เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน. รายงานการฝึกอบรมหลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ 5 ปี 2556. สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ. กรุงเทพฯ. 2556.
9. ศูนย์วิจัยมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต. รายงานการสำรวจความแตกต่างด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในกลุ่มประชากรตัวอย่างสำหรับใช้วิเคราะห์ Psychometric เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง. URL http://old.hsri.or.th/media/1301.สืบค้นเมื่อ(25 ธันวาคม 2559).
10. อรุณี หล้าเขียว และทวิวรรณ ชาลีเครือ. “ความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่”. วารสารบทความกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 6. Vol. 1, No. 6 (2015). 2558.
11. อาณัติ วรรณศรี และคณะ. โครงการพัฒนาความแตกต่างด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลเมืองศรีโค อำเภอมารินชำราบ. URL https://www.researchgate.net/profile/Arnat_Wannasri2/publication/278420492_pdf. สืบค้นเมื่อ(1 มกราคม 2560).

การสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา

Organizational Support Relating to The Performance of Public Health Officers on School Health
Program at Huaithalaeng District Nakhonratchasima Province.

วัชร บุญมา¹ ชนะพล ศรีฤาชา²

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา ประชากรที่ศึกษาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียน อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 61 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เพื่อวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.96 ดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 25 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการหาค่าสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดสถิติอนุมานหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า ระดับการสนับสนุนจากองค์กรของประชากรที่ศึกษา ในภาพรวมมีการสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.72 (S.D.=0.44) และพบว่า ระดับการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา ในภาพรวมการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย=3.85 (S.D.=0.41) การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับมากกับการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา ($r=0.750$, $p\text{-value}<0.001$) ปัญหาอุปสรรคจากการศึกษา พบว่า วัสดุอุปกรณ์ บุคลากร และงบประมาณมีไม่เพียงพอ ซึ่งควรมีการจัดสรรทั้งวัสดุอุปกรณ์ บุคลากร และงบประมาณที่ใช้ในการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนให้เพียงพอเพื่อให้การปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้น ผู้บริหารควรมีการนำผลการปฏิบัติงานด้านงานอนามัยโรงเรียนมาประกอบการพิจารณาการเลื่อนตำแหน่งหรือพิจารณาตอบแทนเพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียน

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research was aimed to study organizational support relating to the performance of public health officers on school health program at Huai Thalaeng district Nakhon Ratchasima province. The samples consisted of 61 from public health officers on school health program at Huai Thalaeng district Nakhon Ratchasima province. This study was collecting data by the questionnaire were examined and verified by the three experts for content validity and tested for reliability in pilot study of 30 samples Yielding Cronbach Alpha Coefficient at 0.94. Data collected between June 1st, 2016 to June 25th, 2016. The data analysis was performed by descriptive statistics including Percentage, Mean, Standard Deviation, Median, Minimum, Maximum, and Inferential statistics of Pearson product-moment correlation.

The results revealed that organizational support was found at high level with averages of 3.72 (S.D.=0.44). The overall performance of public health officers on school health program was found at high level with the averages of 3.85 (S.D.=0.41). Organizational support had positive relationship with the performance of public health officers on school health program at Huai Thalaeng district Nakhon Ratchasima province ($r=0.750$, $p\text{-value}=0.0001$). Problem included equipment ,personnel and the insufficient budgets .It is recommended to allocated more budget. The performance of school health program should be considered for annual salary promotion.

Keyword: Organizational support, School health program, Public health officers

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ ภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

งานอนามัยโรงเรียน เป็นการบริการสาธารณสุขประเภทหนึ่ง ที่ภาครัฐจัดให้แก่ประชากรกลุ่มวัยเรียนและกลุ่มเยาวชน ซึ่งจะสอดคล้องกับพระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวด 1 บททั่วไป มาตรา 6 ให้กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ซึ่งจะมีหน้าที่ในการพัฒนาเด็กและเยาวชน รวมทั้งต้องแก้ไขปัญหาคือจะทำให้มีผลกระทบในทางลบต่อเด็กและต่อเยาวชน โดยมีหลักการพัฒนาการของเด็กและเยาวชน การบังคับใช้และการปฏิบัติใดๆแห่งพระราชบัญญัติฉบับนี้ หรือกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องกับเด็กและเยาวชน โดยให้คำนึงถึงเด็กและเยาวชนเป็นอันดับแรก เด็กและเยาวชนทุกคนนั้นมีสิทธิ์ที่จะได้รับการศึกษาและได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐาน ที่มีคุณภาพที่สูงสุดตามที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ เด็กพิการ เด็กที่มีข้อจำกัดทางการเรียนรู้ และเด็กที่มีความสามารถพิเศษมีสิทธิ์ต้องได้รับการศึกษาที่ภาครัฐได้จัดให้เป็นพิเศษที่เหมาะสมกับเด็กลักษณะพิเศษนั้นๆ เด็กและเยาวชนมีสิทธิ์ได้รับการบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานที่สูงสุด เท่าที่มีการให้บริการด้านนี้ ทั้งเด็กและเยาวชนมีสิทธิ์ในการเล่น การมีเวลาพักผ่อน และเข้าร่วมกิจกรรมการเล่นทางการนันทนาการที่เหมาะสมตามเป็นไปตามวัยของเด็กและเยาวชน และการมีส่วนร่วมอย่างเสรีทางวัฒนธรรมและศิลปะ มาตรา 7 ที่ให้เด็กและเยาวชนทุกคนนั้นได้มีสิทธิ์ที่จะได้รับการจดทะเบียนการรับรองในการเกิด การพัฒนาการยอมรับ การคุ้มครอง และโอกาสในการมีส่วนร่วมตามที่บัญญัติในพระราชบัญญัตินี้⁽¹⁾

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 13 แห่ง มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 61 คน ประกอบด้วยนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 17 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 14 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 25 คน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข จำนวน 4 คน และเจ้าพนักงานเภสัชกรรม จำนวน 1 คน มีโรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 47 แห่ง โรงเรียนมัธยม จำนวน 3 แห่ง และโรงเรียนขยายโอกาส จำนวน 2 แห่ง เป็น

โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง จำนวน 45 แห่ง ระดับเงิน จำนวน 7 แห่ง ขอบเขตงานอนามัยโรงเรียนประกอบด้วยกิจกรรมในด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1. ด้านสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่ถูกสุขลักษณะ 2. การบริการด้านสุขภาพ 3. การบริการด้านการศึกษาหรือสุศึกษา 4. การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างโรงเรียน บ้านและชุมชน ผลการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนปีที่ผ่านมา ด้านการให้ภูมิคุ้มกันโรค พบว่า เด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 97.0 นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 98.0 ด้านการให้บริการทันตกรรม พบว่า เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง 6 มีปัญหาช่องปากระดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 48.0 ระดับ 7 คิดเป็นร้อยละ 32.0 ด้านภาวะโภชนาการ พบว่า เด็กนักเรียนทั้งหมดมีรูปร่างดี สมส่วน คิดเป็นร้อยละ 69.0 เด็กนักเรียนที่เริ่มอ้วนและอ้วน คิดเป็นร้อยละ 15.0 เด็กนักเรียนที่เริ่มเตี้ย และเตี้ย คิดเป็นร้อยละ 11.0 ซึ่งจะเห็นว่ามีความมีปัญหาที่ท้าทายต่อการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพอยู่มาก และจากสภาพของปัญหาดังกล่าวข้างต้น การแก้ไขปัญหาคือการส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณให้แก่เด็กวัยเรียนในโรงเรียน⁽²⁾

การปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้นจำเป็นจะต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์กร ทั้งด้านปัจจัยในการบริหาร และด้านการสนับสนุนจากผู้บริหารซึ่งมีผู้ให้คามหมายของปัจจัยการบริหารหรือทรัพยากรด้านการบริหารซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษการสนับสนุนจากองค์กรในปัจจัยทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการบริหาร⁽³⁾ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน ดังนี้ 1.ด้านบุคลากร หรือกำลังคน คือ จำนวนบุคคลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ที่มีความเพียงพอ มีความรู้ และมีความสามารถในการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินงานอนามัยโรงเรียนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบรรลุผลสำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์ 2.ด้านงบประมาณ นับว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งสำหรับการบริหารงาน และการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนของเจ้าหน้าที่

สาธารณสุข เพราะการบริหารงานจะดำเนินไปไม่ได้ถ้าหากขาดงบประมาณทางการเงิน และยังถือเป็นทรัพยากรการบริหารที่ทำให้ระบบการบริหารนั้นมีความคล่องตัวยิ่งขึ้น เป็นการสนับสนุนการปฏิบัติงานของบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3.ด้านวัสดุอุปกรณ์ มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการบริหารงานอนามัยโรงเรียนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพราะเป็นปัจจัยที่บุคลากรสามารถที่จะนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินงานได้ เพื่อทำให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ 4.ด้านการบริหาร เพราะกระบวนการทำงานที่องค์กรให้การสนับสนุนในด้าน การวางแผน การจัดองค์การ การอำนวยการ และการควบคุมทรัพยากรให้เอื้อประโยชน์ต่อการทำงานอนามัยโรงเรียนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นปัจจัยการบริหารทั้ง 4 ด้าน ที่เป็นปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนจากองค์กรสำหรับการใช้ในการดำเนินงานวิจัย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงการสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อหาวิธีแก้ไขปัญหามาหาแนวทางในการพัฒนางานอนามัยโรงเรียนให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการสนับสนุนจากองค์กรที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานการวิจัย

การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ ระหว่างวันที่ 1 - 25 มิถุนายน 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มประชากร คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 61 คน การศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาประชากรทั้งหมด จึงไม่มีการคำนวณขนาดตัวอย่างและสุ่มตัวอย่าง⁽²⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม โดยแบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์กร ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา และส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ 5,4,3,2,1⁽⁴⁾ ระดับมากที่สุด ระดับมา ระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และประเมินค่าความน่าเชื่อถือของเครื่องมือโดย ทำการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีของครอนบาช (Cronbach's Method) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.96 และการศึกษาได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ทั้งนี้ตามหนังสือเลขที่ ศร 0514.1.27/4227 ลงวันที่ 23 พฤษภาคม 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อหาการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) เพื่อใช้ในการ

อธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนจากองค์กร และการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา และใช้สถิติเชิงอนุมาน ในการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

การแปลผลคะแนนจากระดับการสนับสนุนจากองค์กร และระดับการปฏิบัติงานด้านอนามัยโรงเรียนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา สามารถนำมาแปลผลโดยการจัดระดับแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยได้จากการแบ่งช่วงของคะแนนเฉลี่ย (ประกอบ กรรณสูตร, 2542) ต่อไปนี้ระดับที่มากที่สุด ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.50–5.00, ระดับมาก ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.50–4.49, ระดับปานกลาง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.50–3.49, ระดับน้อย ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.50–2.49 และระดับน้อยที่สุด ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00–1.49

ผลการศึกษา

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียน อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 62.3 มีอายุระหว่าง 21-30 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 34.4 มีอายุเฉลี่ย 36.3 ปี (S.D. = 8.17 ปี) อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 58 ปี เป็นตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 41.0 มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 62.3 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 68.9 มีรายได้เฉลี่ย 32,824.26 บาท/เดือน (S.D. = 9523.01) รายได้ต่ำสุด = 8,500 บาท รายได้สูงสุด 39,000 บาท ระยะเวลาการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียน เฉลี่ย 9.75

ปี (S.D. = 6.62 ปี) และเคยได้รับการฝึกอบรมด้านอนามัยโรงเรียน จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 91.8

2. ระดับการสนับสนุนจากองค์กรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนอำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา การสนับสนุนจากองค์กรในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.72 (S.D. = 0.44) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมากโดย ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการบริหารจัดการ มีค่าเฉลี่ย 3.84 (S.D. = 0.42) รองลงมาคือ ด้านบุคลากร มีระดับการสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.80 (S.D. = 0.36) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านงบประมาณมีระดับการสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.55 (S.D. = 0.55) และด้านวัสดุ อุปกรณ์มีระดับการสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.71 (S.D. = 0.43)

3. ระดับการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียน อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา การปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.85 (S.D. = 0.41) เมื่อพิจารณารายด้านแล้ว ทุกด้านอยู่ในระดับมากเช่นกันโดย ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการบริการด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 3.89 (S.D. = 0.40) รองลงมาคือ ด้านการบริการด้านการศึกษาหรือสุขศึกษา อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.88 (S.D. = 0.36) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่ถูกสุขลักษณะ ค่าเฉลี่ย 3.81 (S.D. = 0.39)

4. การสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการสนับสนุนจากองค์การกับการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา

การสนับสนุนจากองค์การ	การปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา		
	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (P)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การสนับสนุนจากองค์การ	0.750*	<0.001	สูง
ด้านบุคลากร	0.509*	<0.001	ปานกลาง
ด้านงบประมาณ	0.690*	<0.001	ปานกลาง
ด้านวัสดุ อุปกรณ์	0.625*	<0.001	ปานกลาง
ด้านการบริหารจัดการ	0.648*	<0.001	ปานกลาง

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ ในภาพรวมการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ในระดับสูงทางบวกอย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติ ($r = 0.750$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เชิงบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์การอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.72 (S.D. = 0.44) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดย ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการบริหารจัดการ มีค่าเฉลี่ย 3.84 (S.D. = 0.42) รองลงมาคือ ด้านบุคลากร มีระดับการสนับสนุนจากองค์การอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.80 (S.D. = 0.36) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านงบประมาณมีระดับการสนับสนุนจากองค์การอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.55 (S.D. = 0.55) และด้านวัสดุ อุปกรณ์ มีระดับการสนับสนุนจากองค์การอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.71 (S.D. = 0.43) หากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับการสนับสนุนจากองค์การที่เหมาะสม ย่อมส่งผลให้การปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับ

งานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ระดับการสนับสนุนจากองค์การในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาพรวมอยู่ในระดับมาก^(5,6) การปฏิบัติงานด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นั้นอาจได้รับการสนับสนุนจากองค์การแตกต่างกันไปตามบริบทพื้นที่ ส่งผลให้การศึกษานี้ครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่ต่างกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับการสนับสนุนจากองค์การในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง⁽⁷⁾

การปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.85 (S.D. = 0.41) เมื่อพิจารณารายด้านแล้ว ทุกด้านอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดย ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการบริการด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 3.89 (S.D. = 0.40) รองลงมาคือ ด้านการบริการด้านการศึกษาหรือสุขศึกษา อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.88 (S.D. = 0.36) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่ถูกสุขลักษณะ ค่าเฉลี่ย 3.81 (S.D. = 0.39) การดำเนินงานอนามัยในโรงเรียนเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ ทั้งทางด้านความรู้ ทักษะและการปฏิบัติเพื่อการดำรงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีและการปรับปรุง ส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน และบุคลากรในโรงเรียน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ระดับการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับ

มาก^(5,8) การดำเนินกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ป้องกัน รักษาและการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรทุกคนที่ทำงานอยู่ในโรงเรียนเพื่อให้กลุ่มคนเหล่านี้มีสุขภาพที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของโรงเรียน บ้านและชุมชนมีความแตกต่างกันไป ซึ่งอาจส่งผลให้การศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่ต่างกันกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง⁽⁹⁾

ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ ในภาพรวมการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ในระดับสูงทางบวกอย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติ ($r = 0.750$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เชิงบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสนับสนุนจากองค์กรมีความสำคัญต่อการตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพิ่มความสามารถในการแข่งขันให้แก่องค์กร ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวก กับการดำเนินงานด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^(6,10) และสอดคล้องในระดับที่ต่างกันกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ทางบวก กับการดำเนินงานด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁽⁵⁾

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรนำผลการปฏิบัติงานด้านอนามัยโรงเรียนมาประกอบการพิจารณาการเลื่อนตำแหน่งหรือพิจารณาค่าตอบแทน เป็นขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียน เพื่อส่งผลให้ระบบการบริหารจัดการมีความคล่องตัวและเป็นการสนับสนุนระบบการปฏิบัติงานของกำลังคนให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมการสนับสนุนจากองค์กร ด้านการบริหารจัดการ ในการปฏิบัติงานด้านอนามัยโรงเรียนให้เป็นระบบ เนื่องจากกระบวนการปฏิบัติงานมีความสำคัญต่อการบริหารจัดการทรัพยากรการบริหารให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กรเพื่อให้มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล

3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมการสนับสนุนจากองค์กร ด้านวัสดุอุปกรณ์ ในการปฏิบัติงานด้าน กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกๆ ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ดูแลเอาใจใส่และตรวจสอบข้อบกพร่องต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้ และขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1.พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ. การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2550.
- 2.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา. ข้อมูลการดำเนินงานและประเมินผลงานด้านอนามัยโรงเรียน ของอำเภอห้วยแถลงปี 2558. นครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยแถลง, 2558.
- 3.ทองหล่อ เดชไทย. หลักการบริหารงานสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์, 2545.
- 4.Likert, R. *The human organization: Is management and value*. New York: McGraw-Hill, 1967.
- 5.รัชนิกร อะโน และประจักษ์ บัวตัน. การดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 8(2) 2558, 117-127.

- 6.พิมพ์วรา สิงห์วิวัฒน์ และประจักษ์ บัวพันธ์. การประเมินผลการปฏิบัติงานของนักวิชาการ สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 8(3),2557, 267-280
- 7.ดาวรุ่ง ดอนสมจิตร, และประจักษ์ บัวพันธ์. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสร้างสุขภาพของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 8(3),2551. 65-74.
- 8.ศุภชัย หมั่นมา และประจักษ์ บัวพันธ์. การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 14(2), 2557.71-84.
- 9.วิราภรณ์ รวยะวงศ์, และประจักษ์ บัวพันธ์. การดำเนินงานทันตสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุขในสถานอนามัย จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 9(3),2552.42-50.
- 10.รัชนิกร ภูญแจทอง, และชนะพล ศรีฤาชา. การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น*, 19(2),2555. 17-26.

**บรรยากาศองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐาน
หน่วยบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพ
มัญจาคีรี-โคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น**

**Organizational Climates Associated With The Performance Of Health Personnel In Accorded With The
Standard Of Primary Care Unit In Chronic Illness Care At Sub district Health Promoting Hospital Under
Manchakhiri-Khokphochai Health Service Network KhonKaen Province.**

สุดารัตน์ โคตรธนุ¹ ชนะพล ศรีฤาชา²

Sudarat Kottanu¹, Chanaphol Sriruecha²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Descriptive Research) โดยศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบรรยากาศองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี-โคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี-โคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น จำนวน 84 คน โดยผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับประชากรทั้งหมด ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) 0.98 ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2558 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2559 นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS for Windows แจกแจงข้อมูลด้วยค่าสถิติ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.6 มีอายุเฉลี่ย 37.82 ปี (S.D. = 9.17 ปี) อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 59 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 59.5 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 26.2 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001 - 20,000 บาท ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน เฉลี่ย 8.48 ปี (S.D. = 7.09) ส่วนบรรยากาศองค์การ พบว่า อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.98 คะแนน (S.D. = 0.43) และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี-โคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น พบว่าอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.90 คะแนน (S.D. = 0.68) บรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี-โคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.726$, $p\text{-value} < 0.001$) ปัญหาและอุปสรรคที่พบส่วนใหญ่เป็นเรื่องด้านการส่งเสริมสุขภาพ และด้านการรักษาโรค

คำสำคัญ: บรรยากาศองค์การ, การปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

The study is Cross sectional Analytical research. The purposes of this study were to study Organizational Climates Associated With The Performance Of Health Personnel In Accorded With The Standard Of Primary Care Unit In Chronic Illness Care At Sub district Health Promoting Hospital Under Manchakhiri-Khokphochai Health Service Network Khon Kaen Province. The population was 84 Health Personnel in Accorded with the Standard of Primary Care Unit in Chronic Illness Care at Sub district Health Promoting Hospital under Manchakhiri-Khokphochai Health Service Network Khon Kaen Province. The research instruments were the questionnaires were collected by research assistant during 1st August 2015 to 31th May 2016. The data was analyzed by computer programs to acquire percentage, mean, standard deviation, Pearson Product Moment Correlation Coefficient.

The finding revealed that the majority of population was female (72.6 percent) with average age of 37.82 years mostly married status, 59.5 percentage completed Bachelor degree. Most of occupation was nurse for 26.2 percentage regarding income, the subjects had

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

monthly income between 10,001 to 20,000 bath. The length of experience was 8.48 years with standard deviation was 7.09 years. The Organizational Climates was at 'high' level ($\bar{X}$ =3.98, S.D = 0.43), The level of performance was also high level ($\bar{X}$ =3.90, S.D = 0.68), The Organizational Climates was highly Associated With The Performance Of Health Personnel In Accorded With The Standard Of Primary Care Unit In Chronic Illness Care At Sub district Health Promoting Hospital Under Manchakhiri-Khokphochai Health Service Network KhonKaen Province. Hospital with statistical significance ($r = 0.726$, p -value < 0.001). The common problem and obstacle was the issue health promotion and curative treatment.

Keywords: Organizational Climates 1, Performance of Health Personnel in Chronic Illness Care 2, Sub district Health Promoting Hospital3

บทนำ

ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 กระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นให้คนไทยมีสุขภาพดี ผู้เป้าหมายสังคมอยู่เย็นเป็นสุขตามแนวทางปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งเป็นช่วงที่คนไทยทั่วประเทศต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตการณ์กระทบทางสังคม เศรษฐกิจทั้งภายในและภายนอกประเทศ จึงได้ให้ความสำคัญกับความร่วมมือร่วมใจของประชาชน ชุมชนและทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในการร่วมกันจัดทำแผน วางแผนอย่างเป็นทางการ พัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบที่เชื่อมโยงกับองค์ประกอบต่างๆหลายส่วนทั้งองค์ประกอบด้านกระบวนการและเป็นระบบขั้นตอน ดังนั้นการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนจะต้องพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบที่เชื่อมโยงกับองค์ประกอบต่างๆหลายส่วนทั้งองค์ประกอบ ด้านปัจเจกบุคคล⁽¹⁾ องค์ประกอบด้านสภาพแวดล้อม เช่น เศรษฐกิจ สังคม การเมือง กายภาพ ชีวภาพและองค์ประกอบด้านระบบบริการสุขภาพรวมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจากทุกภาคส่วน ของสังคมในการพัฒนาสุขภาพ การปฏิรูประบบสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานเชิงรุก ได้มีการเปลี่ยนแนวคิดจากการซ่อมสุขภาพ มาเป็นสนใจในเรื่องการสร้างสุขภาพ การตอบสนองความต้องการของประชาชน และการทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงปัญหาสุขภาพและวิธีการจัดการ การให้ความสำคัญกับหน่วยบริการในระดับต้น การส่งเสริม การบริการร่วมในลักษณะเครือข่ายของสถานบริการทุกระดับ การพัฒนาสถานบริการของรัฐและเอกชนให้มีมาตรฐาน ทำให้สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับต้องปรับแนวคิด การบริหาร และการสาธารณสุข รวมถึงต้องพัฒนารูปแบบวิธีการและ

การบริหารระบบบริการสุขภาพเพื่อให้บรรลุ การมีสุขภาพที่ดีหรือสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืนของประชาชน⁽²⁾

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้บริการสุขภาพในทุกเพศ ทุกกลุ่มวัยอย่างต่อเนื่องผสมผสานครอบคลุม 4 มิติ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ให้การดูแลแบบองค์รวมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และการนำทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ประโยชน์ เป้าหมายการจัดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้กับประชาชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทุกช่วงวัย ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นการบริการอีกด้านหนึ่งซึ่งมีความสำคัญซึ่งต้องให้การดูแลในกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มปกติ มีการพัฒนาการบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีคุณภาพภายใต้แนวคิดการพัฒนาสุขภาพ ทุกกลุ่มวัย เป็น “คลินิก NCD คุณภาพแบบบูรณาการ” เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีสุขภาพดี การปฏิบัติงานของหน่วยบริการปฐมภูมิบรรยาการสององค์การนับว่ามีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นอย่างยิ่ง โรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ 5 อันดับแรก คือ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ มีจุดเน้นและให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ซึ่งบทบาทของเจ้าหน้าที่ในการจัดบริการประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 2) ด้านการควบคุมป้องกันโรค 3) ด้านการดูแลรักษา 4) ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านจะมีความสัมพันธ์กับบรรยาการสององค์การ (Climate Organization) ซึ่งเป็นความรู้สึกร่วมของบุคลากรภายในองค์กรที่มีต่อปัจจัยต่างๆ

ภายในองค์กรที่ส่งผลต่อการทำงาน หรืออีกนัยหนึ่งคือ การรับรู้ของบุคลากรภายในองค์กรต่อสภาวะแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งประกอบด้วย มิติบรรยากาศองค์การต่างๆ 9 มิติซึ่งได้แก่ มิติด้านโครงสร้างองค์การ มิติด้านความรับผิดชอบ มิติด้านความขัดแย้ง มิติด้านความชื่นชม มิติด้านความอบอุ่น มิติด้านรางวัล มิติด้านการสนับสนุน มิติด้านมาตรฐานการปฏิบัติงาน และมิติด้านความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน⁽³⁾ บรรยากาศขององค์การรวมถึงระบบงานการติดต่อสื่อสาร ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล วัฒนธรรมองค์การ ระเบียบกฎเกณฑ์ อำนาจหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมาย เหล่านี้เรียกว่า บรรยากาศองค์การ⁽⁴⁾ ถ้าหากว่าบรรยากาศ หรือ Climate ในการทำงานมีความเหมาะสมแล้วจะส่งผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐาน ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการควบคุม ป้องกันโรค ด้านการดูแลรักษา ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ บรรยากาศองค์การของบุคลากรภายในองค์กรอาจหมายถึงความถึง ผู้บริหารสามารถที่จะบริหารและดูแลบรรยากาศในการทำงานให้เหมาะสมก็ย่อมจะส่งผลดีต่อการปฏิบัติงานบุคลากรภายในองค์กรทุกคนย่อมอยากที่จะทำงานให้ได้ผลดีที่สุด มีประสิทธิภาพ แต่ถ้าหากในองค์กรที่บรรยากาศไม่ดีแล้ว ย่อมทำให้บุคลากรในองค์กรไม่รู้สึกลอยจะทำงาน ไม่มีความกระตือรือร้นที่จะทำงานอาจกล่าวได้ว่าบรรยากาศองค์การส่งผลกระทบโดยตรงต่อพฤติกรรมของสมาชิกในองค์กร การสร้างบรรยากาศให้มีความสอดคล้องกับความต้องการของบุคลากรในองค์กรก็เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในด้านการทำงาน หากจะพิจารณาถึงผลของการปฏิบัติงานแล้วย่อมจะต้องยึดมาตรฐานของหน่วยบริการเพื่อเป็นตัวบ่งชี้ถึงความสำเร็จของงานเมื่อเทียบกับมาตรฐานที่กำหนดไว้ ให้มีความครอบคลุมครบถ้วน มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา บรรยากาศองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี-โคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น เป็นอย่างไร เพื่อเป็นแนวทาง ในการออกแบบการ

บริหารงานที่มีประสิทธิภาพให้กับองค์การ และนำไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไข ส่งเสริมและพัฒนาองค์การในส่วนที่ยังบกพร่องต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาบรรยากาศองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ระดับบรรยากาศองค์การ ระดับการปฏิบัติงาน และปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี-โคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น

สมมุติฐาน

บรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี-โคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Descriptive Research)

ประชากรในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี-โคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น จำนวน 84 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดแบบสอบถามประกอบให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวในกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล, ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับระดับบรรยากาศองค์การ, ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับระดับการปฏิบัติงาน, ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และประเมินค่าความน่าเชื่อถือของเครื่องมือโดย ทำการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีของครอนบาช (Cronbach's Method) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม 0.98

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล และสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ของอิลฟ์สัน เคริท⁽⁵⁾ (Elifson Kirkw,1990) มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. **คุณลักษณะส่วนบุคคล** จากการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี-โคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น พบว่าประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.6 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 35.7 อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 59 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 67.9 การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 59.5 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 26.2 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 32.1 ต่ำสุด 4,500 บาท และสูงสุด 45,000 บาท ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการ น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 75.0 น้อย

ที่สุด 1 ปี และมากที่สุด 39 ปี ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในรพ.สต.ปัจจุบัน น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 83.3 น้อยที่สุด 1 ปี และมากที่สุด 22 ปี

2. **ระดับบรรยากาศองค์การในการปฏิบัติงาน**
ระดับบรรยากาศองค์การในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี-โคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวมกลุ่มประชากรมีระดับบรรยากาศองค์การอยู่ในระดับมาก ($\mu=3.90, \sigma=0.43$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าบรรยากาศองค์การทุกด้านอยู่ในระดับมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ มิติความอบอุ่น ($\mu=4.25, \sigma=0.53$) ส่วนบรรยากาศองค์การที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ มิติด้านรางวัล ($\mu=3.50, \sigma=0.70$)

3. **ระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล** จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ในภาพรวมกลุ่มประชากรมีระดับ การปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ อยู่ในระดับมาก ($\mu=3.90, \sigma=0.68$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านมีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ ด้านการป้องกันโรค ($\mu=4.05, \sigma=0.72$) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ($\mu=3.97, \sigma=0.75$) ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ($\mu=3.80, \sigma=0.74$) ด้านการรักษา ($\mu=3.79, \sigma=0.81$) ตามลำดับ

4. **บรรยากาศองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างบรรยากาศองค์การที่มีความสัมพันธ์กับ การปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี-โคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น

บรรยากาศองค์การ	การปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(ρ)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
มิติโครงสร้างองค์การ	0.333*	0.002	ปานกลาง
มิติความรับผิดชอบ	0.680*	<0.001	ปานกลาง
มิติด้านรางวัล	0.666*	<0.001	ปานกลาง
มิติความเสี่ยง	0.321*	<0.003	ปานกลาง
มิติความอบอุ่น	0.420*	<0.001	ปานกลาง
มิติการสนับสนุน	0.656*	<0.001	ปานกลาง
มิติด้านมาตรฐานการปฏิบัติงาน	0.704*	<0.001	ปานกลาง
มิติความขัดแย้ง	0.631*	<0.001	ปานกลาง
มิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน	0.436*	<0.001	ปานกลาง
ภาพรวมบรรยากาศองค์การ	0.726*	<0.001	สูง

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย พบว่า บรรยากาศองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี-โคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ภาพรวมของบรรยากาศองค์การ มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี-โคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\rho=0.726$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณาบรรยากาศองค์การรายด้าน พบว่า บรรยากาศองค์การทุกด้าน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี-โคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น ด้านที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุด คือ มิติด้านมาตรฐานการปฏิบัติงาน

($\rho=0.704$, $p\text{-value} < 0.001$) รองลงมาคือ มิติความรับผิดชอบ ($\rho=0.682$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุด คือ มิติความเสี่ยง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\rho=0.321$, $p\text{-value} = 0.003$)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา บรรยากาศองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี-โคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ระดับบรรยากาศองค์การของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี-โคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมาก ($\mu=3.98$, $\sigma=0.43$) เนื่องจากบรรยากาศองค์การมีความสอดคล้องกับมิติต่างๆ โดยเฉพาะโครงสร้างและกระบวนการองค์การได้มีการส่งเสริมบรรยากาศองค์การของเครือข่ายด้านการสนับสนุนบุคลากรเป็นทีมสหวิชาชีพ

ในเครือข่าย จัดแบ่งหน้าที่รับผิดชอบอย่างชัดเจนเพื่อช่วยเหลือกันในวันที่มีการจัดบริการคลินิก มีการจัดทีมเพื่อส่งเสริมให้กำลังใจ และให้คำปรึกษาด้านการปฏิบัติงานเป็นแนวทางเดียวกัน ด้านการจัดปรับปรุงคลินิกบริการผู้บริหารให้มีความสำคัญในการปรับปรุงเพื่อให้มีความเหมาะสมตามบริบทของแต่ละสถานบริการ ฉะนั้นบรรยากาศขององค์กรจะส่งผลต่อการปฏิบัติงานและความพึงพอใจในงาน⁽⁶⁾ บรรยากาศขององค์กรจึงเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญ ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการทำงานของบุคคลในองค์กรส่งผลให้การทำงานขององค์กรนั้นมีผลงานบรรลุตามเป้าหมาย และมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับบรรยากาศขององค์กรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมาก^(7,8,9,10) ในการดำเนินงานปัจจุบันเมื่อมีบริบทการดำเนินงานต่างกันย่อมส่งผลให้บรรยากาศขององค์กรมีระดับที่ต่างกันไปตามพื้นที่ตาม ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบรรยากาศขององค์กร เช่น ภาวะทางเศรษฐกิจ แบบของความเป็นผู้นำ นโยบายขององค์กร ค่านิยมของการบริหารองค์กร โครงสร้างองค์กร คุณลักษณะองค์กร ธรรมชาติขององค์กร ขนาดขององค์กรและขั้นตอนการดำเนินงานองค์กร ส่งผลให้ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่ต่างกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับบรรยากาศของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹¹⁾ และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าบรรยากาศขององค์กรทุกด้านอยู่ในระดับมากดังนี้

1. มิติโครงสร้างองค์กร ระดับบรรยากาศขององค์กร ด้านมิติโครงสร้างองค์กรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี-โคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมาก ($\mu=4.13, \sigma=0.48$) เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรับรู้เกี่ยวกับกฎระเบียบ ขั้นตอนในการดำเนินงานและการติดต่อสื่อสารตามสายการบังคับบัญชาในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นอย่างดี ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับบรรยากาศ

องค์กร ด้านมิติโครงสร้างองค์กร ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมาก^(7,8,9) และพบว่าผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่ต่างกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับบรรยากาศขององค์กร ด้านมิติโครงสร้างองค์กร ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹²⁾

2. มิติความรับผิดชอบ ระดับบรรยากาศขององค์กร ด้านมิติความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี-โคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมาก ($\mu=4.10, \sigma=0.54$) เนื่องจากลักษณะของการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมินั้น เป็นลักษณะงานที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรับรู้เกี่ยวกับหน้าที่ความรับผิดชอบและการตัดสินใจในงานที่ปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้ว ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับบรรยากาศขององค์กร ด้านมิติความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมาก^(7,8,9) และพบว่า ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้อง ในระดับที่ต่างกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับบรรยากาศของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง⁽¹²⁾

3. มิติด้านรางวัลระดับบรรยากาศขององค์กร ด้านมิติด้านรางวัล ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี-โคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมาก ($\mu=3.50, \sigma=0.70$) การปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นงานดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปฏิบัติงานแล้วผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดความภูมิใจในงานและวิชาชีพของตน ได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน และการยอมรับจากประชาชน และหากปฏิบัติตามเป้าหมายขององค์กร อย่างโดดเด่นย่อมส่งผลต่อการพิจารณาความดี ความชอบ การสนับสนุนให้ก้าวหน้าในงาน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับบรรยากาศขององค์กร ด้านมิติด้านรางวัลของ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมาก^(7,8,9) และพบว่าผลการศึกษานี้สอดคล้องในระดับที่ต่างกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับบรรยากาศองค์การมิติด้านรางวัลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹²⁾

4. มิติความเสี่ยงระดับบรรยากาศองค์การ ด้านมีความเสี่ยงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี โลกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมาก ($\mu=3.67, \sigma=0.42$) การปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ มีโอกาสเสี่ยงต่อการสัมผัสและติดเชื้อจากการให้บริการได้ง่ายในการปฏิบัติงานเช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยอื่นๆ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต้องปฏิบัติตามขั้นตอนและแนวทางปฏิบัติงานที่กำหนดไว้ ตามมาตรการการป้องกันความเสี่ยงด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับบรรยากาศองค์การ มิติความเสี่ยงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมาก^(7,8,9,10) และพบว่าผลการศึกษานี้สอดคล้องในระดับที่ต่างกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับบรรยากาศองค์การ ด้านมีความเสี่ยงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹²⁾

5. มิติความอบอุ่น ระดับบรรยากาศองค์การ ด้านมีความอบอุ่นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี โลกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมาก ($\mu=4.25, \sigma=0.53$) เนื่องจากการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการ มีการช่วยเหลือและให้ความร่วมมือ เมื่อเพื่อนร่วมงานมีปัญหาในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการ และเพื่อนร่วมงานในหน่วยงานมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับบรรยากาศองค์การ ด้านมีความอบอุ่นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมาก^(7,8,9) และพบว่าผลการศึกษานี้สอดคล้องในระดับที่ต่างกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว

พบว่า ระดับบรรยากาศองค์การ ด้านมีความอบอุ่นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง^(11,12)

6. มิติการสนับสนุน ระดับบรรยากาศองค์การ ด้านมิติการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี-โลกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมาก ($\mu=4.14, \sigma=0.51$) เนื่องจากการให้ความช่วยเหลือกับเพื่อนร่วมงานเพื่อความสำเร็จขององค์การในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการ และการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการ ทำให้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวคิดวิธีการทำงานซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับบรรยากาศองค์การด้านมิติการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมาก^(7,8,9) และพบว่าผลการศึกษานี้สอดคล้องในระดับที่ต่างกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับบรรยากาศองค์การ ด้านมิติการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹²⁾

7. มิติด้านมาตรฐานการปฏิบัติงาน ระดับบรรยากาศองค์การ ด้านมิติด้านมาตรฐานการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี โลกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมาก ($\mu=3.92, \sigma=0.67$) เนื่องจากการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการ ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถปฏิบัติงานได้บรรลุตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่หน่วยงานตั้งไว้เป็นอย่างดี และมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับบรรยากาศองค์การ มิติด้านมาตรฐานการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมาก^(7,8,9) และพบว่าผลการศึกษานี้สอดคล้องในระดับที่ต่างกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับบรรยากาศองค์การ ด้านมิติ

ด้านมาตรฐานการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง⁽¹²⁾

8. มิตินความขัดแย้ง ระดับบรรยากาศองค์การ ด้านมิตินความขัดแย้งการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี- โกลโพนไชย จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมาก ($\mu=3.84, \sigma=0.66$) เนื่องจากการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการ เมื่อมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน หน่วยงานได้เปิดโอกาสให้แสดงความเห็นอย่างสร้างสรรค์เพื่อกระตุ้นการทำงาน และเมื่อเกิดปัญหาข้อขัดแย้งในบางเรื่องด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มักจะมีเหตุผลเพื่อให้เพื่อนร่วมงานยอมรับการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานให้เหมาะสมกับสภาพที่เป็นปัจจุบัน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับบรรยากาศองค์การ มิตินความขัดแย้งของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมาก^(7,8) และพบว่าผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่ต่างกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับบรรยากาศองค์การ ด้านมิตินความขัดแย้งของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹²⁾

9. มิตินความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ระดับบรรยากาศองค์การ ด้านมิตินความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี โกลโพนไชย จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมาก ($\mu=4.24, \sigma=0.50$) เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีเป้าหมายร่วมกันในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการ และการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการ ในหน่วยงานมีความรักใคร่ กลมเกลียว สมัคสมานสามัคคี ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับบรรยากาศองค์การ ด้านมิตินความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมาก^(7,8,9)

บรรยากาศองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี- โกลโพนไชย จังหวัดขอนแก่น จากการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย พบว่า บรรยากาศองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี- โกลโพนไชย จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีรายละเอียดดังนี้

พบว่า ภาพรวมของบรรยากาศองค์การ มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี โกลโพนไชย จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\rho=0.726, p\text{-value} < 0.001$) เนื่องจากบรรยากาศองค์การเป็นความเข้าใจหรือการรับรู้ที่บุคคลมีต่อประเภทขององค์การที่เขาทำงานอยู่ และเป็นความรู้ลึกซึ้งของเขาที่มีต่อองค์การในแง่ของความเป็นตัวของตัวเอง การเปิดโอกาสโครงสร้างองค์การ การให้ผลตอบแทน ความเอาใจใส่ ความอบอุ่น และการให้ความนับถือ⁽¹³⁾ บรรยากาศองค์การจึงมีความสำคัญเป็นสื่อเชื่อมโยงระหว่างองค์ประกอบด้านต่างๆเข้าด้วยกัน และมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี โกลโพนไชย จังหวัดขอนแก่น ซึ่งผลการศึกษา ในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า บรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^(14,15) บรรยากาศองค์การเป็นลักษณะต่างๆที่ทำให้องค์การหนึ่งแตกต่างไปจากองค์การหนึ่ง และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของคนในองค์การนั้น อาจรวมถึงกระบวนการต่างๆในองค์การย่อมส่งผลให้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในระดับที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่ต่างกัน

กับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า บรรยาการองค์กร มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^(16,17,18)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี-โคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และตัวชี้วัดมาตรฐานการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้มีความชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อให้ผลสัมฤทธิ์ของงานมีประสิทธิภาพอย่างสูงสุด

2. เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี-โคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการส่งเสริมบรรยาการองค์กรด้านความรับผิดชอบโดยให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการปรับปรุงคลินิกบริการด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิให้

มีคุณภาพมาตรฐานและมีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงาน

3. เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี-โคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมบรรยาการองค์กร มิติด้านรางวัลโดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดนำผลการปฏิบัติงานไปประเมินผลในการพิจารณาความดีความชอบอย่างเหมาะสมเพื่อเพิ่มระดับผลงานและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ

4. เครือข่ายบริการสุขภาพมัญจาคีรี-โคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมบรรยาการองค์กรมิติด้านการสนับสนุนให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการปรับปรุงคณะกรรมการการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้งานมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11. (2555-2559).** กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, 2555.
2. สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. **การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง.** นนทบุรี: สหมิตร พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, 2553.
3. Litwin, G.H., & Stringer, R.A. **Motivation and Organization Climate.** Boston: Division of research Harvard University Graduate School of Business Administration, 1968.
4. Brown, W., & Moborg, D. **Organizational theory and management: A macroapproach.** New York: Wiley & Sons, 1980.
5. Elifson, K.W., Runyon, R.P. & Haber, A. **Fundamentals of social statistics.** 2 nd ed. New York McGraw-Hill, 1990.
6. Dubrin, A.J. **Fundamental of organization Behavior.** New York: Pergamon Press, 1973.
7. ประเสริฐ สุกภูมิ. **บรรยาการองค์กรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2557.
8. อรรถเดช อรรถเศรษฐัง. **บรรยาการตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน โชน 3 จังหวัดกาฬสินธุ์.** รายงานการศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551.
9. พรพรรณ สุนทรสุด. **บรรยาการองค์กรและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล พุมชน จังหวัดอุดรธานี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554.
10. ประสพ อินสุวรรณ. **บรรยาการองค์กรกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ.** การศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2555.

11. สุวริย์ เพชรแต่ง และคณะ. “ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตภาคกลาง”. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 28(1), 2557, 29-42,
12. พิโชติ บำรุงไทย. บรรยากาสองคัคร์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานบริการการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.
13. Dessler, G **Human Behavior: Improving Performance At Work**: Virginia: Reston, 1983.
14. บุรีสร เตจื้อมา และคณะ.(2555). “ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงาน โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์อินเตอร์เนชั่นแนล”. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 42(2),2555. 82-91.
15. มนตรี ยาสุต และประจักษ์ บัวพันธ์. บรรยากาสองคัคร์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อกระบวนการจัดการความรู้ของบุคลากรศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2555.
16. สายชล แสงแดงชาติ. ทักษะการบริหารและบรรยากาสองคัคร์การที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต 3. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยมหิดล, 2556.
17. พิสิษฐ์ พิธิยาพรหม และคณะ. “การศึกษาภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานและกลุ่มอาการเมตาบอลิก การรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมของนิสิต มหาวิทยาลัยบูรพา” วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 3(2), 2553, 86-98
18. มัลลิกา เทพอ่อน และวิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี. “แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสาธารณสุขที่11”. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร., 14(1), 2554, 49-57.

ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมกับการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลตำบลพระยืนมิ่งมงคลอำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น

RELATIONSHIP BETWEEN PARTICIPATION AND SOLID WASTE SEPARATION OF
VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS, PHRAYUENMINGMONGKOL MUNICIPALITY,
PHRAYUEN DISTRICT KHON KAEN PROVINCE.

ยุพา อุดม¹ ชัญญา อภิบาลกุล²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมกับการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนในเขตเทศบาลตำบลพระยืนมิ่งมงคล อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลพระยืนมิ่งมงคล จำนวน 197 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง 143 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช 0.88 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 12 - 30 เมษายน 2559 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนาในการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล และสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลตำบลพระยืนมิ่งมงคล ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.53(S.D.=0.583) เมื่อพิจารณาระดับการดำเนินการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามหลัก 3R พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.11(S.D.=0.61) ภาพรวม พบว่าการมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลตำบลพระยืนมิ่งมงคล อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.585$, $p\text{-value} < 0.05$)

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, การคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aimed to study the relationship between participation and solid waste separation of village health volunteers, Phrayuenmingmongkol municipality, Phrayuen district Khon Kaen province, Thailand. The samples were 143 personnel randomly selected by simple random sampling from the 197 population. The questionnaire was examined and verified by three experts for content validity and tested for reliability (Cronbach's alpha coefficient = 0.88). Data collection was carried out from 12th to 30th in March; 2015. Data distribution was performed by descriptive statistics; percentage, mean, median, standard deviation, median, minimum, maximum. Inferential statistics were Pearson product moment correlation.

The results showed that participation of village health volunteers Phrayuenmingmongkol municipality, Phrayuen district Khon Kaen province was at high level with averages 3.53(S.D.=0.583). The solid waste separation of village health volunteers was at moderate level with averages 3.11(S.D.=0.61). The participation had moderate positive relationship with solid waste separation of village health Phrayuenmingmongkol municipality, Phrayuen district Khon Kaen province ($r=0.585$, $p\text{-value} < 0.001$).

Keyword: The participation of, Solid waste Separation and Village health volunteers

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ ภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมของประเทศไทยนับแต่อดีตจนถึงปัจจุบันได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องของบริบทโลกและปัจจัยภายในประเทศหลายประการ ส่งผลให้เกิดปัญหาตามมาหลายด้าน โดยเฉพาะปัญหาขยะมูลฝอยและของเสียอันตราย ซึ่งเพิ่มปริมาณและทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สวนทางกับปริมาณขยะมูลฝอยที่ได้รับการกำจัดอย่างถูกต้องที่อยู่ในอัตราต่ำ ส่งผลให้จำนวนขยะตกค้างเพิ่มมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากข้อมูลการสำรวจข้อมูลปริมาณขยะมูลฝอย 77 จังหวัด ปี 2557 ปริมาณขยะที่เกิดขึ้นในประเทศไทย มีจำนวน 26,171,360.76 ตัน/ปี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการให้บริการกำจัดขยะ จำนวน 4,422 แห่ง และไม่มีบริการกำจัดขยะ จำนวน 3,337 แห่ง⁽¹⁾ จากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านอุตสาหกรรม และการเพิ่มจำนวนของประชากรอย่างรวดเร็วจนก่อให้เกิดปัญหาขยะมูลฝอยดังที่กล่าวมา ส่งผลให้เกิดปัญหาที่สำคัญได้แก่ การเกิดภาวะโลกร้อน (Global Warming) หรือภาวะภูมิอากาศเปลี่ยนแปลง (Climate Change) นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของปริมาณฝน ระดับน้ำทะเล และผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อพืช สัตว์ และมนุษย์⁽²⁾ การดำเนินการเพื่อลดภาวะโลกร้อนเป็นเรื่องที่ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกัน ซึ่งหลักการและแนวทางการลดโลกร้อนสามารถทำได้หลายวิธี เช่น หลักการ 3R คือ Reduce ใช้ น้อย ใช้ประหยัด หลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของหรือบรรจุภัณฑ์ที่สร้างปัญหาก่อให้เกิดขยะ Reuse ใช้ซ้ำ ใช้ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ได้มากกว่า 1 ครั้ง หรือใช้อย่างคุ้มค่า การซ่อมแซม อุปกรณ์ให้สามารถใช้งานได้อีก และการดัดแปลงสิ่งของให้ใช้ได้ใหม่ และ Recycle นำกลับมาใช้ใหม่ โดยวิธีการ 4 ขั้นตอน คือ การเก็บรวบรวม การแยกประเภทวัสดุ ผ่านกระบวนการผลิตหรือปรับปรุงและการนำมาใช้ประโยชน์ ซึ่งเป็น การ ลด ความ สิ้น เปลือง ของ การ ใช้ ทรัพยากรธรรมชาติ และใช้ทรัพยากรธรรมชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด⁽²⁾ ในช่วงที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และ ประชาชนได้ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอยชุมชน โดยภาครัฐ

ให้ความสำคัญกับการจัดการขยะต้นทาง เน้นการลดและคัดแยกขยะมูลฝอยตั้งแต่ต้นทาง จัดการขยะมูลฝอยแบบศูนย์รวม และกำจัดโดยเทคโนโลยีแบบผสมผสานเน้นการแปรรูปเป็นพลังงานหรือทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด⁽¹⁾ การกำจัดขยะมูลฝอยในชุมชนให้ได้ผลดีและเกิดประโยชน์สูงสุดนั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่หลากหลายและกระบวนการปฏิบัติที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลดปริมาณขยะมูลฝอยจากแหล่งกำเนิดที่สำคัญในชุมชน⁽⁴⁾ นอกจากนี้ยังมีแนวคิดและแนวทางที่สำคัญในการปฏิบัติเพื่อการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า ก่อให้เกิดปริมาณขยะให้น้อยลง เป็นแนวทางการลด คัด แยก และนำขยะมูลฝอยกลับมาใช้ใหม่⁽⁵⁾

การดำเนินการแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอยในปัจจุบัน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ ซึ่งการดำเนินงานจะประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลวขึ้นอยู่กับความร่วมมือของภาคีเครือข่าย บุคคล และองค์กรที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาต่างๆของตนเอง เป็นการสร้างทางเลือกใหม่ในการดำเนินงาน ลดความขัดแย้งในการดำเนินงาน อีกทั้งเป็นการทำให้ประชาชนมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน⁽⁶⁾

เทศบาลตำบลพระยืนมิ่งมงคล อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น มีพื้นที่ทั้งหมด 84 ตารางกิโลเมตร หมู่บ้านรับผิดชอบเต็มพื้นที่ 13 หมู่บ้าน ประชากรทั้งสิ้น 9,763 คน จำนวนครัวเรือน 2,568 ครัวเรือน⁽⁷⁾ มีระบบกำจัดขยะจากครัวเรือนโดยรถเก็บขนขยะทำการเก็บรวบรวมขยะจากบ้านเรือนของประชาชนไปทิ้งในบ่อขยะของเทศบาล เมื่อบ่อขยะเต็มก็จะทำการฝังกลบปิดบ่อขยะ ปริมาณขยะในเขตเทศบาลตำบลพระยืนมิ่งมงคล พบว่าในหนึ่งวันจะมีขยะเกิดขึ้นจำนวน 10 ตัน เก็บขนได้วันละ 9.5 ตัน มีขยะตกค้างจำนวน 0.5 ตัน ขยะที่พบมากที่สุดได้แก่ขยะประเภทพลาสติก ซึ่งในปัจจุบันเทศบาลตำบลพระยืนมิ่งมงคลประสบปัญหาในเรื่องการกำจัดขยะมูลฝอยที่มาจากบ้านเรือนเป็นส่วนใหญ่ มีสาเหตุจากประชาชนขาดจิตสำนึกในการทิ้งขยะมูลฝอย ไม่มีการคัดแยกขยะก่อนทิ้ง กอปรกับประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการลดปริมาณขยะมูลฝอย⁽⁸⁾

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมในการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมกับการดำเนินงานคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมไปถึงปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานเพื่อที่จะได้นำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลในการวางแผนการปฏิบัติงานที่สอดคล้องและเหมาะสมกับพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมกับการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลตำบลพระยืนมิ่งมงคล อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น

สมมติฐาน

การมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลตำบลพระยืนมิ่งมงคล อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) การศึกษาค้นคว้านี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 12-30 เมษายน 2559 โดยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น ถึงนายกเทศมนตรีตำบลพระยืนมิ่งมงคล อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลตำบลพระยืนมิ่งมงคล อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2558 จำนวน 197 คน

คำนวณขนาดตัวอย่างในกรณีที่ทราบจำนวนประชากรโดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร⁽⁹⁾ ดังนี้

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

เมื่อ n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

N = ประชากรที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลพระยืนมิ่งมงคล อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2558 จำนวน 197 คน

$Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานได้ไ้คงปกติที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ($Z_{\alpha/2}$ หรือ $Z_{0.025} = 1.96$)

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ กำหนดให้เท่ากับ 0.05

σ = ค่าความแปรปรวน จากการศึกษาค้นคว้ามีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวงโสภณ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น⁽¹⁰⁾ พบว่า ค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอย คือ 0.58 ดังนั้น ความแปรปรวนคือ 0.58

จากการแทนค่าในสูตรขนาดตัวอย่างที่ศึกษาจึงเท่ากับ 143 คน โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยผู้ศึกษานำรายชื่อทั้งหมดมาจับฉลากแบบไม่ใส่คืนจนครบจำนวนขนาดตัวอย่าง จำนวน 143 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นแบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ สร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการศึกษา โดยเป็นแบบสอบถามปลายปิดและปลายเปิด แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือน การคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามหลัก 3R และปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามหลัก 3R โดยในส่วนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการคัดแยกขยะมูลฝอย

ครัวเรือน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ 5,4,3,2,1⁽¹¹⁾ ได้แก่ การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุด การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย และการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อยที่สุด และประเด็นการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามหลัก 3R ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ 5,4,3,2,1⁽¹¹⁾ ได้แก่ ระดับการปฏิบัติมากที่สุด ระดับการปฏิบัติมาก ระดับการปฏิบัติปานกลาง ระดับการปฏิบัติน้อย และระดับการปฏิบัติน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และประเมินค่าความน่าเชื่อถือของเครื่องมือโดยทำการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีของครอนบาช (Cronbach's Method) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.88 และการศึกษาผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ผลการพิจารณา คือ ได้รับการยกเว้นจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่โครงการ HE592057

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล และสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ของอีลิฟสัน เคริท (Elifson Kirkw,1990) มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.9 อายุเฉลี่ย 53.60 ปี (S.D.=10.80 ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 86 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.6 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 72.0 รายได้เฉลี่ย 4526.57 บาท (S.D.=3666.42) ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉลี่ย 11 ปี (S.D.=8.70)

2. ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาล ตำบลพระยืนมิ่งมงคล อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.53(S.D.=0.583) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.90 (S.D.=0.64) รองลงมาคือ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.52 (S.D.=0.71) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.36 (S.D.=0.72) รองลงมาคือด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.40 (S.D.=0.70)

3. ระดับการดำเนินการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลพระยืนมิ่งมงคล อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น ระดับการดำเนินการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามหลัก 3R อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.11(S.D.=0.61) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการนำกลับมาใช้ใหม่ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.25 (S.D.=0.67) รองลงมาคือด้านการลดการใช้ อยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 3.07 (S.D.=0.75) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านการนำกลับมาใช้ซ้ำ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.01 (S.D.=0.74)

4. ระดับความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมกับการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลพระยืนมิ่งมงคล อำเภอ พระยืน จังหวัดขอนแก่น

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างค่าตัวแปรอิสระกับการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลตำบลพระยืนมิ่งมงคล อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือน	การคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p- value	ระดับความสัมพันธ์
การมีส่วนร่วม	0.585*	<0.001	ปานกลาง
1.การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุ	0.436*	<0.001	ปานกลาง
2.การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	0.440*	<0.001	ปานกลาง
3.การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ	0.346*	<0.001	ปานกลาง
4.การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	0.487*	<0.001	ปานกลาง
5.การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	0.631*	<0.001	ปานกลาง

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.051

จากตาราง พบว่า การมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลตำบลพระยืนมิ่งมงคล อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.585$, $p\text{-value}<0.001$) ส่วนการมีส่วนร่วมรายด้านพบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลตำบลพระยืนมิ่งมงคล อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุ ($r=0.436$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ($r=0.440$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ($r=0.346$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ($r=0.487$, $p\text{-value}<0.001$) และด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ($r=0.631$, $p\text{-value}<0.001$)

สรุปและอภิปรายผล

การมีส่วนร่วมพบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.53(S.D.=0.583) สอดคล้องกับงานการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยอยู่ในระดับสูง⁽¹²⁾ เช่นเดียวกัน

กับการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการจัดการขยะมูลฝอย ของเทศบาลตำบลหนองใหญ่ อำเภอลองใหญ่ จังหวัดตราด พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการจัดการขยะมูลฝอย อยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 2.79(S.D.=0.63)⁽¹³⁾ แต่เนื่องจากบริบทการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่แตกต่างกันออกไป ทำให้การปฏิบัติงานใดๆย่อมมีความแตกต่างกันไม่มากนักน้อย จึงทำให้ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการคัดแยกขยะ เทศบาลตำบลเทพา อำเภอคลอง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการคัดแยกขยะ อยู่ในระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 2.22 (S.D.=0.37)⁽¹⁴⁾เช่นเดียวกันกับการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย ในเขตพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.29 (S.D.=0.64)⁽¹⁵⁾เช่นเดียวกันกับการศึกษาการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน ในเขตเทศบาลเมืองแม่โจ้ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การมีส่วนร่วมต่อการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนพบว่ามีอยู่บ้านแต่ไม่มากนัก⁽¹⁶⁾

ระดับการดำเนินการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามหลัก 3R อยู่ใน

ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.11(S.D.=0.61) สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนในชุมชนเขตคูสิตของกรุงเทพมหานคร พบว่า การจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹⁷⁾ เช่นเดียวกันกับการศึกษา การมีส่วนร่วมของประชาชนในการคัดแยกขยะ เทศบาลตำบลเทพาลัย อำเภอกง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการคัดแยกขยะอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.22 (S.D.=0.37)⁽⁵⁾ เช่นเดียวกันกับการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย ในเขตพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก พบว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.29 (S.D.=0.64)⁽¹⁵⁾ เช่นเดียวกันกับการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำจัดขยะมูลฝอย : ศึกษากรณีเทศบาลตำบลหนองปรือ อำเภอหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำจัดขยะมูลฝอยอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹⁸⁾ เช่นเดียวกันกับการศึกษาการพัฒนาการคัดแยกมูลฝอยของครัวเรือน ชุมชนหนองเม็ก ตำบลสาวะถี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่าความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹⁹⁾ และเนื่องจากการดำเนินงานคัดแยกขยะนั้นมีปัจจัยภายนอกหลายปัจจัยที่อาจทำให้การคัดแยกขยะแตกต่างกันออกไปในแต่ละพื้นที่ เช่น สภาพแวดล้อม ปริมาณขยะ รวมไปถึงลักษณะของสังคม จึงอาจทำให้ผลการวิจัยในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษากิจการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโสก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.89⁽²⁰⁾ เช่นเดียวกันกับการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยในเขตเทศบาลเชิงขี้ จังหวัดมหาสารคาม พบว่าระดับการมีส่วนร่วมด้านความรู้ของประชาชนด้านการจัดการมูลฝอย อยู่ในระดับสูง⁽¹²⁾

ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมกับการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลพระยืน มิ่งมงคล อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r=0.585$, p -value

<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำจัดขยะมูลฝอย ศึกษากรณีเทศบาลตำบลหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการกำจัดขยะมูลฝอย⁽¹⁸⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำจัดขยะมูลฝอย ศึกษากรณีเทศบาลตำบลหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า การมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กับการจัดการขยะตามหลัก 5R อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁷⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมปฏิบัติงานคัดกรองมะเร็งเต้านมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)จังหวัดราชบุรี พบว่า การมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)จังหวัดราชบุรี⁽²¹⁾ เช่นเดียวกับการศึกษา การมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนแห่งหนึ่งจังหวัดอุดรธานี พบว่าการสนับสนุนจากองค์กรด้านการจัดการมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี ($r=0.633$, $p<0.001$)⁽²²⁾ รายละเอียดผลการศึกษาดังตารางที่ 1

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือน เช่น การจัดตั้งธนาคารขยะ การทำปุ๋ยหมักจากขยะมูลฝอยครัวเรือนเพื่อนำมาใช้ประโยชน์จากครัวเรือน

2. ควรมีการส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการจัดตั้งคณะกรรมการติดตามประเมินผลการคัดแยกขยะมูลฝอยครัวเรือน เช่น การบันทึกข้อมูลการลดลงของปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือน และแสดงความคิดเห็นในการแก้ไขปัญหาหลังจากการประเมินผล

3. ควรมีการส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้มีส่วนร่วมในการแสดงออกและแสดงความ

คิดเห็นในการกำหนดวิธีและรูปแบบการคัดแยกขยะมูลฝอย
ครัวเรือน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกๆ
ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ดูแลเอาใจใส่และ
ตรวจสอบข้อบกพร่องต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้ และขอบคุณ
เทศบาลตำบลพระยืนมิ่งมงคล อำเภอพระยืน จังหวัด
ขอนแก่น และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและ
สนับสนุนการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. การสำรวจขยะมูลฝอย (First Draft) 77 จังหวัด ปี 2557. URL http://www.pcd.go.th/info_serive/file/WasteProvince58.xls ค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2558.
2. อุดม เชยกิจวงศ์. ภาวะโลกร้อน. แสงดาว. กรุงเทพฯ, 2555.
3. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือลดโลกร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี:สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม, 2553.
4. ธีรศ ศรีสิดิษฐ์. วิศวกรรมการจัดการมูลฝอยชุมชน. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ, 2553.
5. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. ความรู้ด้าน 3Rs. URL http://www.pcd.go.th/info_serive/waste 3R ค้นเมื่อ 17 กันยายน 2558.
6. อรทัย กักผล. คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน. มุลนิธิปริญญาโท นักบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ, 2548.
7. เทศบาลตำบลพระยืนมิ่งมงคล. แผนพัฒนาสามปี 2558-2560 เทศบาลตำบลพระยืนมิ่งมงคล อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น. เทศบาลตำบลพระยืนมิ่งมงคล. ขอนแก่น, 2558.
8. เทศบาลตำบลพระยืนมิ่งมงคล. สรุปผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2557 เทศบาลตำบลพระยืนมิ่งมงคล อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น. เทศบาลตำบลพระยืนมิ่งมงคล. ขอนแก่น, 2557.
9. อรุณ จิรวัดกุล และคณะ. ชีวสถิติ. คลังนาวิทยาศาสตร์. ขอนแก่น, 2551.
10. ปิยะวัฒน์ โพชะกะ. การศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยชุมชน กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวง โสภะ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษาระดับปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานามสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2553.
11. Likert R. The human organization: its management and value. New York: McGraw - Hill, 1967.
12. รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยในเขตเทศบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2552.
13. ปภาวรินทร์ นาจำปา. การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการจัดการขยะมูลฝอย ของเทศบาลตำบลหนองใหญ่ อำเภอลองใหญ่ จังหวัดตราด. งานนิพนธ์ตามหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2557.
14. กมลทิพย์ ชื่นหมั่น ไวย. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการคัดแยกขยะ เทศบาลตำบลเทพาลัย อำเภอลอง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานามสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2554.
15. พิสิพร ทศนา และโชติ บดีรัฐ. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยในเขตพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก. รายงานการศึกษาระดับปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม. 2558.
16. รัตติกาล อินทอง. การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน ในเขตเทศบาล เมืองแม่โจ้ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. รายงานการศึกษาระดับปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2554.
17. ดวงสมร พิทักษ์. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำจัดขยะมูลฝอย ศึกษากรณีเทศบาลตำบลหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี. รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2555.

18. ศราวุธ ประสพสุข. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำจัดขยะมูลฝอย:ศึกษากรณีเทศบาลตำบลหนองปรือ อำเภอนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี. สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี. 2556.
19. ทศนียา นิลพุดซา. การพัฒนาการคัดแยกมูลฝอยของครัวเรือน ชุมชนหนองเม็ก ตำบลสาวะถี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานามยสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2555.
20. ดวงใจ ปินดามูล. การจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในองค์การบริหาร ส่วนตำบลบ้านโสก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. รายงานการวิจัย สาขาวิชาการบริหารการปกครองท้องถิ่น คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์. 2555.
21. อัญชลี อ่อนศรีและคณะ. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมปฏิบัติงานคัดกรองมะเร็งเต้านมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)จังหวัดราชบุรี”. วารสารกรมอนามัย. ตุลาคม-ธันวาคม, 2558.
22. อมรรัตน์ จันทร์สว่าง และประจักษ์ บัวผัน. “การมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสียดิจของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี”. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น, (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 10 (3) : 89-102. 2554.

กระบวนการบริหารงานที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในการดำเนินงานหมอครอบครัวของผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น

Administrative Process That Influence The Performance The A-effect Of Administrative Process To
Operation Of Family Doctor In Health Promoting Hospital, Khon Kaen Province

นริศรา นิลละออง¹ ชัญญา อภิบาลกุล²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการบริหารงานที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในการดำเนินงานหมอครอบครัวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น ประชากรที่ศึกษาคือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 248 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 164 คน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่มซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน นำแบบสอบถามทดลองเพื่อหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาช (Cronbach's Method) ได้ 0.97 นำแบบสอบถามมาบันทึกข้อมูล ในโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อหาค่าสถิติ สถิติเชิงพรรณนา ใช้ค่าสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและใช้วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Analysis)

ผลการจากการวิเคราะห์พบว่าระดับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานหมอครอบครัว ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.90 (S.D.=0.50) กระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์กับการต่อการปฏิบัติงานในการดำเนินงานหมอครอบครัวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลในจังหวัดขอนแก่น ภาพรวมมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.758$, $p\text{-value}<0.001$) กระบวนการบริหารมีผลต่อการปฏิบัติงานในการดำเนินงานหมอครอบครัวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ กระบวนการบริหารการปฏิบัติงานในการดำเนินงานหมอครอบครัว คือกระบวนการบริหาร ด้านการควบคุมกำกับ ($p\text{-value} < 0.001$) ด้านการจัดองค์กร ($p\text{-value} < 0.001$) ด้านการอำนาจการ ($p\text{-value} = 0.005$) ร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 59.8 ปัญหาอุปสรรคกระบวนการบริหารงานการปฏิบัติงานในการดำเนินงานหมอครอบครัวได้แก่ กระบวนการบริหารด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์กร และด้านการบริหารงานบุคคล

คำสำคัญ กระบวนการบริหาร,การปฏิบัติงาน,หมอครอบครัว

ABSTRACT

This survey research aims to study the impact of performance management on the implementation of the family doctor, the director of the health district hospitals in the province. The population was director of the health promoting hospital district in the province of 248 sampling (Simple random sampling) on a sample of 164 people, collected data using questionnaires and focus groups, which were used. the data collected through the examination content validity by experts brought three people were tested. To find out the reliability coefficient alpha (Alpha Coefficient) of Akron City Beach (Cronbach's Method) was 0.97 data was recorded. In Program For the record Descriptive statistics Using the percentage, average, standard deviation. Statistical inference for a correlation coefficient of Pearson and stepwise multiple regression analysis (Stepwise Multiple Analysis).

Results from the analysis showed that the performance level of the family doctor. The overall level The mean was 3.90 (S.D. = 0.50) were associated with the administrative process to work in the family doctor's Director of Health Promoting Hospitals. District in Khon Kaen Overview correlated highly positive. A statistically significant ($r = 0.758$, $p\text{-value} < 0.001$) processes affect operations. The family doctor, hospital, health district director. In the province Variables that could predict Management practices in the family doctor. Process Management Control Director ($p\text{-value} < 0.001$), the organization ($p\text{-value} < 0.001$) the director ($p\text{-value} = 0.005$) predicted a 59.8 of performance management. The Problem management processes, operational performance management processes, including doctors, family planning. The Organization and personnel management

Keyword : Administrative Process, Performance, Family Doctor

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ประสบกับปัญหาสำคัญหลายอย่างซึ่งมีปัญหา เรื่องประสิทธิภาพ คุณภาพบริการ ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ ความแออัดของผู้รับบริการในสถานบริการระดับสูง สะท้อนถึงการใช้ทรัพยากรที่ไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องกับบทบาทของสถานพยาบาลในการให้บริการ มีการแข่งขันขยายบริการและเกิดการจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด โดยขาดการวางแผนการจัดระบบบริการที่ดี ก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการพัฒนาและการเข้าถึงบริการของประชาชน กระทรวงสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องทบทวนแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการให้มีทิศทางที่ชัดเจนและเป็นระบบต้องดำเนินการให้มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยมีระยะเวลาอย่างน้อย 5 ปี (2555-2559) ได้มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการทุกระดับ รวมไปถึง การพัฒนาความเชี่ยวชาญระดับสูง สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายและดำเนินการจัดทำแผนการสนับสนุนทรัพยากรให้สอดคล้องกับ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ มีการจัดสรรทรัพยากรสนับสนุนตามบทบาทหน้าที่ของบริการแต่ละระดับ และส่งเสริมสนับสนุนให้ดำเนินการพัฒนาตามแผนพัฒนาคุณภาพบริการ ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพบริการ ปรับเปลี่ยนกรอบ พื้นฐานความคิด (Paradigm shift) ทั้งแนวคิดพื้นฐาน มุมมอง ปัญหา และแนวปฏิบัติ เพื่อสามารถตอบสนองแนวโน้มความเปลี่ยนแปลงของสังคมและประชากร ตลอดจนความต้องการด้านสุขภาพของประเทศ การพัฒนาสถานบริการปฐมภูมิ ควบคู่กับการพัฒนา บริการเวชปฏิบัติครอบครัว การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน พัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁽¹⁾

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง และยาวนาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพแต่มีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง ไม่สามารถทำให้ชุมชนเข้าถึงบริการสุขภาพ

ได้อย่างครอบคลุมและเป็นธรรม ระบบบริการสุขภาพที่สำคัญและจำเป็นซึ่งจะสามารถทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพดังกล่าวข้างต้น เป็นระบบที่จะต้องสามารถให้บริการสุขภาพได้ครบถ้วนในทุกมิติ ประกอบด้วย การรักษาพยาบาลการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการคุ้มครองผู้บริโภค และระบบบริการปฐมภูมิมีความใกล้ชิดกับประชาชนและชุมชนมากที่สุด โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) เป็นผู้รับผิดชอบจัดบริการสุขภาพ โดยมุ่งหวังที่จะให้ประชาชนและครอบครัวสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างสะดวก ได้รับการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ มีความต่อเนื่องในลักษณะองค์รวม มีการบูรณาการและสร้างความเชื่อมโยงช่วยเหลือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ในปัจจุบันมีรากฐานการทำงานในรูปแบบที่เรียกว่าระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) ซึ่งมีเป้าหมายที่สำคัญร่วมกันทำให้เกิดระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง และมี “ทีมหมอครอบครัว” เข้าไปบริการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกครอบครัว สำหรับโครงสร้างทีมหมอครอบครัวประกอบด้วย บุคลากรวิชาชีพทำงานร่วมกันทั้งระดับโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) และภาคประชาชนในระดับหมู่บ้าน ซึ่งแบ่งออกเป็น ทีมอำเภอ มีสหสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาลชุมชน เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เกษตรกรพยาบาล นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และทีมจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเป็นหัวหน้าทีม ดูแลทีมระดับตำบล 1-3 แห่ง ซึ่งทีมหมอครอบครัวระดับตำบล ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก รพ.สต. เช่น พยาบาลเวชปฏิบัติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านต่างๆ ทีมระดับตำบลเป็นเจ้าของพื้นที่หลัก รับผิดชอบดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว สักส่วนเจ้าพนักงานสาธารณสุขในทีม 1 คน จะดูแลประชาชน 1,250 คน และมีทีมชุมชน ซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แกนนำจิตอาสา ช่วยสนับสนุนทีมหมอครอบครัวระดับตำบล การทำงานของแต่ละทีมจะทำงานประสานกัน โดยทีมหมอ

ครอบครัวระดับอำเภอ จะเป็นเหมือนหัวหน้าทีม คอยให้คำปรึกษา แนะนำต่างๆ เป็นพี่เลี้ยง สนับสนุน บริหารจัดการให้แก่ทีมระดับตำบล ส่วนทีมระดับตำบลจะทำหน้าที่ประสานข้อมูล การส่งต่อผู้ป่วยไปยังทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลชุมชน ทีมหมอครอบครัว จะดูแลสุขภาพประชาชนในรูปแบบใหม่ ที่ต่อยอดจากฐานการทำงานเดิมของระบบบริการสุขภาพของไทย โดยเป้าหมายหมอครอบครัว คือทุกครอบครัวมีสุขภาพที่ดี ทีมหมอครอบครัว มีบทบาทคือ 1) การสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพครอบคลุมตลอดช่วงอายุวัย 2) การดูแลและเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย โดยเฉพาะการดูแลโรคเรื้อรังการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลกลุ่มคนที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นได้แก่ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เด็กพิเศษ ซึ่งต้องการการดูแลระยะยาว (Long Term Care) หรือการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) โดยเน้นการมีทีมดูแลถึงที่บ้าน 3) การดูแลรักษา เยียวยา บำบัดฟื้นฟู และดูแลประชาชนและครอบครัวป่วยในภาวะต่างๆ 4) ให้คำปรึกษา แนะนำ โดยประชาชนสามารถมีช่องทางในการปรึกษากับหมอครอบครัว ผ่านทางโทรศัพท์มือถือ หรือช่องทางอื่นๆ ที่เข้าถึงได้ง่าย 5) การดูแลในกรณีมีการส่งต่อ โดยมีหน้าที่เชื่อมประสานกับหน่วยรับส่งต่อเพื่อให้การส่งต่อและ ผู้รับบริการมีความอุ่นใจและติดตามหลังการส่งต่อจนสิ้นสุดปัญหาความเจ็บป่วย 6) การเสริมพลังให้ประชาชนและครอบครัวเข้าใจสุขภาพตนเอง และสนับสนุนให้เกิดการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง (Self Care) 7) การจัดทำข้อมูลสถานะสุขภาพประจำครอบครัว (Family Health Status) ⁽²⁾

การปฏิบัติงานเกี่ยวกับหมอครอบครัวนั้นจะต้องมีกระบวนการบริหาร (Administrative Process) เป็นกระบวนการทำงานได้แก่ การวางแผน การจัดองค์การ การบริหารงานบุคลากร การอำนวยความสะดวก และการควบคุมกำกับ Wehrich & Koontz ⁽³⁾ การปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายขององค์กรที่กำหนดไว้ ต้องอาศัยทรัพยากรทางการบริหาร ได้แก่ คน งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ และกระบวนการบริหาร คำแหวน เฟื่องผาแก้ว (2554) ⁽⁴⁾ กล่าวว่าเพื่อบริหารงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ พบว่าปัจจัยทางการบริหารอยู่ในระดับ

ปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารต่อการดำเนินงาน เช่น บุคคล งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ และกระบวนการบริหาร เขียวภา เต็งคิว (2552) ⁽⁵⁾ กล่าวว่ากระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์กับ สมรรถนะหลักของหัวหน้าสถานีนอนมัย คือ การบริหารงานบุคคล การอำนวยความสะดวกและการควบคุมกำกับ สุรัชย์ สุตรสุวรรณ (2557) ⁽⁶⁾ ได้ศึกษากระบวนการบริหารที่มีอิทธิพลต่อการบริหารผลการปฏิบัติราชการของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนครพนม อยู่ในระดับมากได้แก่ การวางแผน การจัดองค์การ การบริหารงานบุคคล การอำนวยความสะดวก และการควบคุมกำกับ ประเวศ ะสี (2558) ⁽⁷⁾ กล่าวว่า การสร้างระบบสุขภาพชุมชนสำคัญ ได้แก่ การพัฒนาอย่างบูรณาการ เป็นสังคมไม่ทอดทิ้งกัน โดยท้องถิ่นทำการสำรวจว่ามีใครถูกทอดทิ้ง และจัดอาสาสมัครเพื่อดูแล โดยมีกองทุนสุขภาพตำบลที่สนับสนุนโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกันท้องถิ่น ดูแลการเจ็บป่วยเล็กๆ ให้มีระบบดูแลโดยสุขภาพชุมชน เพื่อช่วยลดการรักษารักษา และมีคุณภาพมากขึ้น เน้นดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน จัดระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เชื่อมโยงตั้งแต่ระบบปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยดึงชุมชนเข้ามีส่วนร่วม ป้องกันและควบคุม สร้างเสริมสุขภาพประชาชน โดยมี อสม. นักบริบาลที่คอยดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเรื้อรัง และหมอครอบครัวจะต้องมีคุณสมบัติ มีหัวใจความเป็นมนุษย์ ใส่ใจการดูแลคนไข้ด้วยจิตเมตตาและดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ได้นำนโยบายสู่การปฏิบัติงานหมอครอบครัว ซึ่งในจังหวัดขอนแก่นมีสถานบริการสาธารณสุข จำนวน 523 แห่ง มีประชากรรับผิดชอบ จำนวน 1,766,606 คน อำเภอจำนวน 26 อำเภอ จำนวน 2,331 หมู่บ้าน และหลังคาเรือนจำนวน 521,559 หลังคาเรือน มีอัตราส่วนหมอครอบครัว : ประชากรภาพรวมของจังหวัดขอนแก่น อัตราส่วน 1:1,368 การปฏิบัติงานหมอครอบครัวในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งการดำเนินงานต้องทำงานหรือประสานงานร่วมกันหลายฝ่าย ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) และภาคประชาชนในระดับหมู่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แกนนำ จิต

อาสา และระหว่างภาคีเครือข่ายอื่นๆ การดำเนินงานหมอบรรอบครัวในจังหวัดขอนแก่น พบปัญหาว่าการสื่อสารนโยบายหมอบรรอบครัวควรให้ผู้ปฏิบัติและภาคีเครือข่ายไม่ชัดเจน ทำให้ไม่เข้าใจในการดำเนินงาน ขาดการวางแผนงานและการติดตามประเมินผล ขาดทรัพยากรสนับสนุนในการขับเคลื่อน เช่น คน งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ ปัญหาขาดอัตรากำลังคนในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะที่โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรหมอบรรอบครัวประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ ภาพรวมของจังหวัด อัตราส่วน 1:1,368 นับว่าไม่เพียงพอในการดูแลประชากร พื้นที่ที่ไม่มีข้อมูลชัดเจน ทั้งจำนวนทีมหมอบรรอบครัว (ระดับอำเภอ/ตำบล/ชุมชน) รวมถึงข้อมูลของกลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative Care) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่เกินขีดความสามารถ ระบบการให้คำปรึกษาแนะนำ และระบบส่งต่อ ระหว่างทีมหมอบรรอบครัว และทีมสหวิชาชีพ กรณีที่ผู้ป่วยต้องการดูแลในระดับโรงพยาบาลยังไม่มี การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างทีมสหวิชาชีพกับทีมหมอบรรอบครัว การสื่อสารให้ประชาชนมีความเข้าใจ เกี่ยวกับทีมหมอบรรอบครัว และจัดให้มีช่องทางในการติดต่อสื่อสารระหว่างประชาชนและทีมหมอบรรอบครัวยังไม่เป็นรูปธรรม ซึ่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบทบาทด้านการบริหาร ต้องทำหน้าที่ ด้านการวางแผน การจัดการองค์การบริหารงานบุคลากร การอำนวยความสะดวก การควบคุมกำกับ และ ในบทบาทหมอบรรอบครัวปฏิบัติงานด้าน การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาเบื้องต้น และฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษากระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในการดำเนินงานหมอบรรอบครัวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ศึกษาระดับกระบวนการบริหารและระดับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานหมอบรรอบครัว ตลอดจน ศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ การปฏิบัติงานในการดำเนินงานหมอบรรอบครัวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับกระบวนการบริหารงานและระดับปฏิบัติงานในการดำเนินงานหมอบรรอบครัวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษากระบวนการบริหารงานที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในการดำเนินงานหมอบรรอบครัวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ การปฏิบัติงานในการดำเนินงานหมอบรรอบครัวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey

Research

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 248 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 164 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เพื่อศึกษาวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลเชิงประมาณใช้เป็นแบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้รูปแบบการสนทนากลุ่ม (Focus group Discussion) ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดให้แบบสอบถามและแนวสนทนากลุ่มให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัว ในกรอบแนวคิดที่ใช้ศึกษา โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือทั้งหมด 2 ชุด ดังนี้ ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์การปฏิบัติงานในการดำเนินงานหมอบรรอบครัวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คำถามเป็นแบบข้อถามให้เลือกตอบและเติมคำหรือจำนวนลงช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการวางแผน การจัดการองค์กร การบริหารงานบุคลากร การอำนวยความสะดวก การควบคุมกำกับ

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานหออกรับผู้ป่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย การสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลและเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย การดูแลรักษา เยียวยา บำบัดฟื้นฟู การให้คำปรึกษาแนะนำ การดูแลในกรณี มีการส่งต่อ การเสริมพลังให้ประชาชนและครอบครัว และการจัดทำข้อมูลสถานะสุขภาพประจำครอบครัว

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามที่เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน ในการดำเนินงานหออกรับ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ และแสดงความคิดเห็นโดยอิสระ

3.4.2

ชุดที่ 2 แนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูล ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาเชิงปริมาณที่ได้ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ ด้านการปฏิบัติงานในการดำเนินงานหออกรับ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 10 ท่าน ที่พบปัญหาโดยนำประเด็นปัญหาต่างๆ มาใช้ในการสนทนากลุ่มเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหานั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างค่าแปรอิสระกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานหออกรับ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น

ระดับกระบวนการบริหาร	การปฏิบัติงานในการดำเนินงานหออกรับ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การวางแผน	0.527*	<0.001	ความสัมพันธ์ปานกลาง
การจัดองค์กร	0.688*	<0.001	ความสัมพันธ์ปานกลาง
การบริหารงานบุคลากร	0.637*	<0.001	ความสัมพันธ์ปานกลาง
การอำนวยความสะดวก	0.692*	<0.001	ความสัมพันธ์ปานกลาง
การควบคุมกำกับ	0.725*	<0.001	ความสัมพันธ์สูง
ภาพรวมกระบวนการบริหาร	0.758*	<0.001	ความสัมพันธ์สูง

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนาในการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานต่ำสุด ค่าสูงสุด เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับกระบวนการบริหาร และระดับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานหออกรับของผู้บริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา และใช้สถิติ Stepwise Multiple Linear Regression Analysis

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 54.9 อายุเฉลี่ย 46.64 ปี อายุน้อยที่สุด 30 ปี อายุมากที่สุด 60 ปี สถานภาพสมรส จำนวน 146 คน คิดเป็น ร้อยละ 89 สำเร็จปริญญาตรี จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 70.7 ด้านรายได้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายเฉลี่ยต่อเดือน 35,833.23 บาท รายได้ต่อเดือน ต่ำสุด 17,300 บาท จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 10.4 รายได้สูงสุด 52,000 บาท จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 9.1 ด้าน ประสบการณ์ในการทำงานสูงสุด 35 ปี ประสบการณ์ในการทำงาน น้อยที่สุด 1 ปี ประสบการณ์ในการทำงาน เฉลี่ย 11.14 ปี

2. ความสัมพันธ์ระหว่างค่าแปรอิสระกับการปฏิบัติงานในการดำเนินงานหออกรับของผู้บริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น

จากตารางพบว่า กระบวนการบริหารงานที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในดำเนินงานหมอครอบครัวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ระดับ กระบวนการบริหาร

3. กระบวนการบริหารงานที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในการดำเนินงานหมอครอบครัวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น

ตาราง 2 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานในการดำเนินงาน หมอครอบครัวของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	B	Beta	T	P-value	R	R ²
1. กระบวนการบริหารด้านการควบคุมกำกับ	0.284	0.358	4.141	< 0.001	0.725	0.522
2. กระบวนการบริหารด้านการจัดองค์กร	0.211	0.259	3.562	< 0.001	0.760	0.572
3. กระบวนการบริหารด้านการอำนวยความสะดวก	0.212	0.239	2.862	0.005	0.773	0.590
ค่าคงที่ = 1.205 , F = 79.341, P-value < 0.001, R = 0.598, R ² = 59.8						

จากตาราง ได้สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบดังนี้

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

เมื่อ Y = การปฏิบัติงานในดำเนินงานหมอครอบครัว ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น

$$a = \text{ค่าคงที่}$$

b_1 = สัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบของตัวแปรอิสระตัวที่ 1

$$x_1 = \text{ตัวแปรอิสระตัวที่ 1 คือ}$$

กระบวนการบริหารด้านการควบคุมกำกับ

$$b_2 = \text{สัมประสิทธิ์การถดถอยในรูป}$$

คะแนนดิบของตัวแปรอิสระตัวที่ 2

$$x_2 = \text{ตัวแปรอิสระตัวที่ 2 คือ}$$

กระบวนการบริหารด้านการจัดองค์กร

$$b_3 = \text{สัมประสิทธิ์การถดถอยในรูป}$$

คะแนนดิบของตัวแปรอิสระตัวที่ 3

$$x_3 = \text{ตัวแปรอิสระตัวที่ 3 คือ}$$

กระบวนการบริหารด้านการอำนวยความสะดวก

แทนค่าสมการได้ดังนี้

$$Y = 1.205 + (0.284) (\text{กระบวนการบริหารด้านการควบคุม}) + (0.211) (\text{กระบวนการบริหารด้านการ}$$

จัดองค์กร) + (0.212) (กระบวนการบริหารด้านการอำนวยความสะดวก)

ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในดำเนินงานหมอครอบครัว ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น และถูกเลือกเข้าสมการนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอิสระ ที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้า ในสมการเรียงลำดับดังนี้ กระบวนการบริหารด้านการควบคุมกำกับ (p-value < 0.001) กระบวนการบริหารด้านการจัดองค์กร (p-value < 0.001) กระบวนการบริหารด้านการอำนวยความสะดวก (p-value = 0.005) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระ ทั้ง 3 ตัว สามารถ พยากรณ์การปฏิบัติงานในดำเนินงานหมอครอบครัวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 59.8

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาการปฏิบัติงานในการดำเนินงานหมอครอบครัว ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ระดับกระบวนการบริหารของ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน จังหวัดขอนแก่น พบว่าในภาพรวม มีระดับกระบวนการบริหารอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากการที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ขอนแก่น ได้มีนโยบายและมีการให้หน่วยงานในสังกัดจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการของหน่วยงานตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยแผนทุกระดับให้ความสำคัญเชื่อมโยงเป้าหมายระหว่างหน่วยงานและระดับรายบุคคล โดยได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดในการประเมินผลระดับอำเภอ และมีการติดตามประเมินผล ถึงแม้ว่าบุคลากรที่รับผิดชอบจะขาดประสิทธิภาพเฉพาะทางในการบริการและบุคลากรมีภาระงานมากในหน้าที่รับผิดชอบและถือการปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรัช สุตรสุวรรณ (2557) ⁽⁶⁾ ศึกษากระบวนการบริหารที่มีอิทธิพลต่อการบริหารผลการปฏิบัติราชการของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนครพนมพบว่ากระบวนการบริหารภาพรวมระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับ เขียวภา เต็งคิว (2552) ⁽⁵⁾ ศึกษาปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการบริหารต่อสมรรถนะหลักของหัวหน้าสถานีอนามัย จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยทางการบริหารของหัวหน้าสถานีอนามัยอยู่ในระดับมาก ส่วนกระบวนการบริหาร พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ บุญถม ชัยญวน และประจักษ์ บัวผัน (2553) ⁽³⁾ ศึกษาปัจจัยการบริหารกระบวนการบริหารที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น พบว่าปัจจัยด้านกำลังคน กระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. การบริหารจัดการทีมหมอบรรณครวัในภาพรวม เช่น โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

จะต้องมีระบบบริหารงานทำงานแบบบูรณาการร่วมกันทั้งการวางแผนงาน และ งบประมาณ อย่างชัดเจน

2. ในงานหมอบรรณครวัต้องมีการควบคุมกำกับ การ มีมาตรฐานในการปฏิบัติงาน และการติดตาม ประเมินผล เพื่อการพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

3. ด้านการอำนวยการ ทีมหมอบรรณครวัทุกระดับ ตั้งแต่ระดับอำเภอ ระดับหมู่บ้านมีความจะต้องทำงานแบบบูรณาการร่วมกัน ทั้งในด้านมีส่วนร่วม ค้นหาปัญหา การตัดสินใจ การประสานงาน การสื่อสาร ให้มีการทำงานอย่างมีระบบ

4. การจัด โครงสร้างของหมอบรรณครวั ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพจากหลายหน่วยงาน ควรจะมีการปรับโครงสร้างให้มีบุคลากร และงบประมาณ เพียงพอ เพื่อการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงสมรรถนะของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการปฏิบัติงานหมอบรรณครวัในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ควรมีการศึกษามีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการปฏิบัติงานหมอบรรณครวัในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. ควรมีการศึกษาระบบการพัฒนางานหมอบรรณครวัตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกๆ ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ คำแนะนำ และตรวจสอบข้อบกพร่องต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้ และขอบคุณเทศบาลตำบลพระยืนมิ่งมงคล อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุน การศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มือบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2556.
- 2.สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2558) ทีมหมอบรรณครวั. กรุงเทพฯ : เอ็มซีอินเตอร์กรุ๊ป, 2558.

- 3.บุญถม ชัยญวน และประจักษ์ บัวพันธ์. (2553). ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อสมรรถนะหลัก ของนักวิชาการสาธารณสุข ในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยมข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา), 10(4),2553: 273-277
4. คำแหวน เพ็งผำแก้ว.(2554). ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสุสานสาธารณะแขวงคำม่วน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว.วิทยานิพนธ์ ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- 5.เขวากา เต็งคิว. (2552). ศึกษาปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการบริหารต่อสมรรถนะหลักของหัวหน้าสถานอนามัย จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- 7.ประเวศ วะสี. (2558). ปาฐกถาพิเศษ “สุขภาพตนเองสู่สุขภาพชุมชน” ในงานมหกรรมวิชาการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ปี2558. สันเมื่อ วันที่ 8 ตุลาคม 2558 จาก“<http://www.hfocus.org/content/2015/08/10576>
- 6.สุรัช สุตรสุวรรณ. (2557). กระบวนการบริหารที่มีอิทธิพลต่อการบริหารผลการปฏิบัติราชการของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

**แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ
ท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น**

**MOTIVATION RELATED TO OPERATION OF THE EXECUTIVE COMMITTEE FOR
HEALTH SECURITY FUND IN LOCAL LEVEL OR AREAS IN
NONSILA DISTRICT, KHON KAEN PROVINCE.**

สมจิตร ไปปะวิล¹ ชัญญา อภิบาลกุล²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอโนนศิลาจังหวัดขอนแก่น โดยศึกษาจากประชากรทั้งหมด จำนวน 79 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 10 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่นวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.97 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 29 มีนาคม 2559 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ในการหาค่าสถิติเชิงพรรณนาที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล และสถิติเชิงอนุมานหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า ระดับแรงจูงใจและระดับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น ภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.92 (S.D.=0.44) และ 3.89 (S.D.=0.64) ตามลำดับ แรงจูงใจด้านปัจจัยจูงใจและปัจจัยก้ำกั้นอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.97 (S.D.=0.49) และ 3.86 (S.D.=0.46) ตามลำดับ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีค่าเฉลี่ย 4.12(S.D.=0.55) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน มีระดับแรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 3.24(S.D.=0.77) ภาพรวมแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.612, p\text{-value} < 0.001$) ปัญหาอุปสรรค ที่พบคือปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ และปัจจัยก้ำกั้นด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน

คำสำคัญ: แรงจูงใจ, การปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ABSTRACT

This cross-sectional Survey research aimed to study motivation related to operation of the executive committee for health security fund in local level or areas in Nonsila District, Khon Kaen Province. The population of this study was the executive committee for health security fund in local level or areas in Nonsila District, Khon Kaen Province. Amount 79 population and study by the population all. This study was collecting both quantitative and qualitative data. Indepth interview from 10 people 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 Banphai district, Khon Kaen Province and Alpha Coefficient was at 0.97. Data collected between March 29 th, 2016 - April 30 th , 2016. The data distribution was performed by descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation, median, minimum, maximum. The Inferential statistics were Pearson product moment correlation.

The results showed that the motivation and the operation of the executive committee for health security fund in local level or areas in Nonsila District, Khon Kaen Province. were at high level with averages of 3.92(S.D. = 0.44) and 3.89 (S.D. = 0.64) The motivation variable, motivation factors, hygiene factors were at high level with averages of 3.97(S.D.=0.49)and 3.86(S.D.=0.46) The

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ ภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

motivation variable ; Interpersonal Relationship was highest level with averages of 4.12(S.D.=0.55) Salary was at moderate level with smallest averages of 3.24(S.D.=0.77) The motivation variable, motivation factors, hygiene factors variable had moderate positive relationship with the operation of the executive committee for health security fund in local level or areas in Nonsila District, Khon Kaen Province. ($r = 0.612$, $p\text{-value} < 0.001$) The finding problem was motivation factor variable; Work Itself and hygiene factor ; Salary .

Keyword: The Motivation, Operation of the executive committee for health security fund in local level or areas.

บทนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (2511-2559) มีแนวคิดการพัฒนาแบบบูรณาการโดยมุ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม ในการวางแผนพัฒนาประเทศภายใต้หลักเศรษฐกิจพอเพียง สร้างความเป็นธรรมในสังคมให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบราชการและข้าราชการ มุ่งเน้นการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 ปรับปรุง กฎระเบียบให้เอื้อต่อการบริหารจัดการในการจัดบริการสาธารณะให้กับประชาชนในพื้นที่และประสานภาคีเครือข่ายให้เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการพัฒนาท้องถิ่น⁽¹⁾ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เป็นนวัตกรรมทางสังคมในระบบสุขภาพของประเทศไทย เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพ จากหลายภาคส่วนในสังคม โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานสำคัญในการประสานหน่วยงานกับองค์กร และภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาร่วมค้นหาปัญหาและความต้องการของประชาชน ร่วมวางแผนและส่งเสริมให้เกิดการร่วมดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ สามารถติดตามประเมินผลการดำเนินงานให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมกับประชาชนเน้นการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ สนับสนุนให้ประชาชนได้แสดงบทบาทในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และส่งเสริมให้บุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่ได้แสดงบทบาทในการสนับสนุนประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งยังส่งเสริมให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเกิดความตระหนักต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองและสร้างกลไกในสังคมที่จะต้องเข้า

มาร่วมกันแก้ไขปัญหาต่างๆที่มีผลต่อสุขภาพทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 13(3) มาตรา 18(4)(8)(9) และมาตรา 47 ได้กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนประสาน และกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่บุคคลในพื้นที่ โดยได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน รวมถึงสนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหากำไรดำเนินงานและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการ โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่⁽²⁾ ในปี 2557 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สนับสนุนงบประมาณให้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เป็นจำนวนเงิน 45 บาท (สี่สิบห้าบาทถ้วน) ต่อประชากรในพื้นที่ และได้กำหนดเงื่อนไขในการสมทบเงินงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมโครงการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีขนาดเล็ก สมทบเงินไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดกลาง สมทบเงินไม่ต่ำกว่าร้อยละ 40 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ สมทบเงินไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 และเทศบาลเมือง เทศบาลนคร หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่น สมทบเงินจำนวนไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 ของงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และได้ออกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2557 กำหนดวัตถุประสงค์ของกองทุน

หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการหรือหน่วยงานอื่น เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มองค์กรประชาชนดำเนินการในพื้นที่ เพื่อให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ภายใต้การบริหารงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ซึ่งบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ประกอบด้วย 1) พิจารณาอนุมัติแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน 2) ออกระเบียบที่จำเป็นเพื่อประสิทธิภาพในการบริหารกองทุนและระเบียบว่าด้วยค่าตอบแทนของคณะกรรมการหรือคณะทำงานหรือผู้ดำเนินงาน ทั้งนี้ต้องไม่ขัดแย้งกับประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3) ควบคุมและกำกับดูแลการรับเงินการจ่ายเงินการเก็บรักษาเงินและการจัดทำบัญชีให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด 4) กำกับดูแลให้หน่วยงาน หรือกลุ่มองค์กรผู้ได้รับอนุมัติแผนงาน หรือโครงการดำเนินงานตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด 5) สนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งที่บ้านในชุมชนหรือหน่วยบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ 6) ให้คำแนะนำในการจัดทำข้อมูลและแผนดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสาธารณสุขของกลุ่มเป้าหมาย หน่วยบริการต่างๆที่เกี่ยวข้องและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 7) พิจารณาให้ความเห็นชอบการจัดทำสรุปผลการดำเนินงาน รายงานการรับจ่ายเงินและเงินคงเหลือของกองทุนหลักประกันสุขภาพเมื่อสิ้นปีงบประมาณ ให้สำนักงานสาขาจังหวัด สำนักงานเขต สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน ภายในเดือนธันวาคมของทุกปี

(2) ในการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ สิ่งที่สนับสนุนให้การปฏิบัติงานประสบผลสำเร็จ คือแรงจูงใจซึ่งเป็นปัจจัยที่จะส่งผลให้บุคคลมีขวัญกำลังใจในการ

ปฏิบัติงาน ทำให้บุคลากรทำงานอย่างเต็มความสามารถและการปฏิบัติงานเกิดประสิทธิภาพสูงสุด บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ความต้องการของคนในองค์กรหรือการจูงใจจากการทำงาน มีสาเหตุมาจากปัจจัย 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factor) ซึ่งประกอบไปด้วย ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน การยอมรับนับถือ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบ โอกาสความก้าวหน้าในตำแหน่ง กับปัจจัยค้ำจุน ประกอบไปด้วยเงินเดือนและค่าตอบแทน การปกครองบังคับบัญชา นโยบายและการบริหาร สภาพการปฏิบัติงาน สถานภาพของวิชาชีพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว⁽³⁾ ประกอบกับมีหลายการศึกษาพบว่า แรงจูงใจมีผลต่อการปฏิบัติงานดังเช่นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับการปฏิบัติงานเชิงรุกของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานเชิงรุกของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้านที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ด้านลักษณะงาน ด้านความรับผิดชอบ ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน ด้านนโยบายและการบริหาร ด้านการปกครองบังคับบัญชา และการนิเทศงาน ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว⁽⁴⁾ การศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามโครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงรุก จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ภาพรวมแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกและตัวแปรที่สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร ด้านความเป็นอยู่ส่วนตัว ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือและปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽⁵⁾ และการศึกษา ปัจจัยแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ภาพรวมของปัจจัยจูงใจและภาพรวมของปัจจัยค้ำจุนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานอนามัยแม่

และเด็กของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁶⁾

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น มีจำนวนทั้งสิ้น 5 แห่งประกอบไปด้วยเทศบาล 1 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 4 แห่ง มีคณะกรรมการบริหารกองทุน รวมจำนวนทั้งหมด 79 คน จากผลการนิเทศติดตามประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุน ในปี พ.ศ. 2557 ของคณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานของอำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น ตามแนวทางการประเมินผลที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยกำหนดเกณฑ์ประเมิน 3 หมวด คือการบริหารจัดการกองทุน การมีส่วนร่วม และผลลัพธ์การดำเนินงาน พบว่าไม่มีกองทุนที่ผ่านการประเมินในระดับ A+ ซึ่งเป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูงและเป็นศูนย์เรียนรู้ได้ มีกองทุนที่ผ่านการประเมินในระดับ A ซึ่งกองทุนที่มีศักยภาพดีจำนวน 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 20 มีกองทุนที่ผ่านการประเมินในระดับ B ซึ่งเป็นกองทุนที่มีศักยภาพปานกลางจำนวน 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 80 ซึ่งการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น จากการประเมินโดยภาพรวมยังพบปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุน ด้านการบริหารจัดการกองทุน มีความล่าช้า ไม่ตระหนักและเห็นความสำคัญในการปฏิบัติงาน เช่นการพิจารณาอนุมัติแผนงานโครงการการออกระเบียบกองทุน การควบคุมการดูแลการรับ-จ่ายเงิน การจัดทำแผนการดำเนินงาน การกำกับการดำเนินงานตามแผนงาน การจัดทำข้อมูลและแผนงานเกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขรวมทั้งการสรุปผลการดำเนินงาน ขาดความกระตือรือร้นและรับผิดชอบเอาใจใส่ในการปฏิบัติงานเท่าที่ควร ส่วนใหญ่มีความคิดว่าเป็นภาระเพิ่มเติมจากงานประจำ⁽⁷⁾

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่นเพื่อที่จะได้นำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลในการ

วางแผนการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้มีประสิทธิภาพและจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระดับแรงจูงใจและระดับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น รวมทั้งปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น

สมมติฐานการวิจัย

แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Study)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาจากประชากรทั้งหมด ได้แก่ คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น จำนวน 79 คน จากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จำนวน 5 กองทุน⁽⁷⁾ จึงไม่มีกลุ่มตัวอย่างและไม่มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง แต่มีการใช้สถิติอ้างอิงเพื่อนำผลการศึกษาไปใช้อธิบายประชากรเมื่อเวลาเปลี่ยนแปลงไป

2. กลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยเลือกผู้ที่สามารถให้คำตอบเชิงลึกเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ

ท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้อย่างแท้จริงและดีที่สุดโดยพิจารณา
คัดเลือกจากที่มาและตำแหน่งของคณะกรรมการบริหาร
กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม
สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ สร้างขึ้นจากการทบทวน
แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนด
แบบสอบถามให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวแปร มี
ทั้งหมด 2 ชุด ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4
ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของ
คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ
ท้องถิ่นหรือพื้นที่ ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ
แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหาร
กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ส่วนที่
3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของ
คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ
ท้องถิ่นหรือพื้นที่ ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามปัญหา
อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการปฏิบัติงานของ
คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ
ท้องถิ่นหรือพื้นที่ ซึ่งเป็นแบบสอบถามปลายเปิดแบบเติม
ข้อความและแสดงความคิดเห็นโดยอิสระ ลักษณะของ
แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating
Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ 5,4,3,2,1 ⁽⁸⁾ มี
ระดับการวัดเป็นช่วงสเกลโดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน
ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่ง
ได้มาจากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้ ระดับแรงจูงใจใน
การปฏิบัติงานและระดับการปฏิบัติงานมากที่สุด หมายถึง
ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 มาก หมายถึงช่วงคะแนน
3.50-4.49 ปานกลางหมายถึง ช่วงคะแนน 2.50-3.49 น้อย
หมายถึง ช่วงคะแนน 1.50-2.49 และน้อยที่สุด หมายถึง
ช่วงคะแนน

1.00-1.49 ⁽⁹⁾ ชุดที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth
Interview) ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
ของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ
ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น

ซึ่งลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดโดยแนวคำถามได้จากการ
การรวบรวมข้อมูลของแบบสอบถามแล้วนำข้อมูลมา
วิเคราะห์เพื่อหาข้อมูลที่พบว่ามีปัญหาและบางส่วนไม่
ครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา มาสร้างแบบสัมภาษณ์เชิงลึก
โดยเลือกสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เพื่อ
ยืนยันข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ทำการ
ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดย ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน
และประเมินหาความน่าเชื่อถือของเครื่องมือโดย ทำการ
ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้วิธี
ของครอนบาช (Cronbach's Method) โดยการหาค่า
สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง
ของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.97 ผ่านการพิจารณา
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 22
มีนาคม 2559 เลขที่โครงการ HE 592009 เก็บรวบรวม
ข้อมูล ระหว่างวันที่ 29 มีนาคม 2559 ถึง วันที่ 30
เมษายน 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิง
พรรณนาในการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เพื่ออธิบาย
คุณลักษณะส่วนบุคคล และสถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ การ
หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson
Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อหา
ความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม
ประชากร พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ
54.0 อายุระหว่าง 41-50 ปี อายุเฉลี่ย 49.65 อายุต่ำสุด 27 ปี
อายุสูงสุด 76 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส สมรส คิด
เป็นร้อยละ 84.8 ระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่คือ
มัธยมศึกษาตอนปลาย /ปวช. และปริญญาตรี คิดเป็นร้อย
ละ 21.5 ตำแหน่งในคณะกรรมการกองทุนส่วนใหญ่คือ
ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชน คิดเป็นร้อยละ 26.6 ส่วนใหญ่
รายได้ต่อเดือนมีรายได้ระหว่าง 5,001-15,000 บาท คิด
เป็นร้อยละ 59.5 รายได้เฉลี่ย 16,163.29 บาท ค่าสุด

1,600 บาท สูงสุด 53,100 บาท ระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ส่วนใหญ่ คือ 1 – 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 83.5 เฉลี่ย 3.66 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 10 ปี

2. ระดับแรงจูงใจ พบว่าภาพรวม กลุ่มประชากรมีแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.92 (S.D.=0.44) แรงจูงใจด้านปัจจัยจูงใจและปัจจัยก้ำจุนอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.97 (S.D.=0.49) และ 3.86 (S.D.=0.46) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าแรงจูงใจด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด และมีแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.12 (S.D.=0.55) ส่วนแรงจูงใจที่มี

ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน มีแรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.24 (S.D.=0.77)

3. ระดับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ภาพรวมพบว่า กลุ่มประชากรมีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากทุกด้าน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ด้านการพิจารณาอนุมัติแผนงานโครงการมีค่าเฉลี่ย 4.13 (S.D.=0.57) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านการพิจารณาและเห็นชอบการจัดทำสรุปผลการดำเนินงาน มีค่าเฉลี่ย 3.71 (S.D.=0.82)

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สันระหว่างแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับ การปฏิบัติงาน ของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น

แรงจูงใจ	การปฏิบัติงาน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยจูงใจ	0.524*	<0.001	ปานกลาง
1. ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน	0.408*	<0.001	ปานกลาง
2. การยอมรับนับถือ	0.387*	<0.001	ปานกลาง
3. ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	0.529*	<0.001	ปานกลาง
4. ความรับผิดชอบ	0.512*	<0.001	ปานกลาง
5. โอกาสความก้าวหน้าในตำแหน่ง	0.493*	<0.001	ปานกลาง
ปัจจัยก้ำจุน	0.623*	<0.001	ปานกลาง
6. เงินเดือนและค่าตอบแทน	0.374*	0.001	ปานกลาง
7. การปกครองบังคับบัญชา	0.635*	<0.001	ปานกลาง
8. นโยบายและการบริหาร	0.565*	<0.001	ปานกลาง
9. สภาพการปฏิบัติงาน	0.363*	0.001	ปานกลาง
10. สถานภาพของวิชาชีพ	0.442*	<0.001	ปานกลาง
11. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.608*	<0.001	ปานกลาง
12. ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	0.512*	<0.001	ปานกลาง
13. ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	0.479*	<0.001	ปานกลาง
แรงจูงใจ	0.612*	<0.001	ปานกลาง

* ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 1 พบว่าแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีรายละเอียดดังนี้ คือ ภาพรวมแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.612, p\text{-value}<0.001$) ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.524, p\text{-value}<0.001$ และ $r=0.623, p\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาด้านปัจจัยจูงใจพบว่า ปัจจัยจูงใจทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง โดยด้านที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุด คือ ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.529, p\text{-value}<0.001$) รองลงมาคือ ด้านความรับผิดชอบ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.512, p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยจูงใจที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุด คือ ด้านการยอมรับนับถือ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.387, p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยค้ำจุน ทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง โดย ปัจจัยค้ำจุนที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุด คือ ปัจจัยค้ำจุน ด้านการปกครองบังคับบัญชา ($r = 0.635, p\text{-value} < 0.001$) รองลงมาคือ ปัจจัยค้ำจุน ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.608, p\text{-value} < 0.001$) และปัจจัยค้ำจุนที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุด คือ ปัจจัยค้ำจุนด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.374, p\text{-value} = 0.001$)

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ โดยภาพรวมจากแบบสอบถามปลายเปิดทั้งหมด 79 ฉบับ พบว่ากลุ่ม

ประชากรได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด 16 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 20.25 โดยปัญหาอุปสรรคที่พบ คือปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ เนื่องจากคณะกรรมการมาจากหลายภาคส่วน และส่วนใหญ่มีงานประจำหลัก และภาระงานมีมาก ทำให้การปฏิบัติงานในบทบาทคณะกรรมการบริหารกองทุนส่วนใหญ่ล่าช้า ปัจจัยค้ำจุน ปัญหาอุปสรรคที่พบเป็นด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน ส่วนใหญ่ คณะกรรมการบริหารกองทุนเห็นว่าค่าตอบแทนไม่เหมาะสมกับภาระงานที่ปฏิบัติมักจะไปปฏิบัติงานที่เป็นงานประจำ หรืองานอื่นๆ ก่อนเป็นลำดับแรก ข้อเสนอแนะ ควรกำหนดบทบาทหน้าที่ให้เหมาะสมกับบทบาทหน้าที่หลักและกำหนดค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับภาระงานส่วนปัญหาอุปสรรคที่พบในการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ได้แก่ปัญหาในการพิจารณาอนุมัติแผนงาน โครงการ การออกระเบียบกองทุน การควบคุมดูแลการรับจ่ายเงินการกำกับดูแลให้หน่วยงานที่ได้รับสนับสนุนงบประมาณปฏิบัติงานตามแผนงาน โครงการ ข้อเสนอแนะ ควรมีการจัดอบรมความรู้เพื่อเพิ่มทักษะในการปฏิบัติงาน และควรมีผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินเป็นการเฉพาะและหน่วยงานหรือองค์กรที่ได้รับสนับสนุนควรมีการกำหนดช่วงเวลาในการปฏิบัติงานตามแผนงาน โครงการในช่วงเวลาเดียวกันเพื่อความสะดวกในการควบคุมกำกับติดตามผลการดำเนินงาน

สรุปและอภิปรายผล

แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวมกลุ่มประชากรมีแรงจูงใจ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.92 คะแนน (S.D. = 0.44) การที่จะปฏิบัติงานบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้ประสบผลสำเร็จนั้น คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น ต้องอาศัยปัจจัยหลายประการในการปฏิบัติงาน แรงจูงใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ ซึ่งแรงจูงใจเป็นความตั้งใจที่จะนำความพยายามของบุคคลไปสู่เป้าหมายของ

องค์กร โดยการจัดบรรยายการทําทําการปฏิบัติงาน ผู้บริหารจะจูงใจให้ผู้ได้บังคับบัญชาปฏิบัติสิ่งต่างๆตาม ความคาดหวังที่สามารถจะสนองความพึงพอใจ⁽¹⁰⁾ ซึ่งผล การศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่มีผลต่อ สมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนก ผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชัยภูมิ อยู่ในระดับ มาก⁽¹¹⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง แรงจูงใจกับการปฏิบัติงานเชิงรุกของพยาบาลวิชาชีพที่ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด ขอนแก่น ภาพรวมอยู่ในระดับมาก⁽⁴⁾ เช่นเดียวกับการ ศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการบริหารโครงการสุขภาพ ของหัวหน้าสถานอนามัย จังหวัดขอนแก่น⁽¹²⁾ แม้ว่า แรงจูงใจจะ เป็นปัจจัยที่สำคัญ ซึ่งส่งผลกระทบต่อระดับการ ปฏิบัติงาน แต่ถ้าหากมีบริบทการปฏิบัติงานแตกต่างกัน ย่อมส่งผลให้มีระดับแรงจูงใจที่ต่างกันได้เช่นกัน ส่งผล ให้การศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่ต่างกับกับ งานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ภาพรวมระดับแรงจูงใจ ในการดำเนินงาน ท้นดสาธารณสุขของบุคลากร สาธารณสุขในสถานอนามัยจังหวัดชัยภูมิอยู่ในระดับปาน กลาง⁽¹³⁾ เมื่อพิจารณาผลการศึกษาย่จะเห็นได้ว่า ระดับ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหาร กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอ โนนศิลา จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมาก เนื่องจากการ บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ประกอบด้วยคณะกรรมการที่มาจกหลากหลายภาคส่วน การกระตุ้นการปฏิบัติงานด้วยแรงจูงใจที่เหมาะสมจึงจะ สามารถกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติงานที่สำเร็จบรรลุตาม เป้าหมายได้

ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของคณะกรรมการ บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.97 คะแนน (S.D. = 0.49) การปฏิบัติงานของ คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ ท้องถิ่นหรือพื้นที่นั้น หากได้รับปัจจัยจูงใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่ สร้างความพึงพอใจในงานให้เกิดขึ้นอย่างเพียงพอ จะช่วย ให้บุคคล รักและชอบงานที่ปฏิบัติอยู่ และทำให้บุคคลใน

องค์กรปฏิบัติงานได้อย่างประสิทธิภาพ⁽¹⁴⁾ ซึ่งผลการศึกษา ในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ระดับแรงจูงใจด้าน ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาล ชุมชนในจังหวัดชัยภูมิ อยู่ในระดับมาก⁽¹¹⁾ เช่นเดียวกับ การศึกษาเรื่องแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดชัยภูมิพบว่า ปัจจัยจูงใจ อยู่ในระดับมาก⁽⁵⁾ เช่นเดียวกับการศึกษา แรงจูงใจที่มีผลต่อการบริหารโครงการสุขภาพของหัวหน้า สถานอนามัย จังหวัดขอนแก่น ภาพรวมแรงจูงใจด้าน ปัจจัยจูงใจอยู่ในระดับมาก⁽¹²⁾ หากได้รับปัจจัยที่เป็นสิ่งที่ สร้างความพึงพอใจในงานให้เกิดขึ้นไม่เพียงพอ อาจทำให้ บุคคลไม่พึงพอใจงานที่ปฏิบัติอยู่ ส่งผลให้การศึกษาใน ครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่แตกต่างกับงานวิจัยที่มีผู้ ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยจูงใจในการดำเนินงาน ท้นด สาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุขในสถานอนามัย จังหวัดชัยภูมิ อยู่ในระดับปานกลาง⁽¹³⁾

ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของคณะกรรมการ บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.86 คะแนน (S.D. = 0.46) การปฏิบัติงานของ คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ ท้องถิ่นหรือพื้นที่นั้น หากได้รับปัจจัยจูงใจ ซึ่งเป็นปัจจัย ที่ช่วยสนับสนุนให้แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร มีตลอดเวลา เนื่องจากคนเรามีความต้องการที่จะหลีกเลี่ยง ความยากลำบากในการปฏิบัติงาน⁽¹⁴⁾ ซึ่งผลการศึกษาใน ครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ระดับ แรงจูงใจด้าน ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ อยู่ในระดับมาก⁽¹¹⁾ และเช่นเดียวกับการ ศึกษา เรื่องแรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของเจ้า พนักงานท้นดสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตสาธารณสุขที่ 11 พบว่าภาพรวม แรงจูงใจด้านปัจจัยจูงใจอยู่ในระดับมาก⁽¹⁴⁾ เช่นเดียวกับการ ศึกษาเรื่องแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ พบว่าแรงจูงใจด้าน ปัจจัยจูงใจ อยู่ในระดับมาก⁽⁵⁾ และการศึกษาแรงจูงใจที่มี

ผลต่อการบริหาร โครงการสุขภาพของหัวหน้าสถานีนามัยจังหวัดขอนแก่น ภาพรวมปัจจัยคำจูนอยู่ในระดับมาก⁽¹²⁾ ในการปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน หากปัจจัยคำจูนไม่ได้รับการตอบสนอง จะทำให้บุคคลเกิดความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงาน บุคคลจะปฏิบัติงานอย่างคับข้องใจและไม่มีความสุขในการทำงาน เป็นปัจจัยที่ช่วยไม่ให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือไม่มีความสุขในการทำงาน ส่งผลให้การศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่แตกต่างกันกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว เช่นเดียวกับการศึกษา เรื่องแรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุข จังหวัดหนองคายพบว่าแรงจูงใจด้านปัจจัยคำจูนอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹⁵⁾ และเช่นเดียวกับการศึกษา เรื่องแรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดขอนแก่น พบว่า แรงจูงใจด้านปัจจัยคำจูนอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹⁶⁾

ระดับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวมกลุ่มประชากรมีระดับการปฏิบัติงาน ของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.89 คะแนน (S.D. = 0.64) ซึ่งการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เป็นการมุ่งเน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนจากหลายภาคส่วนเข้าร่วมค้นหาคำปัญหาและความต้องการของประชาชน วางแผนและส่งเสริมให้เกิดการร่วมดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ สามารถติดตามและประเมินผลได้อย่างเป็นรูปธรรม และสนับสนุนให้ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ รวมทั้งส่งเสริมให้บุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่ดำเนินการสนับสนุนให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง และให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง⁽²⁾ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ระดับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อยู่ใน

ระดับมาก เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าภาพรวมระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก⁽¹⁷⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอบ้านไผ่จังหวัดขอนแก่น พบว่าภาพรวมของการบริหารกองทุนอยู่ในระดับสูง⁽¹⁸⁾ และการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่นพบว่าภาพรวมการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก⁽²¹⁾ การปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่นั้น มีคณะกรรมการที่มาจากเจ้าหน้าที่ของภาคีเครือข่ายหลายหน่วยงาน การทำความเข้าใจในการปฏิบัติงานร่วมกันต้องอาศัยความร่วมมือ การประสานงานและการเรียนรู้ร่วมกันค่อนข้างมาก ส่งผลให้การศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่แตกต่างกันกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการปฏิบัติงานด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในจังหวัดระยองพบว่าระดับการมีส่วนร่วมในการรายงานผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง⁽²³⁾ เมื่อพิจารณาผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าระดับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมาก เนื่องจากการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เป็นการเน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการบริการปฐมภูมิเชิงรุก

แรงจูงใจ พบว่า ภาพรวมของแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงาน

ของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.612$, $p\text{-value} < 0.001$) แรงงูใจ มีความสำคัญทั้งต่อองค์กร ผู้บริหาร และบุคลากร เพราะแรงงูใจมีผลต่อการปฏิบัติงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีขวัญกำลังใจในการทำงาน หากสร้างแรงงูใจในการทำงานให้เกิดขึ้นจะทำให้บุคลากรทำงานด้วยความมุ่งมั่น มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการทำงาน เกิดผลผลิตที่ดี ผลงานบรรลุตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วว่า ภาพรวมของแรงงูใจ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงงูใจกับการปฏิบัติงานเชิงรุกของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่นพบว่า แรงงูใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานเชิงรุก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.529$, $p\text{-value}=0.44$)⁽⁴⁾ เช่นเดียวกับการศึกษา เรื่องแรงงูใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า แรงงูใจด้านปัจจัยงูใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ⁽²⁰⁾ การปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่มีการปฏิบัติงานร่วมกันของหลายภาคส่วนในระดับตำบล ส่งผลให้การศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่ต่างกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ภาพรวมของแรงงูใจ มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องแรงงูใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการให้บริการและการบริหารการเงินการคลัง โดยใช้หลักเศรษฐกิจพอเพียงของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่นพบว่าภาพรวมแรงงูใจด้านปัจจัยค้ำจุนมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²²⁾

ปัจจัยงูใจทุกด้าน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง โดยปัจจัยงูใจที่มีความสัมพันธ์สูงสุดที่สุด คือ ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.529$, $p\text{-value} < 0.001$) รองลงมาคือ ด้านความรับผิดชอบมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.512$, $p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยงูใจที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุด คือ ด้านการยอมรับนับถือ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.387$, $p\text{-value} < 0.001$) ในการปฏิบัติงานนั้น ปัจจัยงูใจเป็นสิ่งที่สร้างความพึงพอใจในงานให้เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรรักและชอบงานที่ปฏิบัติอยู่ และทำให้อุทิศตนในองค์กรปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วว่า ภาพรวมของแรงงูใจด้านปัจจัยงูใจ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นการศึกษาแรงงูใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอดส์ในพื้นที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งพบว่า ปัจจัยงูใจมีความสัมพันธ์ปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.529$, $p\text{-value}<0.001$)⁽²¹⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องแรงงูใจที่มีผลต่อสมรรถนะของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตสาธารณสุขที่ 11 พบว่า ปัจจัยงูใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขเขต 11 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.601$, $p\text{-value}<0.001$)⁽¹⁴⁾ เนื่องจากคณะกรรมการบริหารกองทุนมาจากวิชาชีพและภาคีเครือข่ายที่หลากหลายต่างกัน การปฏิบัติงานที่ต่างกันของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ย่อมมีการกระตุ้นการปฏิบัติงานด้วย ปัจจัยงูใจที่ไม่เท่ากัน ส่งผลให้การศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่ต่างกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ภาพรวมของแรงงูใจ ด้านปัจจัยงูใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่นการศึกษาแรงงูใจที่มีผลต่อการ

บริหารโครงการด้านสุขภาพของหัวหน้าสถานีนามัย จังหวัดขอนแก่น พบว่าปัจจัยเชิงจิตมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.711, p\text{-value}<0.001$)⁽¹²⁾ ด้านปัจจัยด้านจิต พบว่า ปัจจัยด้านจิตทุกด้าน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก โดย ปัจจัยด้านจิตที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุด คือ ปัจจัยด้านจิต ด้านการปกครองบังคับบัญชา ($r = 0.635, p\text{-value} < 0.001$) รองลงมาคือ ปัจจัยด้านจิต ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.608, p\text{-value} < 0.001$) และปัจจัยด้านจิตที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุด คือ ปัจจัยด้านจิตด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.374, p\text{-value} = 0.001$) ในการปฏิบัติงานนั้น ปัจจัยด้านจิตเป็นปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนให้แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร มีตลอดเวลา เนื่องจากคนเรามีความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงความยากลำบากในการปฏิบัติงาน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ภาพรวมของแรงจูงใจ ด้านปัจจัยด้านจิตมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นการศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งพบว่า ปัจจัยด้านจิตมีความสัมพันธ์ปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.570, p\text{-value}<0.001$)⁽²¹⁾ เช่นเดียวกับการศึกษา เรื่องแรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตสาธารณสุขที่ 11 พบว่าแรงจูงใจด้านปัจจัยด้านจิตมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.467, p\text{-value}<0.001$)⁽¹⁴⁾ การปฏิบัติงานที่ต่างกันของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ย่อมมีการกระตุ้นการปฏิบัติงานด้วยปัจจัยด้านจิตที่ไม่เท่ากัน ส่งผลให้การศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องในระดับที่ต่างกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว

พบว่า ภาพรวมของแรงจูงใจ ด้านปัจจัยด้านจิตมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²²⁾

ข้อเสนอแนะ

คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ปฏิบัติงานโดยให้ความสำคัญกับการปกครองบังคับบัญชาอย่างเหมาะสม ในการวิเคราะห์ความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน การกระจายงาน การมอบหมายอำนาจ และความยุติธรรม เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตรงกับศักยภาพที่มี

คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ควรให้ความสำคัญกับการจัดลำดับความสำคัญเหตุการณ์ต่างๆ ของการทำงาน การจัดระบบงานของผู้บังคับบัญชา การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมกำหนดนโยบาย เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน และสามารถปฏิบัติงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่สำคัญของพื้นที่ได้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานภาคีเครือข่ายอื่นควรกำหนดให้ผลการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เป็นตัวชี้วัดที่มีผลต่อการประเมินความดีความชอบ และการเลื่อนเงินเดือน และค่าตอบแทน เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปกครองบังคับบัญชาที่เหมาะสมและส่งเสริมให้การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่มีประสิทธิภาพ
2. ควรมีการศึกษานโยบายและการบริหารที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงานบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้บรรลุผลสำเร็จ
2. ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกๆ ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ดูแลเอาใจใส่และตรวจสอบข้อบกพร่องต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้ และ

ขอขอบคุณคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น ทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2555). **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (2555-2559)**. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). **คู่มือการปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2557)**. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
3. Herzberg, H. & Snyderman, S. **The Motivation to work**. USA: Transaction publishers. 1993
4. ชนาภา ไชยศาสตร์. **ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับการปฏิบัติงานเชิงรุกของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2556.
5. สุวัฒน์ วงศ์ภูมิพร. **แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามโครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงรุก จังหวัดชัยภูมิ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2553.
6. ทศพร ชัยระงับ. **ปัจจัยแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดเพชรบูรณ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2555.
7. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนศิลา. **ผลการประเมินการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอโนนศิลา (เอกสารอัดสำเนา)**. 2557.
8. Linkert, R. **The human organization: Its management and value**. New York: McGraw-Hill. 1967.
9. สำเริง จันทสุวรรณ และ สุวรรณ บัวทวน. **สถิติสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์**. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2547.
10. สุวิทย์ อุดมพานิชย์. **หลักการบริหารสำหรับทันตแพทย์**. ขอนแก่น: ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2548.
11. สุชาติ ครองนางวัง. **แรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชัยภูมิ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2557.
12. นฤพรรัตน์ พรหมวายุและประจักษ์ บัวพันธ์. **แรงจูงใจที่มีผลต่อการบริหารโครงการสุขภาพของหัวหน้าสถานีอนามัย จังหวัดขอนแก่น**. **วารสารวิจัย มข.**, 15(7), 559-566. 2553.
13. วิราภรณ์ รวิษวงศ์. **การดำเนินงานทันตสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุขในสถานีอนามัยจังหวัดชัยภูมิ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารงานสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2552.
14. มัลลิกา เทพอ่อน. **แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตสาธารณสุขที่ 11**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2554.
15. คุณากร สุวรรณพันธ์และประจักษ์ บัวพันธ์. **แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของของนักวิชาการสาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดหนองคาย**. **วารสารวิจัย มข.**, 7(4), 58-70. 2550.
16. พชรพร ครอบงุม. **แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2549.
17. อนเนก นนทะมาตย์. **ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น**

อำเภอภูผารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาทรณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2557.

18. กัลยาพร ภูจิตกกง. การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในองค์การบริหารส่วนตำบลอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาทรณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2556.
19. รัตนากร พลโพธิ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาทรณสุข คณะสาทรณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2553.
20. รติ บุญมากและประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของเจ้าหน้าที่สาทรณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู.วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา),(8),3,75-82 2551.
21. สุปราณี นาประเสริฐ. แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของแกนนำผู้ติดเชื้อเอดส์ในพื้นที่ โรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาทรณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2556.
22. ชูกรู เกษิดและประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการจัดบริการ และการบริหารการเงินการคลังโดยใช้หลักเศรษฐกิจพอ เพียงของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (บศ),8(4) 28-29. 2551
- 23.วนิดา สมบัติศรีและศภาพ จิรัฐติกาลกิจ. ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นใน ระดับพื้นที่จังหวัดระยอง. (ฉบับพิเศษ), 21-22 2552

สุนทรียทักษะผู้นำที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความขัดแย้ง ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ในจังหวัดขอนแก่น

Leadership's Soft Skills Influencing the Conflict Management of Sub-District Health Promoting
Hospital Directors in Khon Kaen Province

วรรณกร ตาบ่านดู¹ ชนะพล ศรีฤๅชา²

Wanakorn Tabandu¹ Chanaphol Sriruecha²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา คุณลักษณะส่วนบุคคล และสุนทรียทักษะผู้นำที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความขัดแย้ง ของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น ประชากรที่ใช้ในศึกษา คือ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น รวมทั้งสิ้นจำนวน 248 คน เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 180 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม โดยเครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และหาความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้ค่าเท่ากับ 0.96 ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างวันที่ 23 เมษายน 2559 ถึงวันที่ 27 พฤษภาคม 2559 วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ในการหา ค่าสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และใช้สถิติเชิงอนุมานหาความสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษาพบว่าระดับสุนทรียทักษะผู้นำภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.11 (S.D.= 0.39) และระดับการจัดการความขัดแย้งในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.81 (S.D.= 0.40) และประสบการณ์ในการฝึกอบรมการจัดการความขัดแย้ง(เคย) มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำทางบวกกับการจัดการความขัดแย้ง อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.178$, $p\text{-value} < 0.05$) ภาพรวมของสุนทรียทักษะผู้นำมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการจัดการความขัดแย้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.681$, $p\text{-value} < 0.001$) โดย ทักษะในการนำเสนอ และทักษะในการสอนงาน สามารถพยากรณ์การจัดการความขัดแย้งของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 46.4 ($R^2 = 0.464$, $p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ: สุนทรียทักษะผู้นำ, การจัดการความขัดแย้ง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aimed to study leadership's soft skills influencing the conflict management of sub-district health promoting hospital directors in Khon Kaen province, Thailand. The samples were 180 personnel randomly selected by simple random sampling from the 248 population. The self-administered questionnaire was examined and verified by the three experts for content validity and tested for reliability in pilot study of 30 samples (Cronbach's alpha coefficient = 0.96). Data collection was carried out from April 23th to May 27th, 2015 whereas; data distribution was performed using descriptive statistics including Percentage, Mean, Standard Deviation, Median, Minimum, Maximum. The Pearson product moment correlation and Stepwise multiple linear regressions were the inferential statistics used.

The results showed that the leadership's soft skills and conflict management were at high level with averages 4.11 (S.D.= 0.39) and 3.81 (S.D.= 0.40) , respectively. The conflict management training had low positive relationship with conflict management of sub-district health promoting hospital directors in Khon Kaen province ($r=0.178$, $p\text{-value} < 0.05$). Leadership's soft skills had moderate positive relationship with conflict management ($r=0.681$, $p\text{-value} < 0.001$). Such leadership's soft skills were: presentation and coaching can predict conflict management of sub-district health promoting hospital directors in Khon Kaen province at 46.4 percentage ($R^2 = 0.464$, $p\text{-value} < 0.001$).

Key words Leadership's Soft Skills Influencing, Conflict Management and Sub-District Health Promoting Hospital Director

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีการพัฒนาทุกภาคส่วน ทั้งในระดับชุมชน ระดับภาค และระดับประเทศ เพื่อมุ่งสู่ “สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ด้วยความเสมอภาค เป็นธรรม และมีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง” โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนและสังคมไทยให้มีคุณภาพ⁽¹⁾ ในปี พ.ศ.2552 รัฐบาลได้ยกระดับสถานอนามัย ซึ่งเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขด่านหน้าของกระทรวงสาธารณสุขในระดับชุมชนให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยมุ่งเน้นการบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานเชิงรุก ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม และให้บริการอย่างต่อเนื่อง สามารถให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความเชื่อมโยงและมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในระบบบริการสุขภาพของประชาชน ชุมชน และท้องถิ่น รวมทั้งการปรับโครงสร้างด้านบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลเวชปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และแพทย์แผนไทย หรือขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการในแต่ละพื้นที่ตามความเหมาะสม โดยมีบุคลากรรวมตั้งแต่ 5-10 คน หรือมากกว่า ขึ้นอยู่กับขนาดของประชากรหรือภาระงานที่รับผิดชอบ⁽²⁾ ซึ่งแต่ละบุคคลและแต่ละตำแหน่งจะมีความแตกต่างกันด้านต่างๆ และรวมถึงงานที่ได้รับมอบหมายที่ต้องการประสานงานกันหรือที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้นอาจทำให้เกิดความขัดแย้ง และความขัดแย้งที่เกิดขึ้น อาจเกิดเนื่องจากบุคคลหรือฝ่ายตั้งแต่ 2 ฝ่าย มีเป้าหมายที่แตกต่างกัน มีความเชื่อ ค่านิยม บุคลิกภาพและการแสดงออก ลักษณะของงานที่ต้องทำงานเป็นทีมมีการสื่อสาร การประสานงาน ที่มีความเข้าใจและการรับรู้ไม่ตรงกัน รวมถึงการมีกฎระเบียบข้อบังคับที่มากเกินไป และการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดร่วมกัน ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่นำไปสู่ความขัดแย้งในการปฏิบัติงาน⁽³⁾

การปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ย่อมมีโอกาสพบกับความขัดแย้งได้ ส่งผลกระทบต่อปริมาณและคุณภาพผลผลิตขององค์การ รวมถึงถึงภาพลักษณ์องค์การอีกด้วย การจัดการความขัดแย้งในองค์กรนั้น เป็นเรื่องที่สำคัญอย่างมาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้มีความสำคัญในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง ซึ่งถือเป็นความท้าทายของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นผู้บริหารในหน่วยบริการสาธารณสุขด่านหน้าที่ต้องใช้ภาวะผู้นำ ที่แข็งแกร่ง ที่มีคุณภาพ มีความรู้ความสามารถ มีทักษะในการเรียนรู้ ใฝ่เรียนรู้ และสามารถเรียนรู้ได้ตลอดเวลาทุกสถานที่ มีทักษะชีวิตที่ปรับตัวได้ ทุกครั้งที่พบอุปสรรค มีความยืดหยุ่นเมื่อพบปัญหา มีความรู้ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ⁽⁴⁾

ในการบริหารงานในปัจจุบัน รวมถึงการจัดการความขัดแย้งในองค์กร ผู้บริหารต้องมีทักษะในการบริหารคนและงาน ซึ่งทักษะในการบริหารคนเกี่ยวข้องกับทักษะด้านมนุษย ซึ่งต้องใช้ทักษะที่สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่น นั่นคือ สุนทรียทักษะผู้นำ ซึ่งเป็นปัจจัยทำให้คนทำงานได้ดีขึ้น มีความสำคัญในการบริหารงานของผู้บริหารในยุคปัจจุบัน และสุนทรียทักษะผู้นำ ก็เป็นอีกทักษะหนึ่งที่มีความจำเป็นต่อการจัดการความขัดแย้ง และเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้องค์กรประสบความสำเร็จในการทำงาน⁽⁵⁾

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น มีจำนวน 248 แห่ง ซึ่งเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขด่านหน้าที่รับผิดชอบดูแลการบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานเชิงรุก ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม และให้บริการอย่างต่อเนื่อง สามารถให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ยังพบว่าการมีส่วนร่วม,การวิเคราะห์และแก้ไขปัญหา รวมถึงการทำงานเป็นทีม ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่สามารถดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม ขาดการสื่อสารอย่างทั่วถึงทั้งองค์กร การเรียนรู้และใช้เทคโนโลยีสารสนเทศยังไม่มากพอ ซึ่งจากผลการดำเนินงานจะเห็นได้ว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังไม่สามารถนำนโยบายและยุทธศาสตร์ลงสู่การบริหารจัดการในหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เท่าที่ควร ทั้งในด้านคุณภาพและการบริหารจัดการในหน่วยงาน ซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพของหน่วยงาน บุคลากร และเครือข่ายด้วย และนอกจากนี้ในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นยังพบปัญหาเกี่ยวกับความขัดแย้งที่พบในกลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลายแห่ง ที่เป็ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างหัวหน้ากับลูกน้อง ตั้งแต่สายบังคับบัญชาข้างบนระดับเดียวกันคือระดับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และในระดับล่างหรือผู้ใต้บังคับบัญชา ส่วนใหญ่ปัญหาที่พบ เกิดจากการรับรู้ การสื่อสาร การประสานงาน ค่านิยม รวมถึงการรับรู้บทบาทในการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง ผิดไป ที่สำคัญคือการแย่งชิงทรัพยากร และผลประโยชน์⁽⁶⁾

จากเหตุผลดังกล่าว ในฐานะที่ผู้วิจัยปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงต้องการศึกษาศูนย์ทรัพยากรมนุษย์ที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความขัดแย้งของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น เพื่อนำข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ไปเสนอแนะผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการและการจัดการความขัดแย้งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของบุคลากรให้มีประสิทธิภาพส่งผลต่อการพัฒนาการบริหารและการบริการสาธารณสุขเป็นพลังในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยรวมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาศูนย์ทรัพยากรมนุษย์ที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความขัดแย้ง ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาลักษณะส่วนบุคคล ระดับศูนย์ทรัพยากรมนุษย์ และระดับความขัดแย้ง ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross – Sectional Descriptive Study) เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ วันที่ 23 เมษายน 2559 ถึงวันที่ 27 พฤษภาคม 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 248 แห่ง ใน 26 อำเภอ ของจังหวัดขอนแก่น รวมทั้งหมด จำนวน 248 คน⁽⁷⁾

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น มีขั้นตอนการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen⁽⁸⁾ ดังนี้

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{\lambda(1 - R_{y/x}^2)}{R_{y/x}^2}$$

ในการทำวิจัยครั้งนี้ต้องใช้ขนาดตัวอย่าง 23 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กซึ่งขนาดของตัวอย่างที่ใช้ศึกษาตัวแบบถดถอยพหุนั้น Nunnally&Bermstein 1994⁽⁹⁾ ได้ให้คำแนะนำไว้ว่า ควรมีตัวอย่าง อย่างน้อย 10 ตัวอย่าง ต่อตัวแปรอิสระ 1 ตัวแปร ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรอิสระ 15 ตัวแปร จึงควรมีขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 150 ตัวอย่าง ดังนั้น ในกรณีตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 150 ตัวอย่าง และเนื่องจากผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบกลับโดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ถึงผู้วิจัยโดยตรงโดยไม่ผ่านคนกลาง จึงต้องคำนวณเพื่อการไม่ได้แบบสอบถามคืน (Non Response) อีกร้อยละ 20 รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 180 ตัวอย่าง

3. กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม (Focus group Discussion) โดยคัดเลือกจากบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลการสื่อสารในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่นได้ดีที่สุด (Key informants) รวมทั้งสิ้น 12 คน ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอที่ปฏิบัติงานอยู่อำเภอ 2 อำเภอ จำนวน 2 คน

คน บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 2 คน

ดังนั้นจะได้กลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามจำนวน 180 คน และกลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่มจำนวน 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามและแบบสนทนากลุ่ม โดยแบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสุนทรียทักษะผู้นำ ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้ง ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการจัดการความขัดแย้ง ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น เป็นคำถามปลายเปิด ให้เติมข้อความให้ตอบได้อย่างอิสระ และแบบสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับสุนทรียทักษะของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น เป็นคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ ส่วนที่ 2 เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้งของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น เป็นคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการจัดการความขัดแย้ง ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น เป็นคำถามปลายเปิด ให้เติมข้อความ ให้ตอบอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และประเมินค่าความน่าเชื่อถือของเครื่องมือโดย ทำการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยหลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามโดยการวิเคราะห์รายข้อ (Item-Total Correlation) หากข้อใดมีข้อติดลบ หรือมีค่าน้อยกว่า 0.2 ต้องนำมาปรับปรุง จากนั้นนำแบบสอบถามมาทดสอบเพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของ

แบบสอบถามตามลักษณะข้อกำหนดโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficients) โดยพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป จึงจะยอมรับว่ามีความเที่ยงหรือเชื่อถือได้⁽¹⁰⁾ และการศึกษาผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 23 เมษายน 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) หาค่าการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูง (Maximum) เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับสุนทรียทักษะและการจัดการความขัดแย้ง และปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ การจัดการความขัดแย้งของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ที่ละคู่ (Bivariate Analysis) Stepwise Multiple Regression Analysis หรือการถดถอยพหุแบบขั้นตอน ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariate Relationship) เพื่อหาคุณลักษณะส่วนบุคคล สุนทรียทักษะผู้นำที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความขัดแย้งของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.1 มีอายุระหว่าง 41 -50 ปี ร้อยละ 45.6 โดยมีอายุเฉลี่ย 47.56 ปี (S.D.=6.75 ปี) อายุต่ำสุด 27 ปี อายุสูงสุด 59 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 93.9 สถานภาพสมรส ร้อยละ 83.3 มีรายได้ 30001-40000 บาท ร้อยละ 37.8 มีรายได้เฉลี่ย 37,555.06 บาท (S.D.= 8,069.34 บาท) รายได้ต่ำสุด 15,000 บาท รายได้สูงสุด 64,300 มีระยะเวลา

ที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ร้อยละ 66.7 มีค่ามัธยฐาน 7 ปี (S.D.=6.88) ประสบการณ์สูงสุด 35 ปี ประสบการณ์ต่ำสุด 1 ปี และเคยได้รับการฝึกอบรมการจัดการความขัดแย้ง 1 ครั้ง ร้อยละ 29.4 มีค่ามัธยฐาน 2 ครั้ง (S.D.=0.82) เคยได้รับการฝึกอบรมสูงสุด 6 ครั้ง เคยได้รับการฝึกอบรมต่ำสุด 1 ครั้ง

2. ระดับสุนทรียทักษะผู้นำของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความขัดแย้ง อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.11 (S.D.= 0.39) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านทักษะในการทำงานเป็นทีมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 4.28 (S.D.=0.43) รองลงมาคือ ด้านทักษะในการสอนงาน ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 4.18 (S.D.=0.47) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านทักษะในการคิดริเริ่มอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.96 (S.D.=0.47)

รองลงมาคือทักษะในการนำเสนออยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.00 (S.D.=0.47)

3. ระดับการจัดการความขัดแย้งของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความขัดแย้ง อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.81 (S.D.= 0.40) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเอื้ออำนวยมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 4.21 (S.D.=0.48) รองลงมาคือ ด้านการร่วมมือร่วมใจอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 4.04 (S.D.=0.51) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านการหลีกเลี่ยงปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.12 (S.D.=0.81) รองลงมาคือการแข่งขันหรือการบังคับอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.68 (S.D.=0.64)

4. สุนทรียทักษะผู้นำที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความขัดแย้งของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างสุนทรียทักษะผู้นำที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความขัดแย้งของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น

สุนทรียทักษะผู้นำ	การจัดการความขัดแย้ง		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p - value	ระดับความสัมพันธ์
สุนทรียทักษะผู้นำ	0.681*	<0.001	ปานกลาง
1. ทักษะในการทำงานเป็นทีม	0.511*	< 0.001	ปานกลาง
2. ทักษะในการสื่อสาร	0.579*	< 0.001	ปานกลาง
3. ทักษะในการคิดริเริ่ม	0.586*	< 0.001	ปานกลาง
4. ทักษะความสามารถในการนำ	0.570*	< 0.001	ปานกลาง
5. ทักษะในการสอนงาน	0.561*	< 0.001	ปานกลาง
6. ทักษะในการพัฒนาตนเอง	0.573*	< 0.001	ปานกลาง
7. ทักษะในการวางแผนจัดองค์กร	0.572*	< 0.001	ปานกลาง
8. ทักษะในการนำเสนอ	0.660*	< 0.001	ปานกลาง

*ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางพบว่า ภาพรวมของสุนทรียทักษะผู้นำมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการจัดการความขัดแย้งของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.681$, $p\text{-value} < 0.001$) ส่วนสุนทรียทักษะผู้นำรายด้านพบว่าทุก

ด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการจัดการความขัดแย้งของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านทักษะในการทำงานเป็นทีม ($r=0.511$, $p\text{-value} < 0.001$) ทักษะในการสื่อสาร ($r=0.579$, $p\text{-value} < 0.001$) ทักษะใน

การคิดริเริ่ม($r=0.586$, $p\text{-value} < 0.001$) ทักษะความสามารถในการนำ($r=0.570$, $p\text{-value} < 0.001$) ทักษะในการสอนงาน($r=0.561$, $p\text{-value} < 0.001$) ทักษะในการพัฒนาตนเอง($r=0.573$, $p\text{-value} < 0.001$) ทักษะในการวางแผนจัดองค์กร

($r=0.572$, $p\text{-value} < 0.001$) และทักษะในการนำเสนอ($r=0.660$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ

5. สุนทรียทักษะผู้นำที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความขัดแย้งของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น

ตาราง 2 ค่าสถิติวิเคราะห์หาค่าความแตกต่างของปัจจัยของการจัดการความขัดแย้งของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	B	Beta	T	P-value	R ²	R ² change
ทักษะในการนำเสนอ	.436	.512	7.037	<0.001	.435	.435
ทักษะในการสอนงาน	.194	.226	3.103	0.002	.464	.029

ค่าคงที่ 1.260, F = 76.752, p – value < 0.001, R = 0.682, R² = 0.464 R²Adj = 0.458

จากตารางพบว่า ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความขัดแย้งของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น ที่ถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับดังนี้ สุนทรียทักษะผู้นำด้านทักษะในการนำเสนอ ($p\text{-value} < 0.001$) สุนทรียทักษะผู้นำด้านทักษะในการสอนงาน ($p\text{-value} = 0.002$) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัวแปรสามารถพยากรณ์การจัดการความขัดแย้งของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่นได้ร้อยละ 46.4

6. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการสื่อสารในการปฏิบัติงานของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ต่อการจัดการความขัดแย้งของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิดจากแบบสอบถามทั้งหมด 180 ฉบับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด 39 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 21.67 พบว่าปัญหาอุปสรรคที่พบส่วนใหญ่คือ การจัดการความขัดแย้งด้านการร่วมมือร่วมใจ ร้อยละ 82.06 รองลงมาคือ การเอื้ออำนวย ร้อยละ 69.23 ในส่วนของสุนทรียทักษะผู้นำที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความขัดแย้ง ปัญหา อุปสรรคที่พบ

ส่วนใหญ่คือ ทักษะในการทำงานเป็นทีม ร้อยละ 74.36 รองลงมาคือ ทักษะในการสอนงาน ร้อยละ 56.41

สรุปและอภิปรายผล

ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีสุนทรียทักษะผู้นำอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.11 (S.D.= 0.39) เนื่องจากผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องใช้สุนทรียทักษะผู้นำในการบริหารองค์กรอยู่เสมอ โดยใช้ทั้งภายในและภายนอกองค์กร รวมทั้งการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับทักษะผู้นำด้านต่างๆซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ระดับสุนทรียทักษะผู้นำของสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดขอนแก่นอยู่ในระดับสูง⁽¹¹⁾ เช่นเดียวกับผลการศึกษาที่พบว่า ระดับสุนทรียทักษะผู้นำของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดร้อยเอ็ด อยู่ในระดับมาก⁽¹²⁾ เช่นเดียวกับผลการศึกษาที่พบว่า สุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้าน SOFT SKILLS ของผู้บริหารสถานศึกษา อยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 4.13 (S.D.=0.82)⁽¹³⁾ จากผลการวิจัยในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับสุนทรียทักษะผู้นำอยู่ในระดับมากอาจเนื่องจากผู้นำหรือผู้บริหารในหน่วยงานต้องใช้สุนทรียทักษะผู้นำเป็นประจำและนำมาปฏิบัติงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการแสวงหาความร่วมมือจากบุคคลหรือชุมชนเพื่อร่วมพัฒนาหน่วยงาน และจัดระบบการติดต่อสื่อสาร การสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นและการประสานงานระหว่างหน่วยงาน กับชุมชนหรือหน่วยงานอื่นอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ⁽⁵⁾ ซึ่ง

ได้ศึกษาการรับรู้สุนทรียทักกะผู้นำและความน่าเชื่อถือของคณบดีในมหาวิทยาลัยของรัฐ 3 แห่งของประเทศมาเลเซีย พบว่าการรับรู้สุนทรียทักกะ ผู้นำและความน่าเชื่อถือของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง

ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความขัดแย้ง อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.81 (S.D.=0.40) ทั้งนี้เพราะอาจเป็นเพราะสภาพของคนในสังคมไทยเป็นคนอ่อนน้อมถ่อมตน ถ้อยทีถ้อยอาศัย มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่และมีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ไม่ต้องการเห็นผู้แพ้ ผู้ชนะ ไม่ชอบวิธีการที่รุนแรงในการแก้ปัญหา ประกอบกับหน่วยงานมีการติดต่อหลายส่วน การปฏิบัติงานต้องพึ่งพาอาศัยกันและคอยช่วยเหลือกันในการทำงานซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า สาเหตุและการจัดการความขัดแย้งในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น A จังหวัดปทุมธานี มีวิธีการจัดการความขัดแย้งอยู่ในระดับมาก⁽¹⁴⁾ เช่นเดียวกับผลการศึกษาที่พบว่า การจัดการความขัดแย้งของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษาบึงกาฬ มีวิธีการจัดการความขัดแย้งอยู่ในระดับมาก⁽¹⁵⁾ เช่นเดียวกับผลการศึกษาที่พบว่า การศึกษาการจัดการความขัดแย้งในสถานศึกษาของผู้บริหาร โรงเรียนสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 42 มีวิธีการจัดการความขัดแย้งอยู่ในระดับมาก⁽¹⁶⁾ เช่นเดียวกับผลการศึกษาที่พบว่า การบริหารความขัดแย้งที่ส่งผลต่อการบริหารงานบุคคลของสถานศึกษาใน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษา ประถมศึกษาเพชรบุรี เขต 1 การบริหารความขัดแย้งของผู้บริหารอยู่ในระดับมาก⁽¹⁷⁾ เช่นเดียวกับผลการศึกษาที่พบว่า การจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อยู่ในระดับมาก⁽¹⁸⁾ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความขัดแย้งของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย ในการจัดการความขัดแย้ง อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.36 (S.D.=0.39)⁽¹⁹⁾ ซึ่งอาจเนื่องจากความแตกต่างของบริบทพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผลงานวิจัยไม่สอดคล้องกัน

ลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความขัดแย้งของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล ในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ และระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความขัดแย้งของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า เพศ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ในจังหวัดนครราชสีมา⁽²⁰⁾ อายุ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ในจังหวัดนครราชสีมา การศึกษาที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความขัดแย้งของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความขัดแย้งของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย ($r=-0.021$, $p\text{-value}=0.862$)⁽¹⁹⁾ การศึกษาที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า สุนทรียทักกะผู้นำที่มีอิทธิพลต่อบทบาทในการควบคุมกำกับ การดำเนินงานตามโครงการ ของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดร้อยเอ็ด ระยะเวลาในการเป็นผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดร้อยเอ็ด ไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมกำกับ การดำเนินงานตามโครงการของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดร้อยเอ็ด⁽¹²⁾

สุนทรียทักกะผู้นำพบว่า ภาพรวมของสุนทรียทักกะผู้นำมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการจัดการความขัดแย้งของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.681$, $p\text{-value}<0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า สุนทรียทักกะผู้นำที่มีอิทธิพลต่อบทบาทในการควบคุมกำกับการดำเนินงานตามโครงการ ของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ด้านทักษะในการทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการควบคุมกำกับการดำเนินงานตามโครงการของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดร้อยเอ็ดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.613$, $p\text{-value}<0.001$)⁽¹²⁾ การรับรู้สุนทรียทักกะผู้นำและความน่าเชื่อถือของคณบดีในมหาวิทยาลัยของรัฐ 3 แห่ง

ของประเทศมาเลเซีย พบว่าทักษะในการติดต่อสื่อสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความน่าเชื่อถือของคณบดีในมหาวิทยาลัยของรัฐ 3 แห่งของประเทศมาเลเซีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.692, p<0.001$)⁽⁵⁾

สุนทรียทักษะผู้นำที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความขัดแย้งของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความขัดแย้งของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น ที่ถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับดังนี้ สุนทรียทักษะผู้นำด้านทักษะในการนำเสนอ ($p\text{-value} < 0.001$) สุนทรียทักษะผู้นำด้านทักษะในการสอนงาน ($p\text{-value} = 0.002$) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัวแปรสามารถพยากรณ์การจัดการความขัดแย้งของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่นได้ร้อยละ 46.4

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาสุนทรียทักษะผู้นำทุกด้าน โดยเฉพาะ ทักษะการนำเสนอและทักษะการสอนงาน อบรมการจัดการความขัดแย้ง การเจรจาไกล่เกลี่ย เพื่อให้เกิดการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่องและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการความขัดแย้ง การบริหารและปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกๆ ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ คุณดูแลเอาใจใส่และตรวจสอบข้อบกพร่องต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณครอบครัว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่นที่กรุณาตอบแบบสอบถามและสนทนากลุ่ม และขอขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎามนตรี. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)**. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, 2554.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **นโยบายและทิศทางการดำเนินงาน**. วันที่ 20 มกราคม 2553 ณ ห้องประชุม ชัยนาถนเรนทร กระทรวงสาธารณสุข, 2553.
3. วงศาเลห์ศิริวงศ์. **พฤติกรรมองค์กรและการพัฒนาองค์กรสุขภาพ**. พิษณุโลก: ทีโอที คอมพิวเตอร์ฟอรัม, 2548.
4. ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์. **คำนิยมหนังสือวิธีสร้างการเรียนรู้เพื่อศิษย์ในศตวรรษที่ 21**. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์, 2554.
5. Ngang, T.K. **Soft skills for leadership**. Malaysia: School of Educational Studies, Universiti Sains Malaysia, 2012.
6. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. **สรุปผลการนิเทศ ติดตาม ประเมินผล ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ 2557**. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2557.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. **จำนวนผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น**, 2558.
8. Cohen, J. **Statistical power analysis for behavior science**. 2nd ed. New York, 1988.
9. อรุณ จิรวัฒน์กุล. **ชีวสถิติ**. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551.
10. บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ. **สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์, 2549.
11. Wongkalasin, K., Boupahan, P. & Ngang, T.K. **leadership soft skills that affect organizational climate of district health offices in khonkaen, thailand**. **KKU Research Journal** 2013; 18(4): 709-720.
12. จริญญา ทองเอนก และประจักษ์ บัวตัน. **สุนทรียทักษะผู้นำที่มีผลต่อบทบาทในการควบคุมกำกับกำกับการดำเนินงานตามโครงการผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดร้อยเอ็ด**. **ว. วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ** 2557; 7(2): 218-229.
13. วาริษา ประเสริฐทรง. **ทักษะภาวะผู้นำด้าน soft skills ของผู้บริหารสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 25**.

- ว. ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2558; 38(2).
14. อธิญา งามภักดิ์, และอรนันท กลันทปุระ. สาเหตุและการจัดการความขัดแย้งในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น A จังหวัดปทุมธานี. ว. วิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2558; 26(2): 95-103
15. อาชิรญาณ์ เขียวขุ่ม, ประสาท อิศรปริดา และสุมาลี ศรีพุทธรินทร์. การจัดการความขัดแย้งของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาบึงกาฬ. ว. มหาวิทยาลัยนครพนม 2557; 4(3): 124-131.
16. จิตราพัชร ชัยรัตน์ศิริกุล, และธานี เกศทอง. การศึกษาการจัดการความขัดแย้งในสถานศึกษาของผู้บริหาร โรงเรียนสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 42. ว. วิชาการเครือข่ายบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ 2556; 3(5): 137-151
17. วรจักร จอมทรัพย์. การบริหารความขัดแย้งที่ส่งผลต่อการบริหารงานบุคคลของสถานศึกษาในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเพชรบุรี เขต 1. ว. วิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย 2555; 4(1): 52-66.
18. นิพิฐพนธ์ สุปัญญาบุตร, เอก ศรีเชลียง และภิกษีศักดิ์ กัลยาณมิตร. การจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ว. วไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ 2555; 2(2): 49-62.
19. มะลิ สิงห์เสนา. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความขัดแย้งของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2555.
20. วันเพ็ญ ภูผาพันธ์ และประจักษ์ บัวผัน. การบริหารงานของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา. ว. วิจัย มข 2554; 16(7): 845-854.

ประสิทธิผลของโปรแกรมลด ละ เลิก ต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี
จังหวัดเพชรบูรณ์

EFFECTIVENESS OF A PROGRAM TO REDUCE RESTRAIN AND CESSATION FOR ALCOHOL
CONSUMPTION BEHAVIOR AMONG UNDERGRADUATE STUDENTS IN PHETCHABUN
PROVINCE

พรรณปพร ประสานศรี¹, พรรณี บัณฑิตกุลกิจ (ผู้รับผิดชอบบทความ)²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม ลด ละ เลิก ต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 31 คน กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมสุขภาพ ประกอบด้วย การให้ความรู้ การบรรยายประกอบสื่อ การอภิปรายกลุ่ม กิจกรรมถาม-ตอบ การกระตุ้นเตือนด้วยวาจา การเล่าเรื่องประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การแสดงบทบาทสมมติในเรื่องการรู้จักปฏิเสธเมื่อถูกชักชวน กิจกรรมสัญญาณใจ การได้สติ การสังเกตจากตัวแบบการเสนอตัวแบบ ประกวดการแสดงละคร และการฝึกซ้อมกีฬาหลังเลิกเรียน ระยะเวลาดำเนินการ 11 สัปดาห์ เก็บข้อมูลก่อนและหลัง โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และใช้สถิติอนุมานเปรียบเทียบภายในกลุ่มด้วย Paired t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโทษจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)

คำสำคัญ : โปรแกรมลด ละ เลิก, พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, นักศึกษาระดับปริญญาตรี

ABSTRACT

The objective of this quasi-experimental research is aimed to examine the effectiveness of a program to reduce for alcohol consumption behavior among undergraduate students in Phetchabun province. The research was applied and based on the health belief and the social support. Research included 62 samples; 31 samples in an experimental group and 31 samples in a control group. The experimental group was received the health education programs which consist of increasing knowledge by multi-media on lecture, group discussion, answer-question activity, verbal warning, story – telling, role play, pledge agreement, debate, observation, modelling, dramatic contest, and sport training in the evening. This research was implemented for 11 weeks. Data were collected by questionnaire and analyzed in term of descriptive statistics such as frequency distribution, percentage, mean, standard deviations. The inferential statistics to compare within groups and between groups were done by paired t-test and independent t-test at the statistical significant 0.05 level. The results found that after the intervention, experimental group had statistically significant higher mean scores of knowledge about alcohol, perceived susceptibility than those before the experiment and the control group ($p\text{-value} < 0.001$) and perceived benefit, self – efficacy, and practices to prevent alcohol consumption than those before the experiment and the control group ($p\text{-value} < 0.01$)

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์

Keywords : Health education program, alcohol consumption, behavior, adolescence

บทนำ

องค์การอนามัยโลก ได้รายงาน ว่าด้วยการดื่มแอลกอฮอล์ของโลกประจำปี 2557 ระบุว่า ประชากรทั่วโลกมากกว่า ร้อยละ 38 ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ และมีผู้เสียชีวิตจากการดื่มแอลกอฮอล์ 3.3 ล้านรายทั่วโลกในแต่ละปี ประเทศไทยมีปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงเป็นอันดับ 40 ของโลก โดยเฉพาะเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดกลั่น สูงเป็นอันดับ 5 ของโลก เมื่อจำแนกเป็นกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุที่บริโภคแอลกอฮอล์มากที่สุด คือ วัย 15 ปี⁽¹⁾

จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยในปี 2554 พบว่า คนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นนักดื่มในปัจจุบัน (Current drinker) หรือผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 16,992,017 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 31.5 ของประชากรผู้ใหญ่ โดยนักดื่มที่เป็นของเยาวชนอายุ 15 - 24 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.6 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 23.7 ในปี 2554 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 9.5 อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ 20.4 ปี ประชากรชายที่อายุ 15 ปีขึ้นไป เริ่มดื่มที่อายุเฉลี่ย 19.4 ปี สำหรับประชากรหญิงเริ่มดื่มเฉลี่ยที่อายุ 24.5 ปี และเมื่อพิจารณาการดื่มในแต่ละภูมิภาคนั้น พบว่า ภาคเหนือมีความชุกการดื่มสูงที่สุด (ร้อยละ 39.4) รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 37.2) ส่วนภูมิภาคอื่นนั้นมีความชุกการดื่มน้อยกว่าความชุกการดื่มในภาพรวมของประเทศ (ร้อยละ 31.5) โดยภาคกลางมีความชุกการดื่มร้อยละ 28.1 กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 23.5 และภาคใต้ ร้อยละ 18.8⁽²⁾ สาเหตุสำคัญที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าสาเหตุสำคัญที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นสาเหตุหลักๆ มีด้วยกัน 3 สาเหตุ อันดับหนึ่ง คือ เพื่อเข้าสังคม/การสังสรรค์ (ร้อยละ 41.9) อันดับสอง คือ ตามอย่างเพื่อน/เพื่อนชวนดื่ม (ร้อยละ 27.3) และอันดับสามคืออยากทดลองดื่ม (ร้อยละ 24.4) ทั้งเพศชายและหญิงมีอันดับสำคัญของสาเหตุที่เริ่มดื่ม 3 อันดับแรกเหมือนกัน แต่แตกต่างกันในสัดส่วน

โดยเพศชายที่เริ่มดื่มเพราะตามอย่างเพื่อน/เพื่อนชวนดื่ม และเพราะอยากทดลองดื่มสูงกว่าหญิง ตามอย่างเพื่อน/เพื่อนชวนดื่ม (ร้อยละ 29.8 และ 19.8 ตามลำดับ) อยากทดลองดื่ม (ร้อยละ 26.7 และ 17.2 ตามลำดับ)⁽³⁾

จากรายงาน สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2554 พบว่า ความชุกของนักดื่มในประชากร อายุ 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 39.3 อันดับที่ 25 ของประเทศไทย ส่วนความชุกของนักดื่มในประชากรวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ร้อยละ 15.1 อันดับที่ 27 ของประเทศไทย และความชุกของนักดื่มจำแนกตามเพศ กลุ่มอายุ 15-19 ปี เพศชาย ร้อยละ 22.3 เพศหญิง ร้อยละ 7.4 การดื่มแอลกอฮอล์⁽²⁾ ก่อให้เกิดปัญหาที่ตามมาได้ เช่น อุบัติเหตุ ซึ่งจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2558 จำนวน 4,330 ครั้ง เสียชีวิตจำนวน 95 ราย⁽⁴⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า แนวคิดหลักของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ในการทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคของ Rosenstock (1974)⁽⁵⁾ ได้สรุปไว้ว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรค บุคคลนั้นต้องเกิดความเชื่อขึ้น จากการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพผล

ดังนั้นผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการแก้ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นถือเป็นพฤติกรรมที่น่าเป็นห่วงยิ่งนับวันยิ่งทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุ เช่น พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ อุบัติเหตุบนท้องถนน ผลการเรียนรู้ตกต่ำ เป็นต้น ซึ่งปัจจุบันได้แพร่หลายไปทุกจังหวัดของประเทศไทย ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่ม เยาวชนไทย นักเรียน นักศึกษา ตามสถาบันต่างๆ และยังพบว่า พื้นที่จำหน่ายสุรา ส่วนใหญ่ก็จะอยู่ใกล้รั้วมหาวิทยาลัยและหอพักนักศึกษา เป็นจำนวนมาก จึงทำให้

การดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องง่ายและปกติของวัยรุ่นไทยในปัจจุบัน การแก้ปัญหาสถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น จึงนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ นอกจากจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการเกิดโรค ผู้วิจัยได้เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาประยุกต์ใช้ในกลุ่มนักเรียนระดับปริญญาตรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยคาดหวังว่าโปรแกรมดังกล่าวจะสามารถลดนักดื่มหน้าใหม่ รวมถึงการลดปริมาณจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ช่วยเสริมสร้างและกระตุ้นให้เยาวชนไทยมีภูมิคุ้มกันให้กับตนเองในการดำเนินชีวิตที่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อประเทศ เช่น ปัญหาอุบัติเหตุจากการเมาแล้วขับ ปัญหาด้านจิตใจ และอารมณ์ ปัญหาการทะเลาะวิวาท ปัญหาการเรียน เพิ่มโอกาสเสี่ยงการติดเชื้อโรคเอดส์จากการใช้สารเสพติด พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการตั้งครรภ์อันไม่พึงประสงค์ เป็นต้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมลด ละ เลิก ต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการทดลอง นักศึกษากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในด้าน ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโทษจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ประโยชน์ของการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรม ลด ละ เลิก ต่อพฤติกรรมพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามที่ผู้วิจัยกำหนด ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรมใดๆ ระยะเวลาในการดำเนินการทดลองทั้งหมด 11 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมสุขศึกษาจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง 30 นาที

กิจกรรมสุขศึกษา ครั้งที่ 1 เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างมีการเล่นเกมตัดสินทานการ การอบรมให้ความรู้เรื่องแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงและโทษของแอลกอฮอล์ กิจกรรมการถาม-ตอบ แจกสมุดบันทึกกิจกรรม เวลาเข้าร่วมกิจกรรมผู้วิจัยจะแจกสติ๊กเกอร์หัวใจติดลงในสมุดบันทึกให้ผู้วิจัยและนักศึกษาช่วยกันสรุปร่วมกัน

กิจกรรมสุขศึกษา ครั้งที่ 2 การสร้างให้นักศึกษารับรู้โอกาสเสี่ยง โดยใช้การอภิปรายกลุ่มย่อย เล่าเรื่องพฤติกรรมพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองและคนรอบข้าง พร้อมส่งตัวแทนกลุ่มสรุปผลการอภิปราย การตอบคำถามชิงรางวัล

กิจกรรมสุขศึกษา ครั้งที่ 3 เป็นการสร้างความรุนแรงของโทษจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการบรรยาย ใช้สื่อรูปภาพ วิดีทัศน์ การกระตุ้นเตือนด้วยวาจา แจกคู่มือโทษจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีการโต้ว่าที่ ในหัวข้อเรื่อง “ดื่มสุราแล้วมันแท้จริงหรือ”

กิจกรรมสุขศึกษา ครั้งที่ 4 เป็นการสร้างการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ประกอบด้วย การแสดงบทบาทสมมติในเรื่องการปฏิเสธการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมสติปัญญาใจ หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การรู้จักปฏิเสธเมื่อถูกชักชวน ถ้าปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ได้ ให้ติดสติ๊กเกอร์รูปดาวลงในสมุดบันทึก

กิจกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 5 เป็นการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสร้างปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย การฝึกซ้อมกีฬาหลังเลิกเรียน การสังเกตจากตัวแบบการเสนอตัวแบบ (Modeling) เช่น ผู้ฝึกสอนกีฬา หรือนักกีฬาทีมชาติ มีสมรรถภาพร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์ การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือการสูบบุหรี่ ส่วนการสร้างปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการจัดบอร์ดให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แจกแผ่นพับให้แก่ นักศึกษาในสถานศึกษา และการประกวดการแสดงละครในหัวข้อ “สถานศึกษาห่างไกลจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์”

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มทดลองเป็นนักเรียนระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ห้อง 4 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2558 ทั้งเพศชาย และเพศหญิง อยู่ในสังกัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา จังหวัดเพชรบูรณ์ การศึกษาครั้งนี้ใช้สูตรคำนวณตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยกรณี 2 กลุ่มประชากรอิสระต่อกัน⁽⁶⁾

จากสูตร

$$n / \text{กลุ่ม} = \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\Delta^2}$$

โดยกำหนดให้

Z_α = ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้ไค้่งปกติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น $Z_\alpha = 1.64$

Z_β = ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้ไค้่งปกติ ที่กำหนดให้ Power Of Test = 90 ดังนั้น $Z_\beta = 1.28$

$$\sigma^2 = \frac{(n_1 - 1)sd_1^2 + (n_2 - 1)sd_2^2}{n_1 + n_2 - 2} n_1 =$$

20.21

Δ = ผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม

ทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ = $20.87 - 17.47 = 11.56$

แทนค่าในสูตร

$$n / \text{กลุ่ม} = \frac{2(20.21)(1.64 + 1.28)^2}{11.56^2} = 21.85$$

เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มทดลองมาใช้ในการคำนวณปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา⁽⁶⁾ โดยใช้สูตร ดังนี้

$$n_{adj} = \frac{n}{(1 - R)^2}$$

โดยกำหนดให้

n_{adj} = จำนวนขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

n = จำนวนขนาดตัวอย่างที่คำนวณ

R = สัดส่วนการสูญเสียจากการติดตาม ร้อยละ 15

คือ 0.15

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 31 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบคัดกรองผู้ที่มีประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อย 1 ครั้งมากที่สุด ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเช่นกัน เป็นนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ห้อง 2 สถาบันอุดมศึกษาที่อยู่ในสังกัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา จังหวัดสุโขทัย เนื่องจากเป็นสถาบันอุดมศึกษาที่อยู่ในสังกัดเดียวกัน สภาพแวดล้อม มีความใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 7 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษากลุ่ม

ตัวอย่าง ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโทษจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ประโยชน์ของการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสุ่มศึกษาโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย การบรรยายประกอบสื่อ การอภิปรายกลุ่มย่อย เล่าเรื่องพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองและคนรอบข้าง การกระตุ้นเตือนด้วยวาจา การแสดงบทบาทสมมติในเรื่องการปฏิเสธการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมสัญญาณใจ การจัดบอร์ด การประกวดการแสดงละครในหัวข้อ “สถานศึกษาห่างไกลจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” และการสังเกตจากตัวแบบการเสนอตัวแบบ

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงของเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถาม และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขเพื่อความชัดเจนอีกครั้ง

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้กับนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ห้อง 4 คณะศึกษาศาสตร์ สถาบันอุดมศึกษาที่อยู่ในสังกัดกระทรวงการทองเที่ยวและกีฬา จังหวัดชัยภูมิ ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 31 คน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาภาษา แล้วนำไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ก่อนนำไปใช้จริง โดยแบบสอบถามในเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้วิธีของ Cronbach's alpha Coefficient และในหมวดความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใช้ KR - 20 ซึ่งค่าความเที่ยงโดยรวมของเครื่องมือ เท่ากับ 0.79 และในแต่ละหมวดได้มีค่าดังนี้ หมวดความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้ความเที่ยงเท่ากับ 0.78 หมวดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้ความเที่ยงเท่ากับ 0.72 หมวดการรับรู้ความรุนแรงของโทษจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้ความเที่ยงเท่ากับ 0.72 หมวดการรับรู้ประโยชน์ของการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้ความเที่ยงเท่ากับ 0.79 หมวดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ

ป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้ความเที่ยงเท่ากับ 0.82 หมวดการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้ความเที่ยงเท่ากับ 0.74

การพิจารณาด้านจริยธรรม

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 582383 เมื่อวันที่ 7 มีนาคม พ.ศ.2559

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test

ผลการวิจัย

1. **คุณลักษณะของประชากร** กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.00 และเพศหญิง ร้อยละ 29.00 กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศชาย ร้อยละ 96.80 เพศหญิง ร้อยละ 3.20 อายุทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอายุระหว่าง 21-22 ปี กลุ่มทดลองมีอายุ 21 ปี ร้อยละ 64.50 และอายุ 22 ปี ร้อยละ 16.10 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุ 21 ปี ร้อยละ 41.90 และอายุ 22 ปี ร้อยละ 45.20 เกณฑ์เฉลี่ย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีเกณฑ์เฉลี่ยระหว่าง 3.01-3.50 กลุ่มเปรียบเทียบมีเกณฑ์เฉลี่ยระหว่าง 2.51-3.00 ร้อยละ 45.10 ปัจจุบันอาศัยอยู่หอพัก ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ร้อยละ 64.50 และร้อยละ 54.80 สถานภาพสมรสของบิดามารดา ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน กลุ่มทดลอง ร้อยละ 83.90 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 71.00 อาชีพของบิดามารดา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร (ทำไร่ ทำนา) ร้อยละ 48.40 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร (ทำไร่ ทำนา) ร้อยละ 41.90 นักศึกษาได้รับค่าใช้จ่ายขณะศึกษา กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบได้รับค่าใช้จ่ายเป็นรายสัปดาห์ ร้อยละ 77.40 และร้อยละ 67.70 ตามลำดับ นักศึกษาดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบดื่มครั้งแรกอายุระหว่าง 16-21 ปี ร้อยละ 80.80 และร้อยละ

61.20 นักศึกษาคัดเครื่องคัดแอลกอฮอล์สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง โดยกลุ่มทดลอง ร้อยละ 38.70 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 51.60 เครื่องคัดแอลกอฮอล์ที่นักศึกษาชอบมากที่สุด คือเปียร์ กลุ่มทดลอง ร้อยละ 74.20 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 90.30 นักศึกษาได้รับความรู้เกี่ยวกับเครื่องคัดแอลกอฮอล์ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากโทรทัศน์ ร้อยละ 83.87 และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับความรู้จากอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 74.19

2. ความรู้เกี่ยวกับเครื่องคัดแอลกอฮอล์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการคัดเครื่องคัดแอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโทษจากการคัดเครื่องคัดแอลกอฮอล์ การรับรู้ประโยชน์ของการไม่คัดเครื่องคัดแอลกอฮอล์ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการคัดเครื่องคัดแอลกอฮอล์ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการคัดเครื่องคัดแอลกอฮอล์

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการคัดเครื่องคัดแอลกอฮอล์ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=31)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean Difference	t	95% CI	p- value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				
ความรู้	7.13	1.75	12.06	1.77	4.94	13.00	4.16 ถึง 5.71	< 0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	35.90	4.06	39.81	4.89	3.90	4.57	2.14 ถึง 5.65	< 0.001
การรับรู้ความรุนแรง	34.29	4.91	37.48	2.86	3.19	3.97	1.55 ถึง 4.84	< 0.001
การรับรู้ประโยชน์	35.13	5.12	38.42	3.58	3.29	3.33	1.27 ถึง 5.31	< 0.05
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	35.00	7.36	39.71	5.16	4.71	3.30	1.79 ถึง 7.63	< 0.05
การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน	34.45	4.16	37.00	3.51	2.55	2.67	0.60 ถึง 4.50	< 0.05

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และ

การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการคัดเครื่องคัดแอลกอฮอล์มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง (n=31)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean Difference	t	95% CI	p- value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				
ความรู้	12.06	1.75	5.10	1.51	6.97	16.77	6.14 ถึง 7.80	< 0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	39.81	4.06	35.52	4.87	4.29	3.77	2.01 ถึง 6.57	< 0.001
การรับรู้ความรุนแรง	37.48	2.86	30.28	2.68	7.26	10.31	5.85 ถึง 8.67	< 0.001
การรับรู้ประโยชน์	38.29	3.44	31.90	3.43	6.39	7.33	4.64 ถึง 8.13	< 0.001
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	35.00	7.36	39.71	5.16	4.71	3.30	1.79 ถึง 7.63	< 0.05
การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน	39.71	5.16	35.26	6.71	4.45	2.93	1.41 ถึง 7.50	< 0.05

จากตาราง 1 พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ผลของการเปลี่ยนแปลงความรู้ดังกล่าว เกิดขึ้นจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นหลายรูปแบบ เช่น การอบรมบรรยาย ใช้สื่อวีดิทัศน์ การอภิปรายกลุ่ม เล่นเกม และสนทนาการ โดยการบรรยาย ประกอบวีดิทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยง และโทษของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีกิจกรรมถาม – ตอบ สำหรับผู้ที่สงสัยเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เน้นการดึงดูดความสนใจให้เกิดความสนุกสนานในการเรียนรู้ เกิดการกระตุ้น

ให้เกิดการเรียนรู้ ตามแนวคิดของ Bloom (1977) ที่กล่าวว่า การเรียนรู้ได้ดีต้องมีกิจกรรมการเรียนรู้หลายแบบ เช่น การให้ข้อมูลข่าวสาร การบรรยายให้เห็นภาพ การทดลอง การฝึกปฏิบัติ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ทั้งนี้เกิดจากการได้รับโปรแกรมโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ เล่าเรื่องประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ว่าเวลาดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นอย่างไร ซึ่งกลุ่มทดลองบางคน เคยประสบอุบัติเหตุจากการเมาแล้วขับด้วย มีการสร้างสถานการณ์สมมติแล้วร่วมกันอภิปรายกลุ่ม โดยผู้วิจัยจะเพิ่มเติมให้ส่วนที่ไม่เข้าใจ ไม่ถูกต้อง มีการซักถามภายในกลุ่ม แสดงความคิดเห็นในประเด็นที่เกิดความสงสัยและนำเสนอ มีการตอบคำถามชิงรางวัล

การรับรู้ความรุนแรงของโทษจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย

คะแนนมากกว่าก่อนการทดลอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้เกิดจากการได้รับโปรแกรมโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การอบรมบรรยายเรื่องความรุนแรงของโทษจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การกระตุ้นเตือนด้วยวาจา ใช้สื่อวีดิทัศน์สถานการณ์ความรุนแรงของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย แจกคู่มือโทษของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีการได้วาทีในหัวข้อดื่มสุราแล้วมันแท้จริงหรือ? การได้วาทีกลุ่มทดลองมีเหตุผลและความเป็นไปได้ในวิธีคิด และพิจารณาว่าตนเองมีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างไรควรปรับปรุงพฤติกรรมตนเองอย่างไร แล้วเชื่อมโยงไปสู่ความรุนแรงของโทษจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ มีการจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการแจกรางวัล

การรับรู้ประโยชน์ของการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่าก่อนการทดลองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ทั้งนี้เกิดจากการได้รับโปรแกรมโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การแสดงบทบาทสมมติในเรื่องการรู้จักปฏิเสธเมื่อถูกชักชวน การฉายวีดิทัศน์ เรื่อง “พระมหาสมปองชวนเลิกเหล้า” พร้อมแจกเอกสาร เรื่อง “เหล้าจำดับลาก่อน” และ “ฉลองความสุขได้ไม่ต้องดื่มน้ำเมา” และกิจกรรมสัญญาใจ ความตั้งใจที่จะไม่ดื่มไม่ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) (ดังตารางที่ 1 และ 2) ทั้งนี้เกิดจากการได้รับโปรแกรมโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การ

ฉายวีดิทัศน์ เรื่อง “เลิกเหล้า เราทำได้” การสังเกตจากตัวแบบการเสนอตัวแบบ (Modeling) เช่น ผู้ฝึกสอนกีฬา หรือนักกีฬาทีมชาติ มีสมรรถภาพร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์ การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และให้กลุ่มทดลองลงการฝึกซ้อมกีฬา ช่วงเวลาหลังเลิกเรียน จำนวน 3 วัน / สัปดาห์ โดยการเข้าฝึกซ้อมชนิดกีฬา ใช้เวลาประมาณวันละ 2 ชั่วโมง ระหว่างเวลา 16.00 – 18.00 น. ตลอดระยะเวลาในการทำวิจัยครั้งนี้

การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ทั้งนี้เกิดจากการได้รับโปรแกรมโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ จัดบอร์ด ทำแผ่นพับ เพื่อให้ความรู้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โฆษณาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีการประกวดการแสดงละครในหัวข้อ “สถานศึกษาห่างไกลจากแอลกอฮอล์”

สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนารัตน์ จันดาณี (2551)⁽⁷⁾ ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมรับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม การป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอมือง จังหวัดหนองคาย กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมให้กิจกรรมให้สุขศึกษา ประกอบด้วยการบรรยาย ประกอบวีดิทัศน์ อภิปรายกลุ่ม การโทรกระตุ้นเตือน การเยี่ยมบ้าน และการศึกษาตัวแบบจริงทำให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนเรื่องการปฏิบัติตัวในการป้องกันการสูบบุหรี่ คือ การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. โปรแกรมลด ละ เลิก ต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี จังหวัดเพชรบูรณ์ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนักศึกษาให้ลด ละ เลิก ต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ เนื่องจากนักศึกษาเกิดการเรียนรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรู้แรง การรับรู้ประโยชน์ของการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การบรรยาย การใช้สื่อวีดิทัศน์ กิจกรรมกลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น การประกวดการแสดงละคร และการสังเกตจากตัวแบบการเสนอตัวแบบ (Modeling) เช่น ผู้ฝึกสอนกีฬา หรือนักกีฬาทีมชาติ มีสมรรถภาพร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์ การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. สื่อจากโฆษณา และอินเทอร์เน็ต ปัจจุบันนิยมใช้ดาราเป็นพรีเซ็นเตอร์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้นักศึกษาเกิดความอยากลองในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยี่ห้อนั้นได้

3. ควรทดลองใช้โปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทาง

สังคมในระดับชั้นมัธยมศึกษา เพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกของเด็กนักเรียน เพื่อลดจำนวนนักดื่มหน้าใหม่ลง

4. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน ครู ผู้ปกครอง และเพื่อนนักเรียนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วย

5. โปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมอื่นๆ เช่น ปัญหาการสูบบุหรี่ ปัญหายาเสพติด และปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ สถาบันอุดมศึกษาที่อยู่ในสังกัดกระทรวงการทองเที่ยวและกีฬา จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่ให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนในการทำวิทยานิพนธ์ และครอบครัวประสาธน์ ที่คอยดูแลเป็นทั้งกำลังใจ กำลังทรัพย์ และคอยดูแลสนับสนุนเสมอมา

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ลด ละ เลิก การดื่มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มวัยรุ่น. 2557. ค้นเมื่อ 9 กันยายน 2558, จาก <http://www.thaihealth.or.th>.
2. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. ควบคุมแอลกอฮอล์ ป้องกัน-ลด เยาวชนนักดื่มหน้าใหม่. 2556. ค้นเมื่อ 17 กันยายน 2558, จาก <http://www.thaihealth.or.th>.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปสำหรับผู้บริหารการสำรวจ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. 2557. ค้นเมื่อ 17 กันยายน 2558, https://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=13207
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดเพชรบูรณ์. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ความสามารถของผู้ประกอบการในการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการกำหนดเกี่ยวกับ
สถานที่ อุปกรณ์และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน
ของร้านขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2557 เขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

**The ability to follow the ministerial rules in Good Pharmacy Practice of drug store
in Amphoe Muang, Mahasarakham province.**

แฉล้ม รัตนพันธุ์¹, รักษวรรณ ใจสะอาด²

Chalaem Rattanapan¹, Raksaworn Jaisaart²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินความสามารถของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันเขตอำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม ในการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557และหาแนวทางส่งเสริมสนับสนุนผู้ประกอบการให้ปฏิบัติตามเกณฑ์ภายในระยะเวลาที่กำหนด เป็นการศึกษาระบบภาคตัดขวาง ในผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันเขตอำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม ระหว่าง มีนาคม – เมษายน 2559 ขนาดตัวอย่าง 43 ราย เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกตตามแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด) วิเคราะห์ความสามารถในการปฏิบัติและการพัฒนาด้านมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ) วิเคราะห์ข้อมูลความต้องการสนับสนุนจากภาครัฐเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ข้อกำหนดตามประกาศทั้งหมด 5 ด้าน รวม 39 ข้อ พบว่า ผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันทุกรายสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดได้ ร้อยละ 35.9 ของจำนวนข้อกำหนดทั้งหมด ข้อกำหนดส่วนมากร้อยละ 64.1 ผู้ประกอบการบางรายไม่สามารถปฏิบัติตามได้ พิจารณาภาพรวมรายด้านพบว่า ด้านที่ผู้ประกอบการทุกรายปฏิบัติตามได้มากที่สุด คือด้านภาพรวมสถานที่คิดเป็นร้อยละ 55.56 ของจำนวนข้อกำหนดรายด้าน รองลงมา คือ ด้านการปฏิบัติตามวิธีเภสัชกรรมชุมชน ด้านการควบคุมคุณภาพยา และด้านบุคลากร คิดเป็นร้อยละ 50, 28.57และ 20 ด้านอุปกรณ์พบว่าไม่มีข้อใดที่ผู้ประกอบการทุกรายปฏิบัติตามข้อนั้นๆได้ จำนวนความต้องการสนับสนุนจากภาครัฐมากที่สุดร้อยละ 42.4 คือการจัดอบรมหรือให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องและเป็นที่ยอมรับได้ตลอดเวลา

คำสำคัญ: ความสามารถการปฏิบัติ, ผู้ประกอบการร้านขายยา

Abstract

The objective of this research was to evaluated ability of the drug store operator in Mahasarakham to follow the ministerial announcement and to find encouragement the operator for criteria passing within the prescribed time. This cross-sectional survey study collected data from 43 drug store opertores around Amphoe Muang, Mahasarakham province by interviewed and observed follow the questionnaires from March to April 2016, presented by frequency, percentage, mean (+SD), min and max value. The ability to follow the ministerial rule and drug store competency in criteria passing were analyzed by descriptive statistics (frequency, percentage). And needs government support analyzed by Content Analysis .

39 sections from 5 parts of rule, the inspection revealed that drug store operators in Mahasarakham had completed 35.9% and 64.1 % no completed. The passing rate between each parts in descending order were space allocation, good pharmacy practice, drug storage controlled and full time pharmacist (55.56, 50.00, 28.57 and 20% of all sections in each parts). And there was none of drug store operators had completed all of section in instrument part. The most of needs government support (42.4%) is training or information knowledge of compliance with the notification to proper understanding and consultant at any time.

Key words : the ability to follow , drug store operator,

¹เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

²อาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ร้านขายยาเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพที่มีความสำคัญ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการพัฒนาให้ได้คุณภาพมาตรฐาน การพัฒนาคุณภาพร้านขายยาในปัจจุบัน เน้นไปที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและบริการที่มีคุณภาพ⁽¹⁾ การยกระดับร้านขายยาให้มีคุณภาพจึงเท่ากับเป็นการส่งเสริมความปลอดภัยในการใช้ยาของประชาชน⁽²⁾ ปี 2556 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกกฎกระทรวงฉบับใหม่คือกฎกระทรวงว่าด้วยการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 25 มิถุนายน 2557 กฎกระทรวงกำหนดให้ผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 ประกาศนี้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 6 พฤศจิกายน 2557 สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันที่ได้รับอนุญาตก่อนวันที่กฎกระทรวงนี้ใช้บังคับ จะต้องดำเนินการตามประกาศกระทรวงภายในเวลาไม่เกิน 8 ปี นับตั้งแต่วันที่กฎกระทรวงใช้บังคับ ประกาศกระทรวงดังกล่าว มีข้อกำหนดของสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน 4 ด้าน คือ 1. ด้านภาพรวมของสถานที่ขายยา 2. ด้านการจัดสัดส่วนของพื้นที่ขายยา 3. ด้านป้ายและอุปกรณ์ต่างๆ 4. ด้านวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ทบทวนสถานการณ์การปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขของร้านขายยาแผนปัจจุบัน พบว่า ในจังหวัดตากผู้ประกอบการร้านขายยาเห็นด้วยในประเด็นต่างๆ ปัญหาการปฏิบัติตามประกาศฯ ที่พบ เช่น สถานที่ขายยามีพื้นที่จำกัดไม่สามารถจัดเตรียมพื้นที่ขายยาและสำรองยาได้เพียงพอตามเกณฑ์ งบประมาณที่มีจำกัดไม่สามารถติดเครื่องปรับอากาศ ไม่สามารถจัดหาถังดับเพลิงได้ เวลาที่มีจำกัดเภสัชกรไม่สามารถเขียนซองยาได้ละเอียดตามเกณฑ์ รวมถึงไม่มีเวลาซักถามติดตามอาการไม่พึงประสงค์จาก

การใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ⁽³⁾ ในจังหวัดกาญจนบุรีพบว่า ผู้ประกอบการมีความพร้อมในการปฏิบัติตามมาตรฐานภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ทำได้ โดยมีความพร้อมในหัวข้อภาพรวมของสถานที่ขายยา หัวข้อป้ายและอุปกรณ์ต่างๆ หัวข้อการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน และหัวข้อการจัดสัดส่วนของพื้นที่ ทุกหัวข้ออยู่ในเกณฑ์ทำได้⁽⁴⁾ ในจังหวัดลำพูนพบว่า ผู้รับอนุญาตร้อยละ 55.56 คิดว่าจะสามารถปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่กฎกระทรวงกำหนดได้ ร้อยละ 44.44 คิดว่าปฏิบัติตามได้บางส่วน และร้อยละ 54.17 คาดว่าจะสามารถปฏิบัติตามเกณฑ์ได้ทั้งหมดภายใน 2 ปี⁽⁵⁾ ดังนั้นเพื่อสนับสนุนและควบคุมกำกับกับการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยยาของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาโดย มีวัตถุประสงค์หลัก คือ 1. ประเมินความสามารถของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันต่อการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 2.หาแนวทางส่งเสริมสนับสนุนผู้ประกอบการให้ปฏิบัติผ่านเกณฑ์ภายในระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Study) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันเขตอำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคามจำนวนทั้งหมด 43 ราย จาก 59 ร้าน ที่ได้รับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันก่อนที่ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 มีผลใช้บังคับ (6 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557) ทีมผู้วิจัยจำนวน 3 คน ร่วมกันเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบรวบรวมข้อมูล โดยส่วนที่ 1 และส่วนที่ 3 ใช้การสัมภาษณ์กลุ่ม

ตัวอย่างและ ส่วนที่ 2 ทีมผู้วิจัยทั้ง 3 คนเป็นผู้ประเมิน โดยการประเมินจะร่วมกันประเมินไปที่ละข้อ ถ้าผู้ประเมินมีความเห็นแย้งกันในข้อใด จะอภิปรายร่วมกันจนกว่าจะได้ข้อสรุปเป็นเอกฉันท์แล้วจะประเมินข้อต่อไปจนครบ แบบรวบรวมข้อมูลที่ใช้จะไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบ การเผยแพร่ข้อมูลจะเผยแพร่ในลักษณะข้อมูลภาพรวมระยะเวลาของการรวบรวมข้อมูลระหว่าง มีนาคม – เมษายน 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบรวบรวมข้อมูล พัฒนาจากแบบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการกำหนดเกี่ยวกับสถานที่อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 แบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการร้านขายยา จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานที่ประกาศกระทรวงกำหนดเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 39 ข้อประกอบด้วยข้อคำถามย่อยดังนี้ 2.1) ภาพรวมของสถานที่ขายยา 9 ข้อ 2.2) อุปกรณ์ 6 ข้อ 2.3) บุคลากร 5 ข้อ 2.4) การควบคุมคุณภาพยา 7 ข้อ 2.5) การปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน 12 ข้อ ในแต่ละข้อจะประเมินโดยทีมผู้วิจัยมีคำตอบ 2 ลักษณะ คือ เหมาะสมกับมาตรฐาน และไม่เหมาะสมกับมาตรฐาน และถ้าผู้ประเมินเลือกคำตอบ ไม่เหมาะสมกับมาตรฐาน ทีมผู้วิจัยจะสอบถามผู้ประกอบการต่อว่าในข้อนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ด้วยตนเองหรือไม่ โดยมีคำตอบ 2 ลักษณะ คือ ได้ และ ไม่ได้ ส่วนที่ 3 ข้อมูลความต้องการสนับสนุนจากภาครัฐของผู้ประกอบการร้านยาและความคิดเห็นของผู้ประกอบการร้านยาต่อประกาศกระทรวงฯ เป็นข้อคำถามปลายเปิดจำนวน 2 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและจัดทำแบบรวบรวมข้อมูล ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนำแบบรวบรวมข้อมูลที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของการสร้างเครื่องมือ แล้วปรับแก้ให้ถูกต้องเหมาะสมตามคำแนะนำ

ของผู้ทรงคุณวุฒิแบบรวบรวมข้อมูลที่สร้างขึ้นไปให้ทีมผู้วิจัยจำนวน 3 คนที่ผ่านการอบรมและทำความเข้าใจเนื้อหาในประกาศกระทรวงฯ ศึกษาเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันด้านเนื้อหา หลังจากนั้นทีมผู้วิจัยทดลองใช้แบบเก็บข้อมูล กับผู้ประกอบการร้านยาเขตอำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคามที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ร้าน ปรับแก้ให้มีความเหมาะสมในการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลในแบบรวบรวมข้อมูลที่ตรวจสอบความสมบูรณ์แล้วมาลงรหัสเพื่อนำเข้าโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยใช้ผู้บันทึก 2 คน ตรวจสอบข้อมูลสูญหายและความผิดพลาดของข้อมูลที่ลงไม่ตรงกัน วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (กรณีข้อมูลมีการแจกแจงปกติ) และนำเสนอ ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด (กรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ) ส่วนที่ 2 ข้อมูลความสามารถในการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงกำหนดวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอความถี่ ร้อยละ ส่วนที่ 3 ข้อมูลความต้องการสนับสนุนจากภาครัฐของผู้ประกอบการร้านยาและความคิดเห็นของผู้ประกอบการร้านยาต่อประกาศกระทรวงฯ วิเคราะห์เชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา

1.ข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการร้านขายยา ผู้ให้ข้อมูลคือผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันเขตอำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 43 คน (ร้อยละ 72.88) จากจำนวนผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันทั้งหมดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 28 คน (ร้อยละ 65.1) อายุ 31 – 40 ปี จำนวน 21 คน (ร้อยละ 49.0) (ค่าเฉลี่ย 34.56, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.21, มัธยฐาน 34, ค่าต่ำสุด 20, ค่าสูงสุด 65) การศึกษาปริญญาตรี จำนวน 32 คน (ร้อยละ 74.4) ความเกี่ยวข้องกับร้านยา เป็นเภสัชกรปฏิบัติการจำนวน 37 คน (ร้อยละ 86.0) เป็นผู้รับอนุญาตจำนวน 32 คน (ร้อยละ 74.4) เป็นเภสัชกรปฏิบัติการและเป็นผู้รับอนุญาต จำนวน 26 คน (ร้อยละ 60.5) เป็นอย่างใดอย่าง

หนึ่ง จำนวน 17 คน (ร้อยละ 39.5) สถานภาพโสด จำนวน 21 คน (ร้อยละ 48.8) จำนวนลูกค้าโดยเฉลี่ยต่อวัน 41 คน ขึ้นไป จำนวน 19 คน ร้อยละ 45.0 ต้นทุนในการดำเนินกิจการร้านขายยา 400,001 บาทขึ้นไป จำนวน 12 คน (ร้อยละ 33.0)

2. ความสามารถของผู้ประกอบการร้านขายยาในการปฏิบัติตามข้อกำหนดในประกาศกระทรวงฯและความสามารถในการพัฒนาตนเอง

2.1 ด้านภาพรวมของสถานที่ขายยา ผู้ให้ข้อมูลทุกรายปฏิบัติได้เหมาะสมกับมาตรฐาน จำนวน 5 ข้อกำหนด คือ 1. มีพื้นที่ขายและให้คำปรึกษาตามที่กำหนด 2. สถานที่ตั้งประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงได้ มีทะเบียนที่ออกโดยส่วนราชการ 3. สถานที่เป็นสิ่งปลูกสร้างที่มั่นคงถาวร 4. สถานที่ถูกสุขลักษณะ สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก 5. มีแสงสว่างเพียงพอต่อการอ่านเอกสาร และมีข้อกำหนดที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายปฏิบัติไม่ได้ แต่สามารถพัฒนาตนเองให้ผ่านมาตรฐานได้

ตาราง 1 ความสามารถของผู้ประกอบการร้านขายยาในการปฏิบัติตามภาพรวมของสถานที่ขายยา

ข้อกำหนดด้านภาพรวมสถานที่ขายยา (9ข้อ)	เหมาะสม กับมาตรฐาน จำนวน(%)	พัฒนาตนเอง ได้หรือไม่ (%)	
		ได้	ไม่ได้
1.1 มีพื้นที่ขาย ให้คำปรึกษา แนะนำการใช้ยาติดต่อกัน ไม่น้อยกว่า 8 ตร.ม. ทั้งนี้ไม่รวมถึงพื้นที่เก็บสำรองยา โดยด้านที่สั้นที่สุดไม่น้อยกว่า 2 เมตร	43(100)	-	-
1.2 หากมีพื้นที่เก็บยาสำรองเป็นการเฉพาะ ต้องมีพื้นที่เพียงพอเก็บอย่างเป็นระเบียบเหมาะสม ไม่วางยาสัมผัสกับพื้นโดยตรง	40(93)	3(100)	0(0)
1.3 บริเวณให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยา มีการจัดเป็นสัดส่วนแยกออกจากส่วนบริการอื่นอย่างชัดเจน มีพื้นที่เพียงพอสำหรับให้คำปรึกษาและเก็บประวัติ มีโต๊ะเก้าอี้ สำหรับเภสัช และผู้มาขอรับคำปรึกษา พร้อมทั้งมีป้ายแสดงชัดเจน	19(42.2)	22(91.67)	2(8.33)
1.4 ตั้งอยู่ในสถานที่ซึ่งประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงได้ มีทะเบียนที่ออกโดยส่วนราชการ (มีเลขประจำบ้าน)ถ้าเป็นอาคารชุดต้องเป็นพื้นที่ที่อนุญาตให้ประกอบกิจการไม่ใช่ที่พักอาศัย	43(100)	-	-
1.5 เป็นสิ่งปลูกสร้างที่มั่นคงถาวร	43(100)	-	-
1.6 ถูกสุขลักษณะ สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย ป้องกันสัตว์แมลงรบกวน ไม่มีสัตว์เลี้ยงบริเวณขายยา อากาศถ่ายเทสะดวก	43(100)	-	-
1.7 เหมาะสมต่อการรักษา คุณภาพยา พื้นที่ขายยาและเก็บสำรองยาต้องมีอากาศถ่ายเทดี แห้ง ควบคุมอุณหภูมิให้ไม่เกิน 30 องศาเซลเซียส ป้องกันแสงแดด	26(60.47)	17(100)	0(0)
1.8 มีแสงสว่างเพียงพอต่อการอ่านเอกสาร อ่านฉลากผลิตภัณฑ์ยา และป้ายแสดงต่างๆ ได้ อย่างชัดเจน	43(100)	-	-
1.9 บริเวณที่จัดวางยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษต้องมีการจัดวางยาแยกตามประเภท และติดป้ายแสดงประเภทของยาได้ชัดเจน พร้อมทั้งจัดให้มีวัสดุทึบหรือม่านสำหรับปิดในเวลาเภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่และข้อความเภสัชกรไม่อยู่	22(51.16)	21(100)	0(0)

2.2 ด้านอุปกรณ์ ไม่มีข้อกำหนดใดที่ผู้ให้ข้อมูลทุกรายปฏิบัติได้เหมาะสมกับมาตรฐาน มีข้อกำหนดที่ผู้ให้

ข้อมูลบางรายปฏิบัติไม่ได้ แต่สามารถพัฒนาตนเองให้ผ่านมาตรฐานได้

ตาราง 2 ความสามารถของผู้ประกอบการร้านขายยาในการปฏิบัติด้านอุปกรณ์

ข้อกำหนดด้านอุปกรณ์ (6 ข้อ)	เหมาะสมกับ มาตรฐาน จำนวน(%)	พัฒนาตนเอง ได้หรือไม่ (%)	
		ได้	ไม่ได้
2.1 มีตู้เย็น 1 เครื่อง (กรณีมียาที่ต้องเก็บรักษาในอุณหภูมิที่ต่ำกว่าอุณหภูมิห้อง) มีพื้นที่เพียงพอสำหรับการจัดเก็บยาแต่ละชนิดให้เป็นสัดส่วนไม่เก็บปะปนกับสิ่งของอื่น	39(90.70)	3(75.0)	1(25.0)
2.2 มีถาดนับเม็ดยา อย่างน้อย 2 ถาด กรณีต้องมีการแบ่งบรรจุยา กลุ่มเพนนิซิลิน หรือยา กลุ่มซัลโฟนาไมด์ หรือยาต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ อุปกรณ์นับเม็ดยาเหล่านี้ให้แยกใช้จากยา กลุ่มอื่นๆ	32(74.42)	11(100)	0(0)
2.3 มีเครื่องวัดความดันโลหิต (ชนิดอัตโนมัติ) 1 เครื่อง	26(60.47)	17(100)	0(0)
2.4 มีเครื่องชั่งน้ำหนัก 1 เครื่อง	37(86.05)	6(100)	0(0)
2.5 มีอุปกรณ์ที่วัดส่วนสูง 1 เครื่อง	8(18.60)	35(100)	0(0)
2.6 มีอุปกรณ์สำหรับดับเพลิง 1 เครื่อง	11(25.60)	32(100)	0(0)

2.3 ด้านบุคลากรผู้ให้ข้อมูลทุกรายปฏิบัติได้
เหมาะสมกับมาตรฐาน จำนวน 1 ข้อกำหนด คือ เกสัชกร
เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการให้บริการทางเภสัช

กรรมชุมชน และมีข้อกำหนดที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายปฏิบัติ
ไม่ได้ แต่สามารถพัฒนาตนเองให้ผ่านมาตรฐานได้

ตาราง 3 ความสามารถของผู้ประกอบการร้านขายยาในการปฏิบัติด้านบุคลากร

ข้อกำหนดด้านบุคลากร (5 ข้อ)	เหมาะสมกับ มาตรฐาน จำนวน (%)	พัฒนาตนเอง ได้หรือไม่ (%)	
		ได้	ไม่ได้
3.1 เกสัชกรเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการให้บริการทางเภสัชกรรมชุมชน	43(100)	-	-
3.2 พนักงานร้านยา มีความรู้เกี่ยวกับกฎหมาย และงานที่ได้รับมอบหมายจนสามารถปฏิบัติงานได้ดี และผ่านการอบรมอย่างต่อเนื่องและเพียงพอ	40(93.02)	2(66.67)	1(33.33)
3.3 เกสัชกรแต่งกายด้วยเสื้อกาวน์สีขาว ติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ของสภาเภสัชกรรมและแสดงตนว่าเป็นเภสัชกร	38(88.37)	4(80.0)	1(20.0)
3.4 การแต่งกายพนักงานร้านยาและบุคลากรอื่นภายในร้านยาต้องใส่เสื้อสีขาว แสดงตนไม่สื่อไปในทางที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจว่าเป็นเภสัชกร	40(93.02)	2(66.67)	1(33.33)
3.5 มีการแบ่งแยกบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของเภสัชกรพนักงานร้านยาและบุคลากรอื่นภายในร้าน ในการให้บริการไว้อย่างชัดเจนโดยคำนึงถึงความปลอดภัย ตามกฎหมายว่าด้วยยาและกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเภสัชกรรม	41(95.35)	2(100)	0(0)

2.4 หมวดการควบคุมคุณภาพยา ผู้ให้ข้อมูลทุกราย
ปฏิบัติได้เหมาะสมกับมาตรฐาน จำนวน 2 ข้อกำหนด
ได้แก่ 1. มีการคัดเลือกยาและจัดหาจากผู้ผลิตผู้นำเข้าผู้
จำหน่ายที่ถูกต้อง 2. มีการเลือกภาชนะบรรจุที่เหมาะสม

เพื่อป้องกันไม่ให้ยาเสื่อมสภาพ และมีข้อกำหนดที่ผู้ให้
ข้อมูลบางรายปฏิบัติไม่ได้ แต่สามารถพัฒนาตนเองให้ผ่าน
มาตรฐานได้

ตาราง 4 ความสามารถของผู้ประกอบการร้านขายยาในการปฏิบัติตามควบคุมคุณภาพยา

ข้อกำหนดด้านการควบคุมคุณภาพยา (7 ข้อ)	เหมาะสมกับ มาตรฐาน จำนวน(%)	พัฒนาตนเอง ได้หรือไม่ (%)	
		ได้	ไม่ได้
4.1 มีการคัดเลือกยาและจัดหายาจากผู้ผลิตผู้นำเข้าผู้จำหน่ายที่ถูกต้องตามกฎหมายว่าด้วยยาและมีมาตรฐานตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตจดทะเบียนการขนส่ง	43(100)	-	-
4.2 มีการเก็บรักษาภายใต้สภาวะอุณหภูมิที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงแสงแดดเป็นไปตามหลักวิชาการเพื่อให้ยามีคุณภาพที่ดี	40(93.02)	3(100)	0(0)
4.3 มีระบบตรวจสอบยาที่หมดอายุหรือเสื่อมคุณภาพที่มีประสิทธิภาพเพื่อไม่ให้มีไว้ในจุดจ่ายยา	41(95.35)	2(100)	0(0)
4.4 มีระบบการส่งคืนหรือทำลายยาที่หมดอายุหรือเสื่อมคุณภาพให้ชัดเจนถูกต้องตามหลักวิชาการ ไม่เป็นปัญหากับสิ่งแวดล้อมรวมถึงระบบป้องกันการนำยาดังกล่าวไปจำหน่าย	41(95.35)	2(100)	0(0)
4.5 มีระบบการตรวจสอบคุณภาพยาขึ้นหรือยาเปลี่ยนก่อนกลับมาจำหน่ายโดยคำนึงถึงประสิทธิภาพของยาและความปลอดภัยของผู้ใช้ยา	42(97.67)	0	1(100)
4.6 จัดให้มีระบบเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดหาจัดการคลังสินค้าและการจำหน่ายให้ถูกต้องเป็นปัจจุบันสืบย้อนได้	31(72.09)	11(91.67)	1(8.33)
4.7 เลือกภาชนะบรรจุที่เหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้ยาเสื่อมสภาพก่อนเวลาอันสมควรพร้อมฉลากยา	43(100)	-	-

2.5 ภาพรวมของการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ผู้ให้ข้อมูลทุกรายปฏิบัติตามได้เหมาะสมกับมาตรฐาน จำนวน 6 ข้อกำหนด ได้แก่ 1.การให้บริการทางเภสัชกรรมปฏิบัติโดยเภสัชกร 2. การซักถามข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาก่อนเลือกสรรยาตามหลักการประกอบวิชาชีพ 3.การส่งมอบยาอันตรายยาควบคุมพิเศษทำโดยเภสัชกร 4.หากมีการผลิตยาตามใบสั่งยาของผู้

ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องจัดให้มีสถานที่อุปกรณ์ตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมด้านการผลิตยา 5.การดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้มารับบริการได้รับคำยินยอมจากเภสัชกร 6.ไม่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ/เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และมีข้อกำหนดที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายปฏิบัติไม่ได้ แต่สามารถพัฒนาตนเองให้ผ่านเกณฑ์ได้

ตาราง 5 ความสามารถของผู้ประกอบการร้านขายยาในการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน

ข้อกำหนดด้านการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (12ข้อ)	เหมาะสมกับ มาตรฐาน จำนวน (%)	พัฒนาตนเอง ได้หรือไม่ (%)	
		ได้	ไม่ได้
5.1 การให้บริการทางเภสัชกรรมตามหน้าที่ที่กฎหมายว่าด้วยยาและกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเภสัชกรรมต้องปฏิบัติ โดยเภสัชกร	43(100)	-	-
5.2 ซักถามข้อมูลที่จำเป็นของผู้มารับบริการเพื่อประกอบการพิจารณาเลือกสรรยาที่มีประสิทธิภาพปลอดภัยเหมาะสมกับผู้ป่วยตามหลักวิชาการตามมาตรฐานการประกอบ	43(100)	-	-

ตาราง 5 ความสามารถของผู้ประกอบการร้านขายยาในการปฏิบัติตามการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน

ข้อกำหนดด้านการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (12ข้อ)	เหมาะสมกับ มาตรฐาน จำนวน (%)	พัฒนาตนเอง ได้หรือไม่ (%)	
		ได้	ไม่ได้
วิชาชีพ			
5.3 จัดให้มีฉลากบนซองบรรจุยาหรือภาชนะบรรจุยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษที่ส่งมอบให้ผู้รับบริการ โดยต้องแสดงข้อมูลชื่อที่อยู่ร้านขายยา หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ วันที่จ่ายยา ชื่อผู้รับบริการ ชื่อสามัญทางยาหรือชื่อทางการค้า ความแรง จำนวนจ่าย ข้อบ่งใช้ วิธีใช้ยาชัดเจนเข้าใจง่าย ฉลากช่วย คำเตือนหรือความรู้เพิ่มเติม (ถ้าจำเป็น) ลายมือชื่อเภสัชกร	19(44.19)	23(95.83)	1(4.17)
5.4 การส่งมอบยาอันตรายยาควบคุมพิเศษให้กับผู้คนมารับบริการทำโดยเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเท่านั้น พร้อมให้คำแนะนำตามหลักวิชาการและจรรยาบรรณ ให้ข้อมูล ชื่อยา ข้อบ่งใช้ ขนาดวิธีการใช้ ผลข้างเคียง(ถ้ามี) และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้น ข้อควรระวัง และข้อควรปฏิบัติในการใช้ยา การปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้ยา	43(100)	-	-
5.5 มีกระบวนการในการป้องกันการแพ้ยาของผู้มารับบริการที่มีประสิทธิภาพเหมาะสม	21(48.84)	21(95.45)	1(4.55)
5.6 มีกระบวนการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสม	34(79.07)	9(100)	0(0)
5.7 หากมีการผลิตยาตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบโรคศิลปะที่สั่งสำหรับคนไข้เฉพาะรายและการแบ่งบรรจุยาในสถานที่ขายยาได้คำนึงถึงการปนเปื้อน การแพ้ยาโดยต้องจัดให้มีสถานที่อุปกรณ์ตามที่กำหนดและเป็นไปตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมด้านการผลิตยาสำหรับคนไข้เฉพาะรายของสภาเภสัชกรรม	43(100)	-	-
5.8 จัดให้มีกระบวนการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ พฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสม ปัญหาคุณภาพยา และรายงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ	38(88.37)	4(80)	1(20)
5.9 จัดให้มีแหล่งข้อมูลอ้างอิงด้านยาที่เหมาะสม เชื่อถือได้ สำหรับการให้บริการทางเภสัชกรรมเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างถูกต้องปลอดภัยรวมทั้งการให้บริการเภสัชสนเทศ	39(90.70)	4(100)	0(0)
5.10 การจัดวางสื่อให้ความรู้และสื่อโฆษณาสำหรับผู้มารับบริการจะต้องได้รับคำยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรจากเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเภสัชกรจะต้องควบคุมให้สื่อ นั้นไม่โอ้อวดเกิน ไม่บิดเบือนความจริง ไม่สร้างความเข้าใจผิดให้ผู้บริโภคผ่านการอนุญาตถูกต้องตามกฎหมาย	41(95.35)	2(100)	0(0)
5.11 การดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการในร้านยาโดยบุคลากรอื่น ซึ่งมีใช้เภสัชกรหรือพนักงานร้านยา ได้รับคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากเภสัชกรเภสัชกรต้องควบคุมกำกับกิจกรรมต่างๆ ในสถานที่ขายยาให้ถูกต้องตามกฎหมาย	43(100)	-	-
5.12 ไม่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์	43(100)	-	-

2.6 สรุปความสามารถของผู้ประกอบการในการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงฯ จากข้อกำหนดตามประกาศกระทรวงฯ ทั้ง 5 ด้าน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านภาพรวมสถานที่ขายยาได้มากที่สุด รองลงมาตามลำดับคือ ด้านการปฏิบัติทางวิธีเภสัชกรรม

ชุมชน ด้านการควบคุมคุณภาพ ด้านบุคลากร ส่วนด้านอุปกรณ์พบว่าไม่มีข้อกำหนดใดที่ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติได้ครบทุกราย ซึ่งแต่ละด้านมีข้อกำหนดที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายปฏิบัติไม่ได้ และไม่สามารถพัฒนาตนเองให้ผ่านเกณฑ์ได้ในเวลาที่กำหนด โดยด้านการควบคุมคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูล

ทุกรายไม่สามารถหาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสำหรับ ตรวจสอบคุณภาพยาขึ้นก่อนนำมาจำหน่ายได้

ตาราง 6 ความสามารถของผู้ประกอบการที่ไม่สามารถพัฒนาตนเองให้ผ่านมาตรฐานได้ในเวลาที่กฎหมายกำหนด

ด้าน	จำนวนข้อกำหนดที่ตัวอย่างปฏิบัติได้ไม่ครบทุกรายและบางรายพัฒนาตนเองไม่ได้ทันเวลาที่กำหนด	% จำนวนตัวอย่างปฏิบัติไม่ได้ (n=43)	% ร้านที่ปฏิบัติไม่ได้และพัฒนาตนเองได้ในเวลาที่กำหนด	% ร้านที่ปฏิบัติไม่ได้และพัฒนาตนเองไม่ได้ในเวลากฎหมายกำหนด
สถานที่ขายยา	1 ข้อ (จัดบริเวณให้คำปรึกษา)	55.80	91.67	8.33
อุปกรณ์	1 ข้อ (ผู้ยื่นเก็บเวชภัณฑ์)	9.30	75.0	25.00
บุคลากร	3 ข้อ			
	1.การแต่งกายเภสัชกร	11.63	80	20.00
	2.พนักงานมีความรู้	6.98	66.67	33.33
	3.การแต่งกายพนักงาน	6.98	66.67	33.33
การควบคุมคุณภาพยา	2 ข้อ			
	1.เอกสารคลังจัดเก็บเป็นปัจจุบันสืบค้นได้	27.91	91.67	8.33
	2.ตรวจสอบคุณภาพยาขึ้นก่อนนำมาจำหน่าย	2.33	0	100
การปฏิบัติทางวิธีทางเภสัชกรรมชุมชน	3 ข้อ			
	1.ฉลาก ข้อมูลครบถ้วน	55.81	95.83	4.17
	2.มีระบบป้องกันการแพ้ยาซ้ำ	51.16	95.45	4.55
	3.มีระบบเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์	11.63	80.0	20.00

3. ความคิดเห็นของผู้ประกอบการร้านขายยาต่อประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฯ ความคิดเห็นของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบัน จำนวนความคิดเห็นส่วนมาก ร้อยละ 41.67 ของความคิดเห็นทั้งหมด คิดเชิงบวกต่อประกาศกระทรวงฯ เนื่องจากเห็นว่ามีความมาตรฐานเดียวกัน ทำให้บริการมีคุณภาพ และปลอดภัยต่อผู้บริโภค คิดเชิงลบร้อยละ 21.66 เห็นว่าประกาศปฏิบัติตามได้ยาก เช่น ด้านเวลาที่เภสัชกรอยู่จริง ด้านข้อมูลเวชระเบียน ด้านสถานที่ การแสดงฉลาก การควบคุมอุณหภูมิ (ติดเครื่องปรับอากาศ)

4. ความต้องการของผู้ประกอบการร้านขายยาที่ต้องการให้ภาครัฐสนับสนุน ผู้ประกอบการได้แสดงความต้องการให้ภาครัฐสนับสนุนจำนวน 59 ความต้องการดังนี้มากที่สุด ร้อยละ 42.4 ให้ภาครัฐจัดอบรมหรือให้ข้อมูล

ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศฯเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องและเป็นที่ปรึกษาได้ตลอดเวลา รองลงมาร้อยละ 18.6 ขอสนับสนุนด้านเงินทุนหรือการลดหย่อนภาษี ร้อยละ 13.5 ขอสนับสนุนโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อการจัดการร้านยาตามข้อกำหนดในประกาศกระทรวงฯ ร้อยละ 11.9 ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควบคุมกำกับอย่างใกล้ชิดตามมาตรฐานของร้านขายยาและบังคับใช้กฎหมายเท่าเทียมกัน ความต้องการอื่นๆ คือต้องการให้ประชาสัมพันธ์ร้านขายยาที่ได้มาตรฐานตามประกาศกระทรวงฯ และสนับสนุนผลประโยชน์อื่นแก่ร้านขายยา

สรุปและอภิปรายผล

ความสามารถของผู้ประกอบการร้านขายยาในการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงฯ⁽⁵⁻⁶⁾ พบว่า สอดคล้องกับ

การศึกษาอื่น คือผู้ประกอบการร้านขายยาจะปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านสถานที่ได้มากที่สุด เนื่องจากลักษณะของอาคารหรือสิ่งปลูกสร้าง มีความสอดคล้องกับมาตรฐาน และปรับปรุงให้เป็นไปตามมาตรฐานได้ง่าย ส่วนการปฏิบัติตามอื่นๆ ก็พบว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาอื่นเช่นกัน ดังนั้น ด้านภาพรวมสถานที่ สอดคล้องกับการศึกษาของอินทริยา อินทพันธ์ (2558)⁽⁷⁾ ที่พบว่า ตัวอย่างปฏิบัติได้ไม่ครบทุกร้าน แต่ปรับปรุงได้ในเวลาที่กำหนด คือ มีผู้หรือชั้นวางยาที่แยกเก็บยาเป็นสัดส่วน มีพื้นที่สำหรับยา และไม่มีวางยาสัมผัสพื้น, มีการควบคุมป้องกันสัตว์แมลงรบกวนไม่มีสัตว์เลี้ยงบริเวณขายยา, มีการจัดเก็บควบคุมสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการรักษาคุณภาพเวชภัณฑ์ **ด้านอุปกรณ์** สอดคล้องกับการศึกษาของอินทริยา อินทพันธ์ (2558)⁽⁷⁾ และการศึกษาของคัมภีร์ ดันภูมิประเทศ และธีรยา วรปานิ (2558)⁽³⁾ ซึ่งพบว่าไม่มีข้อกำหนดใดด้านอุปกรณ์ ที่ตัวอย่างปฏิบัติได้ครบทุกร้าน แต่ปรับปรุงได้ในเวลาที่กำหนด **ด้านบุคลากร** สอดคล้องกับการศึกษาของคัมภีร์ ดันภูมิประเทศ และธีรยา วรปานิ (2558)⁽³⁾ ที่พบว่าไม่มีข้อกำหนดที่ตัวอย่างปฏิบัติได้ครบทุกร้าน แต่ตัวอย่างผ่านเกณฑ์ใกล้เคียงกัน คือ พนักงานมีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายและงานที่ได้รับมอบหมาย, เกสเซอร์ใส่เสื้อสีขาวพร้อมติดป้ายแสดงตนตลอดเวลาปฏิบัติหน้าที่, เกสเซอร์มีความรู้ความสามารถในการให้บริการ, เกสเซอร์แยกบทบาทหน้าที่ชัดเจนจากพนักงานในสถานที่ขายยา, พนักงานในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันไม่ใส่เสื้อกาวน์สีขาวพร้อมติดป้ายแสดงตนว่าเป็นพนักงานในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ด้านการควบคุมคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของคัมภีร์ ดันภูมิประเทศ และธีรยา วรปานิ (2558)⁽³⁾ ที่พบว่า ไม่มีข้อกำหนดใดที่ตัวอย่างปฏิบัติได้ครบทุกร้าน และมีตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์ใกล้เคียงกัน คือ มีการเลือกภาชนะบรรจุยาที่เหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้ยาเสื่อมสภาพก่อนเวลาสมควร, มีระบบการตรวจสอบยาที่หมดอายุหรือเสื่อมคุณภาพ เพื่อไม่ให้มีการจำหน่ายยาหมดอายุ ณ จุดจ่ายยา, เก็บยาในอุณหภูมิที่เหมาะสมหลีกเลี่ยงแสงแดด, มีระบบส่งคืนหรือทำลายยาหมดอายุที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ด้านการปฏิบัติตามวิธีทางเภสัช

กรรมชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของคัมภีร์ ดันภูมิประเทศ และธีรยา วรปานิ (2558)⁽³⁾ ที่พบว่า ไม่มีข้อกำหนดที่ตัวอย่างปฏิบัติได้ครบทุกร้าน และมีจำนวนตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์ใกล้เคียงกัน คือ ไม่จำหน่ายยาสูบ และเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์, มีตำราหรือฐานข้อมูลด้านยาที่น่าเชื่อถือในการให้บริการ, มีการเฝ้าระวังและรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ส่วนความต้องการสนับสนุนจากภาครัฐของผู้ประกอบการ ความต้องการมากที่สุดคือความรู้คำแนะนำจากภาครัฐ โดยขอให้เจ้าหน้าที่เป็นที่ปรึกษาได้ตลอดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของอภิมย์ ชินโน (2551)⁽⁸⁾ ซึ่งพบว่าตัวอย่างต้องการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อบุคคลที่ใกล้ชิด เช่น อสม หรือเจ้าหน้าที่มากที่สุด

ข้อเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติเพื่อสนับสนุนผู้ประกอบการให้ผ่านมาตรฐาน

1. เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในความหมายของข้อกำหนดแต่ละข้อแก่ผู้ประกอบการ เพื่อให้สามารถพัฒนาตนเองได้ เช่นด้านภาพรวมสถานที่ขายยา ควรทำความเข้าใจ การจัดบริเวณให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาแก่ผู้รับบริการอยู่ในบริเวณที่ต่อเนื่องกับพื้นที่ให้บริการของเภสัชกรเมื่อรวมกับพื้นที่ให้คำปรึกษาต้องไม่น้อยกว่า 8 ตารางเมตร (ด้านที่สั้นที่สุดไม่น้อยกว่า 2 เมตร) ผู้ประกอบการสามารถจัดพื้นที่ให้เกิดพื้นที่ใช้สอยตามข้อกำหนด ในลักษณะต่างๆ ได้หลากหลายรูปแบบที่จะทำให้อาคารผ่านเกณฑ์ข้อนี้ได้ , ด้านอุปกรณ์ กรณีที่ไม่ได้เป็นผู้ยื่นสำหรับเก็บเวชภัณฑ์เพียงอย่างเดียวสามารถจัดให้ผ่านเกณฑ์ได้ โดยจัดให้มีพื้นที่อย่างน้อย 1 ชั้นอุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส จัดหากล่องพลาสติกใส่ยาไม่ให้ปะปนกับสิ่งของอื่นในตู้เย็น มีเทอร์โมมิเตอร์ที่อ่านค่าอุณหภูมิในกล่องพลาสติกโดยไม่ต้องเปิดกล่อง รูปแบบการให้คำปรึกษาระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการในการให้ความรู้ตามเกณฑ์ ควรจะเป็นได้โดยสะดวก เช่นการใช้สื่อออนไลน์ในการสื่อสารที่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างสะดวกและเป็นปัจจุบัน

2. สนับสนุนการจัดทำโปรแกรมหรือการเข้าถึงโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่สามารถให้บริการตามข้อกำหนด

ที่มีความจำเป็นในการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เช่น มีกระบวนการป้องกันการแพ้ยา มีกระบวนการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนารูปแบบการให้คำแนะนำการปฏิบัติตามข้อกำหนดตามประกาศฯ ระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการร้านขายยา ที่มีประสิทธิภาพ

2. การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สนับสนุนการบริการของร้านขายยา เช่น ระบบการป้องกันการแพ้ยา

ระบบการเฝ้าระวังอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ด้วยความอนุเคราะห์จากนายแพทย์คิมหันต์ ขงรัตนกิจ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม นายแพทย์อภิรักษ์ ลิมนนทน์ นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน, นายศุภกิจ ประทีปพวงรัตน์ เกษตรกรเชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันจังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านไว้เป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. พรหมทิพย์ เศรษฐสุนทรี. “ปัจจัยที่มีผลต่อแนวโน้มการเข้าร่วมพัฒนาร้านยาคุณภาพของร้านยาที่ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุข”. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ปีที่ 9 (ฉบับที่ 1 ตุลาคม 2555-มกราคม 2556) : หน้า 44-56. 2556.
2. ทรงศักดิ์ วัฒนกิจดิษฐ์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เอกสารวิชาการเรื่อง การศึกษาความเป็นไปได้ของร้านยาในการปฏิบัติตามร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเรื่องวิธีปฏิบัติที่ดีทางเภสัชกรรมชุมชน. 2554. http://newsser.fda.moph.go.th/advancepharmacy/2009/_file/2012879565 สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2558.
3. คัมภีร์ ดันภูมิประเทศ และธีรยา วรปานิ. “ความคิดเห็นและการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการกำหนดเกี่ยวกับสถานที่อุปกรณ์ และวิธีการทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 ในจังหวัดตาก”. วารสารอาหารและยา. ปีที่ 22 (ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม) : หน้า 25-32, 2558.
4. วรณะ วีระผาสุก. “การพัฒนาร้านขายยาแผนปัจจุบันตามมาตรฐานวิธีปฏิบัติที่ดีทางเภสัชกรรมจังหวัดกาญจนบุรี”. วารสารอาหารและยา. ปีที่ 22 (ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2558) : หน้า 27-34. 2558.
5. กฎกระทรวงสาธารณสุข. การขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ.2556. http://drug.fda.moph.go.th/zone_law/files/d5.pdf. สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2557.
6. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข. เรื่องการกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557. http://pape.pharmacycouncil.org/share/file/file_1722.%E. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2557.
7. อินทริยา อินทพันธุ์. “การประเมินการปฏิบัติตามกฎกระทรวงว่าด้วยการอนุญาตและการกำหนดสถานที่ อุปกรณ์และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดลำพูน”. วารสารเภสัชกรรมไทย. ปีที่ 7 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2558) : หน้า 94-103. 2558.
8. อภิรมย์ ชินโน. “การส่งเสริมการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมผู้บริโภคของประชาชนจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2551”. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ. ปีที่ 1 (ฉบับที่ 3 พฤศจิกายน-กุมภาพันธ์) : หน้า 1-12. 2551.

การทดสอบประสิทธิภาพของหลักสูตรพลังงานทดแทน การทำถ่านอัดแท่งจากวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตร
โดยใช้กระบวนการทางสิ่งแวดล้อมศึกษา

The Performance testing of Curriculum for Renewable Energy: A Case Study of Charcoal
Briquettes from Agricultural Residues the Environmental Education Process.

จักรี กล้าขยัน¹, และอดิศักดิ์ สิงห์สีโว²

Jagree Klakayan¹, and Adisak Singseewo²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาหลักสูตรพลังงานทดแทน และเพื่อศึกษาผลการพัฒนาหลักสูตรพลังงานทดแทน การทำถ่านอัดแท่งจากวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตร โดยใช้กระบวนการทางสิ่งแวดล้อมศึกษากลุ่มตัวอย่างได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนเทศบาลบ้านส่องนางไข สังกัดเทศบาลเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 47 คน ซึ่งได้จากการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ สถิติพื้นฐาน คือค่าเฉลี่ยและสถิติทดสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ค่าดัชนีความสอดคล้องหาค่าอำนาจจำแนกค่าความยาก และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาหลักสูตรพลังงานทดแทน: การทำถ่านอัดแท่งจากวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตร ได้นำรูปแบบการพัฒนาหลักสูตรตามแนวคิดของทาบา ซึ่งมีทั้งหมด 7 ขั้นตอน มีการตรวจสอบคุณภาพของหลักสูตรโดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสม โดยได้ประเมินทั้งหมด 9 รายการ และ 7 รายการ ตามลำดับ พบว่า การประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของหลักสูตร อยู่ในเกณฑ์ใช้ได้ทั้งหมด ($\bar{X}$ = 0.80 – 1.00) และความเหมาะสมของหลักสูตร อยู่ในเกณฑ์เหมาะสมมาก ($\bar{X}$ = 3.60 – 4.40)

คำสำคัญ: การพัฒนาหลักสูตรพลังงานทดแทน, การทำถ่านอัดแท่งจากวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตร, กระบวนการทางสิ่งแวดล้อมศึกษา

ABSTRACT

This research is quantitative research aims to develop a curriculum on production of charcoal briquettes from agricultural residues by using environmental education processes and implement the developed curriculum to evaluate its effectiveness in enhancing students' knowledge, skills, and participation in the production of charcoal briquettes from agricultural residues. The sample group included 47 Matthayomsuksa 3 students from Ban Song Nang Yai Municipality School, selected by the purposive sampling techniques. Data were analyzed by using mean and standard deviation. The research tool was tested for IOC, discrimination, difficulty, and reliability indexes. The results revealed that the designed curriculum were 7 steps ; Diagnosis of students' need, Formulation of objective [based on needs], Selection of content, Organization of content, Selection of learning experiences, Organization of learning activities and Evaluation.

KEYWORD: The Development of Curriculum for Renewable Energy, The Charcoal Briquettes from Agricultural Residues, Environmental Education Process

¹ นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทนำ

พลังงานเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวันและเป็นวัตถุดิบในการผลิตของภาคการเกษตร อุตสาหกรรม และคมนาคมขนส่ง เนื่องจากความต้องการใช้พลังงานของประเทศเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี กรมเชื้อเพลิงธรรมชาติในฐานะหน่วยงานของรัฐที่มีภารกิจในการจัดหาแหล่งพลังงาน⁽¹⁾ ในปัจจุบันประเทศไทยมีการใช้พลังงานในช่วงห้าเดือนแรกของปี 2558 มีปริมาณ 33,238 พันตันเทียบเท่าน้ำมันดิบ เพิ่มขึ้นจากช่วงเดียวกันของปีก่อนร้อยละ 4.3 การใช้พลังงานยังคงเพิ่มขึ้นตามการเติบโตทางเศรษฐกิจ โดยที่น้ำมันสำเร็จรูปยังคงเป็นพลังงานที่ใช้มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 48.3 ของการใช้พลังงานขั้นสุดท้ายทั้งหมดรองลงมาประกอบด้วยไฟฟ้า พลังงานหมุนเวียนดั้งเดิมพลังงานหมุนเวียนก๊าซธรรมชาติ และถ่านหิน/ลิกไนต์คิดเป็นร้อยละ 18.7 11.5 7.9 7.7 และ 5.9 ตามลำดับ⁽²⁾ และปัจจุบันพลังงานทดแทนเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินชีวิตทางความต้องการของเชื้อเพลิงของมนุษย์จึงทำให้สถานการณ์การจัดการพลังงานทดแทนในระดับชุมชน มีการนำพลังงานทดแทนมาใช้ภายในชุมชนทุกจังหวัด พบว่าทุกภาคของประเทศไทยมีการใช้พลังงานทดแทนมากที่สุดเหมือนกัน คือ พลังงานชีวมวล และรองลงมาเป็นพลังงานแสงอาทิตย์ ส่วนพลังงานน้ำ พลังงานลม พลังงานขยะ และก๊าซชีวภาพมีการเลือกใช้แต่มีจำนวนน้อย⁽³⁾

พลังงานทดแทน เป็นสิ่งสำคัญที่ทุกคนกำลังให้ความสนใจ ซึ่งในปัจจุบันประเทศไทยจึงเริ่มหันมาใช้พลังงานทดแทนซึ่งเป็นพลังงานทางเลือกรูปแบบใหม่มาผลิตไฟฟ้า เพื่อลดการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงและก๊าซธรรมชาติที่ต้องนำเข้าจากต่างประเทศ นอกจากนี้ยังช่วยลดสาเหตุภาวะโลกร้อนจากการปล่อยก๊าซเรือนกระจกได้อีกทางหนึ่งด้วย⁽⁴⁾ จึงจำเป็นต้องมีการสร้างกระบวนการถ่ายทอดเพื่อให้ประชาชนเกิดความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องของพลังงานทดแทน หลักสูตรจึงเป็นส่วนหนึ่งที่สามารถสร้างกระบวนการเรียนรู้ได้ด้วย การเป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดที่เชื่อมโยงเข้าสู่กระบวนการทางสิ่งแวดล้อมศึกษาซึ่งใช้

หลักทางสิ่งแวดล้อมศึกษาที่เน้นพัฒนาคนให้เห็นคุณค่าของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนให้เข้าใจในความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม อันเป็นพื้นฐานที่นำไปสู่การพัฒนาเจตคติ ความตระหนัก และทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและเกิดการสร้างจริยธรรมสิ่งแวดล้อมที่ดี เพื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม⁽⁵⁾ การพัฒนาหลักสูตรเป็นกระบวนการหรือขั้นตอนของการตัดสินใจเลือกหาทางเลือก การเรียนการสอนที่เหมาะสมหรือเป็นทางเลือกที่เหมาะสมต่างๆ เข้าด้วยกันจนเป็นระบบที่สามารถปฏิบัติได้⁽⁶⁾

การพัฒนาหลักสูตรเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนที่ไม่สามารถแยกออกจากผลการดำเนินงานวิจัยคุณสมบัติของการวิจัยและการตัดสินใจเชิงบรรทัดฐานในการวางแนวทางของ เนื้อหาของหลักสูตร⁽⁷⁾ ซึ่งรูปแบบในการพัฒนาหลักสูตรยังมีอีกหลายรูปแบบ มีทั้งส่วนที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกันในขั้นตอนรายละเอียด ประกอบด้วย 1. การศึกษาข้อมูลพื้นฐานเป็นการวิเคราะห์สำรวจสภาพปัญหา ความต้องการและความจำเป็นในการสร้างหลักสูตร 2. การพัฒนาหลักสูตร โดยการกำหนดจุดมุ่งหมายกำหนดเนื้อหาสาระ การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายที่กำหนดขึ้น 3. การทดลองใช้หลักสูตร เป็นการนำหลักสูตรไปทดลองใช้ที่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมาย และ 4. การประเมินและติดตามผลหลักสูตร เพื่อตรวจสอบว่า หลักสูตรที่ได้พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมเพียงใด พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ได้หลักสูตรที่สมบูรณ์ขึ้น⁽⁸⁾ ซึ่งการพัฒนาหลักสูตรมีหลากหลายรูปแบบ หลายระดับ ซึ่งในแต่ละระดับประกอบด้วย 1.หลักสูตรระดับชาติหรือหลักสูตรแม่บท (National level) 2. หลักสูตรระดับท้องถิ่น (Local level) และ 3. หลักสูตรระดับห้องเรียน (classroom level)⁽⁸⁾ นอกจากกระบวนการพัฒนาหลักสูตรแล้วยังมีการสร้างเครื่องมือเพื่อใช้ประกอบในหลักสูตร ในการสร้างและพัฒนาเครื่องมือ ลักษณะสำคัญที่สุดคือ ต้องมีที่มา เพราะคำถามจะเป็นตัวเชื่อมระหว่างเครื่องมือกับผู้ใช้ข้อมูล⁽⁹⁾ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลและประเมินผล อาจเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเอง หรือแปลและดัดแปลงจาก

เครื่องมือต่างประเทศ อาจจัดประเภทในการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดผลได้หลายลักษณะ คือ เครื่องมือวัดด้านพุทธิพิสัย (Cognitive) ด้านจิตพิสัย(Affective) ด้านทักษะพิสัย(Psychomotor) และด้านอื่นๆ⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งประเภทเครื่องมือที่นิยมใช้กันมาก คือแบบทดสอบแบบสอบถาม แบบสังเกต แบบวัด และแบบสัมภาษณ์⁽⁹⁾ (พิศณุ พงศ์ศรี, 2553: 61) เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลและประเมินผลที่พัฒนาหรือปรับปรุงขึ้นในการวิจัยจึงต้องมีคุณภาพคุณสมบัติประการหนึ่งคือความเชื่อมั่น⁽¹¹⁾

ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาหลักสูตร จึงได้ทำการวิจัย เรื่อง การทดสอบประสิทธิภาพของหลักสูตรพลังงานทดแทน การทำถ่านอัดแท่งจากวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตร โดยใช้กระบวนการทางสิ่งแวดล้อมศึกษาเพื่อพัฒนา และศึกษาผลการหลักสูตรพลังงานทดแทน การทำถ่านอัดแท่งจากวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตรโดยใช้กระบวนการทางสิ่งแวดล้อมศึกษา ให้ความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาหลักสูตรพลังงานทดแทน การทำถ่านอัดแท่งจากวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตรโดยใช้กระบวนการทางสิ่งแวดล้อมศึกษา

สมมติฐานการวิจัย

หลักสูตรพลังงานทดแทน การทำถ่านอัดแท่งจากวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตร หลังการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้กระบวนการทางสิ่งแวดล้อมศึกษาหลักสูตรสามารถนำไปใช้ในการเรียนการสอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเทศบาลบ้านส่องนางใย สังกัดเทศบาลเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 179 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนเทศบาลบ้านส่องนางใย สังกัดเทศบาลเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 47 คน ซึ่งได้จากการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. หลักสูตรการเรียนการสอน เรื่อง พลังงานทดแทน: การทำถ่านอัดแท่งจากวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตรสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนเทศบาลสามัคคีวิทยา จังหวัดมหาสารคาม โดยมีเนื้อหาสาระ ดังนี้ 1) พลังงาน 2) พลังงานทดแทนและ 3) ถ่านอัดแท่ง การพัฒนาหลักสูตรโดยใช้กระบวนการทางสิ่งแวดล้อมศึกษา ผู้วิจัยได้พัฒนาโดยใช้รูปแบบการพัฒนาหลักสูตรตามแนวคิดของทาบาส ซึ่งทาบาสเป็นนักการศึกษาที่มีแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างและการพัฒนาหลักสูตรเหมือนไทเลอร์ซึ่งเชื่อว่าครูผู้สอนซึ่งเป็นผู้ใช้หลักสูตรควรมีส่วนร่วมในการพัฒนาและได้เสนอกระบวนการพัฒนาหลักสูตรจากล่างขึ้นสู่บน (The Grass – Root Approach) ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีขั้นตอนคล้ายกันกับรูปแบบของไทเลอร์ ซึ่งในเรื่องนี้⁽¹²⁻¹³⁾ ได้สรุปรายละเอียดไว้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาหลักสูตรพลังงานทดแทน ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ศึกษาทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังงานทดแทนการทำถ่านอัดแท่งจากวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตร

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยได้กำหนดวัตถุประสงค์ของหลักสูตร เพื่อให้ให้นักเรียนเกิดความรู้เกี่ยวกับพลังงานทดแทน ทักษะการเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมต่อพลังงานทดแทน การทำถ่านอัดแท่งจากวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตร

ขั้นตอนที่ 3 ในกระบวนการนี้ได้ทำการศึกษาข้อมูลอย่างละเอียด จึงได้ทำข้อมูลมาใช้เป็นเนื้อหาของหลักสูตร ซึ่งเรียงตามลำดับความสำคัญ โดยมีเนื้อหาสาระแบ่งออกเป็น 3 หัวข้อคือ 1. พลังงาน 2. พลังงานทดแทน และ 3. ถ่านอัดแท่ง

ขั้นตอนที่ 4 สร้างหลักสูตรพลังงานทดแทน มีเนื้อหาสาระหลักๆ อยู่ 3 หัวข้อ คือ 1. พลังงาน 2. พลังงานทดแทนและ 3. ถ่านอัดแท่ง และในหัวข้อหลักยังมีเนื้อหาที่เป็นหัวข้อย่อย ซึ่งเป็นหัวข้อที่มีความสำคัญต่อหลักสูตรและการจัดเนื้อหาสาระยังสนองต่อความต้องการของนักเรียน และมีเนื้อหาเหมาะสมกับนักเรียน เพื่อให้การเรียนการสอนมีประสิทธิภาพมากที่สุด

ขั้นตอนที่ 5-6 กระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนโดยใช้หลักสูตรพลังงานทดแทน ผู้วิจัยได้นำเอา

กระบวนการทางสิ่งแวดล้อมศึกษาใช้ในการเรียนการสอน ซึ่งมีทั้งการเรียนในห้องเรียนและนอกห้องเรียน เรียนทั้ง ทฤษฎีและปฏิบัติ มีการเรียนเป็นกลุ่มเพื่อให้เกิดการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน การใช้สื่อประกอบ การ สันทนาการ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 7 ประเมินผลของหลักสูตรพลังงาน ทดแทน ผู้วิจัยได้นำมาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบจากนั้นนำไป ให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน โดยกำหนดเฉลี่ย 0.5 ขึ้นไป เมื่อทำ การตรวจสอบหลักสูตรพลังงานทดแทนแล้วนำมา ปรับปรุงรูปแบบตามข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะของ ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้รูปแบบการเรียนการสอน มีความถูก ต้อง ครบถ้วนตรงกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

จากการนำหลักสูตรพลังงานทดแทน ให้ ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านตรวจสอบ ความเที่ยงตรงของเนื้อหา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ พบว่า ผลการ วิเคราะห์การประเมินหลักสูตรพลังงานทดแทน มีความ สอดคล้องของหลักสูตรอยู่ในเกณฑ์ ใช้ได้ และมีความ เหมาะสมของหลักสูตร อยู่ในเกณฑ์ เหมาะสมมาก สามารถนำหลักสูตรพลังงานทดแทนไปใช้ในการเรียนการ สอนกับกลุ่มตัวอย่าง นำหลักสูตรการเรียนการสอน ที่ผ่าน การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และพัฒนาตาม รูปแบบที่สมบูรณ์แล้ว นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ต่อไป

2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับพลังงานทดแทน ของนักเรียน เรื่อง พลังงานทดแทน: การทำถ่านอัดแท่ง จากวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตร โดยใช้แบบทดสอบความรู้ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบ 4 ตัวเลือก คือ ก, ข, ค และ ง จำนวน 30 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูก=1 และตอบ ผิด=0

3. แบบวัดทักษะการเรียนรู้ของนักเรียน เรื่อง พลังงานทดแทน: การทำถ่านอัดแท่งจากวัสดุเหลือใช้ทาง การเกษตร ซึ่งมี 5 คำตอบด้วยกัน คือ ทักษะมากที่สุด ทักษะมาก ทักษะปานกลาง ทักษะน้อย และทักษะน้อย ที่สุด ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ทักษะมากที่สุด =5

ทักษะมาก = 4 ทักษะปานกลาง=3 ทักษะน้อย=2 และ ทักษะน้อยที่สุด=1 จำนวน 15 ข้อ

4. แบบวัดการมีส่วนร่วมของนักเรียน เรื่อง พลังงานทดแทน: การทำถ่านอัดแท่งจากวัสดุเหลือใช้ทาง การเกษตร ซึ่งมี 5 คำตอบด้วยกันคือ มากที่สุด มาก ปาน กลาง น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ มากที่สุด =5, มาก =4, ปานกลาง =3, น้อย =2 และน้อย ที่สุด=1 จำนวน 15 ข้อ

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวัดผล สัมฤทธิ์ คือ แบบทดสอบความรู้ แบบวัดทักษะ และแบบ วัดการมีส่วนร่วม โดยการ ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์วัตถุประสงค์ และเนื้อหาสาระ นำข้อมูลที่ศึกษามา สร้างแบบทดสอบความรู้ แบบวัดทักษะ และแบบวัดการมี ส่วนร่วม จัดทำโครงร่าง แบบทดสอบความรู้ แบบวัด ทักษะ และแบบวัดการมีส่วนร่วม เพื่อนำไปให้อาจารย์ที่ ปรึกษาตรวจสอบภาษาและความเที่ยงตรงของเนื้อหา แล้ว นำมาปรับปรุงแก้ไข จัดพิมพ์แบบทดสอบความรู้ แบบวัด ทักษะ และแบบวัดการมีส่วนร่วม เพื่อนำไปหาค่าความ เที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) กับผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบรายละเอียดและนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ ตรงกรอบแนวคิด ตามเกณฑ์ที่กำหนดเฉลี่ย 0.5 ขึ้นไปและ นำเครื่องมือการถ่ายทอดความรู้ที่สร้างขึ้น นำมาหาความ เหมาะสม นำไปทดลองใช้ (Try Out) กับนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 47 คน เพื่อ นำมาหาค่าอำนาจจำแนก ค่าความยากง่าย และความ เชื่อมั่นทั้งฉบับ ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของ แบบทดสอบความรู้ แบบวัดทักษะ และแบบวัดการมีส่วน ร่วม พบว่ามีค่าอำนาจจำแนกที่สามารถนำไปใช้ได้ อยู่ ระหว่าง 0.09 – 0.61, 0.585 – 0.768 และ 0.608 – 0.839 ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น พบว่า แบบทดสอบความรู้ แบบวัดทักษะ และแบบวัดการมีส่วน ร่วมมีค่าความเชื่อมั่นซึ่งวิเคราะห์จากการหาค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.707, 0.862 และ 0.960 ตามลำดับและผลการวิเคราะห์ค่าความยากง่าย ของแบบทดสอบความรู้ พบว่า แบบทดสอบ มีค่าความยาก ง่ายอยู่ในที่ระดับ 0.2000 - 0.7234 อยู่ในเกณฑ์ ใช้ได้

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่และค่าเฉลี่ย⁽¹⁴⁾ สถิติทดสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้แก้หาค่าดัชนีความสอดคล้อง หาค่าอำนาจจำแนกหาค่าความยาก และหาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ⁽¹⁴⁾

ผลการวิจัย

การพัฒนาหลักสูตรพลังงานทดแทน: การทำถ่านอัดแท่งจากวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตร ผู้วิจัยได้ทำการสรุปผลของการพัฒนาหลักสูตรดังนี้

การพัฒนาหลักสูตรพลังงานทดแทน: การทำถ่านอัดแท่งจากวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตร ได้นำรูปแบบการพัฒนาหลักสูตรตามแนวคิดของทาบาส ซึ่งมีทั้งหมด 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 วิจัยความต้องการของผู้เรียนและสังคม ขั้นตอนที่ 2 กำหนดจุดมุ่งหมาย ขั้นตอนที่ 3 การเลือกเนื้อหาสาระ ขั้นตอนที่ 4 การจัดเนื้อหาสาระ ขั้นตอนที่ 5 – 6 คัดเลือกและจัดประสบการณ์การเรียนรู้ และขั้นตอนที่ 7 ประเมินผล ได้ดำเนินการตามขั้นตอนทั้งหมด ซึ่งการพัฒนาหลักสูตรพลังงานทดแทน มีการตรวจสอบคุณภาพของหลักสูตรโดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมโดยได้ประเมินทั้งหมด 9 รายการ และ 7 รายการตามลำดับ พบว่า การประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของหลักสูตร อยู่ในเกณฑ์ใช้ได้ทั้งหมด ($\bar{X}$ = 0.80 – 1.00) และความเหมาะสมของหลักสูตร อยู่ในเกณฑ์เหมาะสมมาก ($\bar{X}$ = 3.60 – 4.40)

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาหลักสูตรพลังงานทดแทน: การทำถ่านอัดแท่งจากวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตร ได้นำรูปแบบการพัฒนาหลักสูตรตามแนวคิดของทาบาส ซึ่งมีทั้งหมด 7 ขั้นตอน ซึ่งแต่ละขั้นตอนผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการพัฒนาหลักสูตรตามแนวคิดของทาบาส ที่มีแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างและการพัฒนาหลักสูตรเหมือนไทเลอร์ซึ่งเชื่อว่าครูผู้สอนซึ่งเป็นผู้ใช้หลักสูตรควรมีส่วนร่วมในการพัฒนา และได้เสนอกระบวนการพัฒนาหลักสูตรจากล่างขึ้นสู่บน (The Grass-Root Approach)⁽¹²⁻¹³⁾ ซึ่งสอดคล้องกับอดิศักดิ์สิงห์สีโว (2558: 26)⁽⁶⁾ การพัฒนาหลักสูตรเป็น

กระบวนการหรือขั้นตอนของการตัดสินใจเลือกหาทางเลือก การเรียนการสอนที่เหมาะสมหรือเป็นทางเลือกที่เหมาะสมต่างๆ เข้าด้วยกันจนเป็นระบบที่สามารถปฏิบัติได้ ซึ่งถือว่ากระบวนการพัฒนาหลักสูตร 7 ขั้น ที่ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของทาบาสตั้งแต่ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล กำหนดวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ศึกษาข้อมูลการสร้างหลักสูตรอย่างละเอียด จนได้เนื้อหาสาระทั้งหมด 3 เรื่อง คือ พลังงาน พลังงานทดแทน และการทำถ่านอัดแท่ง ที่มีเนื้อหาเหมาะสมกับผู้เรียน จึงได้จัดกิจกรรมการเรียนการสอนโดยใช้หลักสูตรเพื่อประเมินผล การใช้หลักสูตร ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนิดา กิจจินดาโอภาส (2552: บทคัดย่อ)⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาผลการเรียนสิ่งแวดล้อมศึกษาโดยใช้วัฏจักรการเรียนรู้ (7Es) ที่ใช้พหุปัญญากับการสอนตามคู่มือครูที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การคิดเชิงวิพากษ์วิจารณ์ และทักษะกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ขั้นบูรณาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาดัชนีประสิทธิผลของแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ และเปรียบเทียบผลการเรียนสิ่งแวดล้อมศึกษาโดยใช้วัฏจักรการเรียนรู้ (7Es) ที่ใช้พหุปัญญากับการสอน ตามคู่มือครูที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนการคิดเชิงวิพากษ์วิจารณ์ และทักษะกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ขั้นบูรณาการ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนที่มีเพศต่างกัน มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การคิดเชิงวิพากษ์วิจารณ์โดยรวม และทักษะกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ขั้นบูรณาการโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน แต่นักเรียนชายมีการคิดเชิงวิพากษ์วิจารณ์ ด้านการอนุมาน มากกว่านักเรียนหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับทฤษฎีของธำรง บัวศรี (2542: 7)⁽¹⁶⁾ ได้สรุปความหมายของหลักสูตรว่าเป็นแผนหรือแนวทางการจัดการศึกษาซึ่งได้ออกแบบจัดทำขึ้นเพื่อแสดงถึงจุดหมายเพื่อให้ผู้เรียนได้พัฒนาตนเองทั้งในด้านความรู้ทักษะและคุณสมบัติอันพึงประสงค์ตามที่จุดหมายได้กำหนดไว้

การพัฒนาหลักสูตรพลังงานทดแทน การทำถ่านอัดแท่งจากวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตร ได้ผ่านกระบวนการพัฒนาทางสิ่งแวดล้อมศึกษา โดยใช้รูปแบบการสร้างหรือการพัฒนาหลักสูตรตามแนวคิดของทาบาส⁽¹²⁻¹³⁾

รูปแบบการพัฒนาหลักสูตรของทาบามีจุดเด่น เช่น ทำให้ครูพัฒนาตัวเองในการเตรียมตัวที่จะนำรูปแบบการพัฒนาหลักสูตรไปใช้ปฏิบัติจริง ในแต่ละหน่วยการเรียนรู้มีพื้นฐานในการเชื่อมโยงระหว่างหลักสูตรและการสอนรูปแบบของทาบามีการผูกโยงหลักสูตรและการสอนเข้าด้วยกันเป็นทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ซึ่งในการพัฒนาหลักสูตรมีเครื่องมือที่ใช้ในการจัดการเรียนการสอนคือ แบบทดสอบความรู้ แบบวัดทักษะการเรียนรู้ และแบบวัดการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้นำหลักสูตรและเครื่องมือที่ใช้ไปหาคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้กระบวนการทางสิ่งแวดล้อมศึกษา โดยผลการวิเคราะห์การประเมินหลักสูตรพลังงานทดแทน มีความสอดคล้องของหลักสูตรอยู่ในเกณฑ์ใช้ได้ และมีความเหมาะสมของหลักสูตร อยู่ในเกณฑ์เหมาะสมมาก ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเรียนการสอนมีค่าความเชื่อมั่น 0.707, 0.862 และ 0.960 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประสพชัย พสุนนท์ (2557)⁽¹¹⁾ ได้ศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณนั้นโดยทั่วไปพบว่า การที่พัฒนาหรือปรับปรุงเครื่องมือวิจัยขึ้นในการวิจัยจึงต้องมีคุณภาพคุณสมบัติประการหนึ่งของแบบสอบถามคือการมีความเชื่อมั่นซึ่งสอดคล้องกับDheerayut Wisedsang, Chowwalit Chookhampaeng and PitakNoiwangklang (2558: 1651-1661)⁽¹⁷⁾ ได้ศึกษา การพัฒนาหลักสูตรการเสริมสร้างความงามสำหรับศิลปะในการเรียนรู้งานศิลปะสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 7: การศึกษานักบิน

ผลการวิจัยพบว่านักเรียนหลังการทดสอบแอตทริบิวต์ความงามของศิลปะสูงกว่าก่อนการทดสอบ นอกจากนี้หลักสูตรประกอบไปด้วยความเป็นไปได้ในทฤษฎีและการปฏิบัติทั้งสอง ซึ่งสอดคล้องกับ สุนันท์ วัชรมนตรี. (2554: 86 - 100)⁽¹⁸⁾ ได้ทำการศึกษาการพัฒนาหลักสูตรสิ่งแวดล้อมศึกษา โรงเรียนบ้านบางกะปิ กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัย พบว่า หลักสูตรสิ่งแวดล้อมศึกษามีครบทุกองค์ประกอบ คือ ชื่อหลักสูตร ความสำคัญ วิสัยทัศน์ หลักการ จุดมุ่งหมาย โครงสร้างเวลาเรียน มาตรฐานการเรียนรู้ ตัวชี้วัด สารการเรียนรู้ คำอธิบายรายวิชา การจัดการเรียนรู้ และแนวทางวิธีการประเมินผล โดยมีการบูรณาการ และยังสอดคล้องกับ Jeeraporn Chankian, Adisak Singseewo and Penkae Thamsananupap. (2555: 512-520)⁽¹⁹⁾ ได้ศึกษา การพัฒนาหลักสูตรวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมโดยการเน้นการส่งเสริมทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการเรียนการสอนวิทยาศาสตร์ในการพัฒนาการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมโดยเน้นการส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณทักษะสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 มีระดับค่าดัชนีประสิทธิผล 0.4114 ดังนั้น การพัฒนาหลักสูตรพลังงานทดแทน การทำถ่านอัดแท่งจากวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตร ที่ผ่านกระบวนการพัฒนาเครื่องมือทางสิ่งแวดล้อมศึกษา ทำให้เครื่องมือที่ได้มีคุณภาพและสามารถนำไปใช้ได้

เอกสารอ้างอิง

1. ทรงภพ พลจันทร์. สารจากอธิบดีกรมเชื้อเพลิง, รายงานประจำปี 2556.กระทรวงพลังงาน, 2556.
2. กลุ่มสถิติข้อมูลพลังงาน ศูนย์สารสนเทศข้อมูลพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน. สถานการณ์พลังงานของประเทศไทย มกราคม – พฤษภาคม 2558. [ออนไลน์] ได้จาก: www.dede.go.th [สืบค้นวันที่ 7 ตุลาคม 2558].
3. นิษยารัตน์ พาณิชย์, วิชาภา ภูจินดา. แนวทางการบริหารจัดการพลังงานทดแทน ในระดับชุมชนของประเทศไทย. *วารสารการจัดการสิ่งแวดล้อม*. 10(1) 2557: 55-76.
4. มณฑาสินี หอมหวาน. พลังงานทดแทน พลังงานทางเลือกใหม่สำหรับอนาคต. *วารสารนักบริหาร*. 32(1) 2555; 100-104.
5. อติศักดิ์ สิงห์สีโว. *พื้นฐานสิ่งแวดล้อมศึกษา*. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2554.
6. อติศักดิ์ สิงห์สีโว. *การพัฒนาหลักสูตรสิ่งแวดล้อมศึกษา*. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2558.
7. Georg Spottl. Curriculum Approaches and Participative Curriculum Development. *International Handbook of Education for the Changing World of Work*. Book Part 6 2009: 1627-1638.
8. ประสาท เนื่องเฉลิม. *หลักสูตรการศึกษา*. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2553.

9. พิสนุ ฟองศรี. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย. กรุงเทพฯ: บริษัท ด้านสหการพิมพ์ จำกัด, 2553.
10. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยทางการวัดผลและ ประเมินผล. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น, 2540.
11. ประสพชัย พสุนนท์. ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในการวิจัยเชิงปริมาณ. วารสารปาริชาติ มหาวิทยาลัยทักษิณ. 27(1).2557.
12. วิชัย วงษ์ใหญ่. กระบวนการพัฒนาหลักสูตรและการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น, 2537.
13. รุจิร ภู่อาระ. การพัฒนาหลักสูตร : ตามแนวปฏิรูปการศึกษา. กรุงเทพฯ : บุ๊คพอยท์, 2545.
14. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น, 2545.
15. นิดา กิจจินดาโอภาส. ผลการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมศึกษาโดยใช้วัฏจักรการเรียนรู้ (7Es) ที่ใช้พหุปัญญากับการสอนตามคู่มือครูที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การคิดเชิงวิพากษ์วิจารณ์ และทักษะกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ขั้นบูรณาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2552.
16. ชำรง บัวศรี. ทฤษฎีหลักสูตรการออกแบบและพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ธนรัชการพิมพ์, 2542
17. Dheerayut Wisedsang, Chowwalit Chookhampaeng and Pitak Noiwangklang.(2015). Curriculum development for enhancing the art aesthetic in art learning substance for grade 7 students: Pilot study. *Academic Journals of Educational Research and Reviews*. 10(12) 2015: 1651-1661.
18. สุนันท์ วัชรมนตรี. (2554). การพัฒนาหลักสูตรสิ่งแวดล้อมศึกษา โรงเรียนบ้านบางกะปิ กรุงเทพมหานคร วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์ 100 ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – กันยายน 2554.
19. Jeeraporn Chankian, Adisak Singseewo and Penkae Thamsananupap. Science Curriculum Development on Environmental Conservation, with an Emphasis on the Promotion of Critical Thinking Skills for Mathayomsuksa 1 Students. *European Journal of Scientific Research*. 67(4) 2012.: 512-520.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียน

Factors Related Pre-school Child Obesity

ปิยะนันท์ นามกุล¹

Piyanan Narmkul¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเอกสารนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนเอกสารและสังเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนและให้ข้อเสนอแนะในการจัดการภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนสำหรับพยาบาล บุคลากรสุขภาพและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ใช้รูปแบบวิจัยเอกสาร โดยใช้วิธีสืบค้นเอกสารในฐานข้อมูลจาก Google scholar, PubMed, PubMed central, Sciences direct, Scopus, AMJ, BMJ, Medline, thailis, สวรส., สถาบันเด็กและวัยรุ่น, วารสารวิชาการสาธารณสุข, และวารสารไทยทุกฉบับที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI และวารสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย พบวารสารที่เกี่ยวข้องรวม 89 ฉบับ นำมาวิเคราะห์ความถูกต้องด้านระเบียบวิธีวิจัย ความเกี่ยวข้องด้านเนื้อหาและความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์เหลืออยู่ 41 เรื่อง นำเข้าสู่การวิเคราะห์เนื้อหาในบทความนี้รวม 41 เรื่อง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาผลการวิเคราะห์สรุปได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศหญิง กรรมพันธุ์ น้ำหนักแรกเกิด ระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนม ลำดับที่เกิดรูปแบบการรับประทานอาหารพลังงานสูง ความถี่ในการรับประทานอาหารนอกบ้าน จำนวนเงินค่าอาหาร การมีพื้นที่กลางแจ้ง ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว และนโยบายทางสังคมต่อภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียน สรุปได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนครอบคลุมทั้งระดับบุคคล ครอบครัวและสังคมซึ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะต้องร่วมดำเนินการหลายกลยุทธ์ที่ซับซ้อนกันอยู่หลายระดับ โดยการออกแบบโครงการหรือกิจกรรมในหลายระดับไปพร้อมกัน สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเพื่อจัดการภาวะอ้วนในเด็กให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะก่อให้เกิดการควบคุมและลดปัญหาภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียน, การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

Abstract

The documentary research Purpose to study and synthesis factors related preschool child obesity and recommend for nurse, public health professional and stakeholders to suitable preschool child obesity management. The methodology is based on searching data in a database from Google scholar, PubMed, PubMed central, Sciences direct, Scopus, AMJ, BMJ, Medline, thailis, bright flavor, Institute of Children and Adolescents, Journal of Health Science, and the Journal of Thailand in every issue. TCI is in the database, and other journals. The Journal found that 89 edition analyzed the validity of the methodology.

Results, the relevance of the content and credibility of the evidence, the remaining 41 led to the analysis of the content in this analysis included 41 subjects concluded. The relevant factors include female congenital, birth weight, Duration of breastfeeding, Birth order Eating high-energy style, The frequency of eating out, The amount of food The outdoor area Factors of support from family members, and social policies on obesity in pre-schoolers. Therefore, all stakeholders must be jointly implemented several strategies to address complex multi-level design project or activity on several levels simultaneously. Conclusion, factors relations to preschool child obesity were covered intrapersonal, interpersonal and social factors. Therefore, all stakeholders must be jointly implemented several strategies to address complex multi-level design project or activity on several levels simultaneously. Establish the involvement of families and communities to manage obesity in children is effective. This will cause control problems and obesity in pre-schoolers, efficiency and sustainability. This will result in improving the quality of life of the country in the long run.

Keywords: pre-school child obesity, systematic reviews

¹ อาจารย์สาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

บทนำ

ภาวะอ้วนในเด็กเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมาในทุกพื้นที่ทั่วโลก⁽¹⁾ ตัวอย่างในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาในระหว่างปี ค.ศ. 1976-2008 ความชุกของเด็กอายุ 2 ถึง 5 ปี มีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 10.4 ส่วนเด็กโตอายุระหว่าง 6-12 ปี มีความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.5 เป็นร้อยละ 19.6⁽²⁾ ซึ่งให้เห็นแนวโน้มที่จะก่อผลกระทบทางสุขภาพในอนาคตอันใกล้⁽³⁾ ภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 2-5 ปีจะพัฒนาไปสู่ภาวะอ้วนอย่างต่อเนื่องในช่วงวัยต่อไป ทั้งนี้การเจริญเติบโตของเด็กนั้นจะมีช่วงเวลาที่ไขมันลดลงมากที่สุดทั้งจำนวนเซลล์และปริมาณไขมันในเซลล์ (Adiposity rebound Period) ในช่วงก่อนอายุ 5 ถึง 7 ปี และร่างกายจะเพิ่มเซลล์กล้ามเนื้อจำนวนมากในการเจริญเติบโตเข้าสู่วัยรุ่นในช่วงวัยต่อไป ดังนั้นถ้าเด็กก่อนวัยนี้ ซึ่งได้แก่ เด็กก่อนวัยเรียนอายุระหว่าง 2-5 ปี มีภาวะอ้วนมาก่อนจะส่งผลต่อการลดลงของไขมันในช่วงอายุ 5-7 ปี ไม่เกิดขึ้นหรือล่าช้าออกไป การสะสมของไขมันในรอบใหม่ (Adiposity rebound) จะเกิดขึ้นเร็วต่อเนื่องและจะส่งผลต่อการเกิดภาวะอ้วนต่อเนื่องในช่วงวัยต่อไปจนถึงวัยผู้ใหญ่⁽⁴⁻⁶⁾ และจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาไปสู่ภาวะโรคเรื้อรังทางกาย กระทั่งต่อจิตใจ คุณภาพชีวิต การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในช่วงวัยเรียน วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่โดยรวมต่อไป⁽⁷⁾ ดังนั้นการป้องกันภาวะอ้วนในเด็กควรจัดการในช่วงก่อนวัยเรียนระหว่างอายุ 2-5 ปี จึงจะสามารถลดอุบัติการณ์อ้วนในระยะยาวได้ จำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรสุขภาพในสาขาต่างๆ ควรให้ความสนใจ ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทยจากการสำรวจสภาวะสุขภาพคนไทยระหว่างปี พ.ศ.2540 พบว่าแนวโน้มภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในระหว่าง พ.ศ.2539-2540 พบภาวะน้ำหนักเกินในเด็กก่อนวัยเรียนร้อยละ 5.8 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7.9 ในการสำรวจครั้งที่ 4 ในปี พ.ศ. 2544 และเพิ่มเป็นร้อยละ 8.5 ในการสำรวจสถานสุขภาพเด็กไทย ในระหว่างปี พ.ศ.2552-2553⁽⁸⁾ สอดคล้องตามสถานการณ์ในทุกประเทศทั่วโลก อย่างไรก็ตามยังขาดการตื่นตัวในการดำเนินกิจกรรมอย่างจริงจัง ครอบคลุม

ตามสาเหตุของภาวะอ้วนอย่างเป็นระบบ ส่วนมากเน้นกิจกรรมแทรกแซงในระดับบุคคลโดยบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ เช่น แพทย์หรือพยาบาลในคลินิก นักโภชนาการ เป็นต้น⁽⁹⁾ รวมทั้งบางส่วนมีการให้ข้อมูลเสริมเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนวิธีการเลี้ยงเด็กที่เหมาะสมสอดคล้องกับวัฒนธรรม⁽¹⁰⁾ กิจกรรมส่วนใหญ่ขาดความร่วมมือจากครอบครัวและชุมชนอย่างจริงจังจึงส่งผลให้การแก้ปัญหาเด็กอ้วนในช่วงตั้งแต่ก่อนวัยเรียนไม่ชัดเจนและไม่ได้ผลเท่าที่ควร ดังนั้นยังคงพบแนวโน้มปรากฏการณ์เด็กก่อนวัยเรียนมีภาวะอ้วนสูงขึ้นในรอบทศวรรษที่ผ่านมาและกำลังจะกลายเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในอนาคต ทั้งนี้ยังขาดข้อมูลเชิงสาเหตุที่จะนำมาใช้ในการวางแผนส่งเสริมหรือจัดการภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนอย่างเป็นระบบได้

พยาบาลเด็กและวัยรุ่น เป็นบุคลากรสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เน้นการให้การพยาบาลเพื่อดูแลรักษา ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพเด็กและวัยรุ่น ดังนั้นปัญหาภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนจึงเป็นปัญหาสำคัญในเด็กที่พยาบาลจะต้องเข้ามามีบทบาททั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อลดอุบัติการณ์ภาวะอ้วนในเด็กลง รวมทั้งให้การดูแล สนับสนุนครอบครัวและชุมชนในการจัดการภาวะอ้วนในเด็กอย่างเป็นระบบ⁽¹¹⁾ อย่างไรก็ตามยังขาดการทบทวนสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนที่เป็นระบบและครอบคลุม รวมทั้งขาดความชัดเจนและเพียงพอที่จะนำมาใช้ในการวางแผน สนับสนุน จัดกิจกรรม ประเมินผลหรือสื่อสารต่อผู้ปกครองหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการร่วมปฏิบัติการเพื่อลดและป้องกันภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องประสานกันได้ ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาลและเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแล ส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพเด็กและวัยรุ่นจึงมีความสนใจที่จะทำการวิจัยเอกสารโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อสืบค้น ทบทวน ประเมินและสังเคราะห์ผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในฐานข้อมูลและนำเสนอผลด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกินในเด็กก่อนวัยเรียนและสรุปเพื่อให้ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ในการกำหนดแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อดูแล ส่งเสริมและป้องกันภาวะอ้วน รวมทั้งกรอบแนวคิดในการ

วิจัยและวางแผนป้องกันและจัดการภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งจะก่อเกิดประโยชน์สูงสุดต่อระบบสุขภาพเด็ก เกิดคุณค่าและเป็นระบบสำหรับการส่งเสริม ป้องกันและดูแลสุขภาพเด็กให้เกิดประสิทธิภาพในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อทบทวนเอกสารและสังเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียน
2. เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการจัดการภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนสำหรับพยาบาล บุคลากรสุขภาพและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูลที่ตีพิมพ์บทความเกี่ยวกับการรับทราบวิจัยด้าน ปัจจัยหรือสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสืบค้นเอกสารจากฐานข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทั้งในและนอกประเทศอย่างรอบด้าน รวมทั้งการกำหนดขอบเขตของประชากรให้ครบถ้วนตามกรอบที่ใช้ในการทบทวนได้แก่ ภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียน น้ำหนักเกินในเด็ก เด็กอ้วน เด็กน้ำหนักเกิน สาเหตุเด็กอ้วน สาเหตุเด็กน้ำหนักเกิน ภาวะโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน pre-school child obesity, factors influencing pre-school child obesity, factors related and overweight in pre-school children, causal model for overweight or obesity in children or pre-school children หลังจากสืบค้นและดาวน์โหลดเอกสารผู้ศึกษาจะทำการทบทวนและประเมินวรรณกรรมเพื่อประเมินมาตรฐานของวรรณกรรมที่สืบค้นได้วารสารฉบับเต็มเหล่านี้

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารจากแหล่งวารสารทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพด้าน อนามัยเจริญพันธุ์ การตั้งครรภ์ มารดาและทารก รวมทั้งวารสารและข้อมูลจากหน่วยบริการสุขภาพและวิทยาศาสตร์สุขภาพครอบคลุมฐานข้อมูลทั้งจากในประเทศและต่างประเทศ เมื่อได้เอกสารมาผู้ศึกษาจะใช้หลักการประเมินมาตรฐานการวิจัยและผลงานเพื่อนำมาสังเคราะห์⁽¹²⁾ และใช้หลักการของ Whittemore และคณะ

⁽¹³⁾ ซึ่งมีรายละเอียดมาตรฐานในการระบุปัญหาโดยใช้คำค้นเฉพาะและแหล่งสืบค้นวรรณกรรม การประเมินมาตรฐานวรรณกรรม การวิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอและสรุปข้อมูล ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาสังเคราะห์รวบรวมนี้นำเสนอผ่านฐานข้อมูลที่สามารถสืบค้นและสามารถดาวน์โหลดเอกสารฉบับเต็ม (Full paper) ได้เท่านั้นตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ.2554-2559 และในกรณีไม่มีบทความหรือเหตุการณ์เชิงประจักษ์ในช่วงตีพิมพ์จะสืบค้นย้อนหลังกลับไป 20 ปีถึงปี พ.ศ.2530 เพื่อให้ได้ความต่อเนื่องและครบถ้วนของข้อมูล แหล่งข้อมูลที่ทำการศึกษาสืบค้นดำเนินการในฐานข้อมูลต่อไปนี้ครอบคลุม Google scholar, PubMed, PubMed central, Sciences direct, Scopes, AMJ, BMJ, Medline, Annual reviews, Cochrane review สวรส., วารสารกรมการแพทย์ฉุกเฉิน, thailis, วารสารวิชาการสาธารณสุข, วารสารวิจัยระบบสาธารณสุขและวารสารไทยทุกฉบับที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI พบบทความและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องรวม 89 ฉบับ เมื่อนำมาวิเคราะห์ความถูกต้องด้านระเบียบวิธีวิจัยและความเกี่ยวข้องด้านเนื้อหาเหลืออยู่ 41 เรื่องที่จะนำมาสังเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและบริการสุขภาพ ความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำเข้าสู่การวิเคราะห์ในบทความทั้ง 41 เรื่องมีดังนี้

ตาราง 1 แสดงความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่ใช้ในการวิเคราะห์

ระดับความน่าเชื่อถือ	จำนวนของหลักฐาน
ระดับที่ 2	5
ระดับที่ 3	9
ระดับที่ 4	7
ระดับที่ 5	13
ระดับที่ 6	3
ระดับที่ 7	4

บทความจากวารสารทุกฉบับที่ได้จากการสืบค้นและผ่านการประเมินมาตรฐานตามหลักเกณฑ์ตามกระบวนการวิพากษ์งานวิจัยตามมาตรฐาน (Critical

appraisal) จากนั้นทั้งหมดจะถูกนำมาแปลงไฟล์ให้อยู่ในรูปบทวนจะถูกนำมาในรูป pdf ไฟล์ นำมาอ่านและสังเคราะห์ประเด็นตามวัตถุประสงค์ โดยวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และสรุปและจัดหมวดหมู่เนื้อหาออกเป็นหมวดหมู่และอธิบายรายละเอียดในแต่ละประเด็นของปัจจัยแต่ละด้าน

ผลการศึกษา

จากการสืบค้นพบว่ามิงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและสามารถเข้าถึงในรูปแบบไฟล์และสำเนาได้จำนวน 89 เรื่อง ที่เกี่ยวข้องกับตามหลักเกณฑ์การค้นและผู้ศึกษาได้ประเมินมาตรฐานงานวิจัยและพบว่าอยู่ในมาตรฐานที่นำมาใช้ในการทบทวนวรรณกรรมและอ้างอิงจำนวน 41 เรื่อง พบประเด็นและเนื้อหาและบทความหรือแหล่งข้อมูลที่พบว่าเกี่ยวข้องกับสาเหตุของภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ ในระยะวัยก่อนเรียน เด็กจะอยู่ในภาวะที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการแบบช้าๆ ด้วยการพัฒนาระบบการควบคุมกล้ามเนื้อทั้งมัดเล็กมัดใหญ่ รวมทั้งการพัฒนารูปร่าง ดังนั้นภาวะร่างกายจะไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดด โดยในเพศชายจะมีการเสริมสร้างกล้ามเนื้อมากกว่าเพศหญิง ในขณะที่เพศหญิงมีการสะสมไขมันมากกว่าเพศชาย ดังนั้นในช่วงก่อนวัยเรียนนี้เพศชายและเพศหญิงจะมีอัตราการเจริญเติบโตที่แตกต่างกัน โดยเพศชายจะสะสมปริมาณกล้ามเนื้อมากกว่า แต่ในเพศหญิงจะสะสมเซลล์และปริมาณไขมันมากกว่า จะเป็นเช่นนี้ไปจนกว่าจะเข้าสู่วัยรุ่น ยิ่งกว่านั้นในเพศชายและเพศหญิงจะมีพื้นฐานการรับประทานอาหารและการเคลื่อนไหวที่แตกต่างกัน โดยเพศชายจะเคลื่อนไหวมากกว่าเพศหญิง และเพศหญิงจะชอบรับประทานอาหารของขบเคี้ยว จุกจิกมากกว่าเด็กชาย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อความสมดุลพลังงานและภาวะอ้วนแตกต่างกันระหว่างเพศ ซึ่งเพศชายมีโอกาสอ้วนน้อยกว่า⁽¹²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิทเทอร์และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่าเพศหญิงมีอัตราร้อยละของไขมันในร่างกายสูงกว่าเด็กชายและมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายและอยู่ในเกณฑ์อ้วนหรือน้ำหนักเกินในมาตรฐาน

เปอร์เซ็นต์ไขมันของน้ำหนักต่อส่วนสูง ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของ แคมเบลล์และครอฟฟอร์ด⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนในออสเตรเลียมีความชุกในระดับสูงและพบว่าเพศหญิงมีความชุกมากกว่าเพศชายรวมทั้งการศึกษาในประเทศสเปน ก็เป็นไปในลักษณะเดียวกัน⁽¹⁵⁾ ส่วนในประเทศไทยยังไม่มีรายงานที่ชัดเจนมากนักเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในเด็กวัยเรียนวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตามพบเพียงรายงานการศึกษาเดียวในจังหวัดสระบุรีซึ่งพบว่า เด็กก่อนวัยเรียนเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน⁽¹⁶⁾ ดังนั้นจากข้อมูลทั้งเชิงวิชาการและจากรายงานวิจัยที่ได้ทำการศึกษาในเด็กก่อนวัยเรียนทั่วโลกส่วนใหญ่มีข้อมูลระบุชัดเจนว่า เพศชายจะมีโอกาสอ้วนกว่าเพศหญิงแต่เมื่อไปวิเคราะห์ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ แล้วจะมีผลต่อภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนหรือไม่ยังไม่ชัดเจนในประเทศไทย

2. ปัจจัยด้านเครือญาติหรือพันธุกรรม ภาวะอ้วนเป็นพันธุกรรมทางครอบครัวและภาวะอ้วนของบิดามารดาและเครือญาติเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญต่อภาวะอ้วนในเด็กทุกช่วงวัย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ถ้ามีบิดามารดาหรือเครือญาติที่มีภาวะอ้วนแล้ว ถ้ามีบุคคลใดระหว่างบิดา หรือมารดา คนใดคนหนึ่งอ้วนบุตรที่เกิดมาจะมีโอกาสพัฒนาไปเป็นเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินหรืออ้วนร้อยละ 40 แต่ถ้าอ้วนทั้ง 2 คน จะมีโอกาสอ้วนถึงร้อยละ 80⁽¹⁷⁾ สอดคล้องกับข้อค้นพบจากงานวิจัยต่างๆ ที่พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนที่มีบิดามารดา อ้วนจะมีความเสี่ยง 3 เท่าที่จะมีภาวะอ้วนเมื่อเทียบกับเด็กที่ไม่มีบิดามารดาหรือเครือญาติอ้วน⁽¹⁸⁾ ส่วนในประเทศไทยพบว่า เด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน (Kindergartens) ที่มีมารดา มีภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกินจะมีภาวะอ้วนมากกว่าเด็กที่มารดาไม่อ้วน^(16,19) ดังนั้นเด็กก่อนวัยเรียนในพื้นที่ศึกษาที่มีบิดามารดาที่อ้วนน่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียน

3. น้ำหนักแรกเกิด ไฮท์ และคณะ⁽²⁰⁾ พบปรากฏการณ์ในการศึกษาเด็กแรกเกิดในประเทศเยอรมันจำนวน 351 คน พบว่าเด็กแรกเกิดมีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 22 และมีแนวโน้มพัฒนาการไปเป็นเด็กที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วนในระยะ 2 ปี แรกมากกว่าเด็กที่มี

น้ำหนักในเกณฑ์ปกติและพัฒนาไปเป็นเด็กอ้วนในเพศชายร้อยละ 26.2 ส่วนเพศหญิงร้อยละ 28.9 ในระยะ 12 ปีต่อมา ส่วนการศึกษาในจังหวัดบุรีรัมย์พบว่า เด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวมากกว่า 3,500 กรัมจะมีความเสี่ยงร้อยละ 9.78 ที่จะมีการอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียน⁽²¹⁾ อย่างไรก็ตามยังมีรายงานบางรายงานวิจัยยังขัดแย้งกันอยู่ อย่างไรก็ตามมีรายงานวิจัยในระยะหลังๆ พบว่า น้ำหนักแรกเกิดมีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนในเด็กและพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ⁽²²⁾ อย่างไรก็ตามงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ผ่านมาใช้เกณฑ์ดัชนีมวลกายเป็นตัวชี้วัดภาวะโภชนาการเกินและภาวะอ้วนในเด็ก ซึ่งในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่าไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ เนื่องจากเป็นการประเมินภาพรวมของไขมันในร่างกายทั้งหมดต่อส่วนสูง อย่างไรก็ตามในการประเมินภาวะอ้วนในปัจจุบันนี้จะแยกประเมินเฉพาะมวลไขมัน (Lean fat) ออกจากปริมาณไขมันทั้งหมดในร่างกาย (Fat mass) ดังนั้นจึงพบว่า น้ำหนักแรกคลอดมีความสัมพันธ์กับมวลไขมัน (Lean fat) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณไขมันทั้งหมด ดังนั้นจึงมีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนในเด็กและในช่วงวัยต่างๆ⁽²³⁾ อย่างไรก็ตามในการศึกษาในประเทศไทยยังคงไม่มีข้อมูลที่เพียงพอที่จะสรุปได้อย่างชัดเจนว่า น้ำหนักแรกเกิดมีผลต่อภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนหรือไม่ เนื่องจากมีผลวิจัยทั้งสองด้านที่รายงานว่าภาวะน้ำหนักแรกเกิดที่มากจะมีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนในเด็ก เช่น ในเด็กวัยเรียนอายุ 5-10 ปี ที่อ้วนจะมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกเกิดที่มาก

4. ระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นมแม่เป็นอาหารที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับทารกในระยะ 6 เดือนแรก เนื่องจากเป็นนมที่มีสารอาหารครบถ้วนทั้งสารอาหารและปริมาณ รวมทั้งสะดวกในการได้รับ ทารกที่ได้รับนมแม่ในระยะเวลาดังกล่าวอย่างเพียงพอจะมีปัญหาด้านสุขภาพน้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้รับ ดังนั้นจึงพบว่าเด็กที่ได้รับนมแม่จะมีภาวะอ้วนน้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้รับ⁽²⁴⁾ การได้รับนมแม่จะช่วยลดการได้รับนมผสมที่มีปริมาณไขมันและโปรตีนมากกว่า เมื่อร่างกายได้รับนมผสมในปริมาณที่มากจะกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งอินซูลินมากขึ้น และมีผลให้ต้องการอาหารมากขึ้นตามไปด้วย อย่างไรก็ตามการดูดนมแม่จะทำให้ร่างกายทารกได้รับ Leptin hormone จากแม่

มากขึ้น ซึ่งฮอร์โมนนี้จะช่วยในการลดปริมาณไขมันในร่างกาย ซึ่งจะส่งผลลดภาวะไขมันลงได้ อย่างไรก็ตามมีหลายกลไกที่บ่งชี้ว่าการดื่มนมแม่ในระยะเวลายาวนานจะลดความเสี่ยงต่อภาวะอ้วนในเด็กได้เนื่องจากการดื่มนมแม่ซึ่งไม่มีสารอาหารพลังงานสูงเป็นส่วนเกินมาก จะช่วยยืดระยะเวลาและลดความต้องการอาหารจากแหล่งภายนอกหรือสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวได้ เช่น นมผสม ซึ่งเป็นนมที่มีไขมัน น้ำตาลและโปรตีนสูง ซึ่งการดื่มนมแม่จะลดพลังงานเข้าสู่ร่างกาย⁽²⁵⁾ นอกจากนั้นมียารายงานการวิจัยในประเทศบราซิลที่พบว่า ระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ยาวนานขึ้นมีแนวโน้มลดความเสี่ยงต่อภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียน เมื่อประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้เกณฑ์น้ำหนักต่อส่วนสูงมาตรฐาน แต่ไม่มีนัยสำคัญในความแตกต่าง (ร้อยละ 10.4 ต่อ 5.9)⁽²⁶⁾ ดังนั้นจากข้อสรุปที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทั่วไปพอสรุปได้ว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการและการได้รับพลังงานเกินสู่ร่างกายเด็ก ดังนั้นจึงตั้งสมมติฐานได้ว่า น่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียน

5. ลำดับที่เกิด (Birth order) มีความสำคัญต่อความใส่ใจหรือสนใจเลี้ยงดูของบิดามารดา โดยทั่วไปแล้ว บิดามารดาที่มีบุตร 1-2 คน จะมีความเป็นหนึ่งเดียวในการดูแลบุตรและมักจะตามใจและสนับสนุนความต้องการของบุตรได้อย่างเต็มที่⁽²⁷⁾ อย่างไรก็ตามในบุตรคนแรกๆ จะได้รับความใส่ใจและให้การดูแลสนับสนุนมากกว่าบุตรในลำดับถัดๆ ไป และผู้ที่เป็บุตรคนแรกมักจะมีความเชื่อมั่นในตนเองสูงมากกว่าบุตรคนอื่นๆ ในลำดับถัดไป ดังนั้นจึงพบว่า ผู้ที่เป็นบุตรคนแรกๆ จะมีภาวะอ้วนมากกว่าคนอื่นๆ ในลำดับถัดไป เช่น การพบความสัมพันธ์ในช่วงวัยรุ่นกับการเป็นบุตรคนแรก⁽²⁸⁾ เนื่องจากลำดับที่ของการเป็นบุตรมีความเกี่ยวข้องทางอ้อมดังกล่าว เพราะจะส่งผลต่อภาวะโภชนาการ โดยจะพบว่าบุตรที่เกิดในลำดับหลังๆ จะมีภาวะทุโภชนาการ โดยเฉพาะลำดับที่ 3 ขึ้นไป⁽²⁹⁾ ดังนั้นจากผลการทบทวนวรรณกรรม ลำดับที่เกิดภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนน่าจะมีความเกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียน

6. พื้นฐานการรับประทานอาหารพลังงานสูง รูปแบบการบริโภคอาหารของเด็กก่อนวัยเรียนมีผลโดยตรงต่อการได้รับอาหารสู่ร่างกายและมีผลโดยตรงต่อน้ำหนักเด็กก่อนวัยเรียน การรับประทานอาหารพลังงานสูง โดยเฉพาะพวกอาหารหวานประเภทน้ำอัดลม ขนมขบเคี้ยว ขนมหวาน มีน้ำตาลสูงล้วนส่งผลโดยตรงต่อพลังงานสู่ร่างกายที่มากในเด็กก่อนวัยเรียน จากการทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบแบบเมตา (Meta-analysis) จำนวน 30 รายงานการศึกษาพบว่า เด็กที่รับประทานอาหารประเภทดังกล่าวจะได้รับน้ำตาลฟรุกโตส (Fructose) จำนวนมาก ดังนั้นจึงได้รับพลังงานเพิ่มเติมมากขึ้นจากมื้ออาหารปกติ และเกี่ยวข้องโดยตรงกับภาวะอ้วนในเด็ก⁽³⁰⁾ นอกจากนี้การรับประทานอาหารประเภทข้าวมาก ๆ ขาเขียวเป็นขวดสำเร็จ ไข่จำนวนมาก เนื้อสัตว์ ร่วมกับการรับประทานอาหารเร็วมีผลต่อภาวะอ้วนในเด็กอายุ 3-6 ปี⁽³¹⁾ รวมทั้งการรับประทานอาหารเช้า และการรับประทานของขบเคี้ยวพวกขนมถุงสำเร็จรูป (Snack) พบว่ามีผลต่อภาวะอ้วนในเด็ก 6-7 ปี มากกว่าเด็กที่ได้รับประทานอาหารแบบนั้นในประเทศญี่ปุ่น⁽³²⁾ ส่วนรายงานการศึกษาในประเทศไทยนั้น พบว่าเด็กในสถานดูแลเด็กเล็กในกรุงเทพมหานครที่ได้รับประทานอาหารบ่อยๆ และได้รับอาหารตามความต้องการส่วนตัวของเด็กจะมีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนในเด็ก^(16,19) รวมทั้งการส่งเสริมการรับประทานอาหารประเภทผักมากขึ้น จะส่งเสริมให้ลดภาวะอ้วนในเด็กได้⁽³³⁾ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจะมีการศึกษามากมายและพบว่ารูปแบบการรับประทานอาหารพลังงานสูง รับประทานผักน้อยจะมีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนในเด็ก แต่ก็ยังขาดข้อมูลในการภาพรวมของประเทศเพื่อจะยืนยันสาเหตุในเชิงหลากหลายระดับเพื่อนำไปเป็นข้อเสนอแนะในการวางมาตรการให้เหมาะสมในโอกาสต่อไป

7. ความถี่ของมื้ออาหารต่อวัน ความถี่ในการรับประทานอาหารมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการได้รับพลังงานสูง เด็กที่มีน้ำหนักและภาวะอ้วนจะมีจำนวนมื้ออาหารต่อวันมากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักปกติ⁽³⁴⁾ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมระดับนานาชาติ (International reviews) ที่พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนในเด็กนั้น มีปัจจัยสำคัญอยู่ 2 ประการ ได้แก่ พลังงานที่เข้าสู่ร่างกาย

จากการรับประทานเข้าไป (Dietary intake) และพลังงานที่ออกจากร่างกายโดยการทำกิจกรรม เล่นหรือเคลื่อนไหวร่างกาย (Physical activity) ดังนั้นกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับพลังงานเข้าสู่ร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานเข้าไปล้วนเกี่ยวข้องกับทางบวกต่อภาวะอ้วนทั้งนั้น และพบความเกี่ยวข้องกันมากระหว่างการรับประทานอาหารกับภาวะอ้วนทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ และยิ่งเฉพาะเจาะลงไปอีกถ้ามีการบริโภคอาหารประเภทไขมันมากๆ รวมทั้งอาหารรสหวาน เครื่องดื่มรสหวาน อย่างไรก็ตามยังขาดการศึกษาอิทธิพลที่ชัดเจนระหว่างระดับของปัจจัยต่างๆ ตามโครงสร้างทางนิเวศวิทยา รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของปัจจัยต่างๆ ดังกล่าว⁽³⁵⁾ ดังนั้นความถี่ในการรับประทานอาหารของเด็กก่อนวัยเรียนน่าจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกหรือมีอิทธิพลต่อภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนในประเทศไทย

8. การรับประทานอาหารนอกบ้านร่วมกับครอบครัว ภาวะน้ำหนักของเด็กจะขึ้นอยู่กับพื้นฐานการรับประทานอาหารของครอบครัวเป็นหลัก รวมทั้งความยากง่ายในการเข้าถึงแหล่งอาหาร รวมทั้งลักษณะอาหารที่รับประทาน เช่น ประเภทไขมันสูง อาหารประเภทเนื้อสัตว์ หมู ทอด ไข่ รวมทั้งนมสำเร็จรูป ซึ่งการได้อาหารพลังงานสูงเหล่านี้จะอยู่ในรูปแบบของการรับประทานอาหาร โดยปกติแล้วรูปแบบการรับประทานอาหารมักจะถูกละเลยในการศึกษาสาเหตุของภาวะอ้วน โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับพลังงานเข้าสู่ร่างกายและการเกิดโรคในระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งภาวะอ้วนรูปแบบการรับประทานอาหาร เช่น การรับประทานอาหารนอกบ้านในร้านอาหารก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับการได้รับสารอาหารพลังงานสูง การรับประทานอาหารในร้านอาหารหรือภัตตาคารเป็นรูปแบบหนึ่งในการรับพลังงานเข้าสู่ร่างกาย โดยปกติแล้วในทุกเชื้อชาติจะมีรูปแบบการทำอาหารรับประทานเองที่บ้านและมีการรับประทานอาหารร่วมกันระหว่างสมาชิกครอบครัว แต่วิถีชีวิตสังคม เศรษฐกิจเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวไม่มีเวลาหรือโอกาสในการทำครัว ดังนั้นจึงทำให้แนวโน้มการออกไปรับประทานอาหารในร้านขายอาหารนอกบ้าน รวมทั้งร้านอาหาร

สำเร็จรูปและกัตตาการมีแนวโน้มมากขึ้น ดังนั้นจึงพบว่า ความถี่ของการรับประทานอาหารนอกบ้านจึงสัมพันธ์กับการได้รับพลังงานสู่ร่างกายมากและสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะอ้วนทั้งในเด็กและในผู้ใหญ่⁽³⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษาในเด็กที่มีครอบครัวในกลุ่มอพยพชาวลาตินอเมริกาในสหรัฐอเมริกาพบว่า การไปรับประทานอาหารกับครอบครัวบ่อยๆ โดยเฉพาะอาหารประเภทบุฟเฟ่ต์ของเด็ก 4-7 ปี มีความเสี่ยงต่อภาวะอ้วนถึง 2.8 เท่าเมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ แล้ว (95%CI=1.3-6.2)⁽³⁷⁾ สอดคล้องกับสังคมสมัยใหม่ในทุกพื้นที่ของประเทศไทยที่มีการกระจายของอุตสาหกรรมและความต้องการแรงงาน ครอบครัวส่วนใหญ่เปลี่ยนจากอาชีพเกษตรกรรมเป็นรับจ้าง ดังนั้นรูปแบบการรับประทานอาหารแบบทำครัวและรับประทานพร้อมกันจึงเปลี่ยนแปลงไป ส่วนใหญ่จะซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทาน ยิ่งกว่านั้นมีร้านอาหารราคาถูกประเภทเนื้ออย่างหมูกระทะ (เนื้อย่างเกาหลี) ราคาถูกแบบบุฟเฟ่ต์ มากขึ้นในพื้นที่ทุกแห่ง ดังนั้นเด็กเล็กจะตามผู้ปกครองไปรับประทานอาหารเหล่านี้ ดังนั้นจึงมีความเสี่ยงที่จะได้รับสารอาหารและพลังงานเกินความจำเป็นของร่างกายและเกิดภาวะโภชนาการเกินและอ้วนได้มากกว่าครอบครัวที่ไม่ไปรับประทานอาหารในลักษณะดังกล่าว

9. จำนวนเงินที่ได้รับค่าอาหารขนมต่อวัน การได้รับเงินค่าขนมต่อวันเป็นรูปแบบวิธีการได้รับพลังงานสู่ร่างกายจากการบริโภคอีกทางหนึ่ง ซึ่งเกิดขึ้นในเด็กก่อนวัยเรียน เนื่องจากเด็กวัยนี้สามารถไปซื้อหาของกินเองได้ตามร้านค้าใกล้บ้านหรือชุมชนที่อยู่อาศัยซึ่งมีร้านสะดวกซื้อหรือร้านขายของชำมีสินค้าประเภทของขบเคี้ยวบรรจุถุงสำเร็จรูป (Snack) ว่างบริการ ของขบเคี้ยวเหล่านี้ นอกจากจะมีรสหวาน มันเค็มซึ่งมีพลังงานสูง นอกนั้นยังเป็นพวกน้ำหวาน น้ำอัดลม นมและอื่นๆ มากมายดังนั้นการได้รับจำนวนเงินมากต่อวันจะทำให้เด็กมีโอกาสเข้าถึงการบริโภคอาหารพลังงานสูงเหล่านี้และส่งผลต่อภาวะอ้วนได้ จากการศึกษาในฟิลาเดลเฟีย สหรัฐอเมริกาพบว่า มารดาในครอบครัวอเมริกันให้เด็กซื้อหาอาหารประเภทนี้เมื่อเด็กหิว ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินในเด็กเล็กอเมริกัน⁽³⁸⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษาระดับรายได้

ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะอ้วนทั้งในเด็กและผู้ใหญ่จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ในประเทศบราซิล⁽³⁹⁾ ดังนั้นการได้รับค่าอาหารหรือค่าขนมต่อวันของเด็กจะส่งผลต่อภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนในประเทศไทย

10. พื้นฐานการเล่นและเคลื่อนไหวพื้นฐานการเล่นและการเล่นและการออกกำลังกาย เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้พลังงานออกจากร่างกาย (External energy expenditure) ดังนั้นการเล่นหรือเคลื่อนไหวของเด็ก จะมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักและภาวะอ้วนในเด็กหรือผู้ใหญ่ทุกเพศ ทุกวัย อย่างไรก็ตามก็เด็กก่อนวัยเรียนยังไม่สามารถที่จะออกกำลังกายอย่างเป็นแบบแผนด้วยตนเอง กิจกรรมการเล่นหรือร่างกายของเด็กจะเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้มีการใช้จ่ายพลังงานมาก ดังนั้นเด็กที่ไม่ค่อยเล่น ไม่ค่อยเคลื่อนไหว หรือทำกิจกรรมภายในบ้านจะส่งผลสำคัญต่อภาวะอ้วน เช่น การดูโทรทัศน์ เล่นคอมพิวเตอร์ โทรทัศน์มือถือ เป็นต้น พบว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะอ้วนมากกว่าเด็กที่มีกิจกรรมตรงข้าม⁽⁴⁰⁾ สอดคล้องกับข้อค้นพบจากการศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครที่พบว่า เด็กที่เล่นเกมส์ หรือดูโทรทัศน์มากกว่า 5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์จะเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกิน เกิดภาวะอ้วนมากกว่าเด็กที่ไม่ได้ประกอบกิจกรรมดังกล่าว⁽⁴¹⁾ อย่างไรก็ตามในทุกประเทศทั่วโลกจึงได้ใช้แนวทางในการเคลื่อนไหวออกกำลังกายแก่การดำเนินการเพื่อลดภาวะอ้วนทั้งในเด็กเล็ก เด็กวัยเรียนและวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นพฤติกรรมที่ไม่เคลื่อนไหว ไม่เล่น ไม่ออกกำลังกาย พฤติกรรมดูโทรทัศน์นานๆ เล่นเกมส์คอมพิวเตอร์ ล้วนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนในเด็กก่อนวัยเรียน

11. ปัจจัยด้านการป้องกันและควบคุมภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนของครอบครัว ปัจจัยด้านนี้เป็น พื้นฐานวิถีชีวิตของครอบครัว รวมทั้งความเอาใจใส่ในภาวะโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนในครอบครัวเป็นอีกปัจจัยสำคัญต่อการเกิดหรือไม่เกิดภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนเนื่องจากเด็กวัยเรียนเป็นวัยที่เริ่มเรียนรู้และปฏิบัติพฤติกรรมโดยการเลียนแบบการปฏิบัติของบุคคลในครอบครัวเป็นหลัก ดังนั้นจึงเป็นวัยที่จะปลูกฝังวิถีชีวิตทั้งการรับประทาน การเล่น เคลื่อนไหวร่างกายตาม

กิจกรรม วิถีชีวิตของสมาชิกในครอบครัวเป็นสำคัญ ดังนั้นจากรายงานวิจัยส่วนใหญ่จึงพบว่าการไม่ปฏิบัติตามวิถีชีวิตสุขภาพ (Healthy life style) ของสมาชิกในครอบครัวจะมีผลต่อภาวะอ้วนของเด็กในครอบครัว เช่น ผลการศึกษาของ ดรูกเกอร์และคณะ⁽³⁷⁾ ที่พบว่า วิถีชีวิตของมารดาที่มีความเกี่ยวข้องกับอย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมของเด็ก เช่น เด็กจะเลียนแบบและมีวิธีการรับประทานอาหาร ออกกำลังกายเคลื่อนไหวร่างกาย เช่นเดียวกับมารดา รวมทั้งการรับประทานอาหารระหว่างมือของมารดาจะมีผลทำให้เด็กรับประทานอาหารระหว่างมือเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย สอดคล้องกับข้อสรุปของ บอยล์⁽⁴²⁾ ที่สรุปว่า พื้นฐานมารดาที่ไม่ออกกำลังกาย ไม่เคลื่อนไหวร่างกาย รวมทั้งมีพฤติกรรมรับประทานอาหารพลังงานสูง จะมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วนในเด็ก รวมทั้งพฤติกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับการใส่ใจหรือส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กไม่เหมาะสมล้วนแต่จะส่งผลกระทบต่อภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนได้เช่นกัน ดังนั้นพื้นฐานวิถีชีวิตในครอบครัว ความใส่ใจในการควบคุมและนำเด็กเข้าร่วมกิจกรรมหรือวิถีชีวิตด้านการออกกำลังกาย รวมทั้งการรับประทานอาหารล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่กระทบต่อน้ำหนักเด็กทั้งนั้น ดังการศึกษาการจำกัดและควบคุมการรับประทานอาหารของเด็กจะควบคุมน้ำหนักเด็กได้ดีกว่าครอบครัวที่ไม่ใส่ใจ⁽⁴³⁾ ดังนั้นจึงควรให้ความสนใจผลของปัจจัยระดับครอบครัวเพื่อนำมาวางแผน กำหนดกิจกรรมและมาตรการต่างๆ ให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

12. ปัจจัยด้านการป้องกันและควบคุมภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนของชุมชน ศูนย์เด็กเล็กและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน การขาดมาตรการการควบคุมแหล่งอาหารของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารของเด็กและส่งผลให้พลังงานเข้าสู่ร่างกายมากเกินไปจนเกินความจำเป็นและสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานหรือเกิดภาวะอ้วนในเด็กได้⁽¹⁴⁾ นอกจากนั้นปัจจัยกระตุ้นเดือนที่สำคัญในสื่อสารมวลชนที่เผยแพร่ข่าวสารเชิญชวนให้เด็กซื้ออาหารในทางการค้าหรือการตลาด ถ้าชุมชนไม่มีการควบคุมที่ดีแล้วจะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมซื้อหาอาหารของเด็กตามการโฆษณาดังกล่าว เช่น ในเด็กเล็กเมื่อได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ขนมหรืออาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพผ่าน

สื่อสารมวลชนมีแนวโน้มที่สนใจจะซื้อและเข้าถึงอาหารเหล่านั้น ดังนั้นกว่าร้อยละ 50 ของการโฆษณาในสื่อสารมวลชนจึงเป็นประเภทอาหาร รวมทั้งขนมขบเคี้ยวประเภทแป้งและน้ำตาลสูง โดยมุ่งเป้าหมายที่เด็กอายุ 3-4 ปี⁽⁴⁴⁾ อย่างไรก็ตามการไม่ควบคุมการเข้าถึงอาหารพลังงานสูงของเด็กในชุมชนก็เป็นสาเหตุสำคัญในการแพร่กระจายแหล่งอาหารเหล่านี้สู่ชุมชนและเด็กเล็กในชุมชนมีโอกาสเข้าถึงได้ง่าย⁽²⁴⁾ ส่วนมาตรการอื่นๆ ที่เป็นบทบาทของชุมชนได้แก่ การส่งเสริมสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการสนับสนุนให้มีนโยบายเคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกายในชุมชน ในศูนย์ดูแลเด็กหรือในครอบครัว เนื่องจากในเด็กวัยเรียนการดูโทรทัศน์ เล่นเกมส์ หรือเล่นคอมพิวเตอร์ เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อภาวะอ้วนในเด็ก โดยเฉพาะในเด็กเล็ก⁽⁴⁵⁾ ถ้าในชุมชนมีการส่งเสริมมีนโยบายสนับสนุนให้ครอบครัว การควบคุมร้านเกมส์ จัดให้เด็กเล็กมีสถานที่วิ่งเล่น หรือทำกิจกรรมกลางแจ้ง มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ก็จะส่งผลให้เด็กได้ใช้พลังงานและจะควบคุมภาวะน้ำหนักเกินได้

สรุปประเด็นและเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องหรือทำนายภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนนั้นล้วนมาจากสาเหตุที่หลากหลายและเกี่ยวข้องทั้งปัจจัยเฉพาะบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัวและปัจจัยด้านสังคมและชุมชน ผลการวิเคราะห์ผลงานเดิมอย่างเป็นระบบพอจะสรุปสาเหตุเป็นหมวดหมู่ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคมของเด็กก่อนวัยเรียน ได้แก่ เด็กเพศหญิงจะมีความชุกของภาวะอ้วนมากกว่าเพศชาย ปัจจัยด้านกรรมพันธุ์ที่ภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนจะมีความชุกมากในครอบครัวที่มีบิดา มารดาหรือเครือญาติมีภาวะอ้วน ปัจจัยด้านน้ำหนักแรกเกิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียน ระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่พบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกับภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียน ลำดับที่การเกิดพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียน รูปแบบการรับประทานอาหารพลังงานสูง เช่น ขนมขบเคี้ยว แป้งและน้ำตาล จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียน ความถี่ของมื้ออาหาร ครอบคลุมนมถั่วในการรับประทานอาหารนอกบ้านร่วมกับครอบครัว จำนวนเงิน

ค่าอาหารที่ได้รับต่อวันและรูปแบบการเล่นและเคลื่อนไหวร่างกาย เด็กที่เล่น โคลด โฟน และมีพื้นที่กลางแจ้งจะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนรวมทั้งปัจจัยด้านความสนใจของสมาชิกในครอบครัวที่จะใส่ใจ ติดตามและสนับสนุนการควบคุมการรับประทานอาหารและส่งเสริมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายในเด็กในปกครองเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนและปัจจัยด้านนโยบายของชุมชนหรือผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในชุมชน ถ้ามีนโยบายที่ชัดเจนก็จะสนับสนุนให้เด็กในชุมชนลดภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกินลง ดังนั้นในการส่งเสริมเพื่อป้องกันและควบคุมภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกินในเด็กก่อนวัยเรียน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะต้องสนับสนุนและดำเนินการแก้ไขปัญหามาให้ตรงตามสาเหตุ จึงจะสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเพื่อมุ่งสู่การจัดการภาวะอ้วนในเด็กให้มีประสิทธิภาพและเป็นระบบ เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องอย่างแท้จริง ซึ่งจะก่อให้เกิดการควบคุมและลดปัญหาภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประเทศในระยะยาวต่อไป

การอภิปรายผล

ภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนนั้น สร้างผลกระทบต่อระยะยาวต่อคุณภาพชีวิตทั้งตัวบุคคลและการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยในระยะยาว ซึ่งผลของภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนจะส่งผลต่อเนื่องต่อภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนในระยะช่วงวัยต่อไป เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการไปสู่ความเสี่ยงในช่วงวัยต่อไปและมีแนวโน้มจะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพทางกาย จิต การอยู่ร่วมในสังคมและคุณภาพชีวิตในระยะยาวและในทางอ้อมจะกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในระยะยาว ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพัฒนาการและการจัดการปัญหาในเด็ก ก่อนวัยเรียนควรให้ความสำคัญใน ประสานงาน ผลักดันและมีส่วนร่วมในการจัดการภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนอย่างครอบคลุมและครบถ้วน สอดคล้องกับต้นเหตุของปัญหา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักเกิน ภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนครอบคลุมปัจจัยทั้ง 3 ระดับได้แก่ ปัจจัยส่วน

บุคคล ได้แก่ เพศหญิง ปัจจัยด้านกรรมพันธุ์ น้ำหนักแรกเกิด ระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ลำดับที่เกิด รูปแบบการรับประทานอาหารพลังงานสูง ความถี่ในการรับประทานอาหารนอกบ้านร่วมกับครอบครัว จำนวนเงินค่าอาหารที่ได้รับต่อวันและรูปแบบการเล่นและเคลื่อนไหวร่างกาย ปัจจัยระดับครอบครัว ได้แก่ ความสนใจของสมาชิกในครอบครัวที่จะใส่ใจ ติดตามและสนับสนุนการควบคุมการรับประทานอาหารและส่งเสริมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายในเด็กในปกครองเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนและปัจจัยด้านนโยบายของชุมชนหรือผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในชุมชนที่มีบทบาทในการสนับสนุนปัจจัยเอื้อ เช่น กำหนดนโยบาย สนับสนุนงบประมาณ กำลังคนเพื่อให้เกิดผลกระทัดรัดดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมทั้งระดับบุคคลและระดับชุมชน การจัดการภาวะอ้วนในรูปแบบนี้จะสามารถลดภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกินในระยะก่อนวัยเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นจริง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนซึ่งเป็นผลจากการทบทวนครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์เพื่อป้องกันและแก้ปัญหาเด็กอ้วนในต่างประเทศที่พบว่า สาเหตุของภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนในเด็ก โดยเฉพาะเด็กก่อนวัยเรียนงานวิจัยส่วนใหญ่เน้นไปที่ความผิดปกติที่ตัวเด็กเอง เช่น พันธุกรรม พัฒนาการขณะทารกอยู่ในครรภ์ รวมทั้งภาวะอ้วนในหญิงตั้งครรภ์ สถานะภาพของมารดา ดัชนีมวลกายหญิงตั้งครรภ์ พฤติกรรมการรับประทานอาหารในระยะตั้งครรภ์ รูปแบบการรับประทานอาหารและการเล่นที่ต้องใช้แรงและไม่อยู่นิ่งๆ ของเด็ก⁽⁴⁶⁾ สาเหตุเหล่านี้ยังสอดคล้องกับผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะอ้วนในเด็ก โดยใช้ชุมชนและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมและปฏิบัติการในระยะเวลา 3 เดือน ผลการวิจัยพบว่า การจัดการปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนในเด็กผ่านการจัดการปัจจัยระดับบุคคลโดยครอบครัวและมีชุมชนสนับสนุนทำให้ปัจจัยตั้งแต่ระดับบุคคลจนถึงชุมชนได้รับการปรับปรุงและส่งผลในระยะ 3 ปี มีผลทำให้จำนวนเด็กที่มีน้ำหนักเกินในชุมชนนั้นลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽⁴⁷⁾ สอดคล้องกับผลการวิจัยในรัฐเท็กซัส ประเทศสหรัฐอเมริกาที่จัดทำกิจกรรมลดความอ้วนในเด็กผ่านกิจกรรมและการมีส่วนร่วมในหลากหลายระดับ ตั้งแต่ ในศูนย์เด็กเล็กในชุมชน ครอบครัว

และศูนย์สุขภาพในชุมชน โดยมีเป้าหมายลดภาวะอ้วนใน
 โกลงผ่านการปัจจัยที่ได้จากการวิเคราะห์แบบมีส่วนร่วมใน
 ชุมชน ซึ่งพบว่าสามารถจัดการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลง
 ปัจจัยในหลากหลายระดับ ซึ่งทำให้มีประสิทธิภาพและ
 ประสิทธิภาพมากกว่า⁽⁴⁸⁾ ดังนั้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้
 จากการทบทวนวรรณกรรมและการรวบรวม วิเคราะห์
 สังเคราะห์เกี่ยวข้องกับสาเหตุของภาวะอ้วนในเด็ก โดยเฉพาะ
 เด็กก่อนวัยเรียนพบว่า มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลากหลาย
 ระดับ (Multilevel causal relationship) สอดคล้องกับการ
 ทบทวนในต่างประเทศ ดังนั้นการจัดการภาวะอ้วนในเด็ก
 ก่อนวัยเรียน พยาบาลเด็กและวัยรุ่นและบุคลากรสุขภาพอื่น
 จะต้องเข้ามาเป็นผู้ประสานงานและสนับสนุนให้เกิด
 กระบวนการขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ บทบาทนอกจากการ
 วิเคราะห์ วางแผนและออกแบบกิจกรรมหรือโครงการนั้นให้
 เกิดความตรงและสอดคล้องกับสาเหตุของภาวะอ้วน การ
 ดำเนินการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงสาเหตุในหลากหลายระดับ
 ต่างๆ นั้นจะต้องดำเนินการไปพร้อมๆ กันภายใต้ยุทธศาสตร์
 ที่ชัดเจน มีงบประมาณและทรัพยากรสนับสนุนอย่างเพียงพอ
 รวมทั้งการมีส่วนร่วมของสมาชิกและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใน
 ชุมชน ซึ่งจะก่อให้เกิดการดำเนิน โครงการอย่างเป็นระบบ
 ผู้เกี่ยวข้องจะมีส่วนได้ส่วนเสียที่ได้ร่วมเรียนรู้ผ่านการมีส่วน
 ร่วมในการดำเนินโครงการ ดังนั้นโครงการหรือกิจกรรมที่
 จะจัดการปัญหาส่วนบุคคลในเด็กก่อนวัยเรียนควรมีความ
 ชัดเจนดังตัวอย่างต่อไปนี้ เช่น โครงการปรับเปลี่ยนและ
 ปลูกฝังนิสัยให้แก่เด็ก เช่น นิสัยการรับประทานอาหาร
 ประเภทผัก แป้งน้อย หลีกเลี่ยงและปฏิเสธอาหารขยะ เป็นต้น
 การส่งเสริมและปลูกฝังนิสัยการเล่นแบบใช้แรง การ
 เปลี่ยนแปลงรูปแบบการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย
 ในคนไทย ซึ่งฐานในการจัดกิจกรรมจะอยู่ในครอบครัวซึ่ง
 สมาชิกชุมชนและครอบครัวจะต้องมีส่วนร่วมและสนับสนุน
 ให้สามารถดำเนินการได้อย่างครอบคลุม เหมาะสมและมี
 ประสิทธิภาพ ทั้งนี้ในการวางแผนงานและโครงการอาจมีความ
 ซับซ้อนครอบคลุมการจัดการปัจจัยต่างๆ ดังที่กล่าวมา
 ครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุง ที่หลากหลาย ยาก
 ง่ายและสนับสนุนงบประมาณการจัดการแตกต่างกันไป
 อย่างไรก็ตาม การผลักดันและขับเคลื่อนให้ตรงตามสาเหตุที่
 ซับซ้อนในหลากหลายระดับดังกล่าวมีความจำเป็นและจะต้อง

ดำเนินการไปพร้อมๆ กันและให้เกิดความสอดคล้องกันจะ
 สามารถเพิ่มโอกาสสำเร็จในการลดภาวะอ้วนในเด็กแรกเกิด
 มากกว่าการทำโครงการหรือกิจกรรมแก้ปัญหาตามสาเหตุใน
 ระดับเดียวหรือโดยองค์กรเดียว หลีกเลี่ยงการทำงานลักษณะ
 ต่างคนต่างทำซึ่งยากที่จะประสบความสำเร็จได้⁽⁴⁹⁾ ดังนั้น
 พยาบาลเด็กและบุคลากรสุขภาพอื่นๆ ควรแสดงบทบาท
 สนับสนุนและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตเด็กและวัยรุ่น โดยเป็น
 แกนกลางประสานงานและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของ
 ครอบครัว ครอบครัว ชุมชนและเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
 ในชุมชนได้ร่วมกันวิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการและ
 ประเมินผล พร้อมทั้งสะท้อนข้อมูลให้เกิดความสมบูรณ์
 ครบถ้วนและครอบคลุมสาเหตุทุกระดับดังกล่าว การจัดการ
 ปัญหาภาวะอ้วนในเด็กก็จะมีหนทางสำเร็จเป็นรูปธรรมและ
 ประเมินความคุ้มค่าได้

ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วน
 ในเด็กก่อนวัยเรียนนั้นหลากหลายตั้งแต่ปัจจัยระดับบุคคล
 ปัจจัยด้านครอบครัวและปัจจัยด้าน สิ่งแวดล้อม ชุมชนและ
 สังคม ผลการวิเคราะห์สรุปสาเหตุเป็นหมวดหมู่ได้แก่ ปัจจัย
 ด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม เช่น เพศหญิง กรรมพันธุ์
 น้ำหนักแรกเกิด ระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนม ลำดับที่การ
 เกิด รูปแบบการรับประทานอาหารพลังงานสูง ความถี่ในการ
 รับประทานอาหารนอกบ้าน จำนวนเงินค่าอาหาร การมีพื้นที่
 กลางแจ้ง ปัจจัยด้านความสนใจของสมาชิกในครอบครัวเพื่อ
 ส่งเสริมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายของเด็กก่อนวัยเรียน
 ดังนั้นถ้ามีนโยบายที่ชัดเจนก็จะสนับสนุนให้เด็กในชุมชนลด
 ภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกินลงอย่างได้ผล ดังนั้นผู้มีส่วนได้
 ส่วนเสียจะต้องร่วมดำเนินการหลายกลยุทธ์ที่ซับซ้อนกันอยู่
 ในลักษณะ โปรแกรม โครงการหรือกิจกรรมในหลายระดับไป
 พร้อมกัน รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ
 ชุมชนเพื่อมุ่งสู่การจัดการภาวะอ้วนในเด็กให้มีประสิทธิภาพ
 และเป็นระบบ เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องอย่าง
 แท้จริง ซึ่งจะก่อให้เกิดการควบคุมและลดปัญหาภาวะอ้วนใน
 เด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ซึ่งจะส่งผลให้
 เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประเทศในระยะยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้

1. พยาบาลเด็กและบุคลากรสุขภาพอื่นๆ ควรนำปัจจัยเหล่านี้ไปวางแผนออกแบบโครงการและการวิจัยเชิงวิเคราะห์ในระยะยาว รวมทั้งขยายสู่ประชากรในพื้นที่ที่กว้างขวางขึ้น ผลที่ได้จะนำไปสู่การออกแบบวิจัยขั้นต่อไปเพื่อส่งเสริมการจัดการภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืนได้

2. พยาบาลเด็กและบุคลากรสุขภาพ รวมทั้งนักวิจัย นักพัฒนาสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนควรนำข้อค้นพบไปวางแผนเพื่อลดหรือป้องกันหรือประเมินผลโครงการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะอ้วนในเด็กก่อนวัยเรียนผ่านการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ไปด้วยกันของผู้ปฏิบัติงาน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ก็จะสามารเพิ่มประสิทธิภาพระบบการป้องกันและจัดการปัญหาภาวะอ้วนใน

เด็กก่อนวัยเรียนได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพในระยะยาวและยั่งยืนได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ที่ได้มีนโยบายสนับสนุนโครงการ ทบทวนวรรณกรรมนี้สอดคล้องกับความต้องการของสาขาวิชา และบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลเด็กและวัยรุ่นเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวิจัยและต่อยอดโครงการเพื่อดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการ สังคมและประเทศชาติในระยะยาว ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงาน ตลอดจนครอบครัวของผู้เขียนทุกท่านที่ทำให้กำลังใจและสนับสนุนตลอดระยะเวลาดำเนินการ

เอกสารอ้างอิง

1. Lobstein T , Baur L , Uauy R : IASO International Obesity, & TaskForce. Obesity in children and young people: a crisis in public health. Obesity Reviews, 5(Supp.1),2004: 4–104.
2. Ogden, C. & Carroll, M. Prevalence of obesity among children and adolescents: United States, Trends 1963-1965 through 2007-2008.2010. Retrieved from http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/obesity_child_07_08/obesity_child_07_08.pdf
3. Daniels, S. R. The consequences of childhood overweight and obesity. The Future of Children, 16(1), 2006: 47–67.
4. Drohan, S. H. Managing early childhood obesity in the primary care setting: A behavior modification approach. Pediatric Nursing, 28(8), 2002: 599–609.
5. Adair, L.S. Child and adolescent obesity: Epidemiology and developmental perspectives. Physiology & Behavior, (94), 2008: 8–16.
6. กระทรวงสาธารณสุข, สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและการดูแลรักษาโรคอ้วน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมเกษตรกรรมแห่งประเทศไทย, 2553.
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Basics about childhood obesity. 2011. Retrieved from <http://www.cdc.gov/obesity/childhood/basics.html>
8. วิจัย เอกพลากร. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552. กรุงเทพมหานคร: สสท, 2553.
9. Barlow, E.S. et al. Treatment of child and adolescent obesity: Report from Pediatricians, pediatric Nurse practitioners and registered dietitians. Pediatrics, (106), 2002: 1380–1386.
10. Fitzgibbon, M.L. et al. Two-years follow-up results for Hip-Hop to health JR: A randomized controlled Trial for overweight prevention in Pre-school Minority children. The Journal of Pediatrics, (146), 2004: 618–625.
11. Anderson, K., Joconsen, J.S., Heitjan, D.F., Zivin, J.G., Herstman, D. & et al. Cost effectiveness of preventive strategies for women with BRCA1 or BRCA2 mutation. Annals of International Medicine, 144(6), 2006: 397–406.
12. Hoo, M.B., Gercer, W.J.M., Kester, A.D. & Westerterp, K.P. Physical activity levels in children and adolescents. International Journal of Obesity, (27), 2003: 605–609.
13. Whitaker, R.C. The relation of childhood adiposity to parent body mass index and eating behavior. Obesity Research, 8(3),2000: 234–236.
14. Campbell, K. & Crawford, D. Family food environments as determinants of preschool-age children,s eating behaviors: Implication for obesity prevention policy. Australian Journal of Nutrition and Diabetes, 58(1),2001: 19–29.

15. Moreno, L.A. et al. Micro-environment and socio-demographic determinant of childhood obesity. *Internal Journal of Obesity*, (28), 2004: 516–520.
16. Pannee Un-Em. Factors affecting obesity among preschool children in nonthaburi, thailand (The master thesis in Master of Science (Public health nursing). Graduate School, Mahidol University, 2007.
18. Lin, B.H., Husang, C.L. & French, C. Factors associated with womw=en,s and child,s body mass indices by income status. *Internation Journal of Obesity*, (28), 2004: 236–8.
19. สุดา สุขเจริญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนในเด็กอนุบาลในโรงเรียนเอกชนเขต 1. *วารสารสำนักงานควบคุมโรคที่ 1*, 9(2), 2548: 103–110.
20. Hitze B, Bosy-Westphal A, Plachta-Danielzik S, et al. Long-term effects of rapid weight gain in children, adolescents and young adults with appropriate birth weight for gestational age: the Kiel Obesity Prevention Study. *Acta Paediatrica*, (99), 2010: 256–296.
21. สว่างจิต คูหิรัญญรัตน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน (1-5 ปี) ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาชีวสถิติ). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
22. Parsons TJ, Power C, Logan S, Summerbell, CD. Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord*, (8),1999: S1–107.
23. Labayen, I., Moreno, L.A., Ruiz, J.R., González-Gross, M. et al. Small Birth Weight and Later Body Composition and Fat Distribution in Adolescents. *Obesity*, 16(7),2008: 1680–6.
24. 46.Nicols, M.R. & Livingston, D. Preventing pediatric Obesity: Assessment and management Care setting. *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*, 14(2),2002: 56–65.
25. Battistini, N.C., Malavolti, M., Poli, M. & Pietrobelli, A. Growth: Healthy status and active food model in pediatrics. *International Journal of Obesity*, (29), 2005: s14–s18.
26. Araujo, C.L., Vitoria, C.G., Hallal, P.C., & Gigante, D.P. Breastfeeding and overweight in children: evident from the Pelotas 1993 birth cohort study. *International Journal of Obesity*, (30), 2006: 500–506.
27. Bukatko, D. & Daehler, M.W. *Child development: A thematic approach* (2nd ed.). Boston: Houghton Mufflin, 1995.
28. Stettler, N. et al. Early risk factor for increased adiposity: a cohort study of American African subjects followed from birth to young adulthood. *American Journal of Clinical Nutrition*, 75(2),2000: 378–392.
29. วันเพ็ญ รัศมิโสภาน. การวิเคราะห์พหุระดับของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการในเด็ก 0-48 เดือน จังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดศรีสะเกษ (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาชีวสถิติ). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
30. Malik, V.S., Schukze, M.B., & Hu, F.B. Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic reviews. *American Journal of Nutrition*, (84),2006: 274–288.
31. Sugimori, H. et al. Analysis of fctor that influence body mass index from age 3-6 years: A study based on the Toyama cohort study. *Pediatric International*, 46(3), 2004: 302–309.
32. Sekine, M. et al. A dose-responde relationship between short sleeping hours and childhood obesity : results of the Toyama Birth Cohort study. *Health Development*, 28(2), 2001: 163–167.
33. Sherry, B. Food behaviors and other strategies to prevent and trat pedriatric overweight. *Internal Journal of Obesity*, (29),2005: 116–126.
34. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. โรคอ้วนในเด็ก. กรุงเทพมหานคร: เอกสารเผยแพร่, 2547.
35. Newby, P.K. Are dietary intakes and eating behaviors related to childhood obesity? A comprehensive review of the evidence. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 3(1), 2007: 35–60.
36. Jefery, R.W. & French, S.A. Epidemiology in The United state: Are fast foods and television viewing contritubuteing? *American Journal of Public Health*, (88), 1998: 277–280.
37. Drucker, R.R., Hammer, L.D., Agras, W.S. et al. Can mothers influence their child,s eating behaviors? *Journal Development Behavior Pediatrics*, 20(2),1999: 88–92.
38. Black, C.E., Fisher, J.O., Ganter, C., Youngine, N., Orloski, A. et al. A qualitative study of parents’ perceptions and use of portion size strategies for preschool children’s snacks. *Appetite*, (13),2014: 18–22.

39. Gigante, D.P., Victoria, C.G., Matijasevich, A., Horta, B.L. & Barros, F.C. Association of family income with BMI from childhood to adult life: a birth cohort study. *Public Health Nutrition*, 16(2), 2013: 233–239.
40. Thongbai, W., Fongkaew, W., Kennedy, C.M., & Aree, R. Risk factors contributing to overweight among preschool children. *Pacific Rim International Journal Nursing Science*, 15(1), 2011: 13–27.
41. ปฏิมา พรพจมาน. อิทธิพลการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดาต่อการเกิดโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาโภชนาการ). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546.
42. Boyle, M.A. *Community Nutrition in action an Entrepreneurial Approach* (3rd ed.). CA.: Wadsworth Thompson Learning, 2003.
43. 30.Hennessy, E., Hughes, S.O., Goldberg, J.P., et al. Parent behavior and child weight status among a diverse group of underserved rural families. *Appetite*, (54), 2010: 369–377.
44. Sothorn, M.S. Obesity Prevention in Children: Physical activity and Nutrition. *Nutrition*, (20), 2004: 704–705.
45. Denison, B.A., Erb, T.A. & Jenkins, P.L. Television viewing and television in bedroom association with overweight risk among low income preschool children. *Pediatrics*, 109(6), 2002: 1028–1035.
46. Katzmarzyk, P., Barlow, S., Bouchard, C., Catalano, P., Hsia, D., Inge, T. Yanovski, J. An evolving scientific basis for the prevention and treatment of pediatric obesity. *International Journal of Obesity* (2005), 38(7),2014: 887–905. <https://doi.org/10.1038/ijo.2014.49>
47. Po'e, E. K., Heerman, W. J., Mistry, R. S., & Barkin, S. L. Growing Right Onto Wellness (GROW): A Family-Centered, Community-Based Obesity Prevention Randomized Controlled Trial for Preschool Child-Parent Pairs. *Contemporary Clinical Trials*, 36(2). 2013 <https://doi.org/10.1016/j.cct.2013.08.013>
48. Hoelscher, D. M., Butte, N. F., Barlow, S., Vandewater, E. A., Sharma, S. V., Huang, T., Kelder, S. H. Incorporating Primary and Secondary Prevention Approaches To Address Childhood Obesity Prevention and Treatment in a Low-Income, Ethnically Diverse Population: Study Design and Demographic Data from the Texas Childhood Obesity Research Demonstration (TX CORD) Study. *Childhood Obesity*, 11(1), 2015. 71–91. <https://doi.org/10.1089/chi.2014.0084>
49. Radnitz, C., Loeb, K. L., DiMatteo, J., Keller, K. L., Zucker, N., & Schwartz, M. B. Optimal Defaults in the Prevention of Pediatric Obesity: From Platform to Practice. *Journal of Food & Nutritional Disorders*, 2(5), 2013. 1. <https://doi.org/10.4172/2324-9323.1000124>

ประสิทธิผลการใช้สิ่งประดิษฐ์รางหินแม่น้ำฝักเดินต่อระยะเวลาทดสอบการทรงตัวของผู้สูงอายุติดบ้านใน
จังหวัดอุบลราชธานี

The Effectiveness of Utilization of River Mable math product for Walk training on Time's Balance
Testing of Home Bounce Elders in Ubonratchathani Province

ธงชัย อามาตย์บัณฑิต¹

Thongchai Armatpundit¹

บทคัดย่อ

การวิจัยทดลองเชิงสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุมและติดตามตามช่วงเวลาเพื่อศึกษาผลการใช้สิ่งประดิษฐ์รางหินแม่น้ำฝักเดินต่อระยะเวลาการทรงตัวในผู้สูงอายุติดบ้านในจังหวัดอุบลราชธานีและเปรียบเทียบทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะตนเองและความพึงพอใจต่อการเดินเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้วิจัยพัฒนาอุปกรณ์สิ่งประดิษฐ์รางหินแม่น้ำฝักเดิน สุ่มตัวอย่างอิสระเข้ากลุ่มๆ ละ 50 คน กลุ่มทดลองได้รับการฝึกเดินด้วยอุปกรณ์ประดิษฐ์ครั้งละ 30 นาทีต่อวัน สัปดาห์ละ 3 วัน และกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการฝึกเดินจากอุปกรณ์ดังกล่าว ดำเนินการในเดือนพฤศจิกายน 2559-31 มกราคม 2560 รวม 3 เดือน ประเมินระยะเวลาจากการทดสอบทรงตัว ทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะตนเองและความพึงพอใจต่อการออกกำลังกายและเคลื่อนไหวร่างกาย เก็บข้อมูลด้วยการทดสอบเดินและแบบสอบถาม พรรณนาข้อมูลเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบความแตกต่างด้วยการทดสอบที ความแปรปรวนร่วม พร้อมช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 73.1 ปี (SD=4.1) และ 70.9 ปี (SD=6.1) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 74.5 และ 62.7 สถานภาพสมรสร้อยละ 47.1 และร้อยละ 56.9 ทำงานหนักจนเหงื่อออกทุกวันร้อยละ 60.8 และ 58.8 ไม่มีข้อมูลเพียงพอรอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มก่อนการทดลอง ในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน เวลาการเดินทดสอบลดลงเฉลี่ย 4.3 วินาทีและ 4.7 วินาทีในระยะ 2 เดือนต่อมาแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะตนเองและความพึงพอใจเพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลองและแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ สรุปได้ว่าการฝึกเดินด้วยอุปกรณ์มีผลต่อการลดระยะเวลาในการเดินเพื่อทดสอบการทรงตัวเพิ่มทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะตนเองและความพึงพอใจต่อการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายได้ ดังนั้นผู้ที่มีบทบาทควรนำอุปกรณ์นี้ไปขยายผลและปรับใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ป่วยหรืออื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ: การฝึกเดิน/ การทรงตัว

Abstract

The randomized control trial and followed over time for studying the effects of walking on river marble math product on time walking in balance test of home bounce elderly in Ubon Ratchathani province and compared attitude, self-efficacy and self-satisfaction to a body movement. Researchers developed inventions as a river marble math product for walking. 50 samples were selected into experimental and control group. Experimental group was trained to walk for 30 minutes a day, three days a week and control group not received in between November 2015-31 January 2016, including three-month assessment for walking time of stability testing, attitudes, self-efficacy and satisfaction on physical movement. Data analysis was used number, percentage, mean and standard deviation and test the difference variables by t-test, independent t-test, ANCOVA with 95% confidence interval at significance level of 0.05.

Results of the study group and the control group were mean age 73.1 years (SD = 4.1) and 70.9 years (SD = 6.1), mainly female were 74.5 % and 62.7%, marital status were 47.1% and 56.9 %, daily work hard 60.8% and 58.8%. There was not enough data to identify differences between groups before the experiment. In the latter trial, one month at the walk test, an average reduction of 4.3 seconds and 4.7 seconds in the two months following and differences from the control group, a significant differenced on attitude, self-efficacy and satisfaction between groups and increasingly in the experimental group in follow up periods. In conclusion, the walking training device is effective in reducing the duration of the walk up on the test of balance, attitude, self-efficacy, and satisfaction to movement and exercise. Thus, persons who have the role should be expanded and upgraded equipment to use for promoting healthy aging and chronically other ill patients to be better.

Keywords: Walking training/ body balance

¹ อาจารย์สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

บทนำ

จากกระแสพระราชดำริสในองค์พระบาทสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถเมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2546 ทรงรับสั่งว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มากด้วยความสามารถและประสบการณ์ เปรียบดุจคลังสมอง เป็นกำลังสำคัญที่สามารถทำประโยชน์ให้แก่ชาติบ้านเมืองได้⁽¹⁾ ด้วยทรงทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุจึงทรงรับสั่งให้คนไทยตระหนักและเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุและเตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้ สอดคล้องกับสถานการณ์เปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากร ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากร้อยละ 13.2 ของประชากรทั้งหมดจะกลายเป็นร้อยละ 32.1 ในปี พ.ศ. 2583 โดยสังคมไทยจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งประเทศไทยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึง 1 ใน 4 ของประเทศหรือคิดเป็นจำนวนกว่า 12.6 ล้านคน⁽²⁾ ผู้สูงอายุเป็นวัยเสื่อมถอยของร่างกายและเกิดผลผลิตด้านต่างๆ ในระดับต่ำและมีภาวะพึ่งพิงทางสังคมในระยะยาวจากการสำรวจผู้สูงอายุไทยกว่าร้อยละ 50.0 ประเมินตนเองว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดีหรือเกือบดี ในกลุ่มที่บอกว่าตนเองมีสุขภาพดีมีปัญหาทางสาขาร้อยละ 47.4 และเพิ่มมากขึ้นสอดคล้องกับอายุที่มากขึ้น ด้านร่างกายในระหว่างปี พ.ศ.2550-2554 ผู้สูงอายุมีอัตราหกล้มร้อยละ 8.6-10.3 ในผู้ที่ หกล้มมีคุณภาพชีวิตตามดัชนีชี้วัดความสุขในระดับดีเพียงร้อยละ 7.0 เท่านั้น⁽²⁾ สอดคล้องกับผลการสำรวจในปี พ.ศ.2543 จากผู้สูงอายุ 1,565 รายในเขตกรุงเทพมหานครพบว่า ผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์เวียนศีรษะ วิงเวียน สูญเสียการทรงตัวในรอบหกเดือนที่ผ่านมาถึงร้อยละ 40.0 และเกี่ยวข้องกับการหกล้มร้อยละ 56.4 กว่า 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุสูญเสียชีวิตจากการหกล้ม⁽³⁾ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศออสเตรเลียที่พบว่าผู้สูงอายุหกล้มร้อยละ 30 และนำไปสู่การบาดเจ็บร้อยละ 10 และผู้ที่เคยหกล้มกว่าร้อยละ 80 จะรุนแรงและต้องนอนโรงพยาบาล⁽⁴⁾ ผู้สูงอายุมักจะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ และก่อให้เกิดความเสี่ยงสูง ต่อการหกล้มโดย 3 ใน 4 ของผู้สูงอายุไทย

ป่วยด้วยโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรคร้อยละ 31.7 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 13.3 เป็นโรคเบาหวานและร้อยละ 7.0 เป็นโรคหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขด้วยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกายครั้งที่ 4 (พ.ศ.2551-2552) พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีภาวะอ้วนลงพุงและเมตาบอลิซึมผิดปกติ ถึง 1 ใน 3 และมีภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูงถึง 1 ใน 4 และในจำนวนนี้ร้อยละ 15.0 ป่วยเป็น โรคเบาหวาน⁽⁵⁾ จากสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุไทยดังกล่าว การหกล้มเป็นความเสี่ยงสำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและพึ่งพิงในระยะยาว ดังนั้นถ้าสามารถส่งเสริมการทรงตัวในผู้สูงอายุได้ก็จะลดปัญหาลงได้

จากการทบทวนวรรณกรรมได้ข้อสรุปว่า การส่งเสริมการทรงตัวในผู้สูงอายุนั้นสามารถทำได้หลากหลายวิธี เช่น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายสม่ำเสมอ ต่อเนื่องยาวนานมากกว่า 6 เดือน สามารถป้องกันการหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในโปรแกรมที่มีเป้าหมายเฉพาะและมีการผสมผสานหลายระดับ⁽⁶⁾ ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำทรงตัวดีกว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกายประจำและอัตราการหกล้มในระยะ 6 เดือนต่อมาน้อยกว่าผู้ไม่ออกกำลังกายประจำ 2 เท่า⁽⁷⁾ สอดคล้องกับการวิจัยด้านการเคลื่อนไหวในรูปแบบต่างๆ ส่วนส่งผลกระทบต่อความแข็งแรงกล้ามเนื้อ และการทรงตัวที่ดีของผู้สูงอายุ เช่น การเคลื่อนไหวแบบได้นิ่ง⁽⁸⁾ เป็นต้น ทั้งนี้การเคลื่อนไหวร่างกาย โดยเฉพาะส่วนลำตัวและต้นขาจะเพิ่มความแข็งแรงและสมรรถนะการทรงตัวเกิดการทำงานประสานงานกันของอวัยวะต่างๆ อย่างสมดุล เช่น อวัยวะควบคุมการทรงตัวที่หูชั้นในจะทำงานร่วมและสัมพันธ์กับระบบควบคุมการมองเห็นและประสาทสัมผัสทางร่างกาย โดยระบบเหล่านี้จะส่งสัญญาณการรับรู้ไปสมอง เพื่อให้ทราบว่าร่างกายอยู่ในตำแหน่งใดและควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อต่างๆ ทำให้ร่างกายทรงตัวได้เป็นปกติ ยิ่งกว่านั้นการออกกำลังกายจะลดความเสี่ยงของระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อจะทำให้ความหนาแน่นและยืดหยุ่นมากขึ้น จะลดความเสี่ยงได้ และสามารถป้องกันการหกล้มในภาพรวมได้⁽⁹⁾ ดังนั้นถ้าสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวร่างกายที่ง่าย สะดวก

สอดคล้องกับวิถีชีวิต ชีวิตประจำวัน ความเชื่อ บริบท ครอบครัวและสังคม จะเกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นวิถีชีวิตน่าจะสามารรถเพิ่มสมรรถนะในการทรงตัวและป้องกันการหกล้มในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตามการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มการทรงตัวและป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุมีความหลากหลายและผลการทดลองส่วนใหญ่บ่งชี้ว่าได้ผลดีในระยะสั้น สามารถเพิ่มการทรงตัวสมรรถนะทางกาย แต่ขาดความชัดเจนในการติดตามผลต่ออุบัติการณ์ หกล้มในผู้สูงอายุรวมทั้ง ความต่อเนื่องยาวนานเกิน 6 เดือนขึ้นไป ตัวอย่างเช่น โปรแกรมหัวใจสร้างความตระหนักและส่งเสริมความสามารถ ร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการหกล้ม⁽¹¹⁾ การออกกำลังกายและเน้นเทคนิคเฉพาะเช่น การนวดแบบกดจุดบริเวณฝ่าเท้า⁽¹²⁾ และการเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองต่อการออกกำลังกาย⁽¹³⁾ และได้ผลดีในการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัด เช่น ผู้ป่วยข้ออักเสบเรื้อรัง⁽¹⁴⁾

จังหวัดอุบลราชธานี เป็น จังหวัด ใน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง มีสัดส่วนประชากรสูงอายุสูงเป็นอันดับ 18 ของประเทศ⁽²⁾ ในปี พ.ศ.2559 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 215,010 คน(ร้อยละ 14.1) หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด ในจำนวนนี้เป็นกลุ่มติดบ้านจำนวน 14,480 คน ซึ่งส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดมีภาวะพึ่งพิง⁽¹⁵⁾ ส่วนผลกระทบและอุบัติการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานีพบว่าอุบัติการณ์หกล้มในผู้สูงอายุยังมีสัดส่วนระดับสูงเหมือนสถานการณ์ของประเทศ จากข้อมูลเชิงลึกจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัวจำนวน 18 ครอบครัวที่ตำบลจระแมและตำบลหนองขอน อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีพบว่า ครอบครัวและผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเกษตรกรรม มีวิถีชีวิตแบบเกษตรกรส่วนใหญ่มีอาชีพทำนาและพืชผักสวนครัว ช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 75 ปี จะอยู่บ้านและมีปัญหาเรื่องความแข็งแรงของร่างกาย ปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ภาวะโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน กว่าร้อยละ 10 อยู่ติดบ้านและไม่สามารถออกกำลังกายได้ต่อเนื่อง กว่าครึ่งเคยหกล้มแต่ไม่รุนแรง ดังนั้น

กลุ่มผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานีจึงเสี่ยงต่อการหกล้มสูงและมีความเกี่ยวข้องกับการทรงตัวที่ไม่มี ส่วนใหญ่จะกลัวการหกล้ม โดยทั่วไปผู้สูงอายุจะออกกำลังกายโดยการเดินบริเวณบ้าน รอบบ้านและทำกิจวัตรประจำวันซึ่งไม่มีรูปแบบที่แน่นอนและไม่ต่อเนื่อง ส่วนใหญ่อยากออกกำลังกายที่ง่ายและสามารถทำได้ด้วยตนเองทุกวันและไม่มีสูญเสียงบประมาณมาก จากการศึกษาพบว่าสิ่งแวดล้อมพื้นที่อยู่ใกล้แม่น้ำมูล ลำเซบายและแม่น้ำชี ซึ่งมีทำคูทรายเอกชนจำนวนมากและผลจากการคูทรายดังกล่าวจะมีหินแม่น้ำลักษณะกลมรี ผิวเรียบขนาดความยาว 2-3 เซนติเมตรจำนวนมาก โดยชาวบ้านจะซื้อหาในราคาต่ำเพื่อนำมาใช้ในครัวเรือน เช่น ทำสวนหย่อม รองถนนในบริเวณบ้านเป็นต้น ซึ่งถ้านำมาประยุกต์เป็นที่เดินออกกำลังกายผู้สูงอายุให้ใช้ในการฝึกเดินออกกำลังกายได้ในครัวเรือนเป็นประจำทุกวันน่าจะเพิ่มความแข็งแรงของข้อเท้า กล้ามเนื้อน่อง ต้นขาและลำตัวส่วนล่างในผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้านติดเตียง ยิ่งกว่านั้นในบริเวณบ้านจะปลูกต้นไม้หรือไม้ชนิดอื่นๆ จำนวนมากถ้าสามารถประยุกต์เข้ากันได้ น่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งในการเพิ่มโอกาสในการเดินเพื่อออกกำลังกายในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ เพิ่มการทรงตัว โดยระยะเวลาในการเดินทดสอบการทรงตัวจะลดลงและจะเกิดผลกระทบต่อการลดอุบัติการณ์หกล้มในผู้สูงอายุได้ รวมทั้งจะสร้างทัศนคติที่ดี พัฒนาการรับรู้สมรรถนะตนเองและความพึงพอใจในการใช้อุปกรณ์เพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกาย ลดการพึ่งพิงสมาชิกในครอบครัวและการทรงตัวในระยะยาวได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้อุปกรณ์ฝึกเดินรางหินแม่น้ำฝึกเดินต่อระยะเวลาเดินทดสอบทรงตัวในผู้สูงอายุ
2. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการใช้อุปกรณ์เพื่อเพิ่มการทรงตัว รวมทั้งความพึงพอใจในเคลื่อนไหวและออกกำลังกายภายในและระหว่างกลุ่มศึกษา

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกและใช้อุปกรณ์หีนแม่น้ำฝักเดินจะมีระยะเวลาในการทดสอบการทรงตัวลดลงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลองและในระยะ 3 เดือนหลังการทดลอง

2. ผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกและใช้อุปกรณ์รางหีนแม่น้ำฝักเดินจะมีทัศนคติและการรับรู้สมรรถนะตนเองและความพึงพอใจในการเดินและเคลื่อนไหวร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบทดลองเชิงสุ่มแบบ มีกลุ่มควบคุมและติดตามตามลำดับเวลา (A randomized experimental and control group time series design) ประชากร ประชากรที่ร่วมดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ได้แก่ผู้สูงอายุติดบ้านอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ศึกษา จำนวน 25,504 คนและหน่วยในการทดลองและสนใจศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของอุปกรณ์ ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้านจำนวน 25,504 คน ในพื้นที่ศึกษาดังกล่าว กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรที่อยู่ในพื้นที่วิจัยและถูกคัดเลือกด้วยการสุ่มและยินยอมเข้าร่วมในกระบวนการวิจัย ดังนั้นจึงมีเกณฑ์ในการคัดเข้าดังต่อไปนี้

เกณฑ์คัดเข้า เป็นผู้สูงอายุประเภทติดบ้านที่ได้รับการคัดกรองเพื่อจำแนกผู้สูงอายุสำหรับการจัดการ ของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁶⁾ ได้แก่ สามารถเดิน ช่วยเหลือตัวเองได้ในบริเวณบ้าน แต่ไม่สามารถเดินไปทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในสังคมได้ ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นข้อห้ามหรืออุปสรรคต่อการเคลื่อนไหว ออกกำลังกายหรือใช้แรง ฟังพูด และเข้าใจภาษาไทยและยินดีเข้าร่วมในการวิจัย การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size calculation) จะคำนวณเพื่อสามารถตรวจพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของค่าคะแนนเฉลี่ยการทรงตัวของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างน้อยร้อยละ 10 กำลัง ในการทดสอบ (Power of test) ร้อยละ 90 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 สูตรการคำนวณ ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างที่แนะนำโดยไฟรสันและโพคอก⁽¹⁷⁾ เป็นดังนี้

$$n / group = \frac{2\sigma^2}{\delta^2} \left[\frac{1 + (1-r)\rho}{r} - \frac{p\rho^2}{1 + (p-1)\rho} \right] (Z_{\alpha/2} + Z_\beta)^2$$

ต้องการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่เนื่องจากการออกแบบการทดลองอยู่บนพื้นฐานการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาด ตัวอย่างด้วยการคูณด้วยสัดส่วนของความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Design effect=2) เพื่อชดเชยขนาดตัวอย่างที่อาจเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละอย่างน้อย 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. อุปกรณ์รางหีนแม่น้ำฝักเดินในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาข้อมูลความเป็นไปได้เบื้องต้นในพื้นที่วิจัย เมื่อสำรวจวัสดุ อุปกรณ์และรูปแบบที่จะพัฒนาอุปกรณ์หรือวิธีการส่งเสริมการทรงตัวในผู้สูงอายุนั้นพบว่าในพื้นที่ที่มีไม้ไผ่จำนวนมากและพบว่ามีบริเวณเขตอำเภอเมือง จะมีบ่อคูตพรายทั้งในบริเวณแม่น้ำมูลและลำเซบาย ซึ่งจะมีหีนแม่น้ำรูปร่างกลม ผิวเรียบขนาดต่างๆ ซึ่งเจ้าของกิจการนำไม้ไผ่และส่งขายร้านค้าวัสดุก่อสร้างในราคาถูกขนาดสูงละ 5 กิโลกรัม ราคา 40 บาท ดังนั้นถ้าพัฒนาอุปกรณ์ที่ใช้ในการวางหีนเรียงและให้ผู้สูงอายุฝักเดินทุกวัน ความไม่มั่นคงของหีนทำให้กล้ามเนื้อปรับตัวด้านและจะเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและสะโพก ซึ่งจะทำให้การทรงตัวดีขึ้น และถ้าใช้ต่อเนื่องกันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพัฒนาการการทรงตัวที่ดีขึ้นและจะสามารถป้องกันการหกล้มได้ในระยะยาว ในขณะที่การป้องกันความเสี่ยงจะใช้ไม้ไผ่ทำรางรองรับหีนและมีราวสำหรับพยุงตัวในกรณีที่มืออาการเซหรือหกล้ม อุปกรณ์นี้สามารถเคลื่อนย้ายไปในบริเวณที่ผู้ใช้ต้องการ

2. เอกสารประกอบอุปกรณ์ จัดทำโบรชัวร์

รายละเอียดของอุปกรณ์ องค์ประกอบ ขั้นตอน วิธีการใช้ และระยะเวลาที่ควรใช้ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการใช้ และข้อควรระวังในการใช้อุปกรณ์ ประโยชน์ของการฝึกเดิน ข้อดี ข้อเสียจากการใช้อุปกรณ์และแนวทางในการ

ประเมินตนเองในการสร้างความเชื่อมั่นและมั่นใจในการใช้อุปกรณ์

3. แบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ครอบคลุมปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคมครอบคลุมเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โสด อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว การมีผู้สนับสนุนทางสังคม การเคลื่อนไหวร่างกาย การมีโรคประจำตัว รวมทั้งหมด 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 การประเมินทัศนคติต่อการใช้เคลื่อนไหวร่างกายเพื่อฝึกการทรงตัว ของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นคำถามจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก สูงอายุติดบ้านและนำมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินทัศนคติของ Ajzen⁽¹⁸⁾ รวมข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ มีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ ประเด็นคำถามเชิงบวก เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 5 คะแนน เห็นด้วยมากให้ 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลางให้ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อยให้ 2 คะแนน เห็นน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้แปรผลตรงข้ามกัน

ส่วนที่ 3 การประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการพัฒนาการทรงตัวด้วยการใช้ร่างกายในผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นคำถามจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกสูงอายุติดบ้านและนำมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองของ Bandura⁽¹⁹⁾ รวมข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ มีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ มีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ ประเด็นคำถามเชิงบวก เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 5 คะแนน เห็นด้วยมากให้ 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลางให้ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อยให้ 2 คะแนน เห็นน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้แปรผลตรงข้ามกัน

ส่วนที่ 4 การประเมินความพึงพอใจของการใช้ร่างกายในผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นคำถามจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ใช้ อุปกรณ์ร่างกายในผู้สูงอายุติดบ้าน นำมาปรับปรุงและสร้างข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ใช้วิธีประเมินแบบ Rating scale มีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ มีเกณฑ์ใน

การให้คะแนนดังนี้ ประเด็นคำถามเชิงบวก เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 5 คะแนน เห็นด้วยมากให้ 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลางให้ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อยให้ 2 คะแนน เห็นน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้แปรผลตรงข้ามกัน

ส่วนที่ 5 การประเมินการทรงตัวในผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการประเมินการทรงตัวผู้สูงอายุใน 2 มิติ เพื่อให้ง่ายและสะดวกในการใช้การประเมินในชุมชน ซึ่งวิธีที่เหมาะสมได้แก่วิธีของ Timed Up and Go Test หรือ TUGT⁽²⁰⁾

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย การประเมินความตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถาม(Content validity) ผู้วิจัยใช้วิธีส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์และด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุจำนวน 3 ท่านประเมินความสอดคล้องของเนื้อหาและเสนอแนะ โดยใช้แบบประเมินดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence: IOC.) ซึ่งจะพัฒนาและปรับปรุงแบบสอบถามจนค่าคะแนน IOC. ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป การประเมินค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) ใช้วิธีการทดสอบแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมในการศึกษานอกพื้นที่วิจัยจำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient: α) ซึ่งค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในแต่ละชุดจะต้องมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.70 ขึ้นไป ในกรณีที่ยังไม่ได้ตามเกณฑ์ผู้วิจัยจะนำมาพิจารณาปรับปรุงเพิ่มเติมหรือตัดออกและนำไปทดสอบใหม่จนกว่าจะได้เกณฑ์ตามต้องการ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการชี้แจงรายละเอียดของการเข้าร่วมโครงการและเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ นักวิจัยและผู้ช่วยจะเก็บข้อมูลตามชุดเครื่องมือในการวิจัย และการทดสอบการทรงตัว บันทึกผลการทดสอบตรวจสอบความสมบูรณ์และบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน

2. ในระหว่างการทดลองกลุ่มทดลองจะได้รับการอบรมและฝึกใช้อุปกรณ์ในระยะเวลา 2 วัน (รวมระยะเวลาทั้งหมด

12 ชั่วโมง) ใช้สถานที่ที่องค์การบริหารส่วนตำบล จะได้รับการแจกแผ่นพับ ใบปลิวที่มีรายละเอียดเนื้อหาในแผนการฝึกอบรมเพื่อให้ข้อมูลซ้ำและเป็นผู้ฝึกปฏิบัติ จากนั้นจะให้น้ำอุปกรณ์ไปใช้ในการฝึกเดินที่บ้านวันละ 30 นาที เป็นประจำทุกวันในระยะเวลา 12 สัปดาห์

3. ดำเนินการประเมินผลหลังการฝึกอบรม ทั้ง 2 กลุ่ม ในระยะ 1 และ 3 เดือนหลังการทดลอง โดยนักวิจัยและผู้ช่วยจะเก็บข้อมูลตามชุดเครื่องมือในการวิจัย และการทดสอบการทรงตัว บันทึกผลการทดสอบตรวจสอบความสมบูรณ์และบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์เชิงพรรณนา การพรรณนาข้อมูลทั้งข้อมูลด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม และตัวแปรตามที่เป็นข้อมูลนามบัญญัติและข้อมูลอันดับ วิเคราะห์และนำเสนอด้วยจำนวนและร้อยละ ส่วนข้อมูลต่อเนื่องวิเคราะห์และนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มและความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองตามระยะเวลาหรือจำนวนครั้งของการติดตามผล ใช้วิธี การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance: ANCOVA) ถ้าพบความแตกต่างจะทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มด้วย independent t test และประมาณค่าความแตกต่างค่าเฉลี่ยที่ร้อยละ 95 (95% confident interval of mean difference)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยมีอายุเฉลี่ย 73.1 ปี (SD=4.1) ในกลุ่มทดลองและ 70.9 ปี (SD=6.1) ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.5 และ 62.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสหย่าร้างมากที่สุดร้อยละ 47.1 ในกลุ่มทดลองและ สถานภาพอยู่ในกลุ่มควบคุมร้อยละ 56.9 ทั้งสองกลุ่มมีระดับการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุดร้อยละ 51.0 และ 60.8 ตามลำดับ รองลงมาได้แก่ ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 39.2 และ 29.4 ตามลำดับ ครอบครัวผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 58.8 และ 60.8 ตามลำดับ จำนวนสมาชิกครัวเรือนอยู่ระหว่าง 1-3 คนมากที่สุดร้อยละ 76.5 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 62.7 ในกลุ่มควบคุมตามลำดับ ส่วนใหญ่จำนวนมากกว่าร้อยละ 60 ในทั้งสองกลุ่มมีรายได้ไม่เพียงพอในการใช้จ่ายและมีหนี้สิน ร้อยละ 44.0 และ 35.3 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ส่วนใหญ่ร้อยละ 60.8 และ 58.8 ระบุว่าทำงานหนักในทุกๆ วันจนเหงื่อออก ร้อยละ 62.7 และ 68.6 บอกว่าออกกำลังกายบางวันในรอบสัปดาห์ ส่วนใหญ่ร้อยละ 72.5 และ 82.4 ให้ความสนใจที่จะออกกำลังกายแต่ยังไม่มีความพร้อม ร้อยละ 80.4 ขึ้นไป ไม่มีโรคประจำตัว และร้อยละ 37.3 ในกลุ่มทดลองที่ใช้ไม้เท้าพยุงเดินในชีวิตประจำวัน ส่วนในกลุ่มควบคุมมีเพียงร้อยละ 37.3

2. การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในผลของการใช้อุปกรณ์ห็นแม่น้ำฝึกเดินเปรียบเทียบภายในกลุ่มในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 1 เดือนและ 3 เดือน

ตาราง 1 ผลของการใช้อุปกรณ์ห็นแม่น้ำฝึกเดินเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 1 เดือนและ 3 เดือน (n₁;n₂=51,51)

กลุ่มศึกษาและตัวแปร	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง 1 เดือน			หลังทดลอง 3 เดือน		
	Mean, SD	Mean, SD	Mean diff.	95%CI	Mean, SD	Mean diff.	95%CI
กลุ่มทดลอง							
ทัศนคติ	31.7(6.4)	37.8(3.5)	6.1*	3.5-7.1	39.1(2.6)	7.4*	6.3-8.5
การรับรู้สมรรถนะตนเอง	32.8(6.3)	38.5(4.9)	5.7*	4.2-6.3	40.3(4.5)	7.5*	5.3-8.2
ความพึงพอใจต่อการออกกำลังกาย	31.5(3.5)	32.2(4.8)	0.7*	0.3-0.6	34.7(2.6)	3.2*	1.5-3.6

ตาราง 1 ผลของการใช้อุปกรณ์หินแม่น้ำฝึกเดินเปรียบเทียบกับในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง
ระยะหลังการทดลอง 1 เดือนและ 3 เดือน ($n_1, n_2=51, 51$)

กลุ่มศึกษาและตัวแปร	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง 1 เดือน			หลังทดลอง 3 เดือน		
	Mean, SD	Mean, SD	Mean diff.	95%CI	Mean, SD	Mean diff.	95%CI
ระยะเวลาในการทดสอบTUGT test	21.9(4.0)	17.6(2.1)	-4.3*	-5.2- -3.5	17.2(1.1)	-4.7*	-5.2--2.8
กลุ่มควบคุม							
ทัศนคติ	31.7(5.6)	31.7(4.7)	0	-0.1-0.23	31.6(4.9)	-0.1	-0.8--0.9
การรับรู้สมรรถนะตนเอง	34.1(4.7)	35.6(4.2)	1.5	0.-1.4	35.4(4.4)	1.3	0.9-1.01
ความพึงพอใจต่อการออกกำลังกาย	32.2(3.2)	27.7(4.4)	-4.5	-3.2- -3.8	27.8(4.7)	-4.4	-5.2--4.1
ระยะเวลาในการทดสอบTUGT test	22.1(4.1)	21.7(3.3)	-0.4	-0.5- -0.3	22.2(3.4)	0.1	0.8-0.9

* มีนัยสำคัญที่ระดับทดสอบที่ระดับนัยสำคัญ .05

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มทดลองพบการเปลี่ยนแปลงตัวแปรในระยะก่อนการทดลองอย่างชัดเจน และมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในกลุ่มทดลองได้แก่ ระยะเวลาในการเดินเพื่อทดสอบการทรงตัว (TUGT test) ในระยะก่อนการทดลองมีระยะเวลาเฉลี่ย 21.9 วินาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.1) และเกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน โดยระยะเวลาลดลงเป็นเฉลี่ย 17.6 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.1) โดยลดลงเฉลี่ย 4.3 วินาที (95% CI=-3.5-5.2) และลดลงเฉลี่ย 4.7 วินาที (95% CI=2.8-5.2) ส่วนปัจจัยด้านทัศนคติต่อการฝึกเดินเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย พบการเปลี่ยนแปลงดังนี้ ในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน คะแนนทัศนคติเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 6.1 คะแนน (95% CI=3.5-7.1) และเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 7.4 คะแนน (95% CI=6.3-8.5) ในระยะเดือนที่ 3 หลังการทดลอง ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะตนเองในการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย พบว่า ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเฉลี่ย เป็นเฉลี่ย 5.7 คะแนน (95% CI=4.2-6.3) ในระยะ 1 เดือนหลังการทดลองและลดลงเฉลี่ย 7.5 คะแนน (95% CI=5.3-8.2) ในระยะ 3 เดือนหลังการทดลอง ส่วนปัจจัยด้านความพึงพอใจต่อการออกกำลังกายและเคลื่อนไหวร่างกาย พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.7 คะแนน (95% CI=0.3-0.6) และเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3.2 คะแนน (95% CI=1.5-3.6) ในระยะเดือนที่ 3 หลังการทดลอง โดยรวมแล้วกลุ่มทดลองมีปัจจัยที่เป็น

วัตถุประสงค์ของการทดลองเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นในทั้งระยะเวลาในการเดินทดสอบการทรงตัว ทัศนคติต่อการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย การรับรู้สมรรถนะตนเอง ความพึงพอใจต่อการออกกำลังกายและเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งทุกตัวแปรมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนผลการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มควบคุมพบว่า ตัวแปรที่เป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัยส่วนใหญ่ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะระบุความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยพบว่า ระยะเวลาในการเดินเพื่อทดสอบการทรงตัว (TUGT test) ในระยะก่อนการทดลองมีระยะเวลาเฉลี่ย 22.1 วินาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.1) และเกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน เฉลี่ย 21.7 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.3) โดยลดลงเฉลี่ย 0.4 วินาที (95% CI=-0.5- -0.3) และปัจจัยด้านทัศนคติต่อการฝึกเดินเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย พบการเปลี่ยนแปลงดังนี้ ในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน คะแนนทัศนคติเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.5 คะแนน (95% CI=0.2-1.4) และเพิ่มเป็นเฉลี่ย -0.4 คะแนน (95% CI=-0.5- -0.3) ในระยะเดือนที่ 3 หลังการทดลอง โดยรวมแล้วทุกตัวแปรที่เป็นวัตถุประสงค์ของการทดลองไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะระบุการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 2 ผลของการใช้อุปกรณ์หินแม่น้ำฝึกเดินเคลื่อนไหวร่างกายเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
(n₁; n₂=51, 51)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean diff., 95% CI	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ระยะ 1 เดือนก่อนการทดลอง						
ทัศนคติ	32.1	6.2	31.7	5.6	0.35(-1.9-2.7)	0.76
การรับรู้สมรรถนะตนเอง	32.6	6.4	34.2	4.7	-1.4(-3.7-0.8)	0.19
ความพึงพอใจต่อการออกกำลังกาย	31.5	3.5	32.2	3.2	-0.93(-0.10- -1.1)	0.56
ระยะเวลาในการทดสอบ TUGT test	22.1	4.2	22.2	4.1	-0.03(-1.6-1.6)	0.57
ระยะ 1 เดือนหลังการทดลอง						
ทัศนคติ	38.1	3.2	31.6	5.2	6.3(4.6-8.1)	0.01*
การรับรู้สมรรถนะตนเอง	38.5	5.0	35.4	4.1	3.1(1.1-4.6)	0.01*
ความพึงพอใจต่อการออกกำลังกาย	31.4	4.8	27.7	4.4	4.0(1.8-5.5)	0.01*
ระยะเวลาในการทดสอบ TUGT test	17.7	1.2	22.3	3.4	-3.7(-4.9—2.6)	0.01*
ระยะ 3 เดือนหลังการทดลอง						
ทัศนคติ	39.1	2.6	34.1	4.7	7.4(5.0)	0.01*
การรับรู้สมรรถนะตนเอง	40.1	4.6	35.4	4.1	5.6(3.1-6.6)	0.01*
ความพึงพอใจต่อการออกกำลังกาย	34.8	2.6	27.8	4.7	6.9(5.4-8.5)	0.01*
ระยะเวลาในการทดสอบ TUGT test	17.3	1.2	22.2	3.3	-4.9(-6.0—3.9)	0.001

* มีนัยสำคัญที่ระดับทดสอบที่ระดับนัยสำคัญ .05

จากตาราง 2 พบว่า ในกลุ่มทดลองพบการเปลี่ยนแปลงตัวแปรในระยะหลังการทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างชัดเจนและมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในกลุ่มทดลองได้แก่ ระยะเวลาในการเดินเพื่อทดสอบการทรงตัว (TUGT test) ในระยะก่อนการทดลองไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะระบุความแตกต่างจากกลุ่มควบคุม และเกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน โดยระยะเวลาการเดินเพื่อทดสอบการทรงตัวในกลุ่มทดลองลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 3.7 วินาที (95% CI= 2.6-4.9) และลดลงแตกต่างเฉลี่ย 4.9 วินาที (Mean diff= 4.9 วินาที (95%CI=3.9-4.9) ในระยะเวลา 3 เดือนหลังการทดลอง ส่วนปัจจัยด้านทัศนคติต่อการฝึกเดินเคลื่อนไหวก่อนการทดลองไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะระบุความแตกต่างระหว่างกลุ่มแต่ในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน คะแนนทัศนคติแตกต่างจากกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 6.3 คะแนน (95% CI=4.6-8.1) และเพิ่มขึ้นแตกต่างเฉลี่ย 7.4 คะแนน (95% CI=5.0-7.5) ในระยะเดือนที่ 3 หลังการทดลอง ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะตนเองในการเคลื่อนไหวก่อนการทดลองไม่มีข้อมูลระบุความแตกต่างระหว่างกลุ่มก่อนการทดลอง และในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุมเป็นเฉลี่ย 3.1 คะแนน (95% CI=1.1-4.6) ในระยะ 1 เดือนหลังการทดลองและแตกต่างเฉลี่ย 5.6 คะแนน (95% CI=3.1-6.6) ในระยะ 3 เดือนหลังการทดลอง ส่วนปัจจัยด้านความพึงพอใจต่อการออกกำลังกายและเคลื่อนไหวก่อนการทดลองไม่มีข้อมูลระบุความแตกต่างระหว่างกลุ่มก่อนการทดลอง และในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 4.0 คะแนน (95% CI=1.8-5.5) และแตกต่างเฉลี่ย 6.9 คะแนน (95% CI=5.4-

พอที่จะระบุความแตกต่างระหว่างกลุ่มแต่ในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน คะแนนทัศนคติแตกต่างจากกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 6.3 คะแนน (95% CI=4.6-8.1) และเพิ่มขึ้นแตกต่างเฉลี่ย 7.4 คะแนน (95% CI=5.0-7.5) ในระยะเดือนที่ 3 หลังการทดลอง ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะตนเองในการเคลื่อนไหวก่อนการทดลองไม่มีข้อมูลระบุความแตกต่างระหว่างกลุ่มก่อนการทดลอง และในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุมเป็นเฉลี่ย 3.1 คะแนน (95% CI=1.1-4.6) ในระยะ 1 เดือนหลังการทดลองและแตกต่างเฉลี่ย 5.6 คะแนน (95% CI=3.1-6.6) ในระยะ 3 เดือนหลังการทดลอง ส่วนปัจจัยด้านความพึงพอใจต่อการออกกำลังกายและเคลื่อนไหวก่อนการทดลองไม่มีข้อมูลระบุความแตกต่างระหว่างกลุ่มก่อนการทดลอง และในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 4.0 คะแนน (95% CI=1.8-5.5) และแตกต่างเฉลี่ย 6.9 คะแนน (95% CI=5.4-

8.5) ในระยะเดือนที่ 3 หลังการทดลอง โดยรวมแล้วกลุ่มทดลองมีปัจจัยที่เป็นวัตถุประสงค์ของการทดลองเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นทั้งในระยะเวลาในการเดิน ทดสอบการทรงตัว ทักษะการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย การรับรู้สมรรถนะตนเอง ความพึงพอใจต่อการออกกำลังกาย และการออกกำลังกายและเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งทุกตัวแปรมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มทดลองและไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะบอกความแตกต่างของตัวแปรเหล่านี้ในระยะก่อนการทดลอง

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิผลการใช้สิ่งประดิษฐ์ราวจับยืนแม่น้ำฝักเดินต่อระยะเวลาในการทดสอบการทรงตัวของผู้สูงอายุติดบ้านในจังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยมีการอภิปรายผลการวิจัยแยกพิจารณารายละเอียดดังนี้

1. ระยะเวลาในการเดินเพื่อทดสอบการทรงตัวของผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกเดินด้วยอุปกรณ์ประดิษฐ์จากยืนแม่น้ำในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการเดินลดลงจากการทดสอบ Timed Up and Go Test หรือ TUGT⁽²⁰⁾ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะหลังการทดลอง โดยปกติระยะเวลาจากการทดสอบมาตรฐานผู้สูงอายุที่ทรงตัว ปกติจะอยู่ระหว่าง 10-19 วินาที เนื่องจากการทรงตัว (balance) เป็นความสามารถในการควบคุมรักษาดำเนินและท่าทางของร่างกายให้อยู่ในลักษณะตามที่ ต้องการ โดยแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ขณะอยู่กับที่ (static balance) เป็นความสามารถของร่างกายที่จะรักษาคู่ศูนย์ถ่วงให้ตกบนฐานและขณะที่มีการเคลื่อนที่ (dynamic balance) เป็นความสามารถของร่างกายที่จะรักษาคู่ศูนย์ถ่วงให้ตกลงบนฐานซึ่งทั้งคู่ศูนย์ถ่วงและฐานต่างก็มีการแปรเปลี่ยนตลอดเวลา ในวัยสูงอายุจะพบว่าความสามารถในการเคลื่อนไหวจะลดลงอย่างชัดเจน เป็นผลให้ความสามารถในการทรงตัวและเคลื่อนที่ในลักษณะที่มีการเปลี่ยนทิศทางที่ต้องใช้ในชีวิตประจำวันขาดประสิทธิภาพและเสี่ยงต่อการหกล้มหรือเสียหลักได้ง่าย โดยจากการศึกษา

ปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุมีรายงานแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่หกล้มบ่อยมีความสามารถในการทรงตัวน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่หกล้ม การออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ การเคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกายทุกกรณีจะทำให้กล้ามเนื้อ ข้อต่อ เส้นเอ็นและระบบการทำงานของร่างกายมีความแข็งแรงทนทาน เกิดความอ่อนตัวและการทรงตัวที่ดี ทำให้ไม่เกิดการหกล้มได้ง่าย ตลอดจนช่วยสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้กับร่างกายได้เป็นอย่างดี ทำให้ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ มีสุขภาพกายแข็งแรงและสุขภาพจิตที่เบิกบานแจ่มใส มีอายุยืนยาวและดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข ดังจะพบได้จากการวิจัยนี้ที่ระยะเวลาในการทดสอบการเดินทรงตัวในผู้สูงอายุทดลองผลการวิจัยแสดงถึงประสิทธิผลของการฝึกเดินในอุปกรณ์นี้ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีความแข็งแรงและทรงตัวดีขึ้น ผลการวิจัยสอดคล้องกับการฝึกการทรงตัวในผู้สูงอายุด้วยการออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายในแทบจะทุกกรณี เช่น การศึกษาของทิวาพร ทวีวรรณกิจและคณะ (2553)⁽⁷⁾ ซึ่งศึกษาในผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวเป็นประจำมีการเปรียบเทียบข้อมูลในผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวโดยการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมทางกายระหว่างวันเป็นประจำ โดยกลุ่ม อาสาสมัครมีอายุระหว่าง 65-80 ปี มีดัชนีมวลกาย 20-30 กิโลกรัม/ตารางเมตร แบ่งเป็น 3 กลุ่ม มีกลุ่มละ 50 คน จากชุมชนต่างๆ ในเขตจังหวัดขอนแก่น อาสาสมัครได้รับการประเมินความสามารถในการทรงตัวโดยใช้ timed up and go test (TUGT) และ Berg Balance Scale (BBS) สัมภาษณ์ข้อมูลการล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาโดยใช้แบบสอบถาม และคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครทั้ง 3 กลุ่มมีอายุ ดัชนีมวลกาย และจำนวนเพศชาย และหญิงใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มที่เคลื่อนไหวเป็นประจำทั้งสองกลุ่ม มีระดับความหนักของกิจกรรมที่ประเมินโดย Borg score มากกว่ากลุ่มที่เคลื่อนไหวน้อยอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$) ในขณะที่อาสาสมัครกลุ่มที่เคลื่อนไหวโดยการออกกำลังกายทางกายระหว่างวันเป็นประจำ มีระยะเวลาการทำกิจกรรมรวมแต่ละวันนานที่สุด

ผลการประเมินด้านการทรงตัวพบว่าอาสาสมัคร ที่ออกกำลังกายเป็นประจำมีความสามารถในการทรงตัวดีที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มที่ทำกิจกรรมทางกายเป็นประจำ และกลุ่มที่เคลื่อนไหวน้อยตามลำดับ โดยอาสาสมัครกลุ่มที่เคลื่อนไหวน้อยใช้เวลาในการทดสอบ TUGT มากกว่า 12 วินาที (ค่าปกติ สำหรับผู้ที่มีอายุระหว่าง 65-85 ปี) โดยอาสาสมัครกลุ่มที่เคลื่อนไหวน้อยและกลุ่มที่ทำกิจกรรมทางกายระหว่างวันเป็นประจำ ใช้เวลาการทดสอบมากกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายเป็นประจำอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก (มากกว่าร้อยละ 9 นอกจากนี้ อาสาสมัครกลุ่มที่เคลื่อนไหวน้อยยังมีจำนวนผู้ที่เคยล้มในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมามากกว่ากลุ่มที่เคลื่อนไหวเป็นประจำประมาณ 2 เท่า อย่างไรก็ตาม ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครทั้ง 3 กลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายเป็นประจำให้ผลดีที่สุดต่อความสามารถด้านการทรงตัวและการล้มในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม การเคลื่อนไหวระหว่างวันเป็นประจำก็ให้ผลดีต่อความสามารถดังกล่าว ดังนั้น ในการพัฒนาความสามารถด้านการทรงตัวและการป้องกันการล้มจึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ⁽⁸⁾ ที่ให้ผู้สูงอายุร่วมวัยได้ใจ เพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยเฉพาะส่วนลำตัว และต้นขาจะเพิ่มความแข็งแรงและสมรรถนะการทรงตัวของร่างกาย เกิดการทำงานประสานงานกันอย่างสมดุลของอวัยวะควบคุมการทรงตัวหลากหลายระบบ ระบบหลักๆ ได้แก่ อวัยวะควบคุมการทรงตัวที่หูชั้นใน ทำงานร่วมและสัมพันธ์กับระบบควบคุมการมองเห็นและประสาทสัมผัสทางร่างกาย โดยระบบเหล่านี้จะส่งสัญญาณการรับรู้ไปสมอง เพื่อให้ทราบว่าร่างกายอยู่ในตำแหน่งใดและควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อต่างๆ ทำให้ง่ายต่อการทรงตัวได้ เป็นปกติ ยิ่งกว่านั้นการออกกำลังกายจะลดความเสี่ยงของระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อจะทำให้ความหนาแน่นและยืดหยุ่นมากขึ้น ชะลอความเสี่ยงลงได้ โดยเฉพาะในกล้ามเนื้ออวัยวะส่วนล่างของร่างกายและป้องกันการหกล้มในภาพรวมได้⁽⁹⁾ จนอาจนำไปสู่การเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ในอนาคต ดังนั้น การจัดโปรแกรมการออก

กำลังกายจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถพัฒนา แก้ว และป้องกันปัญหาที่เกิดจากการหกล้มได้ ดังนั้น การฝึกออกกำลังกายและเคลื่อนไหวร่างกายในผู้สูงอายุติดบ้านผ่านการเดินบนอุปกรณ์ที่ประดิษฐ์จากหินแม่น้ำเป็นระยะเวลา 4-8 สัปดาห์จะทำให้กล้ามเนื้อขาและช่วงล่างลำตัวผู้สูงอายุมีความแข็งแรงและตั้งตัว ส่งผลต่อการเดินได้เร็วขึ้นและลดความเสี่ยงต่อการหกล้มได้

2. ทักษะคิดต่อการเคลื่อนไหวออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมในการทดลองใช้อุปกรณ์ในการฝึกเดินที่ประดิษฐ์จากหินแม่น้ำเกิดการเปลี่ยนแปลงและแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในระยะหลังการทดลองเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ทัศนคติได้รับการยอมรับว่าเป็นปัจจัยด้านจิตวิทยาที่มีความสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ เป็นความพร้อมทางด้านจิตของมนุษย์ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ สภาพความพร้อมทางประสบการณ์ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือประเด็นใดประเด็นหนึ่ง มีผลเป็นแรงผลักดันในลักษณะที่ชอบ ไม่ชอบต่อการกำหนดทิศทางการมีปฏิกริยาหรือพฤติกรรมต่อสิ่งนั้น ทัศนคติจึงเป็นคุณลักษณะที่สำคัญที่จะเป็นแรงจูงใจให้เกิดความตั้งใจในการกำหนดทิศทางการปฏิบัติพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งของบุคคลและอยู่ภายใต้การควบคุมภายใต้จิตสำนึก⁽¹⁷⁾ ดังนั้น ถ้าสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวร่างกายที่ง่าย สะดวกสอดคล้องกับวิถีชีวิตชีวิตประจำวัน ความเชื่อ บริบทครอบครัวและสังคมแล้วจะมีแนวโน้มที่จะกระทำอย่างต่อเนื่องและยิ่งเห็นประโยชน์จากการปฏิบัติแล้วจะยิ่งเพิ่มทัศนคติต่อการปฏิบัตินั้นยิ่งขึ้น⁽¹⁰⁾ และจะเกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นวิถีชีวิตน่าจะสามารถเพิ่มสมรรถนะในการทรงตัวและป้องกันการหกล้มในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพและจะสามารถป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้ในระยะยาว ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการพัฒนาโปรแกรมสร้างแรงจูงใจผ่านการสร้างความตระหนักและส่งเสริมความสามารถตนเองร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่สามารถเพิ่มทัศนคติในการออกกำลังกายในผู้สูงอายุมากขึ้นและส่งผลต่อการร่วมปฏิบัติในโปรแกรมยิ่งขึ้น⁽¹¹⁾ รวมทั้งการส่งเสริมทัศนคติในการเข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกายแบบเน้นเทคนิค

เฉพาะเช่น การนวดแบบกดจุดบริเวณฝ่าเท้า⁽¹²⁾ นอกจากจะเพิ่มความแข็งแรงของเท้าแล้ว ทักษะคติของผู้เข้าร่วมโครงการก็เกิดการเปลี่ยนแปลงด้วย ดังนั้นการแนะนำเนื้อหา สร้างทัศนคติต่อการออกกำลังกายผู้สูงอายุจะเพิ่มความต้องการในการร่วมกิจกรรมมากยิ่งขึ้น ส่งผลต่อความต่อเนื่องในการร่วมและดำเนินการตามโปรแกรม ซึ่งจะกระทบต่อผลลัพธ์ของโปรแกรมให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์มากยิ่งขึ้น

3. การรับรู้สมรรถนะตนเอง ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในการทดลองใช้อุปกรณ์ประดิษฐ์จากหินแม่น้ำเพื่อส่งเสริมการเดินและเคลื่อนไหวร่างกาย นอกจากจะมีความสะดวกและง่ายในการเคลื่อนย้ายและต้นทุนการประดิษฐ์ต่ำแล้วยังได้รับคำแนะนำและสาธิตจากผู้ช่วยนักวิจัยในการนำไปปฏิบัติเพื่อใช้เดินและเคลื่อนไหวร่างกายในชีวิตประจำวัน จนเข้าใจและมั่นใจในการใช้ ทั้งนี้ผู้ใช้จะเรียนรู้ขั้นตอนจากการบอกเล่าและสาธิต และเมื่อใช้ไประยะหนึ่งจะรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงต่อตัวเองด้านความแข็งแรงของขาและทรงตัวดีขึ้น รวมทั้งความปลอดภัยง่ายและสะดวกในการใช้ก็จะเกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในตนเองต่อการฝึกเดินด้วยอุปกรณ์นี้ ทั้งนี้การรับรู้ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติของตนเองหรือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยทางจิตวิทยาในกลุ่มของการเรียนรู้ทางสังคม เนื่องจากการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลนั้นเกิดจากการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องแบบอัตโนมัติเพื่อดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม ดังนั้นจะเกิดการเรียนรู้ผ่านการลองผิดลองถูกหรือผลจากการเสริมประสบการณ์จนเกิด การบรรลุเป้าหมายหรือก้าวข้ามอุปสรรคในการดำเนินชีวิตดังกล่าวมาแล้ว บุคคลจะเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-confident) ประเภทหนึ่งขึ้นเรียกว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) บุคคลสามารถรับรู้ความเชื่อมั่นดังกล่าวนี้ว่าการปฏิบัติอีกครั้งด้วยตนเองนั้นเป็นสิ่งที่ยากหรือง่าย⁽²¹⁾ ผู้ที่มีความเชื่อมั่นในตนเองสูงจะมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำๆ อีก ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ผู้ใช้อุปกรณ์ฝึกเดินจะมีความเชื่อมั่นในตนเองในการใช้สูงกว่าผู้ไม่เคยใช้และจะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะสนับสนุนให้เขาใช้ต่อเนื่องและเกิดประโยชน์ในการป้องกันการหกล้มอย่างแท้จริง ข้อค้นพบจากการวิจัยนี้สอดคล้องกับการพัฒนา

ความเชื่อมั่นในตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ที่เพิ่มขึ้นในผู้ที่ผ่านการฝึกและปฏิบัติได้แล้ว เช่น การเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองต่อการออกกำลังกาย⁽¹³⁾ และการเพิ่มความเชื่อมั่นหรือการรับรู้สมรรถนะตนเองในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่มีข้อจำกัด เช่น ผู้ป่วยข้ออักเสบเรื้อรัง⁽¹⁴⁾ ส่งผลให้เขาสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมในโปรแกรมได้ และเกิดความต่อเนื่อง ดังนั้น การส่งเสริมการใช้อุปกรณ์นี้ นอกจากจะสามารถลดระยะเวลาในการทดสอบได้ดีขึ้น ก่อเกิดทัศนคติต่อการใช้อุปกรณ์และยังเกิดการรับรู้ความสามารถตนเองในการฝึกเดินและใช้อุปกรณ์ดังกล่าว ซึ่งจะส่งผลต่อความต่อเนื่องในการใช้อุปกรณ์ในระยะยาวจนสามารถเพิ่มการทรงตัวและป้องกันการหกล้มได้ในระยะยาว

4. ความพึงพอใจ ความพึงพอใจเป็นสถานะทางจิตของผู้เข้าร่วมโครงการที่มีโครงการตั้งแต่การวางแผนกระบวนการ ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ของโครงการและการมีส่วนร่วมในโครงการ ดังนั้นถ้าการที่ผู้เข้าร่วมโครงการได้เข้าร่วมในโครงการทุกขั้นตอนนี้ก็จะมีคามพึงพอใจต่อโครงการมาก จะส่งผลต่อการได้ผลตามวัตถุประสงค์ของโครงการและการขยายผลอย่างไรก็ตามโครงการวิจัยนี้เน้นการประเมินผลต่อการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและร่างกายส่วนล่างของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงจะมีความพึงพอใจต่อความสะดวกและง่ายต่อการใช้อุปกรณ์ รวมทั้งผลของการได้ใช้อุปกรณ์ ซึ่งในภาพรวมจะประเมินความพึงพอใจต่อการได้ออกกำลังกาย จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกและเดินด้วยอุปกรณ์ประดิษฐ์จะมีความพึงพอใจต่อการออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้จากความสะดวกและง่าย พร้อมทั้งมีอุปกรณ์ให้ปฏิบัติ รวมทั้งมีผู้เชี่ยวชาญสนับสนุน ซึ่งในกลุ่มควบคุมจะไม่มี ดังนั้นความพึงพอใจในกลุ่มทดลองจึงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับผลการวิจัยอื่นๆ ที่ใช้การมีส่วนร่วมและง่ายของการร่วมกิจกรรมมาเป็นเกณฑ์ประเมิน ซึ่งโครงการใดที่ผู้เข้าร่วมมีส่วนร่วมและร่วมดำเนินการกิจกรรมจะเห็นประโยชน์ก็จะมีความพึงพอใจในกิจกรรมหรือการบรรลุเป้าหมายของนั้นๆ มากกว่า⁽²²⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ที่มีบทบาทในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและสร้างเสริมสุขภาพสุขภาพผู้สูงอายุในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ควรนำอุปกรณ์นี้ไปปรับใช้เพื่อให้ผู้สูงอายุติดบ้านได้เคลื่อนไหวออกกำลังกายและเพิ่มความสามารถในการทรงตัวอันจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงมีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดอุบัติเหตุการหกล้มในอนาคตได้

2. ควรนำแบบการประดิษฐ์ไปประยุกต์ปรับปรุงเพื่อให้ครอบครัวและชุมชนสามารถใช้วัสดุในท้องถิ่นมาประดิษฐ์เพื่อใช้ในการส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมและเป็นไปได้ในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดต้นทุนและสร้างความง่ายต่อการใช้อย่างจะเกิดประสิทธิภาพและยั่งยืนในระยะยาวต่อไป

3. ควรนำไปทดลองใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ เช่น เพิ่มการไหลเวียนเลือดที่ปลายเท้าลดอาการชา ปลายประสาทอักเสบในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็น

4. นำไปหาความเป็นไปได้ในการประดิษฐ์เพื่อการค้า เพื่อเผยแพร่และขยายขอบเขตด้านการตลาด

5. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาเปรียบเทียบกับ การออกกำลังกายรูปแบบอื่นๆ เช่น โยคะ การนวด หรือ ฟังเพลงหรือวิธีการบำบัดทางเลือกอื่นๆ เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

6. นำแนวทางการศึกษาวิจัยนี้ไปศึกษาเชิงทดลอง เพื่อพัฒนาสิ่งประดิษฐ์อื่นๆ ที่สามารถดำเนินการได้ในท้องถิ่น เพื่อนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานีที่สนับสนุนงบประมาณสนับสนุนโครงการวิจัยนี้ ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ตลอดจนครอบครัวของนักวิจัยทุกท่านที่ให้การกำลังใจและสนับสนุนตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ชมรมคลังปัญญาผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร. กระแสพระราชดำรัสต่อผู้สูงอายุในการให้พระราชโราชวาทเฉลิมพระชนมพรรษา 11 สิงหาคม 2546.2557. Retrieved from <http://www.wisdom60.com/>
2. วิพรรณ ประจวบเหมาะ, บรรณาธิการ. รายงานประจำปีผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2555. กรุงเทพมหานคร: เอส เอส พลัสมีเดีย, 2555.
3. Prasansuk S, Siriyanda C, Nakorn AN, Atipas S, Chongvisal S. Balance disorders in the elderly and the benefit of balance exercise. Med Assoc Thai, 87, 2004: 1225-33.
4. AIHW (Australian Institute of Health and Welfare). Older Australians in Hospital, Australian Institute of Health and Welfare,. Canberra: Australian Government, 2007.
5. สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2551-2553. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2553.
6. Medical Advisory Secretariat. Prevention of Falls and Fall-Related Injuries in Community-Dwelling Seniors: An Evidence-Based Analysis. Ontario Health Technology Assessment Series, 8(2),2008: 1-78.
7. ทิพาพร ทวีวรรณกิจ, สุกัลยา อมตฉายา, พรณี ปิงสุวรรณและลักขณา มาทอ. การทรงตัว การล้มและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวและไม่เคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำ. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด, 22(3),2553: 271-279.
8. Maciazek, J., Osinski, W., Szeklicki, R. & Stemplewski, R. Effect of Tai Chi on body balance: Randomized controlled trial in men with osteopenia or osteoporosis. The American Journal of Chinese Medicine, 35(1),2007: 1-9.
9. Hale, G. Exercise physiology. Chichesters: John Wiley and Sons, 2003.
10. 21.Moran, M., et al. Understanding the relationships between the physical environment and physical activity in older adults: a systematic review of qualitative studies. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 11(79),2014: 2-12.

11. วิลาวรรณ สมคน, ทศนีย์ รวีรกุลและ ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ. ผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 27(3),2556: 58–70.
12. สุพรรณิการ์ ทองผา, ประณีต สังวัฒนาและวิภา แซ่เซี่ย. การเปรียบเทียบความแตกต่างของความเร็วในการไหลเวียนกลับของเลือดดำบริเวณขาหนีบ ภายหลังการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าและการใช้ เครื่องบีบไล่เลือดเป็นจังหวะในผู้ป่วยอุบัติเหตุ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(3),2555: 127–141.
13. Loprinzi, P. et al. Theory-Based Predictors of Follow-Up Exercise Behavior After A Supervised Exercise Intervention in Older Breast Cancer Survivors. *Support Care Cancer*, 20(10), 2012: 2511–2521.
14. Golightly, Y.M., et al. A Comprehensive Review of the Effectiveness of Different Exercise Programs for Patients with Osteoarthritis. *Phys Sportsmed*, 40(4),2012: 52–65.
15. วรณภา ศรีชัยรัตน์และลัดดา คำการเลิศ. แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สหมิตรปรีณดิ่งแอนพลับลิชชิ่ง, 2559.
16. สำนักงานตรวจและประเมินผล. แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.2559. 2559: Retrieved from bie.moph.go.th/bie/boards/index/main/2
17. Frison, L. & Pocock, S. Repeated measured in clinical trial analysis using mean summary statistic and its implication for design. *Statistics in Medicine*, (11), 1992: 1685–1704.
18. Ajzen, I. The Theory of planned behavior organ behavior. *Journal of Human Decision Process*, (50), 1994: 179–211.
19. Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84(2),1977: 191–215.
20. Podsiadlo, D. & Richardson, S. The timed up and go test. A test for basic function mobility for frail elderly. *Journal American Geriatric Society*, 39, 1991: 142–148.
21. Atkins, R. Self-efficacy and the promotion of health for depressed single mothers. *Mental Health in Family Medicine*, 7,2010: 155–68.
22. สิริราไฟ ภูธรใจและวรุณยุพา นันน๊ะ. การประเมินโครงการส่งเสริมการออกกำลังกายพระภิกษุ สามเณร ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่.

การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Safety Management of the Operative Unit in Kalasin Hospital

วรรณวิมล ทูมมี¹ พัทธา แก้วสาร² อารี ชิวเกษมสุข³

Wanwimol Toomme¹, Pattaya Kaewsan², Aree Cheevakasemsook³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบบรรยายโดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (2) แนวทางการจัดการด้านความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ กลุ่มศึกษา คือ กลุ่มประชากรทั้งหมดเป็นพยาบาลประจำการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีประสบการณ์ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดตั้งแต่ 1 ปี จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์จำนวน 30 คน (2) กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์จำนวน 5 คน โดยคัดเลือกจาก 30 คนในการสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ (1) แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95 และ (2) แนวสัมภาษณ์สำหรับการสนทนากลุ่มวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า (1) การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ตามองค์ประกอบการบริหารความปลอดภัยโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก (2) การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดใช้หลักการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย และการบริหารความเสี่ยงในการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย (3) นโยบายการจัดการความปลอดภัย ทีมผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ เป็นปัจจัยสนับสนุนต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด (4) ปัจจัยด้านความรู้ ประสบการณ์ อัตรากำลังและการสื่อสารของบุคลากร ที่รวมถึงสภาพการเจ็บป่วยและความรู้ของผู้ป่วยเป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย การศึกษาในครั้งนี้ นำไปสู่แนวทางการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ให้มีคุณภาพ ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการอันเป็นเป้าหมายหลักของการให้บริการอย่างมีคุณภาพ รวมทั้งเป็นที่พึงพอใจของผู้ให้บริการอีกด้วย

คำสำคัญ การจัดการความปลอดภัย ความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Abstract

This descriptive study was designed by using both quantitative and qualitative methodology as well as aimed to : (1) explore the operative unit management in Kalasin hospital (2) to improve the safety management guidelines of the operative unit in Kalasin hospital. The participants were all, 30 nurses working in the operative room at Kalasin and having nurse experiences more than one year in the operative room. They were divided in to two groups: the first group, 30 nurses responded to complete safety management questionnaires and another five of thirty nurses were selected to-interviewed about safety management of the operative unit in Kalasin hospital. The instrument used were: (1) the safety management questionnaires of the operative unit in Kalasin hospital and (2) safety management interviewed for focus group discussion. The questionnaires were used inferential statistical analysis . and the qualitative data were analyzed by using content analysis.

There were three major findings. (1) Safety administration management of the operative unit in Kalasin hospital was set at the high level (2) It was found that nurse perceptions of patient safety management by using nurses operative unit in Kalasin hospital include 2.1) the principles of safety management of patients and 2.2) risk Management. (3) Hospital Policy, Surgical team efficiency could be enhanced to the safety management. On the other hands, staffs' knowledges, experiences and awareness of patient care as

¹ นักศึกษาลัทธิสุทธพาลมมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² อาจารย์ ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

well as inadequate were the obstacle of these safety management of the operative unit in Kalasin hospital. This study showed that guidelines for the safety management of the operative Unit in Kalasin Hospital. Deliver better results for the patient and surgical benefits to patients, the primary goal of providing a quality service, as well as the satisfaction of other providers.

Keywords: Safety Management, The safety in operative rooms, Kalasin hospital

บทนำ

การจัดระบบบริการสุขภาพมุ่งให้เกิดบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและประชาชน โดยเฉพาะในปัจจุบัน ผู้ป่วยและผู้รับบริการที่เข้ามารับบริการการรักษาในโรงพยาบาลต่างมีความต้องการและความคาดหวังที่สูง ดังนั้นระบบบริการสุขภาพจึงให้ความสำคัญกับคำว่าความปลอดภัยของผู้ป่วย คือ การที่ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับอันตรายจากการใช้บริการสุขภาพ⁽¹⁾ และมีวัฒนธรรมความปลอดภัยในการให้บริการพยาบาล (Safety culture) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาคุณภาพของการบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ในปัจจุบันการรักษามีหลายวิธีการผ่าตัดเป็นอีกวิธีการหนึ่งสำหรับการรักษาซึ่งอาจจะใช้เฉพาะการผ่าตัดหรือร่วมกับวิธีการอื่นๆเพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยได้ โดยทั่วไปการผ่าตัดแบ่งออกเป็น การผ่าตัดใหญ่และการผ่าตัดเล็ก แบ่งตามประเภทการผ่าตัดแบ่งได้ 2 ประเภทคือ การผ่าตัดประเภทรอได้ (Elective Surgery) เป็นการผ่าตัดที่ไม่ฉุกเฉินโดยผู้ป่วยสามารถรอได้ และการผ่าตัดประเภทฉุกเฉิน (Emergency Surgery) เป็นการผ่าตัดที่ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดทันที⁽²⁾ ในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่าสาเหตุของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือความไม่ปลอดภัยเกิดจากความผิดพลาดของมนุษย์ โดยความล้มเหลวในทางปฏิบัติการจัดการความปลอดภัยและความล้มเหลวในการตัดสินใจมากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในห้องผ่าตัดร้อยละ 41.0 – 74.1 ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งหมด⁽³⁾ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นดังกล่าวในห้องผ่าตัดส่วนใหญ่จะพบความผิดพลาดทางเทคนิค (technical error) เช่น ความผิดพลาดในการระบุตัวผู้ป่วย ความผิดพลาดในการผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผิดคน ผิดประเภทและความผิดพลาดในวิธีการทำหัตถการ

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษารวม 30,000 รายต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 90 และหน่วยงานห้องผ่าตัดมีผู้ป่วยมารับบริการผ่าตัดต่อเดือนร้อยละ 12.0⁽⁴⁾ จากสถานการณ์ที่ผ่านมาทางห้องผ่าตัดมีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งโรงพยาบาลได้รับการประกันคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับ 3 ในปี 2547, 2553 และมีการเยี่ยมชมสำรวจประเมินซ้ำเพื่อต่ออายุการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Re-accreditation) ครั้งที่ 1, ครั้งที่ 2 ปี 2556 และ 2559 ตามลำดับ ทุกหน่วยงานยังต้องมีกระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพสำหรับงานห้องผ่าตัดจากการทบทวนรายงานความไม่ปลอดภัยหรืออุบัติการณ์ความเสี่ยง 3 ปีย้อนหลังของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ยังพบว่ามีเกิดข้อผิดพลาดในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ทำหัตถการผิดข้าง คือ ผ่าตัดผู้ป่วยผิดข้างจำนวน 1 รายในปี 2555 และยังมีเหตุการณ์เกือบพลาด (near miss) ในการผ่าตัดผิดข้างจำนวน 3 รายในแต่ละปี 2556 , 2557 และ 2558 ตามลำดับ⁽⁴⁾

ฉะนั้นจากปัญหาการเกิดข้อผิดพลาดนี้ในหน่วยงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์จึงมีการรายงานความเสี่ยงและค้นหาสาเหตุของการเกิดข้อผิดพลาดดังกล่าวขึ้น โดยการทำ Root Cause Analysis (RCA) และนำเอาแนวคิดของ SIMPLE มาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ซึ่งอยู่ในรูปแบบของ Surgical Safety Checklist เป็นวิธีการหนึ่งใน Safe Surgery ทำร่วมกับทีมผ่าตัดได้แก่ แพทย์ผู้ผ่าตัด พยาบาลผ่าตัด และวิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล แบ่งเป็น Sing In ก่อนผ่าตัด , Time out ขณะผ่าตัดและทำ Sing out หลังผ่าตัดเสร็จ เป็นต้น และหลังจากนำเอา

Surgical Safety Checklist มาใช้ตั้งแต่ปี 2556 ยังพบเหตุการณ์เกือบพลาด (nearly miss) ของการผ่าตัดตาคิดข้างเกิดขึ้นอีกกับผู้ป่วยจำนวนอีก 2 รายในปี 2558 ดังนั้น หน่วยงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์จึงวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นอีกครั้งพบว่าเจ้าหน้าที่บางคนขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด 9 มาตรฐาน โดยเฉพาะมาตรฐานที่ 1, 2 และ 3 ได้แก่ มาตรฐานการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด มาตรฐานการพยาบาลขณะผ่าตัด และมาตรฐานการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด แล้วยังพบว่าในด้านอัตราค่าสังเกตแทนของการปฏิบัติงานที่ไม่เพียงพอ ซึ่งถ้ามีการลาพักงานของพยาบาลเกิดขึ้นจะไม่มีอัตราค่าสังเกตแทนในการปฏิบัติงานของตำแหน่งนั้น หรือในกรณีที่ทำเป็นจริงๆ อาจมีอัตราค่าสังเกตแทนที่ทดแทนแต่ไม่ใช่พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในแผนกนั้นๆ ส่งผลทำให้เกิดความผิดพลาดในงานบริการผ่าตัดได้

จากประเด็นปัญหาการเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติงาน พยาบาลขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด และอัตราค่าสังเกตแทนในการปฏิบัติงานที่ไม่เพียงพอ ซึ่งนำมาสู่การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ นำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นแนวทางการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ให้มีคุณภาพ ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ อันเป็นเป้าหมายหลักของการให้บริการอย่างมีคุณภาพ รวมทั้งเป็นที่พึงพอใจของผู้ให้บริการอีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาแนวทางการจัดการด้านความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบบรรยาย (Descriptive Research) โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ประชากรที่ศึกษาคือพยาบาลประจำการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดตั้งแต่ 1 ปี ทั้งหมดจำนวน 30 คนในการตอบแบบสอบถาม และจำนวน 5 คนโดยคัดเลือกจาก 30 คนในการสนทนากลุ่มซึ่งมีประสบการณ์ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ (1) ข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัย (ตามองค์ประกอบการบริหารความปลอดภัย 7 ขั้นตอนของ National Patient Safety Agency, 2004) (3) แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แบบสอบถามในส่วนที่ (2) และ (3) มีค่าความสอดคล้องของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) สูงกว่า 0.83 ทุกข้อ และแบบสอบถามมีความเที่ยงเท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากแบบสัมภาษณ์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 90.0 ทั้งหมดมีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี อายุระหว่าง 41-50 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 36.7) โดยมีอายุเฉลี่ย 38.0 ปี (SD = 10.57) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดนาน 1-10 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 46.7) เฉลี่ย 9.80 ปี (SD = 8.10) เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับผู้ปฏิบัติมากที่สุด (ร้อยละ 76.7) ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมทั่วไปมากที่สุด (ร้อยละ 23.3) และร้อยละ 66.7 มีประสบการณ์/การอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัย

2. การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตามองค์ประกอบการบริหารความปลอดภัย 7 ขั้นตอน

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยรวมของการบริหารความปลอดภัย 7 ขั้นตอน ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (n = 30)

ขั้นตอนการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยห้องผ่าตัด	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ขั้นตอนที่ 1 สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย	4.34	0.59	สูงมาก
ขั้นตอนที่ 2 มีการนำและการสนับสนุนบุคลากร	4.35	0.65	สูงมาก
ขั้นตอนที่ 3 บูรณาการกิจกรรมการจัดการความเสี่ยง	4.37	0.60	สูงมาก
ขั้นตอนที่ 4 สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์	4.33	0.58	สูงมาก
ขั้นตอนที่ 5 สื่อสารและให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วม	3.83	0.76	สูง
ขั้นตอนที่ 6 เรียนรู้และแลกเปลี่ยนบทเรียนเกี่ยวกับความปลอดภัย	4.35	0.61	สูงมาก
ขั้นตอนที่ 7 ลงมือแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการเกิดอันตราย	4.47	0.54	สูงมาก
รวม	4.29	0.79	สูงมาก

จากตารางพบว่า การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตามองค์ประกอบการบริหารความปลอดภัย 7 ขั้นตอน ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{x} = 4.29$, $SD = 0.79$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยของขั้นตอนที่อยู่ในระดับสูงมากตามลำดับ ได้แก่ ขั้นตอนที่ 7 ลงมือแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการเกิดอันตราย ($\bar{x} = 4.4$, $SD = 0.54$) ขั้นตอนที่ 3 บูรณาการกิจกรรมการจัดการความเสี่ยง ($\bar{x} = 4.37$, $SD = 0.60$) ขั้นตอนที่ 2 มีการนำและการสนับสนุนบุคลากร ($\bar{x} = 4.35$, $SD = 0.65$) ขั้นตอนที่ 6 เรียนรู้และแลกเปลี่ยนบทเรียนเกี่ยวกับความปลอดภัย ($\bar{x} = 4.35$, $SD = 0.61$) ขั้นตอนที่ 1 สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย ($\bar{x} = 4.34$, $SD = 0.59$) ขั้นตอนที่ 4 สนับสนุนการรายงานอุบัติการณ์ ($\bar{x} = 4.33$, $SD = 0.58$) ยกเว้นขั้นตอนที่ 5 สื่อสารและให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วมค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.83$, $SD = 0.76$)

3. การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สามารถแบ่งรายละเอียดได้ดังนี้

3.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 คนในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ทั้งหมดเป็นเพศหญิง วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีและมีประสบการณ์/การอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในงานห้อง

ผ่าตัด มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปีมากที่สุดจำนวน 3 คน โดยมีอายุเฉลี่ย 47.80 ปี ($SD = 4.43$) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดนาน 21-30 ปีมากที่สุดจำนวน 4 คน โดยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดนานเฉลี่ย 24.40 ปี ($SD = 4.39$) เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการมากที่สุดจำนวน 4 คน บทบาทหน้าที่ในห้องผ่าตัดเป็นระดับหัวหน้าแผนก/รองหัวหน้าแผนกมากที่สุดจำนวน 3 คน และปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมทั่วไปมากที่สุดจำนวน 2 คน

3.2 การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

1) การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นกระบวนการจัดการเพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการดูแลผู้ป่วยพบว่าใช้หลัก 2 ด้าน คือ 1.1) หลักการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย 1.2) การบริหารความเสี่ยง

2) ปัจจัยสนับสนุนต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่ส่งผลต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์คือปัจจัยสนับสนุนต่อการจัดการความปลอดภัยของ

ผู้ป่วย ประกอบด้วยหลัก 2 ด้าน คือ 2.1) นโยบายการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย ประกอบด้วย ด้านโครงสร้างของห้องผ่าตัด ด้านงบประมาณ การสร้างขวัญและกำลังใจแก่บุคลากร เป็นต้น 2.2) ทีมผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ

3) ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สิ่งที่ส่งผลต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์อีกอย่าง คือ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย ประกอบด้วยปัจจัยหลัก 3 ด้าน คือ 3.1) ปัจจัยด้านบุคลากร ประกอบด้วย บุคลากรขาดความรู้ ประสบการณ์และความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด อัตรากำลังบุคลากรมีไม่เพียงพอต่อภาระงาน เป็นต้น 3.2) ปัจจัยด้านการสื่อสารของบุคลากร 3.3) ปัจจัยด้านสภาพการเจ็บป่วยและความรู้ของผู้ป่วย

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ นำมาสู่การอภิปรายได้ 5 ด้าน คือ 1. การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 2. นโยบายของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 3. บุคลากรในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 4. ผู้รับบริการในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และ 5. แนวทางการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีรายละเอียดดังนี้

1. การจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นกระบวนการจัดการเพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด โดยพยาบาลห้องผ่าตัดให้การดูแลตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดอย่างครอบคลุมเพื่อให้การผ่าตัดดำเนินการไปด้วยดีและเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัยและปัจจุบันห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ได้นำหลักการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยตาม

องค์ประกอบการบริหารความปลอดภัย 7 ขั้นตอนตามแนวคิดของ National Patient Safety Agency, 2004 ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ เอี่ยมพร ชมพูนี (2551) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาลผ่าตัดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร วชิรเมธีราชต์และ รัตพงษ์ สอนสุภาพ (2559)⁽⁵⁾ ได้ศึกษาการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่าการประเมินความเสี่ยงโดยบุคลากรในหน่วยงานมีส่วนร่วมเป็นการจัดการความเสี่ยงที่ดี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ งาหัตถ์ (2553)⁽⁶⁾ ได้ศึกษาการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชัยภูมิ พบว่าการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชัยภูมิอยู่ในระดับปานกลาง เหตุผลที่ต่างกันเพราะเนื่องจากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีการ Re – accreditation ในทุก 3 ปี คือ การประเมินซ้ำเพื่อให้การรับรองว่ารองโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ยังมีการควบคุมคุณภาพเป็นที่ยอมรับตามเกณฑ์มาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ทำให้ห้องผ่าตัดมีการพัฒนาระบบงานและพัฒนาคุณภาพภายในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับในปัจจุบันมีการฟ้องร้องและร้องเรียนเรื่องความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยจากการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดผิดข้าง และการลืมหิ้วสิ่งตกค้างไว้ในแผลผ่าตัด เป็นต้น จึงทำให้ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีความตระหนักและมีการพัฒนาการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดมากขึ้น ส่งผลต่อผลการศึกษาการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์จึงสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชัยภูมิ

2. นโยบายของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ นโยบายเป็นข้อเสนอที่เป็นแนวทางในการดำเนินงานนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ ดังเช่นห้องผ่าตัดมีนโยบาย

เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งต้องปราศจากภัยคุกคาม (Hazard) ไม่มีอันตราย (Danger) และความเสี่ยงใดๆ (Risk) ที่จะเกิดขึ้นจากการผ่าตัด การดำเนินการจัดการความปลอดภัยอย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่องจะสามารถลดความผิดพลาด ซึ่งการค้นหาความผิดพลาดและจัดระบบที่ลดความรุนแรงของความเสียหายจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุซ้ำและเป็นการให้บริการผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ (National Patient Safety Agency, 2004)⁽⁷⁾ และผู้บริหารห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีวิสัยทัศน์และนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงนำนโยบายในการจัดการความปลอดภัยมาสนับสนุนในด้านอื่นๆ ของห้องผ่าตัดเพื่อความเป็นเลิศในการจัดบริการและทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ประกอบด้วย 1) ด้านโครงสร้างของห้องผ่าตัด ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าโครงสร้างของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์และสภาพสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ได้มาตรฐานมีความเหมาะสมส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Alfredsdottir, Herdis; Bjornsdottir, Kristin (2012)⁽⁸⁾ ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าโครงสร้างของห้องผ่าตัดและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับความปลอดภัยของผู้ป่วยเช่นกัน 2) ด้านงบประมาณ ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่างบประมาณในการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่เพียงพอและพร้อมใช้งานมีผลต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นวีวรรณ งาหัตถิ (2553)⁽⁶⁾ ได้ศึกษาการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชัยภูมิ พบว่าการขาดงบประมาณก็เป็นอุปสรรคต่อการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชัยภูมิ และ 3) การสร้างขวัญและกำลังใจแก่บุคลากร ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าการสร้างขวัญและกำลังใจแก่บุคลากรห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีต่อผลการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิดา ปิ่นทองคำ (2556)⁽⁹⁾ ได้

ศึกษาขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสามพรานอำเภอสามพรานจังหวัดนครปฐม พบว่าขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพภาพรวมอยู่ในระดับมาก

3. บุคลากรในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งในระบบการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยคือ บุคลากรในห้องผ่าตัด โดยห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ได้กำหนดหน้าที่รับผิดชอบด้านความปลอดภัยของบุคลากรในแต่ละระดับทั้งในระดับผู้นำและระดับของผู้ปฏิบัติงานให้มีความชัดเจนซึ่งประกอบด้วย 1) ทีมผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าทีมผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพมีต่อผลการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย และผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยในขั้นตอนที่ 7 คือ การลงมือแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายในพยาบาลประจำการผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่าข้อที่หน่วยงานกำหนดเป็นนโยบายให้พยาบาลและทีมให้การดูแลผู้ป่วยทุกรายตามแนวทางปฏิบัติเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมบูรณ์ สุโสมิต (2557)⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตำรวจ พบว่าการทำงานเป็นทีมของพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญของวัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับสูง 2) อัตรากำลังในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าอัตรากำลังในห้องผ่าตัดที่ไม่เพียงพอมีผลต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นงนุช บุญยัง และศศิธร พุ่มดวง (2554)⁽¹¹⁾ ได้ศึกษากลยุทธ์การบริหารอัตรากำลังในปัจจุบันและกลยุทธ์การบริหารอัตรากำลังในอนาคตของผู้อำนวยการโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการแพทย์โรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ พบว่าการวิเคราะห์อัตรากำลังที่เหมาะสมกับภาระงานที่เป็นจริงจะส่งผลต่อการพยาบาลที่ปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ และ 3) การสื่อสารของบุคลากรในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยในขั้นตอนที่ 5 คือ การสื่อสารและให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วมใน

พยาบาลประจำการห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง รวมทั้งผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การสื่อสารของบุคลากรมีผลต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพรรณ คล้ายสุบรรณ (2555)⁽¹²⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติและทักษะในการสื่อสารกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 4 พบว่าทักษะในการสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลห้องผ่าตัด และสอดคล้องกับการศึกษาของ เอื้อมพร ชมพุมิ (2551)⁽³⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาลผ่าตัดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าการบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัดไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรเนื่องจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสาร ขาดการสื่อสารที่ดี ทำให้ได้รับข่าวสารของแต่ละเรื่องแตกต่างกัน

4. ผู้รับบริการในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยทุกรายที่รู้ว่าจะต้องทำผ่าตัดเพื่อการรักษาจึงเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยไม่ว่าการผ่าตัดนั้นจะเป็นการผ่าตัดเล็กหรือผ่าตัดใหญ่ก็ตาม ผู้ป่วยจะมีความเครียดตั้งแต่รู้ว่าต้องทำผ่าตัด ความวิตกกังวลและความเครียดต่างๆเกิดจากความไม่รู้ไม่แน่ใจในการพยากรณ์โรคและแผนการรักษาที่ถูกต้อง⁽¹³⁾ ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่มีความรู้ในการดูแลตนเองหรือสภาพการเจ็บป่วยเมื่อมารับการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้และโดย เฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดความปลอดภัย เช่น ผู้ป่วยในระยะวิกฤตที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงต้องผ่าตัดฉุกเฉินและไม่มีญาติขอมเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งส่งผลต่อการเกิดความปลอดภัยได้ ดังนั้นการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อวิเคราะห์ปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิต วิญญาณ หรือสภาวะสุขภาพด้วยการสื่อสารที่ดีมีประสิทธิภาพอย่างครอบคลุมชัดเจน ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดประกอบด้วย 1) การรับรู้โรคของผู้ป่วยผ่าตัด

รับรู้โรคของผู้ป่วยผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีผลต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ มาณิกา อยู่สำราญ และปราณี ศรีพลแทน (2556)⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาการรับรู้ระดับความวิตกกังวลและต้นเหตุความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่าต้นเหตุความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด คือ ความกลัว การไม่ได้รับข้อมูลตามความต้องการ ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ การวินิจฉัยการรักษา และประสบการณ์การผ่าตัด ผลจากการศึกษาครั้งนี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ทำให้พยาบาลได้ทราบถึงการรับรู้ระดับความวิตกกังวลและต้นเหตุความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดอย่างครอบคลุมตลอดจนสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ ณวิวรรณ นาหัตถิ (2553)⁽⁶⁾ ได้ศึกษาการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชัยภูมิ พบว่าสภาพการเจ็บป่วยและความรู้ของผู้ป่วยเป็นปัจจัยอุปสรรคต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชัยภูมิเช่นกัน 2) การให้ข้อมูลผู้ป่วยของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ส่งผลต่อการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ รวมทั้งผลการศึกษาของการบริหารความปลอดภัยซึ่งเกี่ยวข้องกับขั้นตอนที่ 5 การสื่อสารให้ผู้ป่วยและชุมชนมีส่วนร่วมพบว่าอยู่ในระดับสูง เช่น ข้อที่หน่วยงานกำหนดและเผยแพร่นโยบายและจัดอบรมแนวปฏิบัติในการสื่อสารปัญหาและอุปสรรคความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น ไม่สอดคล้องกับเอื้อมพร ชมพุมิ (2551)⁽³⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาลผ่าตัดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าการบริหารความเสี่ยงในห้องผ่าตัดไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรเนื่องจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสาร ขาดการสื่อสารที่ดี ทำให้

ได้รับข่าวสารของแต่ละเรื่องแตกต่างกัน เหตุผลที่มีความต่างกันเพราะเนื่องจากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีการ Re –accreditation ในทุก 3 ปี คือ การประเมินซ้ำเพื่อให้การรับรองว่าโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ยังมีกระบวนการคุณภาพเป็นที่ยอมรับตามเกณฑ์มาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ทำให้ห้องผ่าตัดมีการพัฒนาระบบงานและพัฒนาคุณภาพภายในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้การให้ข้อมูลหรือการสื่อสารกับผู้ป่วยของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์อยู่ในระดับสูง

5. แนวทางการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จากผลการอภิปรายเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ใช้กระบวนการจัดการที่มุ่งลดอัตราความผิดพลาดและสร้างปัจจัยขัดขวางเพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาดด้วยการค้นหาจำแนกและการจัดการความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยในระบบบริการ โดยนำสิ่งที่ได้เรียนรู้มาใช้ในการออกแบบอีกครั้ง การสร้างความตระหนัก การยอมรับ และการนำไปปฏิบัติในงานประจำของบุคลากรทุกระดับในห้องผ่าตัดอย่างสม่ำเสมอและอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดระบบบริการทางสุขภาพที่ปลอดภัยมากขึ้นไม่เกิดอุบัติเหตุซ้ำ โดยห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์จึงสรุปเป็นแนวทางการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดเพื่อให้ครอบคลุมด้าน

ต่างๆประกอบด้วย 1) ด้านบุคลากรในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เช่น การสร้างความตระหนักในเรื่องการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ให้แก่บุคลากร การพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรในเรื่องการจัดการความปลอดภัยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ด้านอัตรากำลังของบุคลากรที่เพียงพอ เป็นต้น 2) การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 3) การเทียบเคียง (Benchmark) อัตราการเกิดอุบัติเหตุในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 4) การออกแบบระบบและติดตามประเมินผลในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นแนวทางการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์เพื่อให้เกิดการนำผลการศึกษาไปใช้หรือพัฒนางานในด้านดังกล่าวนี้ และผู้ศึกษาจึงขอเสนอให้มีการศึกษาต่อในเรื่อง 1) ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 2) การพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด โดยเน้นการใช้แนวทางเสริมสร้างการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

1. Paul Bowel and others. **Building a safety and improvement culture in primary care Practice Nurses Presented at American College of Surgeons 96th Annual Clinical Congress Washington.** American, 2010.
2. World Health Organization **Patient safety: WHO Guideline for Safe Surgery.** Switzerland, 2012.
3. เอื้อมพร ชมพูนี. การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในงานการพยาบาลผ่าตัดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี, 2551.
4. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. **งานข้อมูลและความเสี่ยง 2555 – 2557.** โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2555.
5. สุภาพร วชิรเมธวัช และรัตพงษ์ สอนสุภาพ. **การจัดการความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาล ร้อยเอ็ด.** (ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานำทางสังคมธุรกิจและการเมืองวิทยาลัยนวัตกรรมการสังคม). มหาวิทยาลัยรังสิต, กรุงเทพมหานคร, 2559.
6. ฉวีวรรณ งาหัดถิ. **การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชัยภูมิ.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี, 2553.

7. National Patient Safety Agency. **Seven steps to patient safety the full reference guide. second print August 2004**, Available at http://www.npsa.nhs.uk/seven_steps, 2013.
8. Alfredsdottir and Bjordottir. Nursing and patient safety in the operating room. **Journal of Advanced Nursing**, 61(1), 2012: 29-37
9. ศิลา ปิ่นทองคำ. **ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสามพรานอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม.** (สารนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). วิทยาลัยทองสุข, กรุงเทพมหานคร, 2556.
10. สมบูรณ์ สุโสมิต. วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตำรวจ. **วารสารพยาบาลตำรวจ**, 6(1), 2557: 219-229
11. นงนุช บุญยัง และศศิธร พุ่มดวง. **กลยุทธ์การบริหารอัตรากำลังในปัจจุบันและกลยุทธ์การบริหารอัตรากำลังในอุดมคติของผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการแพทย์โรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้.** วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา, 2554.
12. พรพรรณ คล้ายสุบรรณ. **ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติและทักษะในการสื่อสารกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยง ของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 4.** วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยศรีสเคียน, กรุงเทพมหานคร, 2555.
13. เรณู อาจสาถิ. **การพยาบาลผู้ที่รับการผ่าตัด.** กรุงเทพมหานคร: เอ็น พี เพรส, 2553.
14. มาณิกา อยู่สำราญ และปราณี ศรีพลแทน. **การรับรู้ระดับความวิตกกังวลและต้นเหตุความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลมหาสารคาม.** **วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี**, 10(8), 2556: 60-70

ผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับสื่อวีดิทัศน์หาลากลอน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิ
ใบไม้ตับ ในกลุ่มเสี่ยงอายุ 40-60 ปี อำเภอพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

**Effects of Health Education Program and Esan Folk Media (Mor Lum Klon) on Behavior
Modification for Liver Fluke Prevention Among Risk Groups Aged 40-60 Years in Phontong District**

Roi-Ed Province

ทิวากร พระไชยบุญ¹, พรรณี บัญชรหัตถกิจ²

Tiwakron Prachaiboon, Pannee Banchonhatakit

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม สุขศึกษาร่วมกับสื่อวีดิทัศน์หาลากลอน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มเสี่ยงอายุ 40-60 ปี อำเภอพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง จำนวน 39 คนและกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 39 คน โดยในกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับสื่อวีดิทัศน์หาลากลอนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย บรรยาย อภิปรายกลุ่ม แจกแผ่นพับ การแสดงบทบาทสมมุติ เรียนรู้จากตัวแบบ คู่มือบันทึกพฤติกรรมกรับประทานอาหาร การติดตามการเยี่ยมบ้านและการรับชมสื่อวีดิทัศน์หาลากลอนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด สูงสุด และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่ม ด้วยสถิติ Independent t-test และ Paired samples t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมี ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ ความคาดหวังในผลการตอบสนองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความคาดหวังในความสามารถต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value<0.05)

ABSTRACT

This research was a quasi-experimental research that aimed to study the effect of health education program and Esan folk media (Mor Lum Klon) on behavior modification for liver fluke prevention among risk groups aged 40-60 years in Phontong district Roi-Ed province. The sample was composed of 39 persons in an experimental group and a comparison group The experimental group was received health education program and Esan folk media (Mor Lum Klon) on Behavior Modification for liver fluke prevention including lecture, group discussion, brochure, role playing, modeling, guile line eating behavior, home visiting and watching Esan folk media (Mor Lum Klon) on behavior modification for liver fluke prevention. The progress was 12 weeks. The data was collected by questionnaires. Data was analyzed by statistics percentage, means, standard deviation, median, minimize, maximum, Independent's t-test, and Paired samples t-test for comparison between groups and within group at 0.05 level of significance

The results showed that after experiment, the experimental group had significantly mean score of knowledge about liver fluke prevention, perceived severity of the liver fluke prevention, response efficacy of the liver fluke prevention, self efficacy of the liver fluke prevention, practice of the liver fluke prevention more than those before the experiment and comparison groups (p-value<0.001). The perceived susceptibility of the liver fluke prevention more than those before the experiment and comparison groups (p-value<0.05)

Key Words : Esan Folk Media (Mor Lum Klon), Behavior Modification for Liver Fluke Prevention

¹ นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ทั่วโลกมีประชากร มากกว่า 600 ล้านคนที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งมีปลาน้ำจืดเกร็ดขาว เป็นตัวพาหะของโรค โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาสาธารณสุขในประเทศไทยมีพบประชากรประมาณ 8 ล้านคนที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ⁽¹⁾ โรคพยาธิใบไม้ตับพบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงสุด 1.92 รองมา คือ ภาคเหนือมีอัตราป่วยต่อแสนประชากร 1.67 ส่วนภาคกลางและภาคใต้มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรป่วยต่ำกว่า 1 พยาธิใบไม้ตับที่เป็นตัวก่อโรคในประเทศไทยคือ *Opisthorchis viverrini* พบในกลุ่มผู้ป่วยอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1 : 1.6 กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 55-64 ปี รองลงมา 45 – 54 ปี และ 65 ปีขึ้นไป⁽²⁾

จากการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ในปี 2556 พบว่า 4 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความชุกสูงกว่า ร้อยละ 20 ได้แก่ นครพนมร้อยละ 40.9 สกลนครร้อยละ 27.9 หนองคายร้อยละ 22.5 และหนองบัวลำภูร้อยละ 22.1 ตามลำดับ การสำรวจความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับในปี 2557 ประเทศไทย พบว่า มีจังหวัดที่มีความชุกสูงกว่าร้อยละ 10 จำนวน 12 จังหวัด ได้แก่ นครพนมร้อยละ 23.2 บุรีรัมย์ร้อยละ 17.6 ร้อยเอ็ดร้อยละ 15.5 น่านร้อยละ 14.9 ศรีสะเกษร้อยละ 14.3 สุรินทร์ร้อยละ 14.3 มหาสารคามร้อยละ 13.1 สระแก้วร้อยละ 12.7 Mukdahanร้อยละ 11.9 กาฬสินธุ์ ร้อยละ 11.5 เชียงใหม่ร้อยละ 10.8 ลำปางร้อยละ 10.5 ตามลำดับ⁽³⁾

จากการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ทั้ง 14 ตำบล ในอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด มีจำนวนประชากรเป้าหมาย 14,737 คน คัดกรองด้วยวาจาพบกลุ่มเสี่ยง 7,936 คน คิดเป็นร้อยละ 53.86 ตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับด้วยวิธี Kato thick smear ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงจำนวน 1,017 รายคิดเป็นร้อยละ 12.82 มีพื้นที่ตรวจหาพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงมากที่สุดคือ ตำบลโนนชัยศรีร้อยละ 25.34 รองลงมาตำบลหนองใหญ่ร้อยละ 20.08 ตำบลนาอุดมร้อยละ 19.83 ตำบลแวงร้อยละ 17.21 ตำบลโพธิ์ศรีสว่างร้อยละ 13.22 ตำบลวังสามัคคีร้อยละ 12.15

ตำบลโคกสูงร้อยละ 10.64 ตำบลสระนกแก้วร้อยละ 10.53 และตำบลที่น้อยกว่าร้อยละ 10 คือตำบลสว่าง ตำบลพรมสวรรค์ ตำบลคำนาดี ตำบลโคกกม่วง ตำบลโพธิ์ทอง ตำบลอุ่มเม่า ตามลำดับ⁽⁴⁾

สื่อพื้นบ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยส่วนใหญ่ชาวอีสานจะใช้สื่อพื้นหมอลำเป็นสื่อในการแสดงเรื่องราวต่างๆ เพราะหมอลำเป็นการละเล่นพื้นบ้านมาตั้งแต่สมัยบรรพบุรุษ ซึ่งเป็นการแสดงถึงเรื่องราววิถีชีวิตของคนในชุมชน วรรณคดี พุทธประวัติ เป็นต้น เพื่อให้เกิดความไพเราะ ดึงดูดใจ นำมาร้อยเรียงเป็นทำนอง เรียกว่า หมอลำ โดยใช้ดนตรีเสียงแคนประกอบซึ่งมีต้องเป็นผู้ชำนาญในการเป่าแคนและการขับร้อง ประสานเสียงให้เกิดความไพเราะ หมอลำมักใช้ผู้เล่นคนมากกว่า 2 คน แสดงตามบทบาทของหมอแคนและหมอลำ⁽⁵⁾

วัตถุประสงค์การวิจัย

เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย ความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในผลการตอบสนอง ความคาดหวังในความสามารถในการป้องกัน การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการทดลองและทดลองการหลัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็น กลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ อายุ 40-60 ปี ในอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง จำนวน 39 คนและกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 39 คน การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) เนื่องจากจังหวัดร้อยเอ็ด มีทั้งหมด 20 อำเภอ มีประชากรขนาดใหญ่ จึงแบ่งการสุ่มตัวอย่างจากกลุ่มใหญ่ไปหากลุ่มย่อย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

ส่วนที่ 1 ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 78 คน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองด้วย

แบบคัดกรองด้วยวาจา (Verbal screening) เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีตามเกณฑ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์มาจากการศึกษา กระทรวงสาธารณสุข และ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป ความรู้ การรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในผลการตอบสนอง ความคาดหวังในความสามารถในการป้องกัน การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านพิจารณา จากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงเพื่อให้ได้คุณภาพ ใช้แบบการตรวจสอบความเห็นพ้องของผู้เชี่ยวชาญ (IOC: Index of Item-Objective Congruence)

ความเที่ยงของสร้างเครื่องมือ (Reliability) โดยนำสร้างเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try – out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน เพื่อหาความสมบูรณ์ของเครื่องมือ นำผลที่ได้ไปวิเคราะห์และปรับปรุงสร้างเครื่องมือ ผลของค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.78 ถือว่าแบบสอบถามมีความเที่ยงตรงที่สามารถยอมรับได้

การตรวจสอบคุณภาพของสื่อเป็นสื่อพื้นบ้าน ใช้วิธีการประเมินคุณภาพของสื่อ จากการวิพากษ์วิจารณ์โดยผู้เชี่ยวชาญ โดยการเชิญผู้เชี่ยวชาญมาชมและวิจารณ์แก้ไขข้อผิดพลาด โดยผู้เชี่ยวชาญที่เชิญมานั้นมีความเชี่ยวชาญทั้งหมด 3 ด้าน ดังนี้ ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา ผู้เชี่ยวชาญด้านเทคนิค ผู้เชี่ยวชาญระดับอาชีพ เมื่อผ่านการตรวจสอบสื่อทั้งสามด้านจากผู้เชี่ยวชาญเรียบร้อยแล้ว จึงนำไปทดสอบกับกลุ่มเสี่ยงที่ใกล้เคียงกับกลุ่มทดลองมากที่สุด โดยจะเป็นการวัดความรู้ความเข้าใจในเนื้อหา ก่อน-หลัง การรับชมรับฟังพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และวัดระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับหลังการรับชม หลังจากนั้นก็จะนำผลคะแนนความรู้ ก่อน-หลัง ที่ได้ไปหาค่าประสิทธิภาพของสื่อและดัชนีประสิทธิผลของสื่อ จากสูตรการหาค่าประสิทธิภาพของสื่อเพื่อดูพฤติกรรมผลลัพธ์ (Products) ของผู้เรียน (E1/E2) และจากสูตรดัชนีประสิทธิผลของสื่อ⁽⁴⁾ ผลดัชนีประสิทธิผลของสื่อเท่ากับ 0.59 ถือว่าผ่าน

เกณฑ์ที่ยอมรับได้ และแสดงว่าสื่อนี้มีคุณภาพพร้อมที่จะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัย

ใช้เวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 12 สัปดาห์

กิจกรรมสุศึกษา ครั้งที่ 1 เพื่อเพิ่มความรู้ให้กลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับให้ถูกต้องโดยใช้วิธีการ ทำกิจกรรมกลุ่มเรียนรู้เรื่องของโรคพยาธิใบไม้ตับ การบรรยายให้ความรู้ สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน รวมถึงวิธีการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ให้อภิปรายกลุ่มบรรยายให้ความรู้ความเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับจากผู้ศึกษา ด้วยสไลด์ แผ่นพับ และอธิบายวิธีใช้คู่มือฉบับที่กพฤติกรรมกรรมการกินอาหารในแต่ละวัน

กิจกรรมสุศึกษา ครั้งที่ 2 เป็นการอบรม การบรรยาย การใช้สื่อวีดิทัศน์ สไลด์ แผ่นพับ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเล่าประสบการณ์ ชมสื่อวีดิทัศน์หาล่ากลอนการประเมินอันตรายต่อสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ

กิจกรรมสุศึกษา ครั้งที่ 3 เป็นการแสดงบทบาทสมมุติ การปรุงและประกอบอาหารจากปลาน้ำจืดที่เรีกรชาวให้สุกรเรียนรู้จากตัวแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การอภิปรายกลุ่ม ชมสื่อวีดิทัศน์หาล่ากลอนการประเมินการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วยความคาดหวังในผลการตอบสนองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความคาดหวังในความสามารถในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

กิจกรรมสุศึกษา ครั้งที่ 4-9 เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ใช้เวลา 6 ครั้งๆละ 1 สัปดาห์ รวมเป็น 6 สัปดาห์ ดังนี้ ออกเยี่ยมบ้านและติดตามพฤติกรรมการปฏิบัติตนร่วมกับ อสม. ผู้นำท้องถิ่นทุกสัปดาห์ ทำกิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ละครั้ง โดยละ 1 การเล่ากิจกรรมที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างฟังว่าแต่ละคนมีประโยชน์และเกิดผลอย่างไร เปิดสื่อวีดิทัศน์หาล่ากลอนกลอนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่ประพันธ์ขึ้นใหม่ ผ่านหอ

กระจายเสียงของหมู่บ้านในตอนเช้าอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที

กิจกรรมสุศึกษา ครั้งที่ 10 การอภิปรายกลุ่ม การสร้างเป้าหมายในการฝึกการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเมื่อสิ้นสุดการศึกษา พร้อมหมอบของทีละลึกแก่กลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปอธิบายด้วยสถิติเชิงพรรณนา เป็น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด สูงสุด การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่เป็นข้อมูลโค้งปกติ ใช้สถิติเชิงอนุมาน สถิตพารามตริกซ์ (Parametric) ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในผลการตอบสนอง ความคาดหวังในความสามารถในการป้องกัน การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มทดลองกับกลุ่ม เปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 87.2 ในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 74.4 ช่วงอายุพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มี ช่วงอายุ 56-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.0 อายุเฉลี่ย 52.41 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เท่ากับ 5.75 และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ช่วงอายุ 40-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.8 อายุเฉลี่ย 51.64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.77 สถานะภาพพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่ จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 และ กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่สถานภาพสมรส/คู่ จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 69.2 ระดับการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ การศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 79.5 และ กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 56.4 อาชีพ พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 74.4 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกรกรรม จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 92.3 รายได้ต่อปี พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับรายได้มากกว่า 60,000 บาท จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 53.8 และ กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับรายได้มากกว่า 60,000 บาท จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 41.0 รายได้ของครอบครัว/ปี ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบส่วนใหญ่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 51.3

2. ความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในผลการตอบสนอง ความคาดหวังในความสามารถในการป้องกัน การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยผลของพฤติกรรม การป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มเสี่ยงอายุ 40-60 ปี ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (n=39)

พฤติกรรม การป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อน		หลัง		Mean difference	t	95% CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.				
ความรู้	11.20	2.40	14.10	1.16	2.90	7.46	2.11-3.68	<0.001
การรับรู้ความรุนแรง	23.36	2.99	26.46	2.55	3.10	6.24	2.09-4.10	<0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	25.56	3.86	27.44	2.33	1.87	2.83	0.53- 3.21	<0.05
ความคาดหวังในผลการตอบสนอง	25.51	3.34	28.69	2.15	3.18	4.92	1.87-4.48	<0.001
ความคาดหวังในความสามารถในการป้องกัน	25.23	3.09	28.34	1.42	3.10	5.18	1.89-4.31	<0.001
การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	20.95	5.20	26.61	2.81	5.67	5.76	3.68-7.65	<0.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยผลของพฤติกรรมกำป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มเสี่ยง
อายุ 40-60 ปี หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=39)

พฤติกรรมกำป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับ	ทดลอง		เปรียบเทียบ		Mean difference	t	95% CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.				
ความรู้	14.10	1.16	11.51	2.70	2.59	5.49	1.64-3.54	<0.001
การรับรู้ความรุนแรง	26.46	2.55	23.94	2.61	2.51	4.29	1.34-3.67	<0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	27.44	2.33	26.05	2.77	1.38	2.39	0.23-2.54	<0.05
ความคาดหวังในผลการตอบสนอง	28.69	2.15	25.51	2.73	3.18	5.70	2.07-4.29	<0.001
ความคาดหวังในความสามารถในการป้องกัน	28.34	1.42	26.02	2.89	2.30	4.46	1.27-3.34	<0.001
การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	26.61	2.81	20.69	3.76	5.92	7.87	4.42-7.42	<0.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังการทดลองมีค่ามากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% CI เท่ากับ 2.11 ถึง 3.68 มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลต่างเท่ากับ 2.42 คะแนน และหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% CI เท่ากับ 1.64 ถึง 3.54 มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลต่างเท่ากับ 2.59 คะแนน

การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ หลังการทดลองมีค่ามากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% CI เท่ากับ 2.09 ถึง 4.10 มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลต่างเท่ากับ 3.10 คะแนน และหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ ของกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% CI เท่ากับ 1.34 ถึง 3.67 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ผลต่างเท่ากับ 2.51 คะแนน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังการทดลองมีค่ามากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ที่ระดับความเชื่อ

มั่น 95% CI เท่ากับ 0.53 ถึง 3.21 มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลต่างเท่ากับ 1.87 คะแนน และหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% CI เท่ากับ 0.23 ถึง 2.54 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ผลต่างเท่ากับ 1.38 คะแนน

ความคาดหวังในผลการตอบสนองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลการตอบสนองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังการทดลองมีค่ามากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% CI เท่ากับ 1.87 ถึง 4.48 มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลต่างเท่ากับ 3.18 คะแนน และหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลการตอบสนองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของ กลุ่มทดลองมีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% CI เท่ากับ 2.07 ถึง 4.29 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ผลต่างเท่ากับ 3.18 คะแนน

คาดหวังในความสามารถต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในความสามารถต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังการทดลองมีค่ามากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% CI เท่ากับ 1.89 ถึง 4.31 มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลต่างเท่ากับ 3.10 คะแนน

และหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในความสามารถต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% CI เท่ากับ 1.27 ถึง 3.34 มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลต่างเท่ากับ 2.30 คะแนน

การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังการทดลองมีค่ามากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% CI เท่ากับ 3.68 ถึง 7.65 มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลต่างเท่ากับ 5.67 คะแนน และหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% CI เท่ากับ 4.42 ถึง 7.42 มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลต่างเท่ากับ 5.92 คะแนน

สรุปและอภิปรายผล

จากศึกษาจะเห็นได้ว่าผลของโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับสื่อวีดิทัศน์ห่อลากลอน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มเสี่ยงอายุ 40-60 ปี อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีสมมติฐานในการวิจัย ดังนี้ สมมติฐานข้อที่ 1 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง สมมติฐานข้อที่ 2 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และ ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้การจัดกิจกรรมสุขศึกษาการบรรยายให้ความรู้ สาเหตุ อาการ การรักษา รวมถึงวิธีการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ให้อภิปรายกลุ่ม ชมสื่อวีดิทัศน์ สไลด์ แผ่นพับ สอดคล้องกับการศึกษาของพลอยไพลิน ทับทิม (2556)⁽⁶⁾ ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบลมหาชัย อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) การจัดกิจกรรมสุขศึกษาการอบรม การบรรยาย การใช้สื่อวีดิทัศน์ สไลด์ แผ่นพับ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเล่าประสบการณ์ ชมสื่อวีดิทัศน์ห่อลากลอนการประเมินอันตรายต่อสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สาธิต เสดิ (2552)⁽⁷⁾ ได้ศึกษาผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมและคู่มือในกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับ อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ได้กล่าวไว้ การบรรยายให้ความรู้ชมวีดิทัศน์ การกระตุ้นเตือน

ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และ ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) การจัดกิจกรรมสุขศึกษาการอบรม การบรรยาย การใช้สื่อวีดิทัศน์ สไลด์ แผ่นพับ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและเล่าประสบการณ์ ชมสื่อวีดิทัศน์ห่อลากลอนการประเมินอันตรายต่อสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิวัญ ทองนาเมือง (2555)⁽⁸⁾ ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับ

แรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในนักเรียนประถมศึกษาอำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด ได้กล่าวไว้ การบรรยาย การใช้สื่อสุขภาพ การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม

ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลการตอบสนองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ มากกว่าก่อนการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลการตอบสนองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่ากลุ่มกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) การจัดกิจกรรมสุขภาพ การบรรยาย การแสดงบทบาทสมมุติ การปรุงและประกอบอาหารจากปลาน้ำจืดเกร็ดขาวให้สุก เรียนรู้จากตัวแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ การอภิปรายกลุ่ม ชมสื่อวีดิทัศน์ ลำลองการประเมินการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ ประกอบด้วย ความคาดหวังในผลการตอบสนองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนิวรรณ แก้วโพนเพ็ก (2552)⁽⁹⁾ ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับซึ่งนำไปสู่การเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในเด็กนักเรียนประถมศึกษาตำบลทรายทอง อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ได้กล่าวไว้ การบรรยายให้ความรู้ แจกแผ่นพับ อภิปรายกลุ่ม และการกระตุ้นเตือนกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในความสามารถต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ มากกว่าก่อนการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในความสามารถต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่ากลุ่มกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) การจัดกิจกรรมสุขภาพ การบรรยาย การแสดงบทบาทสมมุติ การปรุงและประกอบอาหารจากปลาน้ำจืดเกร็ดขาวให้สุก เรียนรู้จากตัวแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ การอภิปรายกลุ่ม ชมสื่อวีดิทัศน์

ลำลองการประเมินการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ ความคาดหวังในความสามารถในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนิวรรณ แก้วโพนเพ็ก (2552)⁽⁹⁾ ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับซึ่งนำไปสู่การเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในเด็กนักเรียนประถมศึกษาตำบลทรายทอง อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ได้กล่าวไว้ การบรรยายให้ความรู้ แจกแผ่นพับ อภิปรายกลุ่ม

ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ มากกว่าก่อนการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่ากลุ่มกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) การจัดกิจกรรมสุขภาพการอบรม การอภิปรายการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ เขียนคู่มือฉบับที่ก พฤติกรรมการกินอาหารในแต่ละวัน ออกเยี่ยมบ้านเพื่อติดตาม ให้กำลังใจในการปฏิบัติตัว และการชมสื่อวีดิทัศน์ ลำลอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มานิต ขาวงษ์ (2557)⁽¹⁰⁾ การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการตลาดเชิงสังคมโดยใช้สื่ออีสานพื้นบ้าน (หมอลำ หมอแคน) เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงอำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ได้กล่าวไว้ การรับฟังสื่ออีสานพื้นบ้าน คือ VCD หมอลำ หมอแคน และการแจกแผ่นซีดีสื่อพื้นบ้าน หมอลำ หมอแคน ป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ให้กลุ่มทดลองฟัง กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนเปลี่ยนไปจากเดิม และสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬารัตน์ โสตะ และคณะ (2551)⁽¹¹⁾ ประสิทธิผลของสื่อการสอนพฤติกรรม การป้องกันพยาธิใบไม้ในตับระหว่างสื่อวีซีดีและคู่มือในนักเรียนประถมศึกษา ได้กล่าวไว้ว่า กลุ่มนักเรียนที่ได้ศึกษาจากวีซีดีมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มนักเรียนที่ศึกษาจากคู่มือ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาวิจัย

1. สื่อวีดิทัศน์มอลำกลอน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นการใช้ภาษาอีสานซึ่งเป็นภาษาถิ่นที่เข้าใจง่าย ช่วยให้เกิดการกระตุ้น เกิดแรงจูงใจ มีประสิทธิภาพที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับได้

2. โปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับสื่อวีดิทัศน์มอลำกลอน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่ประกอบไปด้วย การบรรยาย การชมวิดิทัศน์ การอภิปรายกลุ่ม การเรียนรู้จากตัวแบบ การแสดงบทบาทสมมุติ การออกเยี่ยมบ้าน สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไปควรทดลองนำสื่อวีดิทัศน์มอลำกลอน ไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับกับกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ เช่น กลุ่มนักเรียน กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มผู้นำชุมชน เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้เสร็จสมบูรณ์เป็นอย่างดีได้ โดยการสนับสนุนทุนวิจัยจากศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เอกสารอ้างอิง

1. Banchoh Sripa, Jeffrey MB, Paiboon S, Sasithorn K, Eimorn M, Alex L, et al. (2011). Opisthorchiasis and Opisthorchis-associated cholangiocarcinoma in Thailand and Laos, *Acta Tropica*, 120S (2011):158-168.
2. ธนพร หล่อปยานนท์. โรคพยาธิใบไม้ตับ Liver fluke. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ], 2550.
3. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. การกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชน. นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สันสวย, 2557.
4. สาธารณสุขอำเภอโพธารอง. สรุปลผลการดำเนินงานปี 2556 ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการโรค Surveillance & Care System) ภายใต้โครงการค้นหาโรคพยาธิใบไม้ มะเร็งท่อน้ำดี และมะเร็งลำไส้ (ODOP). [ม.ป.ท.: ม.ป.พ], 2556.
5. พรณี บัญชรหัตถกิจ. สื่อสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554.
6. พลอยเพลิน ทับทิม. การศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบลมหาชัย อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2556.
7. สาทิต เสดิ. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมและคู่มือในกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับ อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.
8. ศิวัญ ทองนาเมือง. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีในนักเรียนประถมศึกษา อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสาร มข. (บศ.), 12(2) 2555 : 80-89.
9. รัชนิวรรณ แก้วโพนเพ็ก. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งนำไปสู่การเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในเด็กนักเรียนประถมศึกษาตำบลทรายทอง อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.
10. มานิต ขาวงษ์. การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมการตลาดเชิงสังคมโดยใช้สื่ออีสานพื้นบ้านเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 8(2) 2558. :145-155.
11. จุฬารณย์โสตะ, ไพบุลย์ สิทธิถาวร, รุจิรา ดวงสงค์และ นวพร ตรีโอบฐ์. ประสิทธิผลของสื่อการสอนพฤติกรรมป้องกันการพยาธิใบไม้ตับระหว่างสื่อวีดิทัศน์และคู่มือในนักเรียนประถมศึกษา. ขอนแก่น: ภาควิชาสุศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551.

กระบวนการบริหารที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงาน
ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดีตำบลภูเงิน อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

THE EFFECT OF MANAGEMENT PROCESS TO PARTICIPATION ON PREVENTION AND
CONTROL OF CHOLANGIOCARCINOMA OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS,
SELAPHUM DISTRICT, ROI ET PROVINCE

อมรินทร์ สักดิงค์¹, ชัญญา อภิบาลกุล²

Amarin Sakwong, Chanya Apipalakul

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการบริหารที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดีตำบลภูเงิน อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลภูเงิน อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 215 คน โดยใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม จำนวน 18 คน ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านและได้นำมาตรวจสอบหาความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้เท่ากับ 0.98 การเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 19 เมษายน 2559 ถึง วันที่ 3 พฤษภาคม 2559 สถิติที่ใช้ในการได้แก่สถิติเชิงพรรณนา ในการหา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการศึกษาพบว่าระดับกระบวนการบริหาร, ระดับการมีส่วนร่วม ภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.71 (S.D.= 0.68) 3.67 (S.D.= 0.69) ตามลำดับกระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดีตำบลภูเงิน อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ร้อยละ 79.6 และปัญหาอุปสรรคที่พบส่วนใหญ่ คือกระบวนการบริหารด้านการวางแผน ร้อยละ 83.54

คำสำคัญ: กระบวนการบริหาร, การมีส่วนร่วม, อาสาสมัครสาธารณสุข, การป้องกันและควบคุมโรค, มะเร็งท่อน้ำดี

Abstract

This survey study has been done to define the result of management process to participation of village health care volunteers at Phun-geun subdistrict Selaphum district Roi-Et province, Thailand on prevention and control of cholangiocarcinoma (CCA). Subjects in this study included village health care volunteers. Data have been obtained by personal questioners (n = 215) and group discussion (n = 18). Data collecting process has been proofed by 3 specialist. Accuracy of data collecting method has been tested and reveal Cronbach's alpha was 0.98). All data were collected between April 19 and March 3, 2016. Statistical analyses included descriptive statistic (average, median, min, max), inferential statistic (Pearson's correlation analysis) and stepwise multiple regression analysis. The level required for statistical significant is $P < 0.05$. The result reveal level of management process, participation level are classified as high level with average 3.71 (SD = 0.68) and 3.67 (SD = 0.69). Management process was found positively correlation with working participation on CCA prevention and control in study area with statistical significant ($r = 0.808$, $P < 0.001$). Management process especially planning, organization management, organization control were useful to determine participation level of health care volunteers on prevent and control of CCA (average = 79.6). Nevertheless, the most important problem founded management processes in the study area are included planning process (average = 83.54) has been revealed.

Keywords: Management process, Participation, Prevention and control, Cholangiocarcinoma Village health volunteers

¹ นักศึกษาหลักสูตรบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รศ.ดร. อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้ยอมรับให้โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี และพบว่าความชุกของการเกิดโรคในประเทศไทยพบมากที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งส่วนหนึ่ง มีสาเหตุเกิดจากการรับประทานอาหารประเภทที่ปรุงจากปลาน้ำจืดเกิดจากชาวตระกูลปลาตะเพียนปลิงดิบ หรือสุกๆดิบๆ ซึ่งมีตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับปนเปื้อน อาหารเลี้ยงได้แก่ ก้อยปลา คีบ ลาบปลา คีบ ปลาต้ม ปลาข้าวคืบ หรือส้มตำปลาข้าวคืบ เป็นต้น กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁾ ได้ดำเนินการแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยกำหนดยุทธศาสตร์ "กำจัดพยาธิใบไม้ในตับ ลดมะเร็งท่อน้ำดี วาระคนอีสาน" ปี 2556 โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตทั่วประเทศปีละประมาณ 14,000 คน โดยเกินกว่าครึ่งเป็นประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และตรวจพบพยาธิในคนรายแรกที่จังหวัดร้อยเอ็ด และจากผลการสำรวจความชุกโรคพยาธิใบไม้ในตับของจังหวัดร้อยเอ็ด เมื่อเดือนมีนาคม 2557 จำนวนตัวอย่าง 659 ราย พบพยาธิทั้งหมด 174 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.40 และในจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ที่พบพยาธินี้ ตรวจพบพยาธิใบไม้ในตับมากที่สุด จำนวน 125 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.84 สำหรับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดีของตำบลภูเงิน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ในปี 2557 นั้นได้ดำเนินการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดีแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคน และดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 300 คน ซึ่งยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด และยังไม่มีแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี และผู้วิจัยได้ค้นคว้าผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องของราชัน ไชยบัง⁽²⁾ ที่ศึกษาปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม พบว่าระดับปัจจัยการบริหารในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับปานกลาง ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้

ตับอยู่ในระดับมาก ปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับมากกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจากการศึกษาของจินตนา บุญยังและคณะได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัด อุบลราชธานี พบว่าปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้แก่ ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการยอมรับนับถือ แรงจูงใจในความสำเร็จของการทำงาน อายุ ทักษะคิด การศึกษาระดับประถม ความสัมพันธ์ในการทำงานและการได้รับการสนับสนุนด้านนโยบาย และการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารหมู่บ้านจัดการสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา กระบวนการบริหารที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลภูเงิน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด รวมถึงศึกษาปัญหาและอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้น เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษากระบวนการบริหารที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลภูเงิน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลภูเงิน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 260 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คืออาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลภูเงิน อำเภอเสลภูมิ
จังหวัดร้อยเอ็ดคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรการวิเคราะห์
การถดถอยพหุ(Multiple Regression Analysis) เพื่อ
ทดสอบสมมติฐานของ Cohen (1988) ดังนี้

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

ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 215 ตัวอย่าง โดยการสุ่ม
ตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Sampling) หลังจากนั้น
ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการ
จับฉลาก และกลุ่มตัวอย่างสำหรับการสนทนากลุ่มเพื่อ
ยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 18 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาใน
ครั้งนี้ มี 2 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลภูเงิน อำเภอ
เสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ
มาตราส่วนประมาณค่า มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (5 4
3 2 1) มีทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับ
คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับ
กระบวนการบริหาร ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
และส่วนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับ ปัญหาอุปสรรค และ
ข้อเสนอแนะ ซึ่งแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความ
ถูกต้องโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านและได้นำมาตรวจสอบหาค่า
ความเที่ยงโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out)
กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา
จำนวน 30 ราย โดยเลือกตำบลใกล้เคียงซึ่งอยู่ในอำเภอเสล
ภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา
ของครอนบาชได้เท่ากับ 0.98

ชุดที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่ม เพื่อที่จะยืนยัน
ข้อมูลซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการดำเนินงานป้องกันและ
ควบคุมโรคเอดส์เรื้อรังที่ตำบลภูเงิน อำเภอเสลภูมิ
จังหวัดร้อยเอ็ด โดยผู้วิจัยได้กำหนดหัวข้อในการสนทนา

กลุ่มไว้ 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ประเด็นเกี่ยวกับ
กระบวนการบริหาร ส่วนที่ 2 ประเด็นเกี่ยวกับการมีส่วน
ร่วม และส่วนที่ 3 ประเด็นปัญหาอุปสรรค และ
ข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรม
สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1.1 สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive Statistics)
ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศอายุรายได้ระดับ
การศึกษา รายได้ระยะเวลาการปฏิบัติงานอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยกรณีข้อมูลที่เป็นตัวแปร
เชิงนามบัญญัติ ได้แก่ ตัวแปรเพศระดับการศึกษาสูงสุด และ
สถานภาพสมรสใช้สถิติในการแจกแจงความถี่ (Frequency)
ร้อยละ(Percentage) ในกรณีข้อมูลที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง
ได้แก่ ตัวแปร อายุ รายได้ ระยะเวลาที่เป็นอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านและมีการแจกแจงข้อมูลแบบ
ปกติใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
(Standard Deviation) ในกรณีที่ข้อมูลแจกแจงไม่ปกติใช้
สถิติค่ามัธยฐาน(Median) ค่าต่ำสุด(Minimum)และค่าสูง
(Maximum) และกรณีที่เป็นตัวแปรต่อเนื่องเมื่อจัดกลุ่ม
แล้วใช้สถิติในการแจกแจงความถี่(Frequency) ร้อยละ
(Percentage) ระดับกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการมี
ส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการ
ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์เรื้อรังที่ตำบลภูเงิน กรณีการ
แจกแจงข้อมูลแบบปกติใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ในกรณีที่ข้อมูล
แจกแจงไม่ปกติใช้สถิติค่ามัธยฐาน(Median) ค่าต่ำสุด
(Minimum)และค่าสูง(Maximum) และกรณีที่เป็นตัวแปร
ต่อเนื่องเมื่อจัดกลุ่มแล้วใช้สถิติในการแจกแจงความถี่
(Frequency) ร้อยละ(Percentage)ปัญหา อุปสรรคและ
ข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและ
ควบคุมโรคเอดส์เรื้อรังที่ตำบลภูเงินนำเสนอข้อมูลในรูปแบบตาราง
โดยวิธีพรรณนา

1.2 สถิติเชิงอนุมาน(Inferential Statistics)
สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(Pearson's

Product Moment Correlation Coefficient)หรือการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันกรณีในข้อมูลแจกแจงปกติ ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามทีละคู่(Bivariate Analysis)ซึ่งตัวแปรทั้งสองต้องมีช่วงระดับการวัดตั้งแต่ช่วงสเกล(Interval Scale)หรืออัตราส่วนสเกล(Ratio Scale) ในการวิเคราะห์ตัวแปรความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัวนี้ ผู้วิจัยได้นำตัวแปรอิสระทุกตัวที่ต้องการวิเคราะห์จับคู่กับตัวแปรตามทีละตัวได้แก่การหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการบริหารกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันควบคุมโรคมาเร็งท้องถิ่น โดยการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติแบบสองหาง(Two-tailed)ถ้าค่า p-value น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.05 แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามแต่ละคู่ นั้นความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับเกณฑ์แบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าตั้งแต่-1ถึงบวก 1

1.3 ใช้สถิติ Stepwise Multiple Regression Analysis หรือการถดถอยพหุแบบขั้นตอนในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร(Multivariate Relationship) ซึ่งเป็นวิธีการทางสถิติที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัวขึ้นไป ซึ่งมีผลต่อตัวแปรตามตัวเดียว วิเคราะห์เพื่อหากระบวนการบริหารที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมาเร็งท้องถิ่นอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

2. การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วจัดพิมพ์ลงในคอมพิวเตอร์ นำข้อมูลมาแยกเป็นแบบหมวดหมู่ ซึ่งแยกประเภท ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา(Content analysis)มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

2.1. การตีความข้อมูลโดยแยกประเด็นข้อมูลที่ได้จากการสนทนา

2.2 การเปรียบเทียบข้อมูลโดยการแยกประเด็นเรื่องที่ศึกษาและการเลือกประเด็นที่คล้ายคลึงกันหรือเหมือนกันไว้ด้วยกัน

2.3 การสังเคราะห์ข้อมูลโดยการสรุปประเด็นต่างๆด้วยการประมวลผลความถี่ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

2.4 การสร้างข้อสรุปโดยสรุปผลในรูปแบบของตาราง และการบรรยาย

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.5มีอายุระหว่าง 40-50 ปี ร้อยละ 43.72อายุเฉลี่ย 51.20ปี (S.D.=8.58)อายุต่ำสุด 31ปี อายุสูงสุด 80 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ87.40ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ52.60ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 3,000-6,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ51.62 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 11-20 ปี ร้อยละ 46.05 ค่าเฉลี่ย 13.82 ปี (S.D.=7.58ปี) ค่ามัชฌิม 20ปี (Min= 1ปี ,Max=40ปี)

2.ระดับกระบวนการบริหารภาพรวมทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย 3.71 (S.D.= 0.68) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านการอำนวยความสะดวก ค่าเฉลี่ย 3.81(S.D.= 0.96) รองลงมา คือ ด้านการวางแผนค่าเฉลี่ย 3.76(S.D.= 0.75) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการจัดองค์กร อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.62(S.D.= 0.76) รองลงมาคือด้านการควบคุมกำกับ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.66(S.D.= 0.76)

3.ระดับการมีส่วนร่วมภาพรวมทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.67 (S.D.= 0.69) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านที่มีค่าเฉลี่ยมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือการมีส่วนร่วมรับผิดชอบค่าเฉลี่ย 3.76 (S.D.= 0.79) รองลงมาคือด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ค่าเฉลี่ย 3.69(S.D.= 0.73) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการมีส่วนร่วมด้านการเสียสละพัฒนา อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.61(S.D.= 0.74) รองลงมาคือ ด้านการมีส่วนร่วมในการร่วมรับประโยชน์ อยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.63(S.D.= 0.75)

4.กระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมาเร็งท้องถิ่น ตำบลภู

เงิน อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยภาพรวมของกระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี ตับलगเงิน อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r=0.808$ $p\text{-value} < 0.001$) พบว่า ด้านการจัดองค์การ($r=0.758$ $p\text{-value} < 0.001$) ด้านการจัดคนเข้าทำงาน($r=0.766$ $p\text{-value} < 0.001$) และ ด้านควบคุมกำกับ ($r=0.875$ $p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการ

ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี ตับलगเงิน อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ส่วนด้านการวางแผน ($r=0.584$ $p\text{-value} < 0.001$) และด้านการอำนวยความสะดวก ($r=0.686$ $p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี ตับलगเงิน อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

5. กระบวนการบริหารมีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี ตับलगเงิน อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ตาราง 1 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี ตับलगเงิน อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ตัวแปร	B	Beta	t	p-value	R	R ²
ด้านการวางแผน	0.117	0.126	2.972	< 0.003	0.875	0.765
ด้านการจัดองค์การ	0.131	0.143	2.580	< 0.011	0.889	0.790
ด้านการควบคุมกำกับ	0.637	0.702	14.878	< 0.000	0.892	0.796
ค่าคงที่ = 0.428, F= 275.187, p-value < 0.000						

โดยตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี ตับलगเงิน อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด และถูกเลือกเข้าสมการนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับดังนี้คือ กระบวนการบริหารด้านการวางแผน ($p\text{-value} < 0.003$) ด้านการจัดการองค์การ ($p\text{-value} < 0.011$) ด้านการควบคุมกำกับ ($p\text{-value} < 0.000$) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี ตับलगเงิน อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ร้อยละ 79.6 และสมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบดังนี้ $Y = 0.428 + (0.117)\text{การวางแผน} + (0.131)\text{การจัดองค์การ} + (0.637)\text{การควบคุมกำกับ}$

6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด 79

ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 36.74 โดยเสนอปัญหาอุปสรรคด้านกระบวนการบริหารมากที่สุด คือกระบวนการบริหารด้านการวางแผน ร้อยละ 83.54 น้อยที่สุด คือ กระบวนการบริหารด้านการจัดคนเข้าทำงาน ร้อยละ 44.30 ในส่วนเสนอข้อเสนอแนะด้านกระบวนการบริหารมากที่สุด คือ กระบวนการบริหารด้านการจัดการ ร้อยละ 27.3 และน้อยที่สุด คือ กระบวนการบริหารด้านการวางแผน ร้อยละ 75.94 ในด้านการมีส่วนร่วม พบว่าด้านที่ได้เสนอปัญหาอุปสรรคมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร้อยละ 56.96 น้อยที่สุด คือ การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา 35.44 ส่วนเสนอข้อเสนอแนะด้านการมีส่วนร่วมมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร้อยละ 54.43 และที่น้อยที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร้อยละ 35.44

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับกระบวนการบริหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์เรื้อรังที่ติดต่อทางเลือด อาเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ด้านการวางแผนอยู่ในระดับมาก เนื่องจากนโยบายรัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการที่จะให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยได้มีการสนับสนุนค่าตอบแทนการปฏิบัติงานหรือที่เรียกว่า ค่าป่วยการ มีการจัดหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เพียงพอตามเกณฑ์ 1 คนต่อ 8-15 หลังคาเรือน อีกทั้งยังมีการสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เช่นการฝึกอบรมฟื้นฟูในเรื่องต่าง ๆ และยังมีการประชุมประจำทุกเดือนเพื่อให้มีการพัฒนาองค์ความรู้โดยกำหนดเกณฑ์การปฏิบัติงานอย่างน้อยเดือนละ 4 ครั้ง ดังนั้นกระบวนการบริหารด้านการวางแผนจึงอยู่ในระดับมาก ด้านการจัดองค์การอยู่ในระดับมาก เนื่องจากมีการสร้างขอบเขตของงานโดยการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์เรื้อรังที่ติดต่อทางเลือด เช่น การกำหนดกลุ่มอายุกลุ่มเสี่ยง มีระบบการจัดสรรกราดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์เรื้อรังที่ติดต่อทางเลือด จากหน่วยงานที่รับผิดชอบ และให้บทบาทการจัดการองค์การในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามรูปแบบให้สอดคล้องกับนโยบายที่กำหนดและเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งรูปแบบและกระบวนการอาจจะยังไม่มีมีการตั้งคณะกรรมการเป็นรูปธรรมตามคำสั่ง แต่ในการดำเนินงานมีการกำหนดงานตามเขตรับผิดชอบ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้อย่างลงตัว ดังนั้นกระบวนการบริหารด้านการจัดองค์การจึงอยู่ในระดับมาก ด้านการจัดคนเข้าทำงานอยู่ในระดับมาก การทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นการทำงานที่ดีมีค่า นิยม วัฒนธรรมที่ดี การจัดองค์การด้านการคัดสรรคนทำงานให้ปฏิบัติงานเหมาะสมกับงาน อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ การพัฒนาทักษะต่างๆอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานต้นสังกัด ด้านการอำนวยการอยู่ในระดับมาก มีการแนะนำให้คำปรึกษาในการดำเนินงาน

ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์เรื้อรังที่ติดต่อทางเลือดอย่างคล่องแคล่ว เช่น การประสานเครือข่ายผู้นำชุมชนและเนื่องจากโครงสร้างการบริหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความชัดเจนจากนโยบายของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขได้มีระเบียบว่าด้วยเรื่องอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปี 2554 ขึ้น เป็นระเบียบเพื่อคุ้มครองประชาชน ตลอดจนส่งเสริมสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพชุมชน ซึ่งได้เอื้อให้เกิดระบบการบริหารจัดการในการทำงานที่ดี อีกทั้งเป็นตัวชี้วัดหนึ่ง จึงทำให้กระบวนการบริหารจัดการเรื่องการป้องกันควบคุมโรคมีเป้าหมายที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ดังนั้นกระบวนการด้านการอำนวยการ จึงอยู่ในระดับมากสอดคล้องกับอาคม ปัญญาแก้ว และประจักษ์ บัวพันธ์(2554)⁽³⁾ ได้ศึกษาปัจจัยบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัยเขตโซนเหนือจังหวัดขอนแก่น พบว่ากระบวนการบริหารด้านการอำนวยการอยู่ในระดับมาก ด้านการควบคุมกำกับ อยู่ในระดับมาก มีการติดตามการปฏิบัติงานในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์เรื้อรังที่ติดต่อทางเลือดมีการประเมินผลการปฏิบัติงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์เรื้อรังที่ติดต่อทางเลือดเนื่องจากนโยบายรัฐบาลที่ให้มีการจ่ายค่าตอบแทนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรวมถึงสวัสดิการด้านต่างๆแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และได้มีการกำหนดเป็นยุทธศาสตร์วาระคนอีสาน เริ่มต้นปี 2555 ซึ่งเป็นเรื่องเก่าที่นำมาหรือฟื้นฟูใหม่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้และทักษะในเรื่องการดำเนินงานเรื่องดังกล่าว ดังนั้นกระบวนการด้านการควบคุมกำกับจึงอยู่ในระดับมากสอดคล้องกับอาคม ปัญญาแก้ว และประจักษ์ บัวพันธ์(2554)⁽³⁾ ได้ศึกษาปัจจัยบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัยเขตโซนเหนือจังหวัดขอนแก่น พบว่ากระบวนการบริหารด้านการควบคุมกำกับอยู่ในระดับมาก

2. ระดับการมีส่วนร่วม มีทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ,การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา,การมีส่วนร่วมรับประโยชน์,การมีส่วนร่วมในการ

ประเมินผลและการมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.67 (S.D.= 0.69) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทุกด้านมีค่าเฉลี่ยมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การมีส่วนร่วมรับผิดชอบค่าเฉลี่ย 3.76 (S.D.= 0.79) รองลงมาคือด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ค่าเฉลี่ย 3.69 (S.D.= 0.73) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลค่าเฉลี่ย 3.68 (S.D.= 0.75) ด้านการมีส่วนร่วมในการร่วมรับประโยชน์ค่าเฉลี่ย 3.63 (S.D.= 0.75) และ ด้านการมีส่วนร่วมด้านการเสียสละพัฒนาค่าเฉลี่ย 3.61 (S.D.= 0.74) ตามลำดับ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการสำรวจหาปัญหา เป็นจิตอาสาดูแลทุกข์สุข เป็นแบบอย่างที่ดีในด้านพฤติกรรมสุขภาพ ประเมินผลเบื้องต้นจากพื้นที่ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเริมท่อน้ำดีที่นี้เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไว้อย่างชัดเจนในระเบียบข้อบังคับ และยังมีการสร้างขวัญกำลังใจในการทำงานด้วยการจ่ายค่าตอบแทนแก่การปฏิบัติงาน (ค่าป่วยการ) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีสวัสดิการด้านต่างๆ เช่นด้านการรักษาพยาบาล เรื่องศึกษาต่อของบุตรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อีกทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีการปลูกฝังอุดมการณ์ และอุดมคติ การสร้างระเบียบวินัย มีจิตอาสา การทำงานเพื่อชุมชน ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเริมท่อน้ำดีตำบลภูเงิน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับราชัน ไชยบัง (2558)⁽²⁾ ได้ทำการศึกษาปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคามพบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.59 (S.D.= 0.67)

3.กระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเริมท่อน้ำดี ตำบลภูเงิน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.808$ p -value < 0.001) เนื่องจากการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความ

ใกล้ชิดชุมชน ความสนิทสนมกันกับคนในชุมชน ซึ่งเปรียบเสมือนเครือญาติและชุมชนได้เลือกคนที่มีความรู้เพื่อเข้ามาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นอกจากนี้ยังมีนโยบายและแผนงานที่สอดคล้องกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเริมท่อน้ำดี สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา บุญยิ่ง และคณะ (2555)⁽⁴⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัด อุบลราชธานี พบว่ามีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารหมู่บ้านจัดการสุขภาพเฉลี่ย 89.8 (SD=15.2) โดยเทียบเป็นการมีส่วนร่วมการมีส่วนร่วมร้อยละ 76.9-79.1 ซึ่งนับได้ว่ามีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง

4. กระบวนการบริหารมีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเริมท่อน้ำดี ตำบลภูเงิน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเริมท่อน้ำดีตำบลภูเงิน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด และถูกเลือกเข้าสมการ คือ กระบวนการบริหารด้านการวางแผน (p -value <0.003) ด้านการจัดการองค์การ (p -value <0.011) ด้านการควบคุมกำกับ (p -value <0.000) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเริมท่อน้ำดีตำบลภูเงิน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ร้อยละ 79.6 เนื่องจากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเริมท่อน้ำดีนั้นมีแผนงานที่ชัดเจน มีการอบรมให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะที่สำคัญ ตลอดจนมีการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของราชัน ไชยบัง (2558)⁽²⁾ ได้ทำการศึกษาปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคามพบว่าภาพรวมการมีส่วนร่วมในการ

ป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ในระดับมากไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพจน์ คำสะอาด และคณะ (2552)⁽⁵⁾ ได้ศึกษาสมการทำนายความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และสมการทำนายการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีที่เหมาะสมคือ logit (มะเร็งท่อน้ำดี) (ผลการตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับ) สมการดังกล่าวสามารถทำนายการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีได้ในระดับน้อย คือทำนายได้เพียงร้อยละ 56.48 มีความไว ร้อยละ 54.02 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 66.67 ค่าการทำนายถูกเมื่อผลการทดสอบเป็นบวก ร้อยละ 87.04 และให้ค่าการทำนายถูกเมื่อผลการทดสอบเป็นลบ ร้อยละ 25.93 และให้ค่าความแม่นยำในการทำนายร้อยละ 56.48 สมการทำนายการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีจากการศึกษาในครั้งนี้ ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำการควบคุมให้ได้ผล เพื่อลดอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดี

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการกำหนดแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี ให้ชัดเจน มีความต่อเนื่อง มีการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ให้มีความรวดเร็ว ลดขั้นตอนการเบิกจ่าย
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนควรร่วมมือกันในการกำหนดแผนงานร่วมกันเพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดีมีประสิทธิภาพเกิดความยั่งยืน และไม่เกิดความซ้ำซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร, 2556.
2. ราชัน ไชยบัง. ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2558.
3. อาคม ปัญญาแก้ว และประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัยเขตโซนเหนือจังหวัดขอนแก่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น, 2554.
4. จินตนา บุญยัง และคณะ. “ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี”. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2556 (22) : 977, 2556.
5. สุพจน์ คำสะอาด และคณะ. “สมการทำนายความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย”. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2552 (24) : 231-239, 2552.

3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรส่งเสริมงานด้านวิชาการอย่างสม่ำเสมอแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้เกิดองค์ความรู้และมีความมั่นใจในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษากระบวนการบริหารที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยการติดตามจากพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดีใน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดเช่นปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติตน ด้านการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ชาญ อกิपालกุล ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าให้คำปรึกษาด้านวิชาการและเสนอข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ทพ.ดร.สุวิทย์ อุดมพานิชย์ อาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ กราบขอบพระคุณคุณประสพพร วิญญามในนามบริษัท PKN โกลีนิง ที่มอบทุนการศึกษาในครั้งนี้

ผลของการควบคุมลูกน้ำยุงลายโดยกลุ่มสตรี บ้านโคกกกล้วย ตำบลโชคเหนือ อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์.

Effect of aedes aegypti controlling by women in kooklua village choknear subdistrict lamduan district, surin province.

อดิศักดิ์ กীরติสุขสกุล¹ ดาวิวรรณ เสริมฐิธรรม²

Adisak keratisuksakun¹ Dariwan Settheetham²

บทคัดย่อ

การศึกษาทดลอง เพื่อศึกษาผลของการควบคุมลูกน้ำยุงลายโดยกลุ่มสตรี บ้านโคกกกล้วย ตำบลโชคเหนือ อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 44 ครัวเรือน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย และให้วิธีการควบคุมลูกน้ำยุงลายเป็นกิจกรรมแทรกแซง ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน มีนาคม 2558 ถึง มีนาคม 2559

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนดำเนินการกลุ่มสตรีมีระดับความรู้ในการควบคุมลูกน้ำยุงลายอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 59.1 และหลังดำเนินการมีระดับความรู้ในการควบคุมลูกน้ำยุงลายอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 และก่อนดำเนินการกลุ่มสตรีมีการปฏิบัติตนในการควบคุมลูกน้ำยุงลายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.7 และหลังดำเนินการมีการปฏิบัติตนในการควบคุมลูกน้ำยุงลายอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 และหลังดำเนินการบ้านโคกกกล้วย มีครัวเรือนที่พบลูกน้ำยุงลายลดลง จากร้อยละ 63.75 เป็นร้อยละ 0 และภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายลดลงจากร้อยละ 46.03 เป็นร้อยละ 0 ผลของการควบคุมลูกน้ำยุงลายโดยกลุ่มสตรี บ้านโคกกกล้วย ตำบลโชคเหนือ อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ ก่อนและหลังการทดลอง ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001)

คำสำคัญ : ความรู้, การปฏิบัติตน, การควบคุมลูกน้ำยุงลายโดยกลุ่มสตรี

Abstract

This Quasi Experimental Research study aimed to describe Effect of aedes aegypti controlling by women in kooklua village choknear subdistrict lamduan district, surin province. among four of the 44 household data by interview and survey index aegypti. And how to control mosquito larvae activity intervention. The study was conducted during the period March 2558 to March 2559.

The results showed that before the women have the knowledge to control mosquito larvae in a high percentage, 59.1 and later performed with the knowledge to control mosquito larvae at a high level with 100 per cent before. Women have carried out their practice in controlling mosquito larvae are moderate and 72.7 percent have implemented practices to control mosquito larvae in a high percentage of 100 and carry home the hump bananas. Households found mosquito larvae drop from the percentage of 63.75 percent, 0 and utensils found mosquito larvae drop from the percentage of 46.03 percent, 0 of controlling mosquito larvae by women kooklua village choknear subdistrict lamduan district, surin province. Before and after treatment The results of the test, with an average difference was statistically significant (P-value < 0.001), most of the problems encountered some lack of knowledge about the disease.

Key Words : knowledge, practice, women approach for the control aedes aegypti

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในประเทศไทย สถานการณ์ทั่วไปรายงานของสถานการณ์โรคไข้เลือดออก สถานการณ์ โรคไข้เลือดออก ในระหว่างปี พ.ศ.2553 - พ.ศ.2555 พบอัตราป่วย 183.59, 109.10 , 123.85 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับและพบอัตราตาย 0.22, 0.10, 0.14 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และสถานการณ์ โรคไข้เลือดออกปี พ.ศ.2556 พบว่า อัตราป่วย 241.03 ต่อประชากรแสนคน และอัตราตาย 0.21 ต่อประชากรแสนคน และ ปี พ.ศ.2557 พบว่า อัตราป่วย 62.33 ต่อประชากรแสนคน และอัตราตาย 0.10 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽¹⁾

สถานการณ์ โรคไข้เลือดออก ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือปี พ.ศ.2552 - พ.ศ.2557 โรคไข้เลือดออก พบอัตราป่วย 56.26, 141.23, 73.36, 95.87, 218.95, 29.96 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และพบอัตราตาย 0.04, 0.15, 0.06, 0.11, 0.19, 0.15 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽²⁾

จังหวัดสุรินทร์ เป็นอีกจังหวัดหนึ่งที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกระหว่างปี พ.ศ.2552- พ.ศ.2554 พบจำนวน 1,028 ราย, 4,639 ราย, 1,951 ราย ตามลำดับ และปี พ.ศ.2555 - พ.ศ.2556 พบจำนวน 2,782 ราย, 4,089 ราย ตามลำดับ พบผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนใกล้เคียงกัน และ ปี พ.ศ.2557 พบว่า อัตราป่วย 40.30 ต่อประชากรแสนคน และอัตราตาย 0.00 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽¹⁾

จากข้อมูลย้อนหลังอำเภอลำดวนดังกล่าวจะพบว่ามีอัตราป่วยภาพรวมในระดับอำเภอเกิน 50 ต่อประชากรแสนคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยจำแนกรายปีย้อนหลัง 5 ปี พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกระหว่างปี พ.ศ.2552- พ.ศ.2554 พบจำนวน 6 ราย, 172 ราย, 14 ราย ตามลำดับ และปี พ.ศ.2555 - พ.ศ.2556 พบจำนวน 72 ราย, 111 ราย ตามลำดับ

ตามลำดับ และ ปี พ.ศ.2557 พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก อัตราป่วย 64.34 ต่อประชากรแสนคน⁽³⁾

ตำบลโชคเหนือเป็นตำบลหนึ่งในอำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกทุกปี และมีหมู่บ้านที่เป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกที่เป็นหมู่บ้านที่มีการระบาดซ้ำซาก คือบ้านโคกกกล้วย หมู่ที่ 4 จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี พบว่าสถานการณ์โรคไข้เลือดออกระหว่างปี พ.ศ. 2552 - พ.ศ.2554 พบอัตราป่วย 42.47, 637.08, 21.23 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และพบอัตราตาย 0.00, 0.00, 0.00 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และปี พ.ศ.2555 - พ.ศ.2557 พบอัตราป่วย 567.70, 357.44, 387.23 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และพบอัตราตาย 0.00, 0.00, 0.00 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽⁴⁾

จากการสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายบ้านโคกกกล้วย หมู่ที่ 4 ตำบลโชคเหนือ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำดวนปี พ.ศ. 2555 พบว่าหลังคาเรือน ที่พบลูกน้ำยุงลายใน 100 หลังคาเรือน (HI) เท่ากับ 77.45 พบจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย ใน 100 ภาชนะ (CI) เท่ากับ 36.45 และพบจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย ใน 100 หลังคาเรือน (BI) เท่ากับ 214.61 ปี พ.ศ. 2556 พบว่าหลังคาเรือน ที่พบลูกน้ำยุงลายใน 100 หลังคาเรือน (HI) เท่ากับ 79.6 พบจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย ใน 100 ภาชนะ (CI) เท่ากับ 98.1 และปี พ.ศ. 2557 พบว่าหลังคาเรือน ที่พบลูกน้ำยุงลายใน 100 หลังคาเรือน (HI) เท่ากับ 62.0 พบจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย ใน 100 ภาชนะ (CI) เท่ากับ 88.7⁽⁴⁾

การดำเนินงานเพื่อควบคุมโรคไข้เลือดออกของอำเภอลำดวนที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่าการดำเนินงานมักเป็นกลุ่มแกนนำด้านสุขภาพด้านสาธารณสุขเท่านั้น ประชาชนในชุมชนในพื้นที่หมู่บ้านที่มีโรคไข้เลือดออกชุกชุม ยังให้ความร่วมมือในการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกค่อนข้างน้อย ซึ่งการควบคุมโรคที่จะได้ผลที่ดีนั้นต้องผสมผสานเข้ากับการบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนตำบล เป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ หน่วยงาน

บริการทุติยภูมิร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนด้านวัสดุและอุปกรณ์ตลอดจนงบประมาณ แต่ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกก็ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ดังนั้นเพื่อความสำเร็จในการควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบยั่งยืน จึงต้องมีการเน้นป้องกันแบบล่วงหน้า ตั้งแต่ก่อนที่จะเกิดฤดูกาลระบาดของโรคไข้เลือดออกโดยกำหนดมาตรการที่ชัดเจน คือการจัดหรือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายให้หมดไป หากมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นในชุมชนจะต้องมีระบบการรายงานที่รวดเร็ว ถูกต้อง และประชาชนในพื้นที่มีความสามารถควบคุมโรคได้ทันทั่วถึง เพื่อมิให้เกิดการระบาดไปยังชุมชนอื่นๆ และที่สำคัญที่สุดนั้นในการควบคุมโรคไข้เลือดออกที่จะได้ผลในระยะยาวแบบยั่งยืนคือการป้องกันและควบคุมโรค โดยอาศัยความร่วมมือจากประชาชน ในชุมชนตนเอง โดยเฉพาะสตรี จากสภาพปัญหาและการศึกษาข้อมูลย้อนหลังที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น ผู้วิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่ควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ตำบลโชคเหนือ อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ จึงมีความสนใจที่จะศึกษา ผลของการควบคุมลูกน้ำยุงลายโดยกลุ่มสตรี บ้านโคกกกล้วย ตำบลโชคเหนือ อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตนของกลุ่มสตรีในการควบคุมลูกน้ำยุงลายในบ้านโคกกกล้วย ตำบลโชคเหนือ อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ ก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบประเมินค่า HI, CI ของบ้านโคกกกล้วย ตำบลโชคเหนือ อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ ก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม (The One-Group Pretest – Posttest Design) ระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัย ระหว่างเดือน มีนาคม 2558 ถึงเดือน มีนาคม 2559 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยได้สร้าง

แบบสอบถามการวิจัย ทำการเปรียบเทียบก่อนทดลอง – หลังทดลอง โดยการให้กิจกรรมแทรกแซงในกลุ่มทดลอง โดยการอบรมให้ความรู้ในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย ฝึการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายโดยสามารถใช้ดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลายและสามารถคำนวณ ดัชนีครัวเรือน (House Index :HI) ดัชนีภาชนะ(Container Index :CI) ได้อย่างถูกต้อง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินงาน 12 สัปดาห์ โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัย ในมนุษย์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น การดำเนินการวิจัย แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง ติดต่อประสานงานและประชุมทีมกับเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ลำดวน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโชคเหนือ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการทำวิจัย ตลอดจนขอคำปรึกษาเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ทำหนังสือถึงกลุ่มสตรีบ้านโคกกกล้วยเพื่อขอความร่วมมือและขอความสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยอบรม อสม.ซึ่งเป็นทีมเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนและเทคนิคในการเก็บข้อมูล การสัมภาษณ์ แล้วเก็บข้อมูลกลุ่มสตรีบ้านโคกกกล้วย ก่อนและหลังการทดลอง

2. ระยะดำเนินการทดลอง ในระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยจัดโปรแกรมการทดลองโดยใช้กิจกรรมแทรกแซง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ครั้งใช้ระยะเวลาเวลา 2 ชั่วโมง ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ โดยการอบรมให้ความรู้ในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย และฝึการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายโดยสามารถใช้ดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลายและสามารถคำนวณ ดัชนีครัวเรือน(House Index :HI) ดัชนีภาชนะ(Container Index :CI) ได้อย่างถูกต้อง

3. ระยะหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 12 ของการทดลอง ทีมเก็บข้อมูลจะดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง เพื่อบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มสตรีในครัวเรือนบ้านโคกกกล้วย หมู่ที่ 4 จำนวน 44 ครัวเรือน กลุ่มตัวอย่าง เป็นตัวแทนของสตรี 1 คน/ ครอบครัวย รวม 44 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. กิจกรรมแทรกแซง สัปดาห์ที่ 1, 3, 5, 7, 9, 11 ใช้กิจกรรมแทรกแซง โดยการอบรมให้ความรู้ในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย และฝึกสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย โดยสามารถใช้ดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลายและสามารถคำนวณ ดัชนีครัวเรือน (House Index :HI) ดัชนีภาชนะ (Container Index :CI) ได้อย่างถูกต้อง โดยสัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8, 10, 12 ใช้กิจกรรมแทรกแซง โดยการรณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลาย

2. แบบสัมภาษณ์ผลของการควบคุมลูกน้ำยุงลาย โดยกลุ่มสตรี บ้านโคกกกกล้วย ตำบลโชคเหนือ อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และ ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

3. แบบสำรวจค่าดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลาย โดยใช้แบบสำรวจค่าดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลาย สำรวจเปรียบเทียบหลังดำเนินการ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนา นำเสนอในรูปของตารางแจกแจงความถี่ บรรยายด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด ข้อมูลความรู้ การปฏิบัติตน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ใช้สถิติอนุมาน Paired t- test เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินงาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป จากการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มสตรี บ้านโคกกกกล้วย ตำบลโชคเหนือ อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ ในด้าน อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, อาชีพ, รายได้, ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก, เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกหรือไม่, ข่าวสารโรคไข้เลือดออกได้รับจากสื่อชนิดใด และหน่วยงานสาธารณสุขได้ให้ความรู้โรคไข้เลือดออกหรือไม่ พบว่ากลุ่มสตรี อายุระหว่าง 41-60 จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ

56.8 อายุเฉลี่ย 43.59 ปี (S.D. = 10.09) อายุต่ำสุด 19 ปี อายุสูงสุด 64 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 86.4 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 63.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 88.6 รายได้เฉลี่ยเดือนละ 7,715.91 บาท รายได้ต่ำสุด 1,000 บาท/เดือน สูงสุด 39,000 บาท/เดือน ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ครอบครัวไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 100 เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ได้รับข่าวสารโรคไข้เลือดออกจากสื่อที่ทีวี จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 70.5 และหน่วยงานสาธารณสุขได้ให้ความรู้โรคไข้เลือดออก จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 100

2. เปรียบเทียบความรู้ภาพรวมของสตรีก่อนและหลังการทดลอง ระดับความรู้ภาพรวมของกลุ่มสตรีในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย บ้านโคกกกกล้วย ตำบลโชคเหนือ อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ ผลการวิจัย พบว่า ความรู้ในภาพรวม ก่อนดำเนินการกลุ่มสตรีมีระดับความรู้ในการควบคุมลูกน้ำยุงลายอยู่ในระดับสูง จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 59.1 รองลงมา มีระดับความรู้ในการควบคุมลูกน้ำยุงลายอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 13 คิดเป็นร้อยละ 29.5 และหลังดำเนินการกลุ่มสตรีมีระดับความรู้ในการควบคุมลูกน้ำยุงลายอยู่ในระดับสูง จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ดังรายละเอียดตาม

3. เปรียบเทียบการปฏิบัติตนของสตรีก่อนและหลังการทดลอง ระดับการปฏิบัติตนภาพรวมของกลุ่มสตรีในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย บ้านโคกกกกล้วย ตำบลโชคเหนือ อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ ผลการวิจัย พบว่า การปฏิบัติในภาพรวม ก่อนดำเนินการกลุ่มสตรีมีการปฏิบัติตนในการควบคุมลูกน้ำยุงลายอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 72.7 รองลงมา มีการปฏิบัติตนในการควบคุมลูกน้ำยุงลายอยู่ในระดับสูง จำนวน 11 คิดเป็นร้อยละ 25.0 และหลังดำเนินการกลุ่มสตรีมีการปฏิบัติตนในการควบคุมลูกน้ำยุงลายอยู่ในระดับสูง จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 100

4. ประเมินค่า HI, CI ของหมู่บ้าน บ้านโคกกกกล้วย ตำบลโชคเหนือ อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ ประเมินค่า

ดัชนีลูกน้ำยุงลาย HI บ้านโคกกก้วย ตำบลโชคเหนือ อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ ผลการสำรวจ พบว่า ก่อนการทดลอง บ้านโคกกก้วย มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย HI ร้อยละ 63.75 และหลังการทดลองบ้านโคกกก้วย มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย HI เท่ากับ 0

ประเมินค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย CI บ้านโคกกก้วย ตำบลโชคเหนือ อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ ผลการ

สำรวจ พบว่า ก่อนการทดลอง บ้านโคกกก้วย มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย CI ร้อยละ 46.03 และหลังการทดลองบ้านโคกกก้วย มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย CI เท่ากับ 0

5. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนน ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความรู้ของสตรีในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย บ้านโคกกก้วย ตำบลโชคเหนือ อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง(n=44)

	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean diff.	t	95 % CI	P- value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.				
ความรู้	15.39	3.17	17.98	1.04	2.59	5.48	1.63 – 3.54	<0.001
การปฏิบัติตน	33.68	3.19	42.00	2.50	8.31	21.19	7.52 – 9.11	<0.001

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนน ก่อนและหลังทดลอง พบว่า ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของสตรีในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย เท่ากับ 15.39 (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.17 และหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 17.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.04 ค่า 95 % CI ระหว่าง 1.63 – 3.54 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พบว่า มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนน ก่อนและหลังทดลอง พบว่า ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนของสตรีในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย เท่ากับ 33.68 (คะแนนเต็ม 45 คะแนน) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.19 และหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เท่ากับ 42.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.50 ค่า 95 % CI ระหว่าง 7.52 – 9.11เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตน พบว่า มีคะแนนการปฏิบัติตนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนน ก่อนและหลังทดลอง พบว่า ความรู้ และการปฏิบัติตนของ

กลุ่มสตรีในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย บ้านโคกกก้วย ตำบลโชคเหนืออำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.001 อาจเนื่องจากการอบรมให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันและควบคุมลูกน้ำยุงลาย และการฝึกตรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในภาชนะในบ้านและนอกบ้านนั้น เป็นการสร้างองค์ความรู้และความตระหนักให้กับสตรีและเด็ก ทำให้เกิดความดูแล ความเอาใจใส่ ทำให้บริเวณบ้านทั้งในบ้านและนอกบ้านปลอดลูกน้ำยุงลาย สอดคล้องกับกรมพิชชธู ติสองเมือง (2551)⁽⁵⁾ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชน : กรณีศึกษาที่บ้านขม้น หมู่ที่ 4 ตำบลกุดสระ อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่า การพัฒนาชุมชนโดยการวางแผนแบบมีส่วนร่วม โดยใช้เทคนิค AIC ได้แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หลังการพัฒนาประชาชนมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) โดยมีความรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาศักยภาพ 9.5 คะแนน (95%CI of= 8.06 ถึง 11.02) และในด้านการปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้น อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001)โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของก่อนการพัฒนาศักยภาพ 11.76 คะแนน (95%CI of = 9.65 ถึง 13.86)และ สอดคล้องกับรัชณี ติชัยประเสริฐ (2552)⁽⁶⁾ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค

ไข้เลือดออก ตำบลบ่อแก้ว อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่า ผลการเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตน และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลบ่อแก้ว อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.0001$) และ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของมณัญชัย รูปคำ (2552)⁽⁷⁾ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในจังหวัดขอนแก่น พบว่าการมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาระดับ การมีส่วนร่วมแต่ละขั้นตอน พบว่า การมีส่วนร่วมในขั้นวางแผน และการมีส่วนร่วมในขั้นประเมินผลอยู่ในระดับต่ำ

ข้อเสนอแนะ

1. การปฏิบัติตนของสตรีและเด็กในการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีการปฏิบัติตัวน้อยและไม่ต่อเนื่อง เช่น การดูแลตนเองก่อนเกิดโรค การป้องกันสิ่งแวดล้อม ควรส่งเสริม

กระตุ้นให้สตรีและเด็กเห็นความสำคัญของการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้และการปฏิบัติตนในการควบคุมลูกน้ำยุงลายในระดับปานกลาง ควรมีกิจกรรมเสริมหรืออบรมเพื่อการพัฒนาการปฏิบัติตนที่สูงขึ้น

3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจัดทำคู่มือการควบคุมลูกน้ำยุงลาย โดยการมีส่วนร่วมของสตรีและเด็กในชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดเป้าหมาย การวางแผนและการประเมินความสำเร็จในการปฏิบัติงานของสตรีและเด็ก

4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมลูกน้ำยุงลายของสตรีและเด็กในชุมชน โดยอาจให้รางวัลที่ไม่ใช่ค่าตอบแทน เช่น การประกาศชื่นชมในที่สาธารณะ

5. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของสตรีในชุมชน

6. ควรศึกษารูปแบบต่างๆ ที่มีประสิทธิผลต่อการควบคุมลูกน้ำยุงลาย เช่น การมีส่วนร่วม การณรงค์ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มระบาดวิทยา สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 2558. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558.
2. กรมควบคุมโรค สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง. แนวทางการดำเนินงานการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด. กรุงเทพฯ:กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2548.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์, 2556. (เอกสารอัดสำเนา)
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำดวน. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำดวน. สุรินทร์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำดวน. 2556. (เอกสารอัดสำเนา)
5. งามพิสิษฐ์ ดิสงเมือง. การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชน : กรณีศึกษาที่บ้านขมิ้น หมู่ที่ 4 ตำบลกุดสระ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาลัย ขอนแก่น, 2551.
6. รัชณี ถิษฐ์ประเสริฐ. ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลบ่อแก้ว อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาลัย ขอนแก่น, 2552.
7. มณัญชัย รูปคำ. การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในจังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษาระดับปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาลัย ขอนแก่น, 2552.

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยต่อการปฏิบัติในการป้องกัน
การแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 9

The Relationships among Personal Factors and Perceived Patient Safety Culture on Standard
Precaution Practice of Professional Nurses at Community Hospitals, Region 9

สุธีร์ จำลองชาติ¹, วรณชนก จันทชุม²

Sutee Jumlongchat¹, Wanchanok Juntachum²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยต่อการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง เขตบริการสุขภาพที่ 9 ที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 210 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยและการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และหาค่าความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91 และ 0.89 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืนมา 198 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 94.28 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ

ผลการศึกษาพบว่า 1) พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 9 มีระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.75, 4.43$) ตามลำดับ 2) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน ของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ประสบการณ์การเป็นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประสบการณ์การอบรมด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และประสบการณ์การทำงาน ($r = 0.23, 0.21, 0.18$) ตามลำดับ โดยทุกตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ 3) การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน ของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ พฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความปลอดภัย และการรับรู้สภาวะความปลอดภัยในองค์กร ($r = 0.18, 0.69$) ตามลำดับ โดยทุกตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ 4) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันอธิบายการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การอบรมด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประสบการณ์การเป็นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยด้านผู้บริหารมีการส่งเสริมความปลอดภัย ด้านการรับรู้สภาวะความปลอดภัยในองค์กร ด้านพฤติกรรมการเรียนรู้ความปลอดภัย และด้านวัฒนธรรมในการเรียนรู้ โดยสามารถร่วมกันอธิบายการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 15.10 ($R^2 = 0.151$) โดยพบว่ามี 2 ตัวแปร ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านพฤติกรรมการเรียนรู้ความปลอดภัย และประสบการณ์การเป็นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ($Beta = 0.234, 0.160$) ตามลำดับ

คำสำคัญ : การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย, การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน

Abstract

The survey research aim to study the relationships and influence of personal factors and perceived patient safety culture on standard precaution practice of professional nurses at community hospitals, Region 9. The subjects in the study were professional nurses who have been working for one year or more in 30 bed community hospitals, Region 9. 210 samples were from stratified sampling. The research tool was a questionnaire on perceived safety culture on standard precaution practice. Content validity was

¹ นักศึกษาหลักสูตร ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

assessed by 5 eminent persons, and the validity of the questionnaire was also calculated, yielding Cronbach's alpha coefficients equal to 0.91 and 0.89. Data were collected by sending questionnaires by post. 198 completed questionnaires (94.28%) were returned. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's correlation coefficient, and multiple linear regressions.

Results 1) The levels of perceived safety culture and standard precaution practice among professional nurses at the community hospitals, Health Service Region 9, were high, $\bar{X} = 3.75$ and 4.43, respectively. 2) Personal factors were associated with standard precaution practice of professional nurses at a statistical significance level of 0.05. The factors included experiences of working as an infection prevention and control committee in a hospital and undergoing training in the program of infection prevention and control in a hospital and work experiences at ($r=0.23, 0.21, 0.18$), respectively. All factors were positively related to each other at a low level. 3) Perceived safety culture was related to standard precaution practice of professional nurses at a statistical significance level of 0.05. Examples of perceived safety culture were learning behaviors in terms of safety and perception of safety in an organization ($r=0.18, 0.69$), respectively. All factors were positively related to each other at a low level. 4) Variables that could be used for explaining standard precaution practice of professional nurses included experiences in operating and undergoing training concerning infection prevention and control in a hospital and experiences of being an infection prevention and control committee in a hospital. Other variables were perception of safety culture, administrators' promotion of safety culture, learning behaviors in terms of safety and learning culture. Those variables could explain standard precaution practice of professional nurses, accounting for 15.10 % ($R^2=0.151$). Two variables affecting standard precaution practice of professional nurses at a statistical significance level of 0.05 were perception of safety culture in terms of behavior of learning about safety and experiences of being an infection prevention and control committee in a hospital ($Beta=0.234, 0.160$), respectively.

Key words: Perceived Patient Safety Culture, Standard Precaution Practice

บทนำ

การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลเป็นการกระทำต่อมนุษย์โดยใช้ศาสตร์และศิลป์ในการดูแล รักษาและการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรค เพื่อให้ผู้รับบริการมีภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งในกระบวนการพยาบาลสามารถส่งผลลัพธ์ได้ทั้งพึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ หากเกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ความปลอดภัยจะเกิดแก่ผู้รับบริการ หากเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การติดเชื้อในโรงพยาบาล การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จะส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความล่าช้าในการหายจากโรค เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นหรืออาจจะมี ความร้ายแรงอันนำไปสู่การสูญเสียชีวิต⁽¹⁾ หนึ่งในอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อย คือ การติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นตัวชี้วัดที่สามารถสะท้อนถึงคุณภาพจากการให้บริการของบุคลากรและความปลอดภัยของผู้รับบริการได้เป็นอย่างดี โดยในปี ค.ศ. 2002 องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็น

หลักการพื้นฐานในระบบบริการสุขภาพ และแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นหนึ่งในมาตรฐานที่ถูกกำหนดขึ้น เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ⁽²⁾ โดยสถานการณ์การติดเชื้อของโรงพยาบาลในประเทศไทย จากการศึกษาแบบ One-day point prevalence survey เมื่อเดือนมกราคม 2554 ในโรงพยาบาลทุกระดับที่เข้าร่วมการวิจัย รวมไปถึงโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวนทั้งสิ้น 32 แห่ง มีผู้ป่วยที่ศึกษา 6,912 ราย และพบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 506 ราย และมีความชุกของการติดเชื้อ ร้อยละ 7.3 ซึ่งให้เห็นว่าข้อมูลในระหว่างปี พ.ศ. 2535-2554 อุบัติการณ์ของการติดเชื้อไม่มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ⁽³⁾ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับสามารถลดอัตราการติดเชื้อและการแพร่เชื้อในโรงพยาบาลได้ โดยการขัดขวางทั้ง 3 องค์ประกอบไม่ให้เกิดการเชื่อมโยงกัน คือ เชื้อโรค (agent) บุคคลที่ไวต่อการติดเชื้อ (susceptible host) และสิ่งแวดล้อม (environment) ซึ่งหนึ่งในกระบวนการที่จะทำให้ทั้ง 3

องค์ประกอบ ไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้ คือการตัดวงจรตามวิถีของการแพร่กระจายเชื้อ ด้วยการปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ⁽⁴⁾

การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานจึงเป็นแนวทางการปฏิบัติ ที่ใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกราย ในรูปแบบที่เหมือนกัน โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยนั้นจะมีการติดเชื้อหรือไม่ เพื่อลดการติดเชื้อและการแพร่เชื้อ ซึ่งแนวปฏิบัติที่มีการนำใช้อย่างแพร่หลาย ได้แก่ แนวปฏิบัติของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ ประเทศสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) ปี 2007 ประกอบด้วย 10 มาตรฐาน ดังนี้ การทำความสะอาดมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย สุขาภิบาลระบบทางเดินหายใจ การจัดห้องให้ผู้ป่วย การจัดการอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย การจัดการสิ่งแวดล้อม การจัดการผ้าเปื้อน การฉีดยาที่ปลอดภัย การป้องกันการติดเชื้อจากน้ำไขสันหลัง และการปฏิบัติเพื่อให้บุคลากรมีความปลอดภัย⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาในโรงพยาบาล 7 แห่งที่เมืองปูซาน ประเทศเกาหลีใต้ พบว่า การปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของพยาบาลในห้องผ่าตัดอยู่ในระดับต่ำมาก⁽⁶⁾ สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่า การปฏิบัติตามข้อกำหนดที่ถูกต้องยังอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน จากผลการศึกษาในพยาบาลจำนวน 262 คน ของโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 11 แห่ง ในจังหวัดปัตตานี พบว่า พยาบาลทำความสะอาดมือทุกครั้งก่อนการให้การพยาบาลเพียงร้อยละ 51.10 พยาบาลมีการจัดการอุปกรณ์เครื่องใช้กับผู้ป่วยที่ถูกต้อง เพียงร้อยละ 38.2-53.1⁽⁷⁾ และจากการศึกษาโดยวิธีการสังเกตการใช้ถุงมือของพยาบาลในหอผู้ป่วยชายที่โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง พบว่าไม่มีพยาบาลรายใดล้างมือก่อนสวมถุงมือ มีการใช้ถุงมือถุงมือผิดชนิดร้อยละ 9.1 ไม่สวมถุงมือตามข้อกำหนดร้อยละ 33.6 มีการล้างมือหลังถอดถุงมือเพียงร้อยละ 0.9 และมีการเปลี่ยนถุงมือเมื่อเปลี่ยนกิจกรรมเพียงร้อยละ 8.2⁽⁸⁾

สำหรับพฤติกรรมปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ซึ่งผู้วิจัยในบทบาทพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ได้สังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในหน่วยงาน พบว่า ยัง

มีการปฏิบัติไม่ถูกต้องตามข้อกำหนดในหลายกิจกรรม เช่น ไม่ทำความสะอาดมือก่อนให้การพยาบาล ส่วนใหญ่จะทำความสะอาดมือเฉพาะหลังให้การพยาบาลเท่านั้น ไม่สวมถุงมือขณะปฏิบัติกิจกรรมล้างแผลและขณะเปิดผ้าปิดแผล และจากการตรวจเยี่ยมหน่วยงาน พบว่ามีผู้ป่วยโรคตาแดงและโรคอีสุกอีใสเข้ารับบริการร่วมกับผู้ป่วยอื่น ๆ พบผู้ป่วยที่มีอาการไอเรื้อรังยังไม่มีการสวมหน้ากากอนามัย เป็นต้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางพยาบาลยังปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานไม่ครอบคลุมจากการสอบถามอย่างไม่เป็นทางการ พบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับความรู้ เจตคติ การรับรู้ ประสบการณ์ และแบบแผนพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของบุคลากรและองค์กร ได้แก่ นโยบายและการส่งเสริมด้านความปลอดภัยของผู้บริหารระดับสูงและผู้นำ การรับรู้ความปลอดภัยที่เกิดขึ้นในองค์กร ตลอดจนวัฒนธรรมในการรายงานและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการรายงานความเสี่ยง ซึ่งพบว่าบุคลากรยังมีการรายงานความเสี่ยงน้อย เนื่องจาก กลัวเป็นความผิด ถูกตำหนิ หรือลงโทษจากผู้บังคับบัญชา และอาจไม่ได้รับการยอมรับนับถือจากเพื่อนร่วมงาน ส่วนการไม่รายงานในเรื่องที่ตัวเองไม่ได้กระทำ เนื่องจากมีความเกรงใจและไม่ต้องการให้เกิดความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน มองว่าความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องเล็กน้อยที่แก้ไขได้ หรืออาจไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ทั้งต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่หรือโรงพยาบาล เป็นต้น สอดคล้องกับแนวคิดของ McCormick & Ilgen ปี 1985 ที่กล่าวว่า การที่บุคคลมีพฤติกรรมปฏิบัติที่แตกต่างกัน เกิดจาก 2 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล เช่น ความรู้ บุคลิกภาพ ความสนใจ ประสบการณ์ด้านต่าง ๆ ความเชื่อ การรับรู้ ทักษะ และความสามารถในการเรียนรู้ เป็นต้น และ 2) ปัจจัยด้านสถานการณ์ เช่น ลักษณะงาน การรับรู้สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานและลักษณะโครงสร้าง⁽⁹⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านประสบการณ์การอบรม และประสบการณ์การทำงานยังไม่มีความสัมพันธ์ที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติของพยาบาลในทิศทางใด^{(10), (11)} และยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์หรือความสามารถในการอธิบายของปัจจัยส่วนบุคคลในด้าน ประสบการณ์การทำงาน และประสบการณ์การได้รับการอบรมด้านการป้องกันและ

ควบคุมการติดเชื้อต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของพยาบาล ส่วนประสบการณ์ในการเป็นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ยังไม่พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ แต่ด้วยบทบาทของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล จะต้องเป็นผู้นำทั้งด้านองค์ความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้อง เป็นแบบอย่างให้แก่บุคลากร ซึ่งผู้ที่เป็นคณะกรรมการจะมีการได้รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลตลอดเวลา และมากกว่าบุคลากรอื่น ๆ จึงอาจส่งผลให้มีพฤติกรรมกาปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานแตกต่างจากบุคลากรอื่น สำหรับปัจจัยด้านสถานการณ์จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนให้บุคลากรมีความตระหนักในการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย⁽¹²⁾ เป็นกระบวนการที่บุคลากรมีการรับรู้ต่อสิ่งที่ปฏิบัติหรือสิ่งพบเห็นในองค์กรว่ามีผลกระทบอย่างไรต่อผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นด้านความปลอดภัยเป็นหลัก เช่นเดียวกับปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่มีเป้าหมายเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ ผู้วิจัยจึงคาดว่า การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยจะส่งผลต่อพฤติกรรมกาปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน โดยศึกษาตามแนวคิดของ Ginsburg et al. (2007) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2005 มีการปรับปรุงตามสถานการณ์ทางการบริการด้านสุขภาพที่เปลี่ยนไปอย่างต่อเนื่อง และประการสำคัญมีความสอดคล้องกับปรากฏการณ์ของปัญหาตามบริบทของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง กล่าวคือ เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมกาเรียนรู้ในองค์กร หน่วยงาน และวัฒนธรรมการเรียนรู้ของบุคคลทุกระดับ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 7 ด้าน ดังนี้ 1)ผู้บริหารระดับสูงมีการส่งเสริมด้านความปลอดภัย 2) การส่งเสริมด้านความปลอดภัยระดับของผู้นำในระดับหน่วยงาน 3)การรับรู้สภาวะความปลอดภัยในองค์กร 4) ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการรายงานเหตุการณ์ 5)พฤติกรรมกาเรียนรู้ด้านความปลอดภัย 6)วัฒนธรรมในการรายงาน และ 7)วัฒนธรรมในการเรียนรู้⁽¹³⁾

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงความสัมพันธ์และอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพต่อการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาระบบบริหารจัดการในองค์กรพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน และส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานให้มีความยั่งยืน เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการและสร้างความเชื่อมั่นในการเข้ารับบริการทางการพยาบาล อันจะนำไปสู่องค์กรพยาบาลที่เป็นเลิศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยต่อการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 9
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยที่มีต่อการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 9

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบการศึกษาความสัมพันธ์เชิงพยากรณ์ (Predictive Study) ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์การทำงาน (จำนวนปี) ประสบการณ์การอบรมด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (จำนวนครั้ง) ประสบการณ์การเป็นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และวัฒนธรรมความปลอดภัย ตัวแปรตาม ได้แก่ การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในเขตบริการสุขภาพที่ 9 ครอบคลุมพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์และสุรินทร์ มีจำนวน 33 โรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในเขตบริการสุขภาพที่ 9 ที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป และปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาล ไม่รวมหัวหน้าพยาบาล

กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุของ Thomdike ดังนี้ $n=10(k)+50^{(14)}$ เมื่อ k คือ จำนวนตัวแปรอิสระเท่ากับ 10 ตัว คำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 150 คน เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ซึ่งพบว่ามียอดการตอบกลับค่อนข้างต่ำ⁽¹⁵⁾ จึงได้เพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 ในกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยไม่สามารถติดต่อได้โดยตรง และเพิ่มอีกร้อยละ 30 เพื่อทดแทนการไม่ได้รับแบบสอบถามกลับคืน (Israel, 1992 อ้างอิงใน วรรณชนก จันทชุม, 2545)⁽¹⁶⁾ จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 210 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ตามจังหวัด โดยการจัดสรรจำนวนตัวอย่างในแต่ละจังหวัดตามสัดส่วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ แผนกปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ในการอบรมและประสบการณ์การเป็นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวปฏิบัติของ CDC ปี 2007 ซึ่งผู้วิจัยเลือกศึกษาในมาตรฐานการปฏิบัติที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้รับบริการโดยตรง ประกอบด้วย 8 มาตรฐาน จากทั้งหมด 10 มาตรฐาน ได้แก่ การทำความสะอาดมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย สุขวิทยาาระบบทางเดินหายใจ การจัดห้องให้ผู้ป่วย การจัดการอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย การควบคุมสิ่งแวดล้อม การจัดการผ้าเปื้อนและการฉีดยาที่ปลอดภัย โดยกำหนดกิจกรรมการปฏิบัติตามบริบทของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีจำนวน 33 ข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นน้อยครั้งมากหรือไม่ปฏิบัติ

ถึง 5 ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นทุกครั้งหรือสม่ำเสมอ ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ 1.00-1.49 ปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานน้อยที่สุด 1.50-2.49 ปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานน้อย 2.50-3.49 ปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานปานกลาง 3.50-4.49 ปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานมาก 4.50-5.00 ปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานมากที่สุด⁽¹⁷⁾

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Ginsburg et al. ปี 2007 จำนวน 32 ข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้ของท่านน้อยที่สุด ถึง 5 ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้ของท่านมากที่สุด ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ 1.00-1.49 การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับต่ำมาก 1.50-2.49 การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับต่ำ 2.50-3.49 การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง 3.50-4.49 การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับสูง 4.50-5.00 การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับสูงมาก⁽¹⁷⁾

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยง โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยเท่ากับ 0.91 แบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน เท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (อนุมัติวันที่ 5 ต.ค. 2558 เลขโครงการ HE 582255) และมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดย แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยในแบบสอบถามและขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถขอถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ตามมาและนำเสนอผลการศึกษาใน

ลักษณะภาพรวมไม่มีการระบุชื่อโรงพยาบาลและชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ตั้งแต่เดือนมกราคม – เดือนกุมภาพันธ์ 2559 ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืนมา 198 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 94.28

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยต่อการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน ของพยาบาลวิชาชีพ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 93.40 อายุโดยเฉลี่ย 38 ปี ช่วงอายุ 36-40 ปี มากที่สุด พบถึงร้อยละ 21.20 ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยในมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 27.30 ประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 14 ปี อยู่ระหว่าง 6-10 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 26.80 เป็นพยาบาลประจำการร้อยละ 78.30 เป็นหัวหน้างานหรือหัวหน้าหอผู้ป่วยร้อยละ 21.70 ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมาเคยได้รับการอบรมด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ร้อยละ 88.90 เฉลี่ย 2 ครั้ง

2. การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ทั้งภาพรวมและรายด้าน พบว่า ระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.75$, $S.D=0.53$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าทุกด้านมีการรับรู้ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเรียงจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ด้านวัฒนธรรมในการรายงาน พฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความปลอดภัย การรับรู้สถานะความปลอดภัยในองค์กร ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการรายงานเหตุการณ์ วัฒนธรรมในการเรียนรู้ การส่งเสริมด้านความปลอดภัยระดับของผู้นำในระดับหน่วยงาน และด้านผู้บริหารระดับสูงมีการส่งเสริมด้านความปลอดภัย ($\bar{X}=3.88$, 3.88, 3.72, 3.72, 3.70, 3.68

และ 3.66 $S.D=0.70$, 0.74, 0.65, 0.78, 0.72, 0.63, 0.62) ตามลำดับ

3. การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน ระดับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน ของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.43$, $S.D=0.40$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบ 3 ด้าน ที่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงมาก ได้แก่ การจัดการผ้าเปื้อน การนิยดาที่ปลอดภัยและการจัดการอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย ($\bar{X}=4.71$, 4.59 และ 4.56 $S.D=0.51$, 0.49 และ 0.59) ตามลำดับ อีก 5 ด้าน มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ซึ่งเรียงค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ดังนี้ สุขวิทยาระบบทางเดินหายใจ การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย การจัดห้องให้ผู้ป่วย การทำความสะอาดมือและการควบคุมสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}=4.47$, 4.48, 4.28, 4.24 และ 4.13 $S.D=0.58$, 0.51, 0.73, 0.50 และ 0.70) ตามลำดับ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การอบรมด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประสบการณ์ในการเป็นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน ของพยาบาลวิชาชีพ ในเบื้องต้นผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณลักษณะของข้อมูล พบว่ามีการแจกแจงที่เบ้ซ้าย จึงได้ตัดข้อมูลที่เป็นค่า Outlier และทำการปรับข้อมูลโดยใช้วิธี Square transformation จากนั้นจึงทำการทดสอบเงื่อนไขตามข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions) ของการใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ พบว่าเป็นไปตามเงื่อนไขทุกประการ

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคลทั้ง 3 ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การอบรมด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และด้านประสบการณ์ในการเป็นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.175$, 0.208, 0.233) ตามลำดับ

4.2 ความสัมพันธ์ของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพ พิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มี 2 ด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($r=0.168, 0.182$) ตามลำดับ ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน ของพยาบาลวิชาชีพ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

5. ความสามารถในการร่วมกันอธิบายของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์ในการเป็นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประสบการณ์การอบรมด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลและการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยทั้ง 7 ด้าน กับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน

ตาราง 3 แสดงความสามารถของตัวแปรในการอธิบายการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE(b)	Beta	t	P-value
-ประสบการณ์การทำงาน	43.467	25.509	0.133	1.704	0.090
-ประสบการณ์การอบรมด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	179.270	99.450	0.136	1.803	0.073
-ประสบการณ์ในการเป็นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	922.596	460.741	0.160	2.002	0.047*
-การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยด้านผู้บริหารระดับสูงมีการส่งเสริมด้านความปลอดภัย	-140.854	72.835	-0.156	-1.934	0.055
-การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยด้านการรับรู้สถานะความปลอดภัยในองค์กร	140.790	80.595	0.162	1.747	0.082
-การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยด้านพฤติกรรมกรเรียนรู้ด้านความปลอดภัย	178.074	75.371	0.234	2.363	0.019*
-การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยด้านวัฒนธรรมในการเรียนรู้	-123.828	94.289	-0.127	-1.313	0.191

F=4.362 (Sig.=.000) Constant=17849.732 R=0.388 R²=0.151 df=179

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันอธิบายการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 7 ตัวแปร ได้แก่ ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การอบรมด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประสบการณ์การเป็นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยในด้านการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยในด้านการส่งเสริมด้านความปลอดภัย สถานะความปลอดภัยในองค์กร พฤติกรรมกรเรียนรู้ด้านความปลอดภัยและวัฒนธรรมในการเรียนรู้ โดยอธิบายได้ร้อยละ 15.10 ($R^2=0.151$)

สมการถดถอยเชิงพหุที่ประกอบด้วย 7 ตัวแปร พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์ในการเป็น

คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และวัฒนธรรมความปลอดภัยด้านพฤติกรรมกรเรียนรู้ความปลอดภัยเท่านั้น ที่ร่วมกันอธิบายการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเรียงลำดับความสำคัญ ดังนี้ การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยด้านพฤติกรรมกรเรียนรู้ความปลอดภัย ($Beta=0.234$) และประสบการณ์ในการเป็นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ($Beta=0.160$)

สรุปและอภิปรายผล

1. การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง เนื่องจากสังคมปัจจุบันมีการตื่นตัวเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการมากขึ้น และผู้รับบริการมีการ

เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพมากขึ้น ประกอบกับระบบการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลในประเทศไทย ได้นำแนวทางการให้บริการที่คุณภาพมาใช้อย่างแพร่หลาย ตามกรอบของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพเกี่ยวกับระบบการบริหารจัดการความเสี่ยง และการสร้างวัฒนธรรมในการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นในองค์กร⁽¹⁸⁾ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา โคตรศรีวงศ์ (2557) และการศึกษาของ วิรัตน์ พุฒพันธ์ (2554) ที่พบว่า การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยโดยรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน^{(19), (20)} อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบในแต่ละด้าน พบว่าการส่งเสริมด้านความปลอดภัยของผู้บริหารระดับสูงมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ซึ่งเป็นการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการสนับสนุนการทำงานของผู้บริหารระดับสูง เพื่อส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย เช่น การกำหนดตัวชี้วัด นโยบายและแผนการดำเนินงานรองรับ การสื่อสารที่ดี และมีช่องทางการสื่อสารที่สะดวก เป็นต้น ซึ่งผลการศึกษาพบว่าพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ต่ำที่สุด เนื่องจากผู้บริหารสูงสุด ซึ่งหมายถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในสถานการณ์ที่องค์กรอยู่ในภาวะปกติ ไม่เกิดอุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ที่รุนแรง ผู้บริหารสูงสุด จะมอบอำนาจในการบริหารจัดการให้แก่ผู้บริหารระดับต่าง ๆ เช่น หัวหน้าฝ่าย หัวหน้าหน่วยงาน หรือ ทีมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลในการดำเนินการ

2. การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน โดยรวมอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกิจกรรมการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน ทั้ง 8 กิจกรรม เป็นหลักการพื้นฐานที่บุคลากรต้องยึดปฏิบัติเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพยาบาลประจำการถึงร้อยละ 78.30 ซึ่งจากการศึกษาของ สายสวาท คนหาญ (2552) พบว่า บุคลากรในโรงพยาบาล กลุ่มผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติในด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลโดยรวม อยู่ในระดับมาก⁽²¹⁾ ซึ่งทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้นๆ จะเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมปฏิบัติที่ดีได้ ประกอบกับปัจจุบันระบบการประกันคุณภาพที่หลากหลาย ได้เข้ามาเป็นเครื่องมือในการควบคุมกำกับ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้ผ่านการอบรมด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 88.90 ซึ่งทำให้ผู้เข้ารับการศึกษาฝึกอบรมหรือรับความรู้

ได้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติและความชำนาญ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้⁽²²⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจังหวัดอุบลราชธานี ที่พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในระดับดี⁽²³⁾ อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาพบว่าด้านที่มีระดับการปฏิบัติต่ำที่สุด คือ การควบคุมสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นการดูแลทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม เช่น เติง ที่กัน เติง อุปกรณ์ข้างเตียง เสาน้ำเกลือ เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบันกิจกรรมดังกล่าวพยาบาลมักไม่ใช่ว่าปฏิบัติโดยตรง แต่มีบทบาทในการกำกับดูแลผู้ปฏิบัติให้มีการจัดการตามมาตรฐาน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นพนักงานทำความสะอาดจากการจ้างเหมาบริษัท ดังนั้นจึงมีตัวแทนจากบริษัทในการควบคุมกำกับอีกหนึ่งช่องทางหนึ่ง

3. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน ของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ประสิทธิภาพในการเป็นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประสิทธิภาพการอบรมด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และประสิทธิภาพการทำงาน ($r=0.23, 0.21, 0.180$) ตามลำดับ โดยทุกตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ อธิบายได้ว่าการเป็นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ด้วยบทบาทหน้าที่ จะต้องเป็นผู้นำทั้งด้านองค์ความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้อง เป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ ส่วนประสิทธิภาพในการอบรม จะทำให้ผู้เข้ารับการอบรม ได้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติและความชำนาญ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้⁽²²⁾ ซึ่งพยาบาลกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่ผ่านการอบรมสูงถึงร้อยละ 88.9 สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากรและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ที่พบว่า การได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และการรับรู้ภาวะสุขภาพก่อให้เกิดความแตกต่างกันในการจัดการมูลฝอย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01⁽²⁴⁾ สำหรับประสิทธิภาพในการทำงาน ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่ามีประสิทธิภาพในการ

ทำงานเฉลี่ยค่อนข้างมาก ประมาณ 14 ปี ซึ่งผู้ที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมาก จะมีประสบการณ์มาก มีความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย⁽²⁵⁾

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน ของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ พฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความปลอดภัย และการรับรู้สถานะความปลอดภัยในองค์กร ($r=0.18, 0.69$) ตามลำดับ ซึ่งทั้งสองตัวแปรเป็นการมองในภาพรวมทั้งกระบวนการ ในการให้ความสำคัญด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย หากมีการรับรู้ที่ดี จะเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนให้บุคลากรมีความตระหนักในพฤติกรรมการปฏิบัติที่ดี เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย⁽¹²⁾

4. ตัวแปรที่สามารถร่วมกันอธิบายการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน ของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การอบรมด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประสบการณ์การเป็นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านผู้บริหารมีการส่งเสริมด้านความปลอดภัย ด้านการรับรู้สถานะความปลอดภัยในองค์กร ด้านพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความปลอดภัย และด้านวัฒนธรรมในการเรียนรู้ โดยสามารถร่วมกันอธิบายการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 15.10 ($R^2=.151$) โดยพบว่ามีเพียง 2 ตัวแปร ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ด้านพฤติกรรมการเรียนรู้ความปลอดภัย และประสบการณ์การเป็นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ($Beta=0.234, 0.160$) ตามลำดับ อธิบายได้ว่าการศึกษาพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้ถึงพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความปลอดภัย แสดงถึงการรับรู้ข้อมูลทุกกระบวนการของการแก้ปัญหาและการใช้ประโยชน์จากปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นการได้รับข้อมูลย้อนกลับตลอดเวลา ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมที่สามารถส่งเสริม

พฤติกรรมที่ดีได้ ตามกรอบแนวคิดของ PRECEDE-PROCEDE Model ประกอบกับการมีประสบการณ์ในการเป็นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลร่วมด้วย ทำให้ต้องเป็นผู้นำและแบบอย่างที่ดีทั้งด้านองค์ความรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ดังที่สำนักการพยาบาลร่วมกับชมรมพยาบาลควบคุมการติดเชื้อแห่งประเทศไทย ได้กำหนดความรับผิดชอบหลักและสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพไว้อย่างชัดเจน ให้ผู้ที่เป็นการกรรมการได้ปฏิบัติตามอย่างเข้มงวด⁽²⁶⁾ ทำให้มีการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานที่ถูกต้อง อย่างไรก็ตาม ทั้งสองตัวแปรอธิบายได้เพียงร้อยละ 15 เท่านั้น แสดงว่าที่เหลืออีกร้อยละ 85 เป็นผลมาจากปัจจัยอื่น ๆ ที่ร่วมอธิบายการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมให้มีการจัดอบรมด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดเป็นแผนการพัฒนากิจการอย่างชัดเจน
2. ควรมีการหมุนเวียนบุคลากรในการเป็นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ให้แก่บุคลากรอย่างทั่วถึง
3. ควรส่งเสริมให้บุคลากรเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความปลอดภัย โดยการทบทวนกระบวนการทำงานอย่างสม่ำเสมอแม้ในภาวะที่ไม่มีความเสี่ยงเกิดขึ้น
4. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกระบวนการทบทวนปัญหา เมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือความเสี่ยงขึ้นในองค์กร และเปิดโอกาสให้พยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์ มีเวทีการถ่ายทอดแนวคิดหรือวิธีการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานที่ดี ให้แก่บุคลากรกลุ่มอื่น เพื่อเป็นการจัดการความรู้ ให้คงไว้ในองค์กร (Knowledge Management) ในด้านการปฏิบัติที่ได้ตามมาตรฐาน
5. ควรมีการประเมินสภาวะความปลอดภัยในองค์กรอย่างต่อเนื่อง เช่น เพียงพอของอุปกรณ์ เครื่องมือ สภาพแวดล้อมในการทำงานและอัตราค่าจ้างของบุคลากร

6. ควรให้ความสำคัญในการอบรม พยายามเข้ารับการอบรมทุกครั้งเมื่อมีโอกาส และควรนำองค์ความรู้ที่ได้มาถ่ายทอดสู่ผู้ร่วมงานอย่างสม่ำเสมอ

7. ควรมีส่วนร่วมในกระบวนการทบทวนปัญหาหรืออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในองค์กรและหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นที่อาจมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน เช่น การเสริมพลังอำนาจ ความรู้ ทักษะ และ การขับเคลื่อนนโยบาย เป็นต้น

2. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ในการวิจัยรูปแบบอื่น เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพ การวิจัยเชิงระบบที่มีการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary research) ซึ่งมีการแก้ไขปัญหาอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง

3. จากข้อจำกัดในการตอบแบบสอบถามด้วยวิธีการให้ประเมินตนเอง ซึ่งอาจทำให้ได้ข้อมูลการรับรู้ที่สูงกว่าความเป็นจริง ในการวิจัยครั้งต่อไป จึงควรมีการศึกษาจากหลายแหล่งข้อมูล เช่น การสังเกตการปฏิบัติงาน การประเมินจากผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาลและระบบการรายงาน ความเสี่ยง เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. วิภา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย: แนวคิดกระบวนการ และแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก. บริษัทด้านสุขภาพการพิมพ์ จำกัด. กรุงเทพมหานคร, 2550.
2. สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. **Patient Safety Goals: SIMPLE**. สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. นนทบุรี, 2551.
3. สถาบันบำราศนราดูร. National Infection Control Committee. <http://bamras.org/www.bamras.org.old/nicc/about-division.php>. สืบค้นเมื่อวันที่ (17 ตุลาคม 2557)
4. ไพบุลย์ ไล่สุนทร. ระบาดวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ, 2540.
5. Centers for Disease Control and Prevention. **Guideline for isolations precautions: Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings**. <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>. สืบค้นเมื่อ (8 สิงหาคม 2557).
6. Jeong, I et al. Compliance with standard precautions among operating nurses in South Korea. **American Journal of Infection Control**. 36(10): 739-742, 2008.
7. ชมพูนุช สุภาพานิช. พฤติกรรมการป้องกันตามหลัก Standard precautions ของพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปัตตานี. **จุลสารชมรมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย**. 15(2): 55-69, 2548.
8. ศรีสุตา อัสพลกุล. ผลของการส่งเสริมการใช้ถุงมือต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2550.
9. McCormick, J. E et al. **Industrial and organizational psychology**. (3rd ed.). Prentice-Hall, Inc. Newjersey, 1985.
10. วิญญูญ์ ลือเลื่อง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554.
11. สมพรธม ไกรบรร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างาน กับ การปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554.
12. Helling, J et al. Challenging patient safety culture: survey result. **International journal of health care quality assurance**. 20(7): 620-632, 2007.

13. Ginsburg, L., Tregunno, D., Fleming, M., Flemons, W., Gilin, D., & Norton, P. **Perceptions of patient safety culture in six Canadian health care organizations.** http://www.atkinson.yorku.ca/~safetyculture/reports_docs/PSC_2007_MainReport.pdf. สืบค้นเมื่อ (2 สิงหาคม 2557).
14. บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 5. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ, 2550.
15. กวินทร์ ถิ่นคำพร และคณะ. **ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการไม่ตอบกลับแบบสอบถามที่ส่งทางไปรษณีย์ ในโครงการวิจัยขนาดใหญ่ที่มีการติดตามไปข้างหน้าในประเทศไทย. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.** 4(3): 73-86, 2554.
16. วรณชนก จันทชุม. **การวิจัยทางการพยาบาล: การเลือกตัวอย่างและการกำหนดขนาดตัวอย่าง.** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น, 2545.
17. ประคอง วรรณสุด. **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.** สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ, 2542.
18. อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล. **แบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล.** <https://www.gotoknow.org/posts/207975>. สืบค้นเมื่อ (10 สิงหาคม 2557)
19. สุกัญญา โคตรศรีวงศ์. **วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชของประเทศไทย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2557.
20. วิรัตน์ พุฒพันธ์. **อิทธิพลของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยและการได้รับการเสริมพลังอำนาจในงานต่อการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554.
21. สายสวาท คนหาญ. **การประเมินผลโครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบบริการสุขภาพ.** 2(3): 1-8, 2552.
22. ชูชัย สมितिไกร. **การฝึกอบรมบุคลากรในองค์กร.** พิมพ์ครั้งที่ 4. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ, 2548.
23. สรัญญา กุลวงศ์. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจังหวัดอุบลราชธานี.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 2552.
24. พูนพินิต โอเอี่ยม. **พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร. วารสารวิทยบริการ.** 24(4): 126-134, 2556.
25. วิญญูญา ลือเลื่อง. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ภาควิชาศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554.**
26. กัลยพัทธ์ นิยมวิทย์ และกัญญา ประจุศิลป์. **สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย. วารสารพยาบาลตำรวจ.** 7(1): 153-165, 2558.

ผลการเรียนที่เรียนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานร่วมกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง สุขภาพของเรา สำหรับนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5

Learning outcome by using Problem-based Learning (PBL) with electronic book on Title our health for Students grade 5

เสาวลักษณ์ บุตรสิมมา¹, ธนดล ภูสีฤทธิ์²

Saowalak Bootsamma¹, Thanadol Phuseerit²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแผนการเรียนและเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนกับเกณฑ์ร้อยละ 80 เพื่อหาค่าดัชนีประสิทธิผลของการเรียนและศึกษาความพึงพอใจของนักเรียนที่มีต่อการจัดการเรียนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานร่วมกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนกาฬสินธุ์พิทยาสัย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 40 คน ดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเทียบเกณฑ์ของโรงเรียน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามี 4 ชนิด คือ แผนการเรียนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องสุขภาพของเรา แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และแบบวัดความพึงพอใจ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานได้แก่ t-test (one sample test) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัย พบว่า แผนการเรียนมีความเหมาะสมมากที่สุด ($\bar{X} = 4.96$) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนที่เรียนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานร่วมกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องสุขภาพของเรา สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 สูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 80) ดัชนีประสิทธิผลของการจัดการเรียนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานร่วมกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องสุขภาพของเรา สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 เท่ากับ 0.6458 (ร้อยละ 64.58) นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 มีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานร่วมกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องสุขภาพของเรา โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.60$)

คำสำคัญ : แผนการเรียน, การเรียนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน, หนังสืออิเล็กทรอนิกส์

Abstract

This Experimental Research was aimed: (1) Developing a Lesson Plans by using Problem-based Learning (PBL) with electronic book Title; our health For students Prathomsuksa 5. (2) To compare the academic achievement of students by using problem-based Learning (PBL) with electronic book Title; our health For students Prathomsuksa 5, 80 percent threshold. (3) Effectiveness Index of learning by using Problem-based Learning (PBL) with electronic book Title ; our health For students Prathomsuksa 5. (4) To study satisfaction of students towards learning management by using Problem-based Learning (PBL) with electronic book Title ; our health for students Prathomsuksa 5. The sample used in this study is students Prathomsuksa 5, students 40 people, Kalasinittayasai school, Kalasin. Operation by Pre-Test on Sample. The instruments used in the study 4 types as learning management plan, E-Book, learning achievement test, Satisfaction test. The statistics used to analyze data; average, standard deviation (S.D), one sample t-test. The level of required statistical significance was at .05

The study found that; The lesson plans were considered highly appropriate. ($\bar{X} = 4.96$) To compare the academic achievement of students by using problem-based Learning (PBL) with electronic book Title; our health For students Prathomsuksa 5, higher than criteria (80 %). Index the effectiveness of learning management by using Problem-based Learning (PBL) with electronic book Title ; our health for students Prathomsuksa 5, 0.6458 (64.58 %). Students Prathomsuksa 5, satisfaction of students towards learning management by using Problem-based Learning (PBL) with electronic book Title ; our health. Overall, be in highest level. ($\bar{X} = 4.60$)

Keyword : Lesson plans, Problem-Based Learning,, Electronic book

¹ นักศึกษาหลักสูตรการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² อาจารย์ประจำภาควิชาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทนำ

ปัจจุบันโลกได้มีการพัฒนาก้าวเข้าสู่ยุคของสังคมแห่งความรู้อย่างรวดเร็วด้วยการพัฒนาทางวิชาการด้านการสื่อสารโทรคมนาคม และเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ ที่ร่วมกันเข้าสู่วิวัฒนาการทางเทคโนโลยีแบบไร้พรมแดน จนทำให้สังคมโลกเกิดการขยายตัวในทุกๆ ด้าน ประเทศไทยจึงเป็นประเทศหนึ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งจากกระแสการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้สถานศึกษาต้องจัดสภาพแวดล้อมและกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลาย สอดคล้องกับทิศทางการจัดการศึกษาตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ที่มุ่งให้ผู้เรียนพัฒนาศักยภาพตนเองได้ตามแบบแผนการเรียนรู้ของตนเอง รู้วิธีเรียน มีทักษะพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้เรียนเป็นพื้นฐานในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียน จะต้องรู้รูปแบบเทคนิคและวิธีการต่างๆ ที่เหมาะสมในการจัดการเรียนรู้ที่จะทำให้ผู้เรียนมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์⁽¹²⁾

กลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษาเป็นกลุ่มสาระการเรียนรู้หนึ่งที่กำหนดไว้ในสาระการเรียนรู้ตามหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551 ที่เน้นการจัดการศึกษาโดยกำหนดมาตรฐานการเรียนรู้และตัวชี้วัด ตามระดับพัฒนาการของผู้เรียนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย⁽¹⁴⁾ เป็นการศึกษาด้านสุขภาพที่มีเป้าหมายเพื่อการดำรงสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้ยั่งยืน โดยสุขศึกษาจะมุ่งเน้นให้ผู้เรียนพัฒนาพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ คุณธรรม ค่านิยม และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพควบคู่ไปด้วยกัน ส่วนพลศึกษาจะมุ่งเน้นให้ผู้เรียนใช้กิจกรรมการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย การเล่นเกมและกีฬาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาโดยรวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา⁽¹⁴⁾ ดังนั้น สุขศึกษาและพลศึกษาจึงมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพและสมรรถภาพของมนุษย์ให้มีความสมบูรณ์ ความสมดุล และมีความคุณภาพ ให้ผู้เรียนมีความสามารถเรียนรู้และเกิดการพัฒนากับความมั่นใจในความสามารถของตนเอง เกิดวิธีการเรียนรู้ด้วยพลัง มีความสามารถในการนำความรู้และทักษะไปประยุกต์ ช่วยผู้เรียนให้เกิดความตระหนักและความรับผิดชอบ

ต่อสุขภาพและสมรรถภาพทางกายของตนเอง สามารถตัดสินใจและเลือกวิธีปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ และสามารถใช้ชีวิตในสังคมปัจจุบันได้อย่างดีและมีประสิทธิภาพ⁽¹¹⁾

ดังนั้นกระบวนการจัดการเรียนรู้ในกลุ่มสุขศึกษาและพลศึกษาต้องจัดเป็นกระบวนการที่หลากหลายต่อเนื่องเหมาะสมกับระดับความสามารถ ความต้องการและความสนใจของผู้เรียน เน้นกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจ ตั้งแต่การวางแผน การฝึกปฏิบัติ การตรวจสอบ และการประเมินผล ให้ครอบคลุมทางกิจกรรมสุขภาพทั้งด้านป้องกัน ส่งเสริม และดำรง สุขภาพ โดยการใช้วิธีการเรียนอย่างมีชีวิตชีวา ให้ผู้เรียนฝึกความรับผิดชอบ ฝึกทักษะการคิด ทักษะการจัดการ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการเผชิญสถานการณ์ การเรียนรู้จากปัญหา และประยุกต์ความรู้มาใช้ป้องกันและแก้ไขปัญหาในชีวิตจริง หมั่นฝึกฝนและเอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเอง และความแข็งแรงของร่างกาย เข้าร่วมในกิจกรรมพลศึกษาและกีฬาทั้งประเภทบุคคล และประเภท ทีม ได้เรียนรู้ถึงความสำคัญของการฝึกฝนตนเองตามกฎ กติกา ได้ทำงานร่วมกันเป็นทีม และยอมรับว่าตนเองมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสภาวะสุขภาพและความปลอดภัยของผู้อื่นด้วย⁽³⁾

การจัดการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐานเป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ที่เริ่มต้นจากปัญหาที่เกิดขึ้น โดยสร้างความรู้จากกระบวนการทำงานกลุ่ม เพื่อแก้ปัญหาหรือสถานการณ์เกี่ยวกับชีวิตประจำวันและมีความสำคัญต่อผู้เรียน ตัวปัญหาจะเป็นจุดตั้งต้นของกระบวนการเรียนรู้และเป็นตัวกระตุ้นการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาด้วยเหตุผลและการสืบค้นหาข้อมูลเพื่อเข้าใจกลไกของตัวปัญหา รวมทั้งวิธีการแก้ปัญหา การเรียนรู้แบบนี้มุ่งเน้นพัฒนาผู้เรียนในด้านทักษะและกระบวนการเรียนรู้ และพัฒนาผู้เรียนให้สามารถเรียนรู้โดยการชี้นำตนเองซึ่งผู้เรียนจะได้ฝึกฝนการสร้างองค์ความรู้โดยผ่านกระบวนการคิดด้วยการแก้ปัญหาอย่างมีความหมายต่อผู้เรียน⁽¹³⁾ ทั้งนี้การจัดการเรียนการสอนในปัจจุบันควรเน้นการสร้างความรู้ในสภาพสังคมเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร บทบาทของครู อาจารย์จึงเปลี่ยนไป จากการเป็นผู้สอนมาเป็นผู้อำนวยความสะดวก เป็นผู้กำกับ หรือผู้จัดหาแหล่งการเรียนรู้ และฝึกประสบการณ์ให้แก่ผู้เรียนมากกว่าจะเป็นผู้ป้อนหรือเสนอประสบการณ์ด้วยการบอกเล่าหรืออธิบายหน้าชั้นเรียน

และจะต้องจัดหาสื่อที่ดีที่สุดเพื่อผู้เรียน⁽⁹⁾ ซึ่งการนำเทคโนโลยีทางคอมพิวเตอร์มาช่วยในการเรียนการสอนสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้มากขึ้น ทำให้ระบบการเรียนการสอนบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁸⁾ ปัจจุบันคอมพิวเตอร์ได้ถูกพัฒนาให้สามารถทำงานได้ในลักษณะของมัลติมีเดีย ซึ่งรวมถึงหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ด้วยที่ผสมผสานสื่อหลายทางได้แก่ ข้อความ เสียง รูปภาพ ภาพเคลื่อนไหวและและคอมพิวเตอร์เข้ามาทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบทำให้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ได้เปรียบกว่าสื่ออื่นหลายประการ⁽²⁾ หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เป็นสื่อเสริมในการเรียนการสอนเพื่อนำผู้เรียนสู่การเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพในการเรียนการสอน⁽⁷⁾ เป็นสื่อการเรียนการสอนที่สามารถช่วยสอนในสิ่งที่เข้าใจยากให้ง่ายขึ้น ซึ่งเป็นการสร้างความสนใจให้กับผู้เรียนเป็นอย่างดี⁽⁴⁾

ปัญหาด้านสุขภาพของนักเรียนในระดับชั้นประถมศึกษา นับว่าเป็นปัญหาที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะปัญหาด้านทันตสุขภาพและการรักษาความสะอาดเนื่องจากมีผลกระทบต่อสุขภาพ ก็คือก่อให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน เกี่ยวอาหารได้ไม่เต็มที่ มีกลิ่นปาก อีกทั้งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรคซึ่งเป็นสาเหตุทำให้สุขภาพร่างกายอ่อนแอทำให้เกิดโรคอื่นๆ ตามมา เช่น โรคขาดสารอาหาร มะเร็งในช่องปาก โรคเชื้อบิวหัวใจอักเสบ โรคอาหารเป็นพิษ ท้องเสีย รวมถึงไข้หวัดต่างๆ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพจิต ขาดความมั่นใจในตนเอง รวมไปถึงต้องเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาโรค จากปัญหาด้านสุขภาพทำให้ประเทศต้องสูญเสียงบประมาณโดยรวมเป็นจำนวนมาก นักเรียนวัยประถมศึกษาเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุสูง เนื่องจากเป็นวัยที่ที่ฟันแท้ทยอยโผล่ขึ้นมาในช่องปาก ฟันแท้ที่เพิ่งขึ้นจะยังไม่แข็งแรงเท่าที่ควร และเมื่อสุแล้วจะมีการถูกลามอย่างรวดเร็ว นอกจากฟันผุแล้ว ยังมีปัญหาเหงือกอักเสบร่วมด้วย เพราะมีปัญหาในการไม่แปรงฟัน หรือขาดทักษะในการแปรงฟัน ไม่ว่าจะเป็นโรคฟันผุหรือเหงือกอักเสบเมื่อทิ้งไว้นานจนเกิดการทำลายของเนื้อเยื่อขึ้นแล้ว เช่น ฟันเป็นรูหรือเหงือกกรัน จะเป็นการทำลายที่ถาวรไม่สามารถให้กลับคืนมาในสภาพเดิมได้ อีกทั้งเป็นที่

ทราบได้ว่าธรรมชาติของนักเรียนในระดับประถมศึกษาชั้น ชอบเล่น การเล่นของนักเรียนอาจสัมผัสกับสิ่งสกปรกที่เป็นตัวนำพาเชื้อโรคให้เข้าสู่ร่างกาย การทำความสะอาดร่างกายจึงเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้นักเรียนมีสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการล้างมือ เพราะเป็นอวัยวะที่สัมผัสกับอาหาร หรือขนมขบเคี้ยว ซึ่งเข้าสู่ร่างกายโดยตรง ดังนั้นการล้างมือและการแปรงฟันให้ถูกสุขลักษณะจึงเป็นความจำเป็นสำหรับทุกคน โดยเฉพาะเด็ก เพราะเด็กจะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในภายหน้า และถ้าเด็กมีทันตสุขภาพที่สมบูรณ์และมีการดูแลสุขภาพสะอาดที่ถูกสุขลักษณะ ก็ย่อมที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงด้วยเช่นกัน

ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงเป็นเหตุที่มาของงานวิจัยในครั้งนี้ ที่ต้องการจะศึกษาผลการเรียนรู้และความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเองที่เรียนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานร่วมกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องสุขภาพของเรา สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โดยคาดหวังว่าจะช่วยส่งเสริม ประสิทธิภาพการเรียนรู้ของผู้เรียนได้อย่างอิสระช่วยให้เข้าถึงแหล่งความรู้ที่หลากหลายได้อย่างรวดเร็วและเพื่อเป็นการส่งเสริมให้นักเรียนได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการเรียนรู้สุขภาพศึกษาและพลศึกษา ที่สำคัญผู้เรียนสามารถเรียนรู้ทักษะในการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองตามตามอรรถาธิบายและเกิดความอยากเรียนรู้ ดังนั้นผลที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นแนวทางให้ครูและผู้เกี่ยวข้องได้ใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนรู้วิชาสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน หรืออาจนำไปพัฒนาปรับปรุงใช้ในการจัดการเรียนรู้ในระดับอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแผนการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานร่วมกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องสุขภาพของเรา สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5
2. เพื่อเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนที่เรียนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานร่วมกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องสุขภาพของเรา สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 กับเกณฑ์ร้อยละ 80

3. เพื่อหาคำดัชนีประสิทธิผลของการเรียนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานร่วมกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องสุขภาพของเรา สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5

4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักเรียนที่มีต่อการจัดการเรียนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานร่วมกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องสุขภาพของเรา สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5

สมมติฐานการวิจัย

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนที่เรียนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานร่วมกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องสุขภาพของเรา สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 สูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 80)

วิธีดำเนินการ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนกาฬสินธุ์พิทยาสัย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 40 คน ดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเทียบเกณฑ์ของโรงเรียน

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ

1. แผนการเรียนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานร่วมกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องสุขภาพของเรา สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5

2. หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องสุขภาพของเรา กลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 มีผลการประเมินคุณภาพสื่ออยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.77$)

3. แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เรื่อง สุขภาพของเรา กลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 40 ข้อ เป็นแบบทดสอบแบบเลือกตอบมี 4 ตัวเลือก มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ตั้งแต่ 0.20 ถึง 0.75 มีค่าความยากง่ายรายข้ออยู่ระหว่าง 0.33 ถึง 0.63 มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.97

4. แบบวัดความพึงพอใจ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามวิธีการของลิเคิร์ท จำนวน 20 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ตั้งแต่ 0.33 ถึง 0.77 มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทดสอบก่อนเรียน (Pre-test) โดยใช้แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เรื่อง สุขภาพของเรา กลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. ดำเนินการจัดกิจกรรมการเรียนด้วยแผนการเรียนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานร่วมกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องสุขภาพของเรา กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนกาฬสินธุ์พิทยาสัย

3. ขึ้นสิ้นสุดการจัดกิจกรรมการเรียน

3.1 ทดสอบหลังเรียน (Post-test) เมื่อสิ้นสุดการเรียน โดยใช้แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เรื่อง สุขภาพของเรา กลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ชุดเดียวกันกับการทดสอบก่อนเรียน

3.2 นำข้อมูลที่ได้ไปทำการตรวจ วิเคราะห์ทางสถิติเพื่อสรุปผลการทดลองตามความมุ่งหมายการวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ผลการประเมินแผนการเรียนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานร่วมกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องสุขภาพของเรา สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ของธานินทร์ ศิลป์จารุ (2548) ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้	5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้	4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้	2 คะแนน

เห็นด้วยน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน
และแปลผลความคิดเห็นจากค่าเฉลี่ย ดังนี้

4.50 - 5.00 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

3.50 - 4.49 หมายถึง เห็นด้วยมาก

2.50 - 3.49 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

1.50 - 2.49 หมายถึง เห็นด้วยน้อย

1.00 - 1.49 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนที่เรียนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานร่วมกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องสุขภาพของเรา สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 กับเกณฑ์ร้อยละ 80 โดยใช้ t-test (one sample test)

3. วิเคราะห์ค่าดัชนีประสิทธิผลของการจัดการเรียนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานร่วมกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องสุขภาพของเรา กลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5

4. วิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการเรียนสุขศึกษา เรื่อง สุขภาพของเรา โดยใช้ปัญหาเป็นฐานร่วมกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนกาฬสินธุ์พิทยาสัย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ของธำนิษฐ์ ศิลป์จารุ (2548) ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 5 คะแนน
เห็นด้วยมาก ให้ 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง ให้ 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย ให้ 2 คะแนน

เห็นด้วยน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน
และแปลผลความคิดเห็นจากค่าเฉลี่ย ดังนี้
4.50 - 5.00 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด
3.50 - 4.49 หมายถึง เห็นด้วยมาก
2.50 - 3.49 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง
1.50 - 2.49 หมายถึง เห็นด้วยน้อย
1.00 - 1.49 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

ผลการวิจัย

1. ผลการประเมินแผนการเรียนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานร่วมกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องสุขภาพของเรา สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 มีผลการประเมินความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.96$) แสดงว่าแผนการเรียนมีความเหมาะสมสามารถนำไปใช้ในการเรียนการสอนได้

2. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนที่เรียนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานร่วมกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องสุขภาพของเรา สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนสอบหลังเรียนของผู้เรียนกับเกณฑ์ร้อยละ 80

รายการ	N	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
หลังเรียน	40	40	33.63	4.813	2.14	0.02*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางพบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนที่เรียนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานร่วมกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องสุขภาพของเรา สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.63 คะแนน

คิดเป็นร้อยละ 84.06 และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างเกณฑ์กับคะแนนสอบของผู้เรียนหลังเรียน พบว่า คะแนนสอบของผู้เรียนหลังเรียนสูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P = 0.02$)

ตาราง 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนเรียนและหลังเรียน

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	22.00	5.67	33.63	4.81	39	21.66	0.00*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ดัชนีประสิทธิผลของการจัดการเรียนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานร่วมกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องสุขภาพ

ของเรา กลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 เท่ากับ 0.6458 ซึ่งมีความหมายว่า

หลังจากที่นักเรียนได้เรียนรู้ตามหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น และทำกิจกรรมตามแผนการจัดการ

เรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน นักเรียนมีความรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนเรียนเท่ากับ 0.6458 หรือคิดเป็นร้อยละ 64.58

ตาราง 3 คำนวณประสิทธิภาพของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานร่วมกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์

N	คะแนนเต็ม	คะแนน		ร้อยละ		E.I.
		ก่อนเรียน	หลังเรียน	ก่อนเรียน	หลังเรียน	
40	40	880	1,345	55.00	84.06	0.6458

4. นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 มีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานร่วมกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องสุขภาพของเรา โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.60$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย 3 อันดับแรก คือ ด้านประโยชน์ที่ได้รับ ด้านกิจกรรมการเรียนรู้ และด้านสื่อการเรียนการสอน

สรุปและอภิปรายผล

การเปรียบเทียบระหว่างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนที่เรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานร่วมกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องสุขภาพของเรา สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 กับเกณฑ์ร้อยละ 80 พบว่า คะแนนสอบของผู้เรียนหลังเรียนสูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ เนื่องมาจากการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานร่วมกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้เรียนได้ใช้กระบวนการคิด วิเคราะห์ เพื่อแสวงหาคำตอบด้วยตนเอง ทำให้ผู้เรียนสนุกกับการแก้ปัญหา ไม่รู้สึกเบื่อหน่าย สามารถเรียนรู้ได้ตลอดเวลาและความเข้าใจในเนื้อหาที่ดี อีกทั้งการเรียนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานเป็นกระบวนการในการพัฒนาซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนมีสติ รู้จักคิด และพิจารณาสิ่งต่างๆ อย่างรอบคอบ ใช้ปัญญาความสามารถคิดวิเคราะห์ มีการวางแผนการกระทำอย่างมีขั้นตอน นอกจากนี้ผู้เรียนยังมีอิสระในการได้เรียนรู้เนื้อหาสาระต่างๆ ด้วยตนเอง และเกิดทักษะในการคิด แก้ไขปัญหา ทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียนเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของจอห์น บี ดิวอี้ (John B. Dewey อ้างถึงใน Delisle, 1997: 1-2) ซึ่งเป็นทฤษฎีทางการศึกษาที่เชื่อว่าการศึกษารูปแบบพัฒนาการ (Progressive

Education) ซึ่งเน้นการเตรียมประสบการณ์เพื่อพัฒนาผู้เรียนในทุกๆ ด้าน โดยเน้นให้ผู้เรียนเห็นความสำคัญของกิจกรรม โดยครูเป็นผู้แนะนำเท่านั้น ผู้เรียนต้องลงมือทำเอง ดิวอี้เชื่อว่าการเรียนรู้จะเกิดได้ด้วยการกระทำเอง (Learning by doing) สอดคล้องกับแนวคิดของสันทิตีเมืองชัย (2552: 121) กล่าวว่า การเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักไม่เพียงแต่จะเพิ่มทักษะ การแก้ปัญหาให้เกิดการเรียนรู้แล้ว ยังมีส่วนช่วยให้ผู้เรียนเกิดทักษะในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ทักษะ การติดต่อสื่อสารและทักษะการทำงานกลุ่ม และการนำหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มาเป็นสื่อให้ผู้เรียนได้ค้นคว้ายังเป็นอีกปัจจัยที่ช่วยเสริมให้ผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดีขึ้น สอดคล้องกับกิตติคุณ ตั้งเจริญไพศาล และคณะ (2552) ได้พัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์รูปแบบสถานการณ์จำลอง เรื่องความปลอดภัยในกิจกรรมทางน้ำ สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 ผลการวิจัยพบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนที่เรียนรู้ด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์รูปแบบสถานการณ์จำลอง เรื่องความปลอดภัยในกิจกรรมทางน้ำ มีพัฒนาการการเรียนรู้ที่ดีขึ้น มีความรู้เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ผลการศึกษาพบว่า หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องสุขภาพของเรา กลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และแผนการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน ที่ผ่านการตรวจสอบและหาคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ และผ่านการปรับปรุง แก้ไข ทดลองอย่างมีขั้นตอนจึงทำให้มีประสิทธิภาพสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และมีคะแนนเฉลี่ยหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน ดังนั้น ครูผู้สอนที่ทำการสอนวิชาสุขศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้สอนได้

2. ก่อนจะให้ให้นักเรียนใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง สุขภาพของเรานั้น ครูควรให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้ เพื่อให้นักเรียนมีความเข้าใจขั้นตอนในการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องสุขภาพของเรา โดยไม่ต้องกลับมาถามครู

3. ครูผู้สอนควรศึกษาขั้นตอนในการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานร่วมกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องสุขภาพของเรา ให้ความเข้าใจ มีการวางแผน เพื่อให้นักเรียนเกิดความเข้าใจและเกิดประสิทธิภาพทางการเรียนรู้สูงสุด

4. ผู้บริหารสถานศึกษา และผู้เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาควรส่งเสริมสนับสนุนให้ครูผู้สอนได้พัฒนาการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานร่วมกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์และแผนการจัดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพในเนื้อหากลุ่มสาระอื่นๆ เช่น สาระการเรียนรู้วิทยาศาสตร์ สาระการเรียนรู้ภาษาไทย ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และระดับชั้นอื่นๆ

2. ควรจะมีการเปรียบเทียบระหว่างการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานร่วมกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์กับวิธีการสอนอื่นๆ ในเนื้อหาเดียวกัน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก อาจารย์ ดร. ธนดล ภูสีฤทธิ์ รศ.ดร. สุทธิพงศ์ หกสุวรรณ อาจารย์ ดร. สุรเชต น้อยฤทธิ์ และผศ. ดร. สนิท เต็มเมืองชัย ซึ่งได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำและตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความเอาใจใส่ตลอดมา ขอขอบพระคุณ อาจารย์ปฎิวัติ ยะสะกะ คุณอรรดพล อรรถเวทิน คุณขวัญชัย ศิริสุรักษ์ คุณชานินทร์ หงษา คุณพัชรินทร์ ประทุมชาติ อาจารย์จำลอง นามบุญลือ อาจารย์พิสมัย พูลเจริญ อาจารย์ลัดดาวัลย์ พรหมสาขา ณ สกลนคร อาจารย์ประสิทธิ์ เลาหะวิวัฒน์ และอาจารย์สาธิต คงสมมาศ ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จนทำให้การวิจัยสำเร็จคล่องไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษาทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำ และ ผู้บริหาร อาจารย์ นักเรียนกลุ่มตัวอย่าง โรงเรียนกาฬสินธุ์พิทยาสัย ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอบคุณเพื่อนนิสิตปริญญาโท สาขาวิชาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา รุ่น พ. 24 ทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือและให้กำลังใจมาโดยตลอด

เอกสารอ้างอิง

1. กิตติคุณ ตั้งเจริญไพศาล และคณะ. การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ รูปแบบสถานการณ์จำลอง เรื่อง ความปลอดภัยในกิจกรรมทางน้ำสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง. ปรินญาการศึกษามหาบัณฑิต. คณะศึกษาศาสตร์ พิษณุโลก : มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2552.
2. ฉลอง ทับศรี. เอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนา CAI ด้วย Authorware. ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา, 2548.
3. เขาวัด ภูมิภาค และกัลยาณี ศรีโพธิ์โรจน์. คู่มือครู แผนการจัดการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา ป. 1 ช่วงชั้นที่ 1 ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 กลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา ตามหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์วัฒนาพานิช, 2551.
4. ฉาว นุ่นละออง. การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องร่างกายมนุษย์กลุ่มสาระการเรียนรู้วิทยาศาสตร์สำหรับนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม, 2550.
5. ชานนท์ ศิลปจารุ. การวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ: วิ. อินเดอร์ พรินท์, 2548.
6. ยุธวัฒน์ คล้ายมงคล. การพัฒนาระบบการเรียนการสอนโดยการประยุกต์แนวคิดการใช้ ปัญหาเป็นหลักในการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมสมรรถภาพทางคณิตศาสตร์. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน ภาควิชามัธยมศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2545.
7. วรณจนา เอรารวรรณ์. การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องโครงงานวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2553.
8. วิมลรัตน์ศักดิ์ดา. การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง อาหารกับสุขภาพ กลุ่มสาระการเรียนรู้วิทยาศาสตร์ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2.

วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาหลักสูตรและการสอน. มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2555.

9. วุฒิชัย ประสารสอย. การใช้เทคโนโลยีในการจัดการเรียนการสอน. กรุงเทพฯ : บั๊ค พอยท์, 2545.
10. สนิท ดีเมืองชัย. การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ร่วมกันโดยใช้ปัญหาเป็นหลักที่มีการช่วยเสริมศักยภาพ ทางการเรียนรู้ผ่านเครือข่ายคอมพิวเตอร์. ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาคอมพิวเตอร์ศึกษา กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ, 2552.
11. สมยศ แซ่ใต้. สภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอนวิชาพลศึกษาในเครือโรงเรียนราชวินิต ปีการศึกษา 2555. หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2556.
12. สุทิน โรจน์ประเสริฐและคณะ. การศึกษาประสิทธิภาพของบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนในวิชาภาษาจีนของนักศึกษามหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ: สำนักพัฒนาวิชาการมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 2555.
13. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. การจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน. กรุงเทพฯ: กลุ่มส่งเสริมวัดกรรมการเรียนรู้ของครูและบุคลากรทางการศึกษา สำนักมาตรฐานและพัฒนการเรียนรู้ สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2550.
14. สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. หลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐานพุทธศักราช 2551. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2551.
15. Delisle, Robert. **How to Use Problem –Based Learning in the Classroom.** Alexandria, Virginia : Association for Supervision and Curriculum Development, 1997.
16. Dewey J. **How we think?**. New York : D.C. Health and Company. De Bono, 1933.

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับคอมพิวเตอร์เพื่อพัฒนาสื่อปฏิสัมพันธ์บนแท็บเล็ต เรื่อง การคัดแยกขยะ

The Human-Computer Interaction Application for Development an Interactive Media on Tablet on a Content of Garbage Classification.

ธนกร ปฐมวนิชกุล¹, เนติรัฐ วีระนาคิน²

Thanaporn Pathomvanichkul¹, Natirath Weeranakin²

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ใช้สื่อตามทฤษฎีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับคอมพิวเตอร์แล้วนำมาพัฒนาสื่อปฏิสัมพันธ์บนแท็บเล็ต เรื่อง การคัดแยกขยะให้มีคุณภาพและศึกษาผลการใช้สื่อปฏิสัมพันธ์บนแท็บเล็ต เรื่อง การคัดแยกขยะ ในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาความต้องการและใช้ในการทดลองสื่อปฏิสัมพันธ์บนแท็บเล็ต ได้แก่ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนกาฬสินธุ์พิทยาสัย ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) โดยวิธีการจับสลากมา 1 ห้องเรียน ได้ห้อง ป.6/4 จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามความต้องการของผู้ใช้สื่อตามทฤษฎีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับคอมพิวเตอร์ และผลการใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ เรื่อง การคัดแยกขยะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการองค์ประกอบของสื่อปฏิสัมพันธ์มากที่สุด ได้แก่ ลักษณะของถังขยะแบบทรงเหลี่ยม ร้อยละ 62.5 ลักษณะประเภทของขยะแบบลอกของจริง ร้อยละ 62.5 ตัวอักษรเป็นลักษณะกลม มีหัว เส้นบาง ร้อยละ 55 ตัวอักษรขนาดใหญ่ ร้อยละ 67.5 ตัวอักษรสีขาวบนพื้นหลังสีฟ้า ร้อยละ 72.5 ลักษณะของภาพพื้นหลัง + กราฟิก ร้อยละ 92.5 ปุ่มควบคุมการทำงานมีลักษณะเป็นวงกลม ร้อยละ 90 ปุ่มขนาดใหญ่ ร้อยละ 92.5 สีของปุ่มเด่น สะดุดตา ตัดกับพื้นหลัง ร้อยละ 97.5 เสียงดนตรีประกอบแบบเร็ว ร้อยละ 62.5 การปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้ด้วยเสียง ร้อยละ 47.5 คุณภาพของสื่อโดยผู้เชี่ยวชาญได้ประเมินเป็นรายด้านทั้ง 3 ด้าน โดยรวมอยู่ในระดับมีคุณภาพมาก ($\bar{X} = 4.46, S.D = 0.11$) ส่วนผลของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ต่อสื่อปฏิสัมพันธ์ เรื่อง การคัดแยกขยะโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.60, S.D = 0.09$) และส่วนผลของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจต่อสื่อปฏิสัมพันธ์ เรื่อง การคัดแยกขยะโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.71, S.D = 0.11$)

คำสำคัญ: การปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับคอมพิวเตอร์; สื่อปฏิสัมพันธ์; การคัดแยกขยะ

ABSTRACT

This action research is aimed at approaching the needs of media users based on the Theory of Interactions between Human Beings and Computers so as to develop the interactive media entitled "Trash Classification" well, and finding out the result from using this interactive media among the samples. The sampling group of this study was asked for completing Survey of Media Users' Needs as well as testing the interactive media "Trash Classification" which was included of Grade 12 students of Kalasinpittayasai School selected by employing The sampling group of this study is The sampling group employed to studying the needs and employed to experiment of the interactive media on tablets including sixth grade students of Kalasinpittayasai School randomized by cluster sampling: drawing lots for a class which is Prathom 6/4 with 40 students. From all the Grade 12 students. Research tools for data collection were comprised of the Survey of Media Users' Needs based on the Theory of Interactions between Human Beings and Computers and a result of using the interactive media "Trash Classification". The facts of statistics, percentages, means and standard deviations were used for data analysis.

The result of the study revealed that the most needed components of the interactive media "Trash Classification" of the sampling group are as follows: geometric shape trashcans = 62.5%, real trash-duplicated trashes = 62.5%, rounded, headed and fine-lined alphabets = 55%, big alphabets = 67.5%, white alphabets on a blue screen = 72.5%, graphic-added backgrounds = 92.5%, circle-shaped function buttons = 90%, big buttons = 92.5%, dominant, eye-catching and background colour-discording colours = 97.5%, fast rhythmic music = 62.5% and user interaction with sound = 47.5%. In total, quality of the media, evaluated by experts individually in 3 aspects, is on a high level ($\bar{X} = 4.46, S.D.$

¹นิสิตปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสื่อนวัตกรรม คณะวิทยาการสารสนเทศ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²อาจารย์ประจำ สาขาสื่อนวัตกรรม คณะวิทยาการสารสนเทศ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

= 0.11); the result of the samples having a perception to the interactive media “Trash Classification” is on the highest level ($\bar{X}$ = 4.60, S.D. = 0.09) and the result of the samples having a satisfaction of using the interactive media “Trash Classification” is on the highest level ($\bar{X}$ = 4.71, S.D. = 0.11).

Key Words: interaction between human beings and computers, interactive media, trash classification

บทนำ

ปัญหาขยะมูลฝอยเป็นปัญหาหนึ่งด้านสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเราและสังคม นับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ปัญหาขยะมูลฝอยเป็นปัญหาสำคัญที่อยู่คู่กับสังคมไทยมาช้านานและนับวันยังมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น สาเหตุเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของปริมาณขยะมูลฝอยทุกปี ตามอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร การขยายตัวทางเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการอุปโภคบริโภคของประชาชน ในขณะที่ปริมาณขยะมูลฝอยที่ได้รับการจัดการอย่างถูกต้องเพิ่มขึ้นในอัตราที่ต่ำ แม้ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการขยะมูลฝอย ทั้งการจัดเก็บ เคลื่อนย้าย รวมทั้งการทำลาย จะได้รับการจัดสรรงบประมาณในการก่อสร้างระบบกำจัดขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้น แต่ก็ยังไม่เพียงพอกับปริมาณขยะมูลฝอยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งในปี 2555 พบปริมาณขยะชุมชนมีมากถึงประมาณ 24.73 ล้านตัน ในจำนวนนี้สามารถกำจัดได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการประมาณ 5.83 ล้านตัน และถูกนำกลับไปใช้ประโยชน์ ประมาณ 5.28 ล้านตัน มูลฝอย ส่วนที่เหลือกว่า 13.62 ล้านตัน ยังคงถูกกำจัดทิ้งอย่างไม่ถูกหลักวิชาการด้วยวิธีการเทกองกลางแจ้ง และการเผาในที่โล่ง⁽¹⁾

จากปัญหาดังกล่าว คงปฏิเสธไม่ได้ว่าขยะทั้งหมดที่เกิดขึ้นล้วนเกิดจากฝีมือของมนุษย์ทั้งสิ้นจึงจำเป็นต้องเร่งแก้ปัญหาและควรแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ คือ การปลูกฝังจิตสำนึก การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมแก่เยาวชน ซึ่งจะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคตและชี้ให้เห็นปัญหาที่เกิดขึ้น จากงานวิจัยของวิมลทิพย์ มุสิกพันธ์ (ม.ป.พ.)⁽²⁾ ชี้ให้เห็นว่าการเรียนการสอนตั้งแต่ระดับอนุบาลนับเป็นก้าวแรกที่สำคัญยิ่งในการพัฒนาสภาพเด็กและมีส่วนสำคัญทำให้เติบโตเป็นประชากรที่มีคุณภาพ เป็นช่วงที่ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ของการสร้างคนให้มีจิตสำนึก

สาธารณะที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมในรูปแบบการเล่นที่ถูกออกแบบมาอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งเด็กสามารถเรียนรู้ได้จากกิจกรรม การลงมือกระทำ ทำให้เกิดการซึมซับทักษะและกระบวนการคิด การศึกษาจึงมุ่งเน้นให้กลุ่มเด็กในวัยเรียนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ถาวรยืนนาน เพราะเด็กในวัยนี้สามารถรับรู้และตระหนักในปัญหาสิ่งแวดล้อมได้และเป็นที่คาดหมายได้ว่าหากมีการปลูกฝังความรู้ด้านนี้อย่างจริงจังและถูกวิธี⁽³⁾

สื่อปฏิสัมพันธ์ถือได้ว่าเป็นเทคนิคหนึ่งที่สามารถประยุกต์ใช้กับกระบวนการเรียนรู้ โดยสื่อปฏิสัมพันธ์นั้นสามารถใช้ได้ดีในด้านของความคิดรวบยอด (Concept) นำมาใช้ในการเรียนการสอนสร้างจิตสำนึก การพัฒนาสื่อปฏิสัมพันธ์ให้มีประสิทธิภาพหากศึกษาการปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับคอมพิวเตอร์ (Human Computer Interaction: HCI) ซึ่งเป็นการศึกษาการปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนซึ่งเป็นผู้ใช้กับคอมพิวเตอร์ โดยเป็นการศึกษาที่เชื่อมโยงเกี่ยวเนื่องกันของหลายๆ ศาสตร์ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักคือ User, Computer, Interactive โดยเป้าหมายของการศึกษา คือ การพัฒนาการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้และคอมพิวเตอร์ โดยทำให้คอมพิวเตอร์ใช้งานได้มากขึ้นและตรงตามความต้องการของผู้ใช้และเป็นการลดช่องว่างระหว่างมนุษย์และคอมพิวเตอร์ให้เหลือน้อยที่สุด⁽⁴⁾

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนาสื่อปฏิสัมพันธ์บนแท็บเล็ตโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับคอมพิวเตอร์ เรื่อง การคัดแยกขยะ ซึ่งจะเป็นการปลูกฝังความคิดทัศนคติและค่านิยมให้กับเด็กตระหนักถึงความสำคัญในสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันตลอดจนได้เข้าใจถึงประเภทของขยะมูลฝอยและประโยชน์จากการจัดการขยะอย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ใช้สื่อตามทฤษฎีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับคอมพิวเตอร์
2. เพื่อพัฒนาสื่อปฏิสัมพันธ์บนแท็บเล็ต เรื่อง การคัดแยกขยะให้มีคุณภาพ
3. เพื่อศึกษาผลการใช้สื่อปฏิสัมพันธ์บนแท็บเล็ต เรื่อง การคัดแยกขยะ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้แก่ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนกาฬสินธุ์พิทยาสัยมีทั้งหมด 8 ห้องเรียน จำนวน 328 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาความต้องการและใช้ในการทดลองสื่อปฏิสัมพันธ์บนแท็บเล็ต ได้แก่ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนกาฬสินธุ์พิทยาสัย ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) โดยวิธีการจับสลากมา 1 ห้องเรียนได้ห้อง ป.6/4 จำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. แบบสอบถามความต้องการของผู้ใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับคอมพิวเตอร์ใช้แบบ ข้อคำถามแบบปลายปิด (Closed Form or Structured Questionnaire) และมีแนวประเด็นคำถามที่เกี่ยวกับความต้องการในการใช้สื่อปฏิสัมพันธ์บนแท็บเล็ต เรื่อง การคัดแยกขยะที่เหมาะสมแก่การนำไปจัดทำสื่อซึ่งผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 9 ท่าน พบว่าแบบสอบถามความต้องการมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.78 - 1 ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการสร้างแบบสอบถามความต้องการได้ทั้งหมดจำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ
2. สื่อปฏิสัมพันธ์บนแท็บเล็ต เรื่อง การคัดแยกขยะ เมื่อนำสื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินความเหมาะสม แล้วจึงมาใช้ทดลองประเมินสื่อกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน เพื่อนำไปประเมินการรับรู้และความพึงพอใจที่มีต่อสื่อปฏิสัมพันธ์บนแท็บเล็ต
3. แบบประเมินคุณภาพสื่อโดยผู้เชี่ยวชาญ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพสื่อซึ่งมีลักษณะ

คำถามเป็นคำถามปลายปิด สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามด้านเนื้อหาประกอบด้วย 7 ข้อ ถามเกี่ยวกับคุณภาพของสื่อด้านเนื้อหาที่น่าสนใจ

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามด้านการออกแบบประกอบด้วย 7 ข้อ ถามเกี่ยวกับคุณภาพของการออกแบบสื่อ

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามด้านการปฏิสัมพันธ์ประกอบด้วย 7 ข้อ ถามเกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์ของผู้ใช้งานกับสื่อ โครงสร้างของคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยผู้วิจัยหวังว่าจะได้ทราบว่าสื่อที่ผู้วิจัยพัฒนานั้นมีคุณภาพอยู่ในระดับใด ซึ่งผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 9 ท่าน พบว่าแบบสอบถามความต้องการมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.89 - 1

4. แบบวัดการรับรู้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวัดการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อสื่อ ซึ่งมีลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดเป็นแบบสอบถามวัดระดับการรับรู้ที่มีต่อการใช้อ้างอิงของคำถามเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยประกอบไปด้วย 9 ข้อ คุณภาพของสื่อด้านเนื้อหาของ เรื่อง การคัดแยกขยะ โครงสร้างของคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยผู้วิจัยคาดหวังว่าจะได้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อสื่ออยู่ในระดับใด ซึ่งผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 9 ท่าน พบว่าแบบสอบถามความต้องการมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 - 1

5. แบบประเมินความพึงพอใจเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อสื่อ ซึ่งมีลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดเป็นแบบสอบถามความพึงพอใจที่มีต่อการใช้อ้างอิงของคำถามเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยประกอบไปด้วย 15 ข้อ คุณภาพของสื่อด้านการออกแบบและด้านการปฏิสัมพันธ์ของผู้ใช้สื่อ โครงสร้างของคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยผู้วิจัยคาดหวังว่าจะได้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมีต่อสื่ออยู่ในระดับใด ซึ่งผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 9 ท่าน พบว่าแบบสอบถามความต้องการมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.78 - 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาความต้องการของผู้ใช้สื่อตามทฤษฎีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับคอมพิวเตอร์ โดยการ 1) สร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการของผู้ใช้ 2) ให้ผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบแบบสอบถามและแก้ไขปรับปรุงตามที่คุณผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ 3) รวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์และพัฒนาต่อไป

ระยะที่ 2 พัฒนาสื่อปฏิสัมพันธ์บนแท็บเล็ต เรื่องการคัดแยกขยะ ได้แก่ 1) ศึกษาวิธีการสร้างสื่อปฏิสัมพันธ์บนแท็บเล็ต เรื่อง การคัดแยกขยะ 2) พัฒนาสื่อปฏิสัมพันธ์บนแท็บเล็ตเรื่อง การคัดแยกขยะตามวิธีการสร้างที่ได้ศึกษา 3) ประเมินคุณภาพของสื่อปฏิสัมพันธ์บนแท็บเล็ต เรื่อง การคัดแยกขยะ โดยผู้เชี่ยวชาญปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

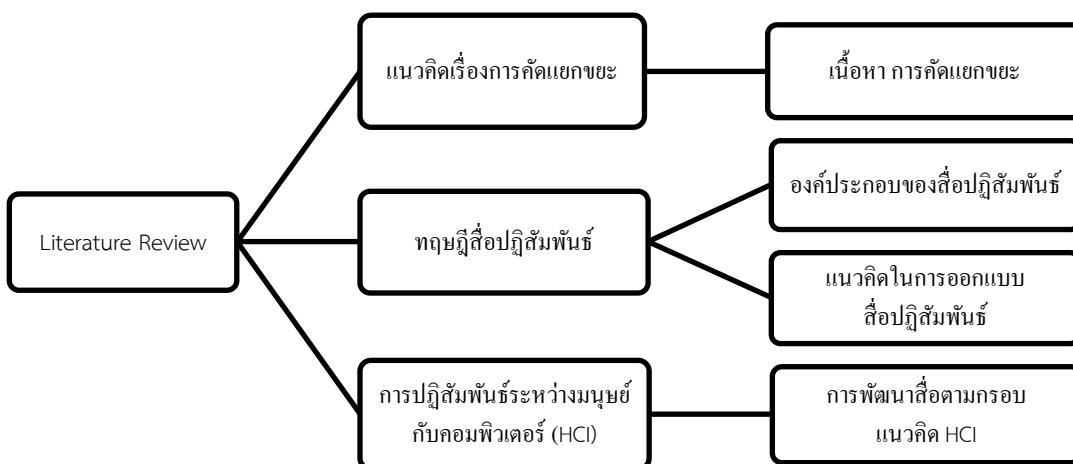
ระยะที่ 3 การนำไปใช้ โดยการ 1) นำสื่อปฏิสัมพันธ์บนแท็บเล็ตไปวัดผลการรับรู้กับกลุ่มตัวอย่าง 2) นำสื่อปฏิสัมพันธ์บนแท็บเล็ตไปวัดความพึงพอใจกับกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

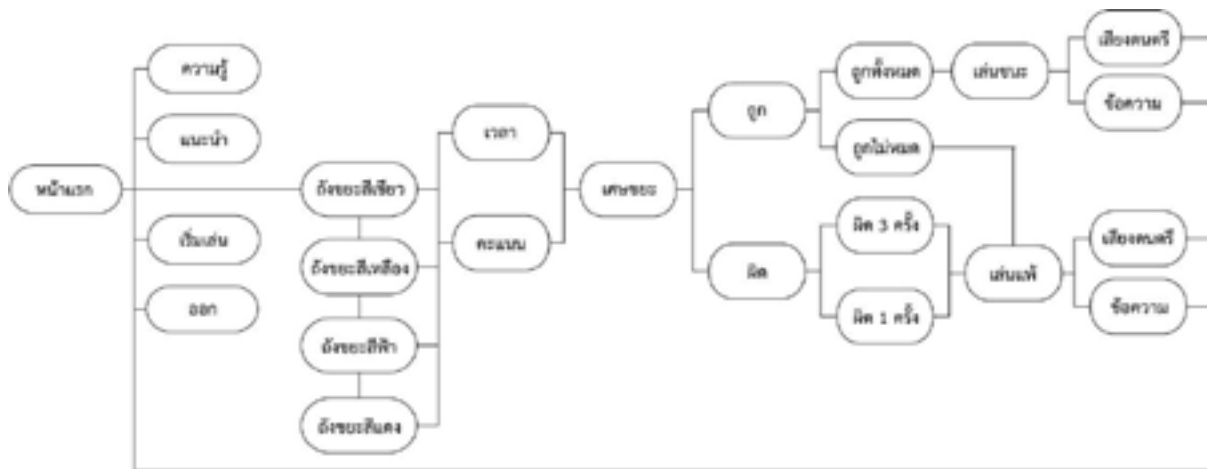
1. ผลจากการศึกษาความต้องการของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการลักษณะของถังขยะแบบทรงเหลี่ยม ร้อยละ 62.5 ลักษณะประเภทของขยะแบบลอกของจริง ร้อยละ 62.5 ตัวอักษรเป็นลักษณะกลม มีหัว เส้นบาง ร้อยละ 55 ตัวอักษรขนาดใหญ่ ร้อยละ 67.5 ตัวอักษรสีขาวบนพื้นหลังสีฟ้า ร้อยละ 72.5 ลักษณะของภาพพื้นหลัง + กราฟิก ร้อยละ 92.5 ปุ่มควบคุมการทำงานมีลักษณะเป็นวงกลม ร้อยละ 90 ปุ่มขนาดใหญ่ ร้อยละ 92.5 สีของปุ่ม แดง สะดุดตา ตัดกับพื้นหลัง ร้อยละ 97.5 เสียงดนตรีประกอบแบบเร็ว ร้อยละ 62.5 การปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้ด้วยเสียง ร้อยละ 47.5 จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ข้อมูลการออกแบบสื่อปฏิสัมพันธ์ตามกรอบทฤษฎีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับคอมพิวเตอร์ ซึ่งได้เป็นแผนผัง (Site Map) ได้ดังนี้



ภาพประกอบ 1 แผนผัง ข้อมูลการออกแบบสื่อปฏิสัมพันธ์ตามกรอบทฤษฎีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับคอมพิวเตอร์

หลังจากที่ผู้วิจัยได้ศึกษาความต้องการของผู้ใช้ สื่อปฏิสัมพันธ์บนแท็บเล็ตแล้ว ผู้วิจัยได้จัดทำแผนผังการเชื่อมโยงของส่วนต่างๆ (Link) ของสื่อปฏิสัมพันธ์ บน

แท็บเล็ต ซึ่งประกอบด้วย ลักษณะของถังขยะ ลักษณะประเภทของขยะ ปุ่มการใช้งานต่างๆ เสียงดนตรีและเสียงประกอบ ภาพพื้นหลัง ดังภาพประกอบ ดังนี้



ภาพประกอบ 2 ผังงาน (Flow Chart) การเชื่อมโยง (Link) สื่อปฏิสัมพันธ์บนแท็บเล็ต

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินคุณภาพสื่อโดยผู้เชี่ยวชาญพบว่า ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าคุณภาพของสื่อ

2.1 ด้านเนื้อหา พบว่า มีคุณภาพอยู่ในระดับมากที่สุด ระดับการประเมินคุณภาพของสื่อปฏิสัมพันธ์บนแท็บเล็ตโดยผู้เชี่ยวชาญในด้านเนื้อหา โดยรวมอยู่ในระดับมีคุณภาพมากที่สุด ($\bar{X} = 4.86$, S.D. = 0.28)

2.2 ด้านการออกแบบ พบว่า มีคุณภาพอยู่ในระดับมากที่สุด ระดับการประเมินคุณภาพของสื่อปฏิสัมพันธ์บนแท็บเล็ตโดยผู้เชี่ยวชาญในการออกแบบ โดยรวมอยู่ในระดับมีคุณภาพมาก ($\bar{X} = 4.00$, S.D. = 0.28)

2.3 ด้านการปฏิสัมพันธ์ พบว่า มีคุณภาพอยู่ในระดับมากที่สุด ระดับการประเมินคุณภาพของสื่อปฏิสัมพันธ์บนแท็บเล็ตโดยผู้เชี่ยวชาญในการปฏิสัมพันธ์ โดยรวมอยู่ในระดับมีคุณภาพมากที่สุด ($\bar{X} = 4.52$, S.D. = 0.47)

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อสื่อปฏิสัมพันธ์บนแท็บเล็ต เรื่อง การคัดแยกขยะ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.60$, S.D. = 0.09) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด มีจำนวน 8 ข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ข้อ 9 กลุ่มตัวอย่างทราบหรือไม่ ถึงขยะสีแดงเป็นถึงแยกขยะจำพวกขวดน้ำยาสารเคมี, หลอดไฟ, ถ่านไฟฉาย ($\bar{X} = 4.95$, S.D. = 0.22)

ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ข้อ 2 กลุ่มตัวอย่างสามารถแยกแยะได้ว่าขยะประเภทใด เป็นขยะย่อยสลายได้ ($\bar{X} = 4.43$, S.D. = 0.50)

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อสื่อปฏิสัมพันธ์บนแท็บเล็ต เรื่อง การคัดแยกขยะ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.71$, S.D. = 0.11) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด มีจำนวน 13 ข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมากที่สุด คือ กลุ่มตัวอย่างชอบสีส้มของขยะ ($\bar{X} = 4.93$, S.D. = 0.27) และกลุ่มตัวอย่างได้ยินเสียงดนตรีประกอบได้ชัดเจน ($\bar{X} = 4.93$, S.D. = 0.27) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดอยู่ในระดับมากที่สุด คือ กลุ่มตัวอย่างชอบความรวดเร็วของการประมวลผล ($\bar{X} = 4.28$, S.D. = 0.68)

สรุปและอภิปรายผล

ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาอภิปราย ดังนี้

1. ผลการศึกษาความต้องการของผู้ใช้สื่อตามทฤษฎีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับคอมพิวเตอร์จากแบบสอบถาม พบว่า เด็กมีความชอบลักษณะของถังขยะแบบทรงเหลี่ยม ลักษณะประเภทของขยะแบบลอกของจริง ตัวอักษรเป็นลักษณะกลม มีหัว เส้นบาง ตัวอักษรขนาดใหญ่ ตัวอักษรสีขาวบนพื้นหลังสีฟ้า ลักษณะของภาพพื้นหลัง + กราฟิก ปุ่มควบคุมการทำงานมีลักษณะเป็นวงกลม ปุ่มขนาดใหญ่ สีของปุ่ม เด่น สะดุดตาดีกับพื้น

หลังเสียงดนตรีประกอบแบบเร็ว เพื่อเร้าอารมณ์ให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลินซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปาณดา อภิรัตนวงศ์ (2554)⁽⁵⁾ ได้ทำการศึกษาในเรื่อง การสร้างสื่อการ์ตูนแอนิเมชัน 2 มิติ เรื่อง ทันตสุขภาพสำหรับเด็กปฐมวัย พบว่า โดยใช้ลักษณะและรูปแบบการ์ตูนที่เด็กชอบ ซึ่งรูปแบบสื่อและลักษณะตัวการ์ตูนประกอบไปด้วย เด็กชอบการ์ตูน เด็กชอบฉากการ์ตูน คือ ฉากสดใส เด็กชอบรูปแบบตัวอักษร คือ แบบ PSL Display เด็กชอบเสียงเพลงและดนตรีที่มีทำนองเร็วเร้าใจ เด็กชอบลักษณะการ์ตูนคือ แบบลอกของจริง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธานีทร หงษา (2553)⁽⁶⁾ ได้ทำการศึกษาในเรื่อง การพัฒนาสื่อมัลติมีเดีย เรื่อง ไคโนเสาร์ที่ภูเก้า จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ความต้องการสูงสุดที่ผู้ชมต้องการ คือ ผู้ชมต้องการมีปุ่มควบคุมการทำงานแบบรูปภาพและตัวอักษรเป็นรูปวงกลมมีรูปสามเหลี่ยมด้านในและมีอักษรประกอบ ผู้ชมต้องการมีปุ่มควบคุมการทำงานแบบรูปภาพเป็นรูปวงกลมมีรูปสามเหลี่ยมด้านใน และผู้ชมต้องการมีปุ่มควบคุมการทำงานแบบตัวอักษรใช้คือ ฟอนต์ Font Kittithada

2. ผลการประเมินคุณภาพสื่อโดยผู้เชี่ยวชาญผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้และความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อสื่อ จากการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยใช้เกณฑ์แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับ พบว่า การพัฒนาสื่อปฏิสัมพันธ์บนแท็บเล็ต เรื่อง การคัดแยกขยะ ซึ่งผลการศึกษายู่ในระดับมากซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จุฬาลักษณ์ วัฒนานนท์ (2558)⁽⁷⁾ ได้สร้างแนวคิดในการออกแบบสื่อปฏิสัมพันธ์ เพื่อเสริมสร้างจิตสำนึกด้านการจัดการขยะบนระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์สำหรับเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นการเสริมสร้างการปลูกฝังจิตสำนึกให้กับเยาวชนของชาติ ตั้งแต่ระดับชั้นอนุบาลให้เข้าใจถึงประเภทของขยะมูลฝอยและประโยชน์จากการจัดการขยะที่ถูกต้อง และสื่อปฏิสัมพันธ์ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพเท่ากับ 84.44/83.75 โดยที่ผู้เชี่ยวชาญมีความพึงพอใจต่อสื่อปฏิสัมพันธ์ที่พัฒนาขึ้นในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.65$, S.D = 0.54) ซึ่งงานวิจัยของซึ่งได้สอดคล้องกับงานวิจัยของ รัชฐา เสรีวิวัฒนา (2555)⁽⁸⁾ ที่นำแท็บเล็ตมาเป็นอุปกรณ์

ในการพัฒนาแอปพลิเคชัน วิชาคณิตศาสตร์ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 มีคุณภาพเฉลี่ยทุกด้านอยู่ในระดับดี มีประสิทธิภาพและความพึงพอใจของผู้ใช้ในระดับดีมาก ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้สื่อปฏิสัมพันธ์บนแท็บเล็ต เรื่อง การคัดแยกขยะ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการสอบถามความต้องการของผู้ใช้สื่อตามทฤษฎีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับคอมพิวเตอร์ ซึ่งประกอบด้วยลักษณะของถังขยะ ลักษณะประเภทของขยะ แบบของตัวอักษร ขนาดของตัวอักษร สีของตัวอักษร ลักษณะของภาพพื้นหลัง ลักษณะของปุ่มการใช้งาน ขนาดของปุ่มการทำงาน สีของปุ่มควบคุมการทำงาน ลักษณะของเสียงดนตรีประกอบ และการปฏิสัมพันธ์ผู้ใช้กับสื่อรวมทั้งกระบวนการผลิตสื่อได้ผ่านผู้เชี่ยวชาญประเมินคุณภาพสื่อ จึงทำให้มีคุณภาพ เด็กสามารถเข้าใจ และจดจำได้ง่ายซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภารัตน์ วงศ์คำพา (2554)⁽⁹⁾ ที่ทำการศึกษาแบบตัวการ์ตูนที่เด็กชอบเพื่อพัฒนาสื่อการ์ตูนแอนิเมชัน 2 มิติ เพื่อณรงค์แก้ปัญหาเด็กอ้วน พบว่า สื่อการ์ตูนแอนิเมชัน 2 มิติ เพื่อณรงค์แก้ปัญหาเด็กอ้วน สามารถนำไปใช้ได้กับเด็กที่มีอายุในช่วง 11-12 ปี ได้อย่างเหมาะสม ทำให้เด็กพึงพอใจได้อย่างดี

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. แท็บเล็ตควรเป็นเครื่องที่มีการประมวลผลในระดับสูง มีจอที่สามารถรองรับความละเอียดสูงเพื่อให้การแสดงผลมีความคมชัด มีสีสันทึ่สวยงามและประมวลผลได้อย่างรวดเร็ว
2. มีข้อจำกัดในเรื่องของแนวคิดรูปร่างรูปทรงในการออกแบบรูปทรงของถังขยะอยู่เพียง 2 รูปทรงในการออกแบบลักษณะของภาพพื้นหลังจะมีเพียง 2 ลักษณะ คือ ภาพพื้นหลังและภาพพื้นหลัง + กราฟิก ลักษณะของปุ่มควบคุมการทำงานของสื่อปฏิสัมพันธ์จะมีเพียง 2 ลักษณะ ซึ่งมีปุ่มมีลักษณะเป็นวงกลมและปุ่มมีลักษณะเป็นสี่เหลี่ยม และลักษณะของเสียงดนตรีประกอบของสื่อปฏิสัมพันธ์จะมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ เสียงดนตรีประกอบแบบช้า และเสียงดนตรีประกอบแบบเร็ว

3. ควรมีการพัฒนาสื่อในลักษณะเช่นนี้กับเด็กปฐมวัยซึ่งจะเป็นการสร้างจิตสำนึกในด้านการคัดแยกขยะและเสริมสร้างจิตสำนึกการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมได้

4. ควรมีการพัฒนาสื่อปฏิสัมพันธ์บนระบบปฏิบัติการอื่นๆ เช่น บนระบบ IOS และบนระบบ Windows Phone เป็นต้น เพื่อให้มีความหลากหลาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.เนติรัฐ วีระนาคินทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก คณะกรรมการสอบ

วิทยานิพนธ์ และคณาจารย์ สาขาวิชาสื่ออนิเมิต คณะวิทยาการสารสนเทศ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ และให้ความช่วยเหลือแนะนำเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณ คณะผู้บริหาร อาจารย์ฉลาด พรหมอาจ อาจารย์สาขันธ์ คงสมมาศ คณาจารย์ และบุคลากรในสถาบันการศึกษาโรงเรียนกาฬสินธุ์พิทยาสัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2555. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมมลพิษกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2556.
2. วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์. “การศึกษาเปรียบเทียบการจัดการศึกษาปฐมวัยในบริบทของประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น” : [ม.ป.พ.]
3. ณีฐา หังสพฤกษ์. ขยะล้นโลก.2533. <https://charunrakyeeepoo.wordpress.com/2012/05/13/ขยะล้นโลก/สืบค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2559>.
4. ณรงค์ ลำดี. การออกแบบอินเตอร์เฟซ (Interface Design). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เคทีพี, 2550.
5. ปาณรดา อภิรัตน์วงศ์.การสร้างสื่อการ์ตูนแอนิเมชัน2 มิติ เรื่อง ทันตสุขภาพสำหรับเด็กปฐมวัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2554.
6. ชานินทร์ หงษา.การพัฒนาสื่อมัลติมีเดีย เรื่อง “ไดโนเสาร์ที่ถูกรังแก” จังหวัดกาฬสินธุ์.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2553.
7. จุฬาลักษณ์ วัฒนานนท์.การออกแบบสื่อปฏิสัมพันธ์เพื่อสร้างจิตสำนึกด้านการจัดการขยะบนระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ สำหรับเด็กปฐมวัย. งานการวิจัย. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, 2558.
8. วรวิฐา เสรีวัฒนา.การพัฒนาแอปพลิเคชัน วิชาคณิตศาสตร์ เรื่องรูปสี่เหลี่ยม สำหรับระบบปฏิบัติการไอโอเอสบนอุปกรณ์แท็บเล็ตระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2555.
9. สุภารัตน์ วงศ์คำพา.การพัฒนาสื่อการ์ตูนแอนิเมชัน2 มิติ เพื่อรณรงค์แก้ปัญหาเด็กอ้วน.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2554

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ
จังหวัดชัยภูมิ

SELF CARE OF TYPE II DIABETES MELLITUS PATIENTS IN KANGKHRO MUNICIPAL
AREA KANGKHRO DISTRICT CHAIYAPHUM PROVINCE

จุฬาร นาคพรหม¹, และประจักษ์ บัวพันธ์²

Chulaporn Narkporn¹, and Prachak Bouphan²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 156 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 118 คน และสนทนากลุ่ม จำนวน 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการทดสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน และหาความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้เท่ากับ 0.90 การเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2559 ถึงวันที่ 10 มีนาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และใช้สถิติอนุมานหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมี การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.55 (S.D. = 0.21) คุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านการได้รับความรู้ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ ($r=0.409$, $p\text{-value} < 0.001$) และระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($r=0.202$, $p\text{-value} = 0.208$) และข้อเสนอแนะที่สำคัญ คือ การตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง และพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง

คำสำคัญ : การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive study aimed to study personal characteristics that influence the health of their patients with type 2 diabetes in the Kaeng Khro municipality at Kaeng Khro districts Chaiyaphum province. The samples were 118 personnel randomly selected by simple random sampling from the 156 population. The information was collect by interview 118 samples and 12 key informants for focus group. The interview form was examined and verified by three experts in validity of the content and tested for reliability in pilot study of 30 samples (Cronbach's alpha coefficient = 0.90). Data were collected between February 10th; 2559 and March 10th; 2559. Data distribution was analyzed by descriptive statistics include percentage, mean, standard deviation, median, and Inferential statistics was Pearson product moment correlation.

The results showed that self-care of their patients with type 2 diabetes in the Kaeng Khro municipality at Kaeng Khro districts Chaiyaphum province were at high level with averages 2.55 (S.D.=0.21), respectively. Personal characteristic in obtaining knowledge have moderate positive relationship with self-care of their patients with type 2 diabetes ($r=0.409$, $p\text{-value} < 0.001$) and term of diabetes have low positive relationship with self-care of their patients with type 2 diabetes ($r=0.202$, $p\text{-value} = 0.208$). Initiative is found to be the most self-care awareness of type two diabetes mellitus patient they should have self-awareness and potential development.

Keyword: Self-care of type II diabetes mellitus

¹ นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ดร.ภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย จากรายงานสถิติทั่วโลก พ.ศ. 2555 ขององค์การอนามัยโลก พบว่า 1 ใน 10 ของประชากรป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สถานการณ์โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ปัจจุบันมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นสำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยจำนวนเพิ่มขึ้นจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 - 2547 และครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - 2552 พบว่าความชุกโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ. 2552 (ร้อยละ 6.90) ไม่แตกต่างจากปี พ.ศ. 2547 (ร้อยละ 6.85) สำหรับประเทศไทยมีแผนยุทธศาสตร์และแผนการดำเนินการเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิต พ.ศ. 2545-2556 แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ.2555-2559 และแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคพ.ศ. 2556 เป็นต้น ซึ่งเป้าหมายที่สำคัญ คือ การจัดการ 5 โรค ได้แก่โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและโรคเมะเร็ง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบบ่อยที่สุด ในคนไทยพบประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดเป็นผลจากการมีภาวะดื้อต่ออินซูลินร่วมกับการบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสม⁽¹⁾

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน องค์ประกอบของขั้นตอนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) การควบคุมอาหารและเครื่องดื่ม 2) การออกกำลังกาย 3) การรักษาและการใช้ยา 4) การดูแลสุขภาพอนามัย 5) การดูแลสุขภาพจิตของตนเอง 6) การดูแลสุขภาพตนเองเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อน⁽¹⁾ ที่ผ่านมามีผู้ทำการศึกษาวิจัยพบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 78.4⁽²⁾ และจากการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง⁽³⁻⁵⁾ และจากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ⁽⁶⁾

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน คุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งมีผลต่อการพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและลดอัตราป่วย- ตายจากโรคเบาหวาน รวมถึงการเกิดโรคแทรกซ้อน⁽¹⁾ คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการป่วยและการได้รับความรู้ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เช่น อายุ ได้แก่ เพศชาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสและระดับความรู้⁽⁷⁾ และจากการศึกษาพบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ และจากการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ในด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ปัจจัยด้านการสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายเมืองย่าดี 5 มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁸⁾

สถานการณ์ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานจังหวัดชัยภูมิปี 2552-2557 อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนคือ 2011.57, 2176.98 ,2252.66 , 2461.34, 2915.69, 2915.69 ตามลำดับ และในปี 2558 คาดว่าจะพบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผ่านมามีพบว่า 1) ผู้ป่วยเบาหวานไม่มีทราบถึงวิธีการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง และ 2) ไม่สามารถตัดสินใจเลือกอาหารและจัดการโภชนาตามความเหมาะสมในชีวิตประจำวันได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น พฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและการรับประทานยาที่ต่อเนื่อง ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องที่ยกข้ออ้างถึงสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ ก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขของพื้นที่ใน

ปัจจุบัน จึงจำเป็นต้องอาศัยการดูแลจากบุคคล ในครอบครัวและชุมชน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และชะลอการเกิดโรค⁽⁹⁾

จากสภาพปัญหาในพื้นที่ดังกล่าวผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ เป็นอย่างไร เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการประยุกต์และเสริมสร้างกระบวนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ คุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือน มิถุนายน 2558 ถึง เดือน เมษายน 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ โดยมีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 156 คน

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างในกรณีที่ทราบจำนวนประชากร โดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรของ (อรุณ จิรวัดนกุล, 2551) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 118 ตัวอย่าง โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม 12 คน โดยเลือกบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาล ตำบลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาในครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ (Interview) เกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล และการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาล ตำบลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ แบบสัมภาษณ์เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1)⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาล ตำบลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดให้เต็มข้อความ และแสดงความคิดเห็นโดยอิสระ ได้เสนอปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ซึ่งแบบแบบสัมภาษณ์ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficients) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.90 การแปลผลคะแนนระดับโดยการนำมาจัดระดับ 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย⁽¹⁰⁾

ระดับ	ช่วงคะแนน
มาก	2.33 - 3.00
ปานกลาง	1.67 - 2.32
น้อย	1.00 - 1.66

โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในระหว่างวันที่ 10 กุมภาพันธ์ - 10 มีนาคม 2559

2. การสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากงานวิจัยเชิงปริมาณ ที่พบปัญหา โดยนำประเด็นปัญหาต่างๆ มาจากงานวิจัยเชิงปริมาณมาใช้ในการสนทนากลุ่มเพื่อหาข้อมูลและสาเหตุของปัญหานั้น ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดหัวข้อในการสนทนากลุ่มไว้ 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ประเด็นเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ประเด็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

เบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ส่วนที่ 3 ให้กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่มได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนากลุ่มในวันที่ 11 เมษายน 2559

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนาในการแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ(Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน(Median) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) กรณีเป็นข้อมูลต่อเนื่องเมื่อแจกแจงจัดกลุ่มแล้ว ใช้สถิติแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ(Percentage) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติPearson's Product Moment Correlation Coefficient หรือการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร(Multivariate Relationship)

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ในวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2559 เลขที่ HE582326

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในการดูแลสุขภาพตนเองในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 80.5 ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 46.6 โดยมีอายุเฉลี่ย 59.47 ปี (S.D.= 9.57ปี) อายุต่ำสุด 31 ปี อายุสูงสุด 77 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 83.9 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 66.1และส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000บาท จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 83.9 มีรายได้ค่ามัธยฐาน 2,250 บาท รายได้ต่ำสุด 600 บาท รายได้สูงสุด 45,000 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่ำกว่า 10 ปี จำนวน

71 คน คิดเป็นร้อยละ 60.2 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยค่ามัธยฐาน 10ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยต่ำสุด 1 ปี ระยะเวลาเจ็บป่วยสูงสุด 30 ปี และเคยได้รับความรู้การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 97.5

2. ระดับการดูแลสุขภาพตนเองเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ เมื่อพิจารณาระดับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าในภาพรวมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.55 (S.D.=0.21) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก คือ การรักษาและการใช้ยา มีค่าเฉลี่ย 2.67 (S.D.=0.31) และ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 2.6 2 (S.D.=0.21) เรียงตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการดูแลสุขภาพจิต และด้านการดูแลสุขภาพอนามัย อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.44 (S.D.=0.42) เรียงตามลำดับ

2.1 ด้านการควบคุมอาหารและเครื่องดื่ม ผลจากข้อมูลงานวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการควบคุมอาหารและเครื่องดื่มของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.53 (S.D.=0.30) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ในระดับมาก คือ การควบคุมอาหารและเครื่องดื่ม ค่าเฉลี่ย 2.62 (S.D.=0.50) และการควบคุมการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมูกรอบ หมูย่าง หนังไก่ เนื้อย่าง เป็นต้น ค่าเฉลี่ย 2.53 (S.D.=0.50) และรับประทานอาหารโดยมีการกำหนดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อครบ 3 มื้อต่อวันค่าเฉลี่ย 2.53 (S.D.=0.51) เรียงตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดและอยู่ในระดับมาก คือ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ เป็นส่วนใหญ่ ค่าเฉลี่ย 2.45(S.D.=0.64) และการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ค่าเฉลี่ย 2.49 (S.D.=0.65) เรียงตามลำดับ

2.2 การออกกำลังกาย ผลจากข้อมูลงานวิจัยพบว่ากลุ่มตัวด้านการออกกำลังกายในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.60 (S.D.=0.29) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ในระดับมาก คือ คำนึงถึงข้อควรระวังในการออกกำลังกาย เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ เหนื่อย ค่าเฉลี่ย 2.67 (S.D.=0.46) และการหลีกเลี่ยงการอาบน้ำทันทีหลังจากออกกำลังกายค่าเฉลี่ย 2.64(S.D.=0.49) เรียงตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดและอยู่ในระดับมาก คือ ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งค่าเฉลี่ย 2.35 (S.D.=0.49) และการปรึกษาแพทย์เจ้าหน้าที่ผู้รู้ก่อนเลือกวิธีการออกกำลังกายค่าเฉลี่ย 2.38(S.D.=0.59) เรียงตามลำดับ

2.3 ด้านการดูแลสุขภาพอนามัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างด้านการดูแลสุขภาพอนามัยอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.44 (S.D.=0.42) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ในระดับมาก คือ อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายอย่างน้อยวันละ 1 ครั้งค่าเฉลี่ย 2.78 (S.D.=0.41) และการตรวจสุขภาพฟันประจำปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งค่าเฉลี่ย 2.61 (S.D.=0.54) เรียงตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดและอยู่ในระดับมาก คือ ทานใช้โลชั่นทาเท้าเพื่อป้องกันเท้าแตก ค่าเฉลี่ย 2.41(S.D.=0.66) และการรักษาความสะอาดโดยการเช็ดเท้าให้แห้ง ค่าเฉลี่ย 2.54(S.D.=0.53) เรียงตามลำดับ

2.4 ด้านการดูแลสุขภาพจิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างด้านการดูแลสุขภาพจิต อยู่ในระดับ มาก มีค่าเฉลี่ย 2.44 (S.D.=0.42) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ในระดับมาก คือ พยายามลดและรับประทานอาหารในจำนวนที่เหมาะสมทุกมื้อที่กินค่าเฉลี่ย 2.48 (S.D.=0.53) รองลงมาคือ กำหนดและตั้งเป้าหมายในการควบคุมการรับประทานอาหารค่าเฉลี่ย 2.46 (S.D.=0.51) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดและอยู่ในระดับมาก คือ นั่งสมาธิ เพื่อทำให้จิตใจสงบ ค่าเฉลี่ย 2.38 (S.D.=0.66) และด้านการจัดการกับความเครียดเมื่อรู้สึกหัว

โดยการทำสมาธิ เพื่อเบี่ยงเบนลดความหิว ค่าเฉลี่ย 2.39(S.D.=0.65) เรียงตามลำดับ

2.5 ด้านการรักษาและการใช้ยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีด้านการรักษาและการใช้ยาอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.67 (S.D.=0.31) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ในระดับมาก คือ หลีกเลี่ยงการใช้ยาโรเคบาหวานร่วมกับผู้อื่น ค่าเฉลี่ย 2.76 (S.D.=0.44) และการกินยาตามที่แพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขแนะนำค่าเฉลี่ย 2.73 (S.D.=0.46) เรียงตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดและอยู่ในระดับมาก คือ ตรวจสอบดูวันหมดอายุทุกครั้งก่อนกินยา ค่าเฉลี่ย 2.52 (S.D.=0.51) และด้านการกินยาได้ถูกต้องตามฉลากยา ค่าเฉลี่ย 2.64 (S.D.=0.49) เรียงตามลำดับ

2. 6 ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผลจากข้อมูลงานวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.62 (S.D.=0.37) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ในระดับมาก คือ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ปกติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการดื่มน้ำหวาน อมลูกอมที่มีรสหวานทันที เมื่อมีอาการเหงื่อออกมาก และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ปกติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากันคือ 2.66 (S.D.=0.49) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดและอยู่ในระดับมาก คือ การตรวจดูความผิดปกติของเท้าตนเองทุกวันเช้า-เย็น ค่าเฉลี่ย 2.52 (S.D.=0.52) และ การควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ปกติค่าเฉลี่ย 2.6 (S.D.=0.52) เรียงตามลำดับ

3. คุณลักษณะส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างค่าตัวแปรอิสระกับการการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และแรงจูงใจ	การดูแลสุขภาพตนเอง		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
เพศ (ชาย)	-0.001	0.991	ไม่มีความสัมพันธ์
อายุ	0.115	0.216	ไม่มีความสัมพันธ์
สถานภาพ (สมรส)	0.063	0.500	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้	-0.040	-0.668	ไม่มีความสัมพันธ์
อาชีพ (เกษตรกรกรรม)	0.120	0.194	ไม่มีความสัมพันธ์
การศึกษา (ประถมศึกษา)	-0.033	0.723	ไม่มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	0.202*	0.028	ต่ำ
การได้รับความรู้ (เคย)	0.409*	<0.001	ปานกลาง

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางพบว่า ปัจจัยที่มีความความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านการได้รับความรู้ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ($r=0.409$, $p\text{-value} < 0.001$) และระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ($r=0.202$, $p\text{-value} = 0.208$) ส่วนด้าน อายุ สถานภาพ รายได้ อาชีพ การศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

4 . ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่ที่พบ คือ ปัญหาคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านระยะเวลาการเจ็บป่วย ร้อยละ 36.11 และ

การศึกษา ร้อยละ 16.66 ตามลำดับส่วนปัญหาอุปสรรคน้อยที่สุดได้แก่การดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 27.77

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ระดับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ จากข้อมูลวิจัยการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 2.55 (S.D.=0.21) เพราะจากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ เพื่อให้การดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ ประกอบด้วย 1) ด้านการควบคุมอาหารและเครื่องดื่ม 2) ด้านการออกกำลังกาย 3)

ด้านการดูแลสุขภาพอนามัย 4) ด้านดูแลสุขภาพจิต 5) ด้านการรักษาและการใช้ยา 6) ด้านการรักษและการใช้ยา ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ระดับการดูแลตนเองซึ่งเกี่ยวเนื่องกับระดับการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับมาก ส่วนหนึ่งเกิดจากอสม.ได้รับการประชุมชี้แจงความรู้เรื่องโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันควบคุมโรค สามารถนำความรู้ไปใช้และสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงาน พบว่า อสม. มีความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคในระดับมากร้อยละ 71.6 ค่าเฉลี่ย 12.34 (S.D.=1.78) และอสม.มีความเชื่อความสามารถตนเองในเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและดูแลสุขภาพของตนเองในระดับมากร้อยละ 76.1 ค่าเฉลี่ย 8.39 (S.D.=1.32) เนื่องจากการดูแลตนเองนั้นมีปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลต่อผู้ป่วยรวมทั้งปัจจัยที่ควบคุมได้ยากเช่นเทศกาลต่างๆที่มีอาหารที่มีน้ำตาลสูงให้บริโภคมามากมาย ซึ่งผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง⁽⁷⁾ และการดูแลตนเองซึ่งเกี่ยวเนื่องกับระดับการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับปานกลาง

2. คุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านการได้รับความรู้ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ($r=0.409$, $p\text{-value} < 0.001$) และระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ($r=0.202$, $p\text{-value} = 0.208$) ส่วนด้าน อายุ สถานภาพ รายได้ อาชีพ การศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ จังหวัด

ชัยภูมิ ซึ่งจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเอง เพราะเป็นลักษณะเฉพาะและเป็นภูมิหลังส่งผลให้เกิดความสำนึกและตระหนักปลุกฝังให้บุคคล ได้มีความรู้ ความสารถและเชื่อมั่น มีความเข้าใจถึงเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพเกิดการพัฒนาทักษะและกระบวนการเรียนรู้ตลอดจนได้รับความรู้ในการดูแลด้านสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการศึกษาที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วย⁽¹¹⁾ และการรับรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วย⁽⁵⁾ และผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วย^(7,12) และการรับรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยระดับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จึงควรเพิ่มความรู้โดยการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม และมีการทดสอบความรู้และฝึกปฏิบัติในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการพัฒนาคู่มือการดูแลตนเองเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีความรู้และทักษะที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่นได้

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาศักยภาพของการส่งเสริมป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

4. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน**. พิมพ์ครั้งที่ 1. ห้างหุ้นส่วนจำกัด อรุณการพิมพ์. กรุงเทพมหานคร, 2557.
2. ศศิวิมล ชูตินันท์กุล และศิริพร ทองคลอด. การตรวจคัดกรองเท้าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช. **วารสารสุขภาพภาคประชาชนภาคใต้**, 2557. 97-101.
3. รื่นจิตร เพชรชิต. พฤติกรรมการดูแลและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเชิงเขา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข ภาคใต้**, 2(2), 2558: 15-28.
4. ณัฏกร สุทธิวรรณ, ธนัส กนกเทพ, พรณยุพา นพรัก, และธวัช บุญมี. ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. **วารสารการพยาบาลและสุขภาพ**, 6 (3) 2555: 23-34.
5. อมรรัตน์ ภิรมย์ชม และอนงค์ หาญสกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. **สำนักงานป้องกันโรคที่ 6 ขอนแก่น**, 19 (1), 2555: 1-10.
6. กิตติศักดิ์ พรหมดา, กมลทิพย์ เทียมทัต, และสุปราณี การพึ่งตน. ความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา**, 19(1), 2556: 19-30.
7. ธวัชชัย ทองนำ และอนงค์ หาญสกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแก. **วารสารคณะพลศึกษา**, 15 (ฉบับพิเศษ), 243-253.
8. ศุสดี ค่านกุล, พชร สุวิชาเชิดชู, และนิภาวรรณ ทองเป็นใหญ่. ความสำคัญระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง ปัจจัยด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายเมืองยาดิ 5. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา**, 17(2), 2554: 85-95.
9. โรงพยาบาลแก้งคร้อ. **รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อปี 2557**. (เอกสารอัดสำเนา) ชัยภูมิ: โรงพยาบาลแก้งคร้อ.
10. Best, John W. **Research in education**. 3rd ed. New Jersey: Prentice – Hall, 1977.
11. จิราพร เดชมา, วนิดา ครุฑฤทธิชัย, และวิชุดา กิจธรรม. ปัจจัยทำนายภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนภายใต้ทฤษฎีการพยาบาลของคิง. **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**, 27(2), 2556: 63-78.
12. ราตรี ทองยู, วรณา คงสุริยะนาวัน, อติทยา พรชัยเกตุ โอว ของ, และลิวรรณ อุณนาภิรักษ์. ปัจจัยที่มีผลของกลุ่มบำบัดแบบแก้ไขปัญหอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2. **วารสารการ พยาบาล**, 26(3), 2554: 78-92.

ความสำเร็จของการนิเทศทางการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา

Nursing Supervision Achievement of a Community Hospital, Nakhon Ratchasima Province

สมควร จันทร์คง¹, พัทยา แก้วสาร², เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย³Somkuarn Chankhong¹, Pattaya Kaewsarn², Premr uetai Noimuenwai³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสำเร็จของการนิเทศทางการพยาบาลและศึกษาสภาพการณ์การนิเทศทางการพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา ประชากรในการศึกษาเป็นกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลลำทะเมนชัย จำนวน 20 คน โดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบวัดความสำเร็จการนิเทศทางการพยาบาล และ 3) แบบคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับสภาพการณ์การนิเทศทางการพยาบาล ตรวจสอบความตรงในเนื้อหาโดยค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือ (CVI) เท่ากับ .97 และความเชื่อถือได้โดยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .97

ผลการศึกษา พบว่า 1) ความสำเร็จของการนิเทศทางการพยาบาล โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายด้าน พบว่าด้านที่ประสบความสำเร็จสูงสุด อยู่ในระดับมากที่สุด คือ ด้านการพัฒนาทางด้านวิชาชีพ ด้านการติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ 2) สภาพการณ์การนิเทศทางการพยาบาลโรงพยาบาลลำทะเมนชัยมีการกำหนดนโยบายการนิเทศชัดเจน โดยการปฏิบัติการนิเทศอย่างสม่ำเสมอ แต่ยังพบปัญหาอุปสรรค คือ ผู้นิเทศ ขาดความรู้ ทักษะการนิเทศ ภาระงานมาก ไม่มีเวลาดูแลนิเทศ ขาดความต่อเนื่อง ขาดคุณสมบัติและสมรรถนะ รวมทั้งผู้รับการนิเทศ ยังไม่เห็นความสำคัญของการนิเทศ บรรยากาศในการนิเทศเครียด ขาดการมีส่วนร่วม

คำสำคัญ: นิเทศการพยาบาล, ความสำเร็จของการนิเทศการพยาบาล, โรงพยาบาลลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา

Abstract

This study was conducted to examine the levels of nursing supervision achievement and nursing supervision situation model in nursing division at community Hospital, Nakhon Ratchasima Province. The data were collected from the participants ,20 registered nurse working at Lumtamenchai hospital by using questionnaire comprised of 1) General Information 2) nursing supervision achievement measurement and 3) Open ended questions relate to nursing supervision. The research instrument assessing was verified by using content validity index (CVI) and Cronbach 's alpha coefficient and expected score was .97

The research finding showed that there were 1.) The achievement of the nursing supervision model was in highest level. Those highest achievement items were nursing professional development, communication and relationship. and 2.) nursing supervision situation had been relate to clearly policies by having their supervision regularly . However , the participants reflected to those nurse supervisors that they were lack of knowledge, time, and skill competencies. They worked over hands. Therefore, their supervisions were discontinuity and felt more pressure to those participants. Moreover, those participants had rarely concerned to and participated with supervision process.

Keywords: Nursing Supervision , Nursing Supervision Achievement, Nakhon Ratchasima Province.

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช naput_n@hotmail.com

² อาจารย์ประจำสาขาสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช pattayakaew22@gmail.com

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสาขาสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช premruetairat@yahoo.com

บทนำ

การนิเทศงานทางการแพทย์เป็นกิจกรรมที่เป็นหัวใจหลักมีความสำคัญหลายประการในการบริหารการพยาบาล ที่จะนำสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานการพยาบาล ป้องกันความผิดพลาดในการปฏิบัติงานช่วยให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการการพยาบาลที่ดีมีประสิทธิภาพ ผู้ใช้บริการเกิดความปลอดภัยและความพึงพอใจในบริการ มีประโยชน์ต่อพยาบาลทั้งผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ สร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ในลักษณะการช่วยเหลือสนับสนุนที่ไม่ใช่เชิงการใช้อำนาจหน้าที่ จึงกล่าวได้ว่า การนิเทศทางการแพทย์ คือ กระบวนการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างผู้นิเทศกับผู้รับการนิเทศ โดยเน้นให้ผู้รับการนิเทศได้แสดงความสามารถทางการพยาบาลอย่างมืออาชีพ เพื่อให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ภายใต้การช่วยเหลือ ชี้แนะ สอน สาธิต ให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่ยุ่งยาก ซับซ้อน โดยผู้นิเทศผ่านเทคนิควิธีการสะท้อนคิด โดยยึดหลักการมีส่วนร่วม และมีพื้นฐานของการใช้หลักประชาธิปไตย⁽¹⁾ โดยกระบวนการดังกล่าวนี้จะต้องนำสู่การตระหนักในการรับผิดชอบเชิงวิชาชีพและสะท้อนผลการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างผู้นิเทศกับผู้รับการนิเทศ ซึ่งกระบวนการที่จัดกระทำขึ้นเพื่อสนับสนุนบุคลากรพยาบาลให้สามารถปฏิบัติการกิจตามนโยบาย มาตรฐานวิชาชีพเพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน องค์กรสถาบัน และตอบสนองต่อความรับผิดชอบของวิชาชีพการพยาบาล

โรงพยาบาลลำตะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมาเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก 30 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นพื้นที่ห่างไกลจากจังหวัด ผู้บริหารสูงสุดขององค์กร คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ให้บริการในระดับทุติยภูมิ กลุ่มการพยาบาลเป็นองค์กรที่ใหญ่ที่สุดในโรงพยาบาล แบ่งโครงสร้างการบริหารงานออกเป็น 6 หน่วยงาน ดังนี้ 1) งานผู้ป่วยนอก (รวมงานคลินิกโรคไม่ติดต่อและงานสุขภาพจิตและจิตเวช) 2) งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 3) งานผู้ป่วยใน งานห้องคลอด 4) งานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล 6) งานจ่ายกลาง มีบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลรวม 25 คน พยาบาลที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่จึงเป็น

พยาบาลจบใหม่ ร้อยละ 76 เป็นรุ่นที่มีช่วงอายุระหว่าง 22 -30 ปี⁽²⁾

ระบบการนิเทศทางการแพทย์ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลลำตะเมนชัย มีดังนี้ 1) หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลรับผิดชอบนิเทศงานทั้งหมด เน้นการนิเทศเชิงบริหาร 2) หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน ทำหน้าที่นิเทศงานเจ้าหน้าที่เฉพาะในหน่วยงานที่รับผิดชอบ ยกเว้นหัวหน้างานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลทำหน้าที่นิเทศทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากการปฏิบัติการพยาบาลที่ผ่านมาพบว่า ด้านผลลัพธ์การพยาบาลของหน่วยงานไม่บรรลุตามเป้าหมาย เช่น ในปี พ.ศ.2559 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการร้อยละ 87 (เป้าหมายร้อยละ 90) อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล 6.1 (เป้าหมายน้อยกว่า 5) การใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลร้อยละ 84 (เป้าหมายร้อยละ 90) พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานวิชาชีพร้อยละ 82 (เป้าหมายร้อยละ 100) การประเมินสมรรถนะของพยาบาลผ่านร้อยละ 86 (เป้าหมายร้อยละ 90) (สารสนเทศกลุ่มงานการพยาบาล ปี 2558) ซึ่งการนิเทศทางการแพทย์เป็นกลวิธีในการควบคุมงานเพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานพยาบาลที่ได้ผลดี (รัชนี อยู่ศิริ, 2551) ด้านผู้ใช้บริการ ได้รับความเสียหายจากการมารับบริการทางการแพทย์ เช่น การฉีดยาผิดคน ผิดชนิดยา การซักประวัติไม่ครอบคลุม การบันทึกเวชระเบียนไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ส่งผลต่อการตรวจรักษา ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ตลอดจนการส่งต่อลำช้าผู้ป่วยเสียชีวิต ญาติเกิดการฟ้องร้อง มีการโต้เถียงและเยาะเย้ยขาดเซกแก่ผู้ใช้บริการซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นในปี 2556, 2557, 2558 จำนวน 4 ราย ,5 ราย และ 2 ราย ตามลำดับ² หากมีระบบการนิเทศทางการแพทย์ที่ดีและพยาบาลยึดหลักจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพรวมถึงปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างมีสติก็จะช่วยลดความผิดพลาดและปัญหาการฟ้องร้องได้⁽³⁾ ด้านผู้ปฏิบัติงานมีความเครียดในการทำงาน ทำงานไม่มีความสุข จากการประเมินความสุขในการทำงาน ปี 2556, 2557, และ 2558 ได้ร้อยละ 74, 63, 68 ตามลำดับ การย้ายสถานที่ทำงานหรือการลาออกสูงในปี 2556, 2557, 2558 คิดเป็นร้อยละ 10, 14.2, 9.52 ตามลำดับ⁽²⁾ ประเด็นสำคัญเนื่องจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานน้อยทำให้ขาดสมรรถนะทางคลินิก เกิดข้อร้องเรียนขณะปฏิบัติงานทั้งในด้านการตรวจรักษา ด้าน

จริยธรรมวิชาชีพ ด้านพฤติกรรมบริการบ่อยครั้ง เช่น การไม่สนใจให้บริการพยาบาล พุศุขุยโทรศัพท์ขณะปฏิบัติงาน สิ่งดังกล่าวก่อให้เกิดความเครียดในการทำงาน ทำงานไม่มีความสุข เกิดการย้ายสถานที่ทำงานหรือการลาออกตามมา⁽¹⁾

จากประเด็นปัญหาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การนิเทศทางการพยาบาลของพยาบาลมีความสำคัญจำเป็นที่ช่วยลดอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงทางคลินิกได้ ช่วยในการบริหารจัดการระบบและการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลทั้งในด้านผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศส่งผลถึงผู้ใช้บริการได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ มีมาตรฐาน ซึ่งในปัจจุบันหน่วยงานยังไม่มีมีการศึกษาระดับความสำเร็จของการนิเทศทางการพยาบาล สภาพการณ์ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการนิเทศงานพยาบาลของกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลลำทะเมนชัย ผู้วิจัยในฐานะเป็นหัวหน้าพยาบาลจึงสนใจที่จะศึกษาในประเด็นดังกล่าว เพื่อให้ทีมการพยาบาลรับทราบความสำเร็จของการนิเทศทางการพยาบาล สภาพการณ์ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการนิเทศงานพยาบาล ของกลุ่มงานการพยาบาล อันจะนำไปสู่การปรับปรุงพัฒนาระบบการนิเทศทางการพยาบาลโดยทุกคนมีส่วนร่วมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสำเร็จของการนิเทศทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาสภาพการณ์เกี่ยวกับการนิเทศทางการพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยศึกษา ระหว่างวันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 - 31 สิงหาคม พ.ศ. 2559 กลุ่มศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลลำทะเมนชัย มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานการพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือนและไม่ใช่เป็นผู้นิเทศงานการพยาบาล จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบสอบถาม 1 ชุด ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามประยุกต์มาจากคุณปานจันทร์ บังเกิดผล (2550)⁽⁴⁾ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพ สมรส ตำแหน่ง หน่วยงานที่ปฏิบัติงานและประสบการณ์การทำงาน รวมจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบวัดความสำเร็จการนิเทศงานการพยาบาลประยุกต์มาจากคุณปานจันทร์ บังเกิดผล (2550)⁽⁴⁾ ตามกรอบแนวคิด Schiwiarian (1978)⁽⁵⁾ มีองค์ประกอบ 6 ด้าน จำนวน 51 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) ตั้งแต่ 1-5

5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยมากที่สุด

4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยมาก

3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย

1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

กำหนดเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำเร็จการนิเทศงานการพยาบาล ใช้สูตรความกว้างของอันตรภาคชั้น = คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนชั้น $(5-1)/5 = 0.8$ กำหนดเกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้⁽⁶⁾

คะแนน 4.21 - 5.00 ระดับความสำเร็จการนิเทศงานการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนน 3.41 - 4.42 ระดับความสำเร็จการนิเทศงานการพยาบาลอยู่ในระดับมาก

คะแนน 2.61 - 3.40 ระดับความสำเร็จการนิเทศงานการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 1.81 - 2.60 ระดับความสำเร็จการนิเทศงานการพยาบาลอยู่ในระดับน้อย

คะแนน 1.00 - 1.80 ระดับความสำเร็จการนิเทศงานการพยาบาลอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบคำถามปลายเปิดเป็นข้อคำถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพการณ์การนิเทศทางการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างแนวคำถามขึ้นจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย 1) การนิเทศทางการพยาบาลของโรงพยาบาลลำทะเมนชัยในปัจจุบันเป็นอย่างไรที่เกี่ยวข้องกับแบบวัดความสำเร็จทั้ง 6 ด้าน ข้างต้น 2) กิจกรรมใดของการนิเทศทางการพยาบาลมี

ความเหมาะสมแล้วและควรให้คงมีอยู่ 3) กิจกรรมใดของการนิเทศทางการพยาบาลที่ควรปรับปรุงและควรปรับปรุงอย่างไร 4) ปัญหา อุปสรรค ที่ทำให้การนิเทศทางการพยาบาลไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย 5) ปัจจัยที่ส่งเสริมให้การนิเทศทางการพยาบาลมีประสิทธิภาพ

คุณภาพของเครื่องมือ การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความตรง (Validity) และความเชื่อถือได้ (Reliability) ของแบบสอบถาม ดังนี้ การตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content Validity) ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน 5 ท่าน และพิจารณาตัดสินตามความคิดเห็น แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับประชากรที่ศึกษา แต่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มที่ศึกษา จำนวน 30 คน หาค่าดัชนีความสอดคล้อง Content Validity Index หรือ CVI โดยค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือ เท่ากับ 0.97 และนำมาตรวจสอบความเชื่อถือได้ (Reliability) ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency method) แบบครอนบาค อัลฟา (Cronbach's alpha) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.97

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช โดยผ่านคณะกรรมการที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ เลขที่ 33/2559

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามแบบวัดความสำเร็จการนิเทศงานการพยาบาล โรงพยาบาลลำตะเพนชัย จังหวัดนครราชสีมา นำมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ คะแนนร้อยละ คะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลจากคำถามปลายเปิดเป็นข้อคำถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพการณ์การนิเทศทางการพยาบาล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อให้ได้ความสมบูรณ์ครบถ้วนตามโครงสร้าง

ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาจากพยาบาลวิชาชีพ 20 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 มีอายุเฉลี่ย 29 ปี (SD 4.8) ส่วนใหญ่กลุ่มอายุ 20 – 30 ปี ร้อยละ 65 มีสถานภาพสมรสโสด คู่และหม้าย คิดเป็นร้อยละ 40, 55 และ 5 ตามลำดับ มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 100 ตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ พนักงานกระทรวง ข้าราชการพยาบาล วิชาชีพปฏิบัติการ และข้าราชการพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คิดเป็นร้อยละ 45, 30 และ 25 ตามลำดับ ประสบการณ์การปฏิบัติงาน 1-5 ปี 6-10 ปี และ 11 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 40 , 40 และ 20 ตามลำดับ หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน งานผู้ป่วยนอก ร้อยละ 25 งานอุบัติเหตุ ร้อยละ 15 งานห้องคลอด ร้อยละ 10 งานผู้ป่วยใน ร้อยละ 35 งานฝากครรภ์ ร้อยละ 15

2. ความสำเร็จของการนิเทศทางการพยาบาล

ตาราง 1 แสดงภาพรวมความสำเร็จของการนิเทศทางการพยาบาลทุกด้าน

ความสำเร็จของการนิเทศทางการพยาบาล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ด้านการวางแผนและประเมินผลการพยาบาล	4.19	.740	มาก
ด้านการดูแลในภาวะวิกฤติ	4.06	.670	มาก
ด้านการติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ	4.21	.610	มากที่สุด
ด้านการสอนผู้ป่วยและครอบครัว	4.00	.651	มาก
ด้านการพัฒนาทางด้านวิชาชีพ	4.36	.659	มากที่สุด
ด้านการเป็นผู้นำ	4.08	.655	มาก
โดยรวม	4.16	.675	มาก

จากตาราง 1 พบว่า ความสำเร็จของการนิเทศทางการพยาบาล โดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ 4.16, SD

.675) เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายด้าน พบว่า ด้านที่ประสบความสำเร็จสูงสุด คือ ด้านการพัฒนาทางด้านวิชาชีพ ด้านการ

ติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ 4.36, SD .659, $\bar{X}$ 4.21, SD .610) ตามลำดับ ส่วนในด้าน การวางแผนและประเมินผลการพยาบาล ด้านการเป็นผู้นำ ด้านการดูแลในภาวะวิกฤติ ด้านการสอนผู้ป่วยและครอบครัว อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ 4.19, SD .740, $\bar{X}$ 4.08, SD .655, $\bar{X}$ 4.06, SD .670, $\bar{X}$ 4.00, SD .651) ตามลำดับ

3. สภาพการณ์การนิเทศทางการพยาบาล จากการ แสดงความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล 20 คน ทำให้ทราบได้ว่า สภาพการณ์การนิเทศทางการพยาบาล มีการกำหนดนโยบาย การนิเทศที่ชัดเจน มีคู่มือการปฏิบัติการนิเทศ มีโครงสร้าง และบทบาทหน้าที่ มีแผนงานการนิเทศที่เป็นลายลักษณ์อักษร มีการปฏิบัติการนิเทศอย่างสม่ำเสมอ มีความครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการวางแผนและ ประเมินผลการพยาบาล 2) ด้านการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ 3) ด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ 4) ด้านการสอน ผู้ป่วยและญาติ 5) ด้านการพัฒนาทางด้านวิชาชีพ และ 6) ด้าน การเป็นผู้นำ ความคิดเห็นส่วนใหญ่เห็นควรมีการนิเทศต่อไป เพราะมีประโยชน์ แต่ยังพบปัญหาอุปสรรคการนิเทศทางการ พยาบาล คือ 1) ด้านบุคลากร ผู้นิเทศ ภาระงานมาก ไม่มีเวลา นิเทศ ขาดความต่อเนื่อง ขาดคุณสมบัติและสมรรถนะ ด้าน ผู้รับการนิเทศ ยังไม่เห็นความสำคัญของการนิเทศ ไม่เข้าใจ เนื้อหา มีส่วนร่วมน้อย 2) ด้าน โครงสร้างหน่วยงาน ไม่เอื้ออำนวยต่อการจัดการนิเทศ บรรยากาศในการนิเทศเครียด กดดัน เวลาในการนิเทศมีน้อย

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้การนิเทศทางการพยาบาลมี ประสิทธิภาพ คือ ปัจจัยด้านบุคลากร ผู้นิเทศควรมีความรู้ ความเชี่ยวชาญในเรื่องที่นิเทศ เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการ นิเทศ ความรู้พื้นฐานของผู้ถูกนิเทศ ปัจจัยด้านโครงสร้าง มี นโยบายชัดเจน มีแบบแผน วัตถุประสงค์ การปฏิบัติที่ ต่อเนื่อง และประเมินผลสะท้อนข้อมูลของผู้นิเทศและผู้รับ นิเทศ ชีตหลักการมีส่วนร่วม การเปิดใจรับฟัง การนิเทศที่เป็น กัลยาณมิตร ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม บรรยากาศในการนิเทศที่ เป็นกันเอง ไม่กดดัน และการได้รับการสนับสนุนจาก ผู้บริหารที่เล็งเห็นความสำคัญของการนิเทศจะทำให้การ นิเทศนั้นประสบความสำเร็จในที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

การนิเทศการปฏิบัติการพยาบาล เป็นงานหนึ่งที่สำคัญในกระบวนการควบคุม กำกับ ประเมินผลและร่วมกัน หาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ภายใต้การสอน การ ปรับปรุง การช่วยเหลือกระตุ้น การส่งเสริมให้เกิดทักษะ ตลอดจนการร่วมมือปฏิบัติงาน การติดตามประเมินผลเพื่อให้งานสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ งานการพยาบาลจึงเป็นหน่วยงานหลักหน่วยงานหนึ่งที่รับผิดชอบในงานที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ ประชาชน ทั้งในการส่งเสริม สนับสนุน ควบคุม ประสาน กิจกรรมทุกประเภททั้งในด้านบริหาร บริการ และวิชาการ ซึ่ง การติดตามการดำเนินงานต่างๆตามแผนงาน โครงการ นโยบายสุขภาพในส่วนต่างๆ จึงจำเป็นต้องจัดให้มีการนิเทศ งานในการติดตาม รับทราบความก้าวหน้าและร่วมกันแก้ไข ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่ กำหนดไว้ ระบบการนิเทศงานจึงใช้ระบบการนิเทศแบบ ผสมผสาน ซึ่งมีมาตั้งแต่ปี 2545 จนถึงปัจจุบัน

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลลำตะเทมชัช ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล อันจะเป็นประโยชน์โดยตรงต่อบุคลากรทางการพยาบาล และ ส่งผลดีต่อประชาชนผู้ใช้บริการ และเพื่อให้การดำเนินงาน คุณภาพเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และมีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงมีการประกาศนโยบายการนิเทศงาน ดำเนินการแต่งตั้ง คณะกรรมการนิเทศงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการ พยาบาล มีแผนผังโครงสร้างการนิเทศทางการพยาบาล ดังนี้ 1) หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลรับผิดชอบนิเทศงานทั้งหมด เน้น การนิเทศเชิงบริหาร 2) หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน ทำหน้าที่นิเทศงานเจ้าหน้าที่เฉพาะในหน่วยงานที่รับผิดชอบ เน้นการนิเทศทางคลินิก รูปแบบการนิเทศใช้ของ Proctor (2001) ที่นำมาประยุกต์ในการปฏิบัติงานจริง สามารถ ตอบสนองการรับประเมินตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและ บริการสุขภาพ ตลอดจนมาตรฐานสภาพพยาบาล

จากการศึกษา พบว่า ความสำเร็จของการนิเทศ ทางการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ ความสำเร็จของการ นิเทศทางการพยาบาล โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ 4.16, SD .675) เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายด้าน พบว่า ด้านที่

ประสบความสำเร็จสูงสุด คือ ด้านการพัฒนาทางด้านวิชาชีพ ด้านการติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ 4.36, SD .659, $\bar{X}$ 4.21, SD .610) ตามลำดับ ส่วนในด้านการวางแผนและประเมินผลการพยาบาล ด้านการเป็นผู้นำ ด้านการดูแลในภาวะวิกฤติ ด้านการสอนผู้ป่วยและครอบครัว อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ 4.19, SD .740, $\bar{X}$ 4.08, SD .655, $\bar{X}$ 4.06, SD .670, $\bar{X}$ 4.00, SD .651) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญนา หน่ยคอน (2553)⁽⁷⁾ พบว่าความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับมาก ในขณะที่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจพร ไพบูลย์พลาย้อย และเพ็ญจันทร์ ส.โมไนยพงศ์ (2558)⁽⁸⁾ พบว่า ผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนการใช้โปรแกรมการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก และหลังการทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่า ผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ในระยะหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ($p = 0.020$) ปานจันทร์ บังเกิดผล (2550)⁽⁴⁾ พบว่า ผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับปานกลาง และชาวฤทธิ์ ศิริชาติ (2553)⁽⁹⁾ พบว่า และระดับความสำเร็จของการนิเทศงานอยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายได้ว่า ความสำเร็จของการนิเทศทางการพยาบาล ซึ่งวัดจากความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ทั้ง 6 ด้าน แต่ละโรงพยาบาลที่มีบริบทรูปแบบการนิเทศ การปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศของผู้นิเทศการพยาบาลตลอดจนองค์ประกอบต่างๆ แตกต่างกัน ส่งผลทำให้ผลลัพธ์ที่ได้เหมือนและแตกต่างกัน หากมีการดำเนินการที่มีการวางแผนชัดเจน มีการสื่อสารทั้งผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศที่เข้าใจร่วมกัน การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติภารกิจต่างๆ จะทำให้งานสำเร็จด้วยดี ดังเช่น ผลของโปรแกรมการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วยส่งผลให้การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Bowles and Young (1999)⁽¹⁰⁾ พบว่า การมีส่วนร่วมในการนิเทศทางคลินิก มีความสัมพันธ์

ทางบวกกับประโยชน์ที่ผู้รับการนิเทศได้รับจากการนิเทศทางคลินิก

ปัญหา อุปสรรคการนิเทศทางการพยาบาล ถึงแม้ว่าความสำเร็จของการนิเทศทางการพยาบาลโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก แต่ในการปฏิบัติงานยังพบปัญหา อุปสรรคการนิเทศทางการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็นดังนี้

1.) **ด้านบุคลากร** ด้านผู้นิเทศ ขาดความรู้ ทักษะภาระงานมาก ไม่มีเวลานิเทศ ขาดความต่อเนื่อง ขาดคุณสมบัติและสมรรถนะ ด้านผู้รับการนิเทศ ยังไม่เห็นความสำคัญของการนิเทศ ไม่เข้าใจเนื้อหา มีส่วนร่วมน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธารณิศร์ ทวีทรัพย์ (2551)⁽¹¹⁾ ศึกษาเรื่องปัญหาและสภาพการณ์การนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัด นครนายก พบว่า ส่วนใหญ่มีการกำหนดนโยบายการนิเทศงาน การติดต่อสื่อสาร และการประสานงานเป็นแบบ 2 ทาง ไม่ได้ ออกนิเทศงานตามแผนทุกครั้ง เพราะมีงานมาก แบบการบริหารของผู้นิเทศงานเป็นแบบเผด็จการแบบมีลัทธิ พันโท หลุยส์ลอรี ประเสริฐสุข (2556)⁽¹²⁾ พบว่า ปัญหาอุปสรรคการนิเทศทางการพยาบาล ผู้นิเทศขาดความรู้ ทักษะในการนิเทศการพยาบาล ขาดการวางแผนการนิเทศ การนิเทศไม่ครอบคลุมภาระงานมาก และพิสมัย รวมจิต (2550)⁽¹³⁾ พบว่า ปัญหาของผู้นิเทศ คือ ขาดความรู้และประสบการณ์ ขาดการเตรียมความพร้อม ผู้รับการนิเทศขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการนิเทศ กระบวนการนิเทศ ไม่มีแผนการนิเทศ ขาดความสม่ำเสมอเวลานิเทศ ไม่เหมาะสม ขาดการติดตามประเมินผล ปัญหาของผู้รับการนิเทศ ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการนิเทศ กระบวนการนิเทศ รัชตวรรณ ศรีตระกูล (2557)⁽¹⁾ กล่าวว่า ปัญหาอุปสรรคการนิเทศทางการพยาบาล คือ ขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องการนิเทศ ขาดเครื่องมือ อุปกรณ์และงบประมาณ โครงสร้างหน่วยงานไม่เอื้อ นโยบาย หลักการและวิธีการ ไม่แน่นอน ชัดเจน เจตคติไม่ดีต่อการนิเทศ ไม่มีรูปแบบการนิเทศไม่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ประเด็นการนิเทศเน้นบริหารมากกว่าคลินิก

2) **ด้านโครงสร้างหน่วยงาน** โครงสร้างไม่เอื้ออำนวยต่อการจัดการนิเทศ บรรยาภาสในการนิเทศเรียดกดัน เวลาในการนิเทศมีน้อย จากการศึกษาของ บุญนา หน่ยคอน (2553)⁽⁷⁾ พบว่า การนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=444$) ส่วนบรรยากาศในองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=456$) นอกจากนี้ยังพบว่าบรรยากาศองค์กรและการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วย สามารถทำนายความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ได้ร้อยละ 23.30 ($r^2=233$)

ดังนั้น ผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับควรเห็นความสำคัญของการนิเทศทางการพยาบาล ซึ่งเป็นหน้าที่หลักอย่างหนึ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เพื่อให้งานสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กรภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมถึงสามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย⁽¹⁴⁾ จึงควรนำข้อมูลดังกล่าวมาพัฒนาสมรรถนะผู้นิเทศ และผู้รับการนิเทศให้เห็นความสำคัญของการนิเทศมีทัศนคติที่ดีต่อการนิเทศ ปรับโครงสร้างองค์กรให้เอื้อต่อการนิเทศ ผู้บริหารสนับสนุนงบประมาณ สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการนิเทศ เพื่อให้การนิเทศได้อย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะปัจจัยที่ส่งเสริมให้การนิเทศทางการพยาบาลมีประสิทธิภาพ ปัจจัยที่ส่งเสริมให้การนิเทศทางการพยาบาลมีประสิทธิภาพ และส่งผลถึงความสำเร็จของการนิเทศ ผู้วิจัยได้จำแนกออก ดังนี้ คือ

3.1) ปัจจัยด้านบุคลากร ประกอบด้วยผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ โดย *ด้านผู้นิเทศ* ควรมีความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญในเรื่องที่นิเทศ มีทัศนคติที่ดีต่อการนิเทศ สอดคล้องกับ สุพิศ กิตติรัชดา และวารี วนิชปัญจพล (2551)⁽¹⁵⁾ ที่กล่าวว่า คุณสมบัติของผู้นิเทศการพยาบาลประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้ 1.) ด้านความรู้และทักษะที่จำเป็น (Essential Skill) 2.) ด้านลักษณะส่วนตัว (Behavior of Personality) และ 3.) ด้านพฤติกรรมงาน (Behavior of Administration) เป็นพฤติกรรมผู้นำ สามารถทำให้ผู้อื่นปฏิบัติงานให้โดยใช้ความสามารถ ผู้นิเทศการพยาบาลควรพัฒนาความสามารถและศิลปะในการพูดโน้มน้าวบุคคล การศึกษาของ มะลิ จันทร์ยาง (2554)⁽¹⁶⁾ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมงานการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน เขต

ภาคเหนือ พบว่า ทักษะการนิเทศงานการพยาบาล มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมงานการนิเทศงานการพยาบาลตามกระบวนการนิเทศงานการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถพยากรณ์ได้ 43.2% และการศึกษาของพัฒนา กองศรี และสุภาพร ศรีวัชรกุล (2556)⁽¹⁷⁾ พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศของผู้นิเทศการพยาบาลนอกเวลาราชการ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ระดับการศึกษา ทักษะคิดต่อตนเองของผู้นิเทศ และทัศนคติต่อผู้รับการนิเทศ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศของผู้นิเทศการพยาบาลนอกเวลาราชการ ได้ร้อยละ 64.2 จะเห็นได้ว่าระดับการศึกษา ทักษะคิดต่อการนิเทศทั้งผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศมีผลต่อการปฏิบัติการนิเทศให้สำเร็จด้วยดี *ด้านผู้ถูกนิเทศ* ควรความรู้พื้นฐานของเรื่องที่รับนิเทศ มีทัศนคติที่ดีต่อการนิเทศ

3.2.) ปัจจัยด้านโครงสร้าง มีนโยบายชัดเจน มีแบบแผน วัตถุประสงค์ การปฏิบัติที่ต่อเนื่อง และประเมินผลสะท้อนข้อมูลของผู้นิเทศและผู้รับนิเทศ เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการนิเทศ ยึดหลักการมีส่วนร่วม การเปิดใจรับฟัง การนิเทศที่เป็นกัลยาณมิตร จะส่งผลให้การนิเทศการพยาบาลมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ ทานตะวัน คำราช (2555)⁽¹⁸⁾ กล่าวว่า การพัฒนาระบบการนิเทศเพื่อความเป็นเลิศทางการพยาบาล ปัจจัยที่สำคัญคือ การกำหนดนโยบายที่ชัดเจน วัฒนธรรมองค์กร การมีส่วนร่วม สมรรถนะของบุคลากร การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง การให้ข้อมูลสะท้อนกลับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดคุณภาพมาตรฐานการพยาบาลทั้งทั้งองค์กรและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง Severinsson, Elisabeth I. (2001: 36-44)⁽¹⁹⁾ ได้ใช้แนวคิดหลัก 3 ข้อ คือ 1) การยืนยันข้อตกลงให้ชัดเจน 2) การอธิบายความหมายในเรื่องที่จะนิเทศ และ 3) การตระหนักรู้ตนเองในกระบวนการนิเทศทางการพยาบาล ใช้ในการพัฒนากระบวนการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อการสนับสนุนการปฏิบัติภาระหน้าที่ เพิ่มสมรรถนะทักษะ และจริยธรรมให้แก่ผู้รับการนิเทศ โดยผู้นิเทศต้องมีสมรรถนะการนิเทศที่ดีและมีการตอบสนองด้านจริยธรรมด้วย และสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับการนิเทศจะส่งผลถึงความสำเร็จของการนิเทศ

3.3.) ปัจจัยด้านอื่น ๆ ด้านสิ่งแวดล้อม บรรยากาศในการนิเทศที่เป็นกันเอง ไม่กดดัน สอดคล้องกับ กมลรัตน์ เอิบศิริสุข (2551)⁽²⁰⁾ กล่าวว่า การนิเทศจะประสบความสำเร็จ ผู้นิเทศต้องสร้างบรรยากาศที่ไม่เครียด เป็นกันเอง ผู้นิเทศต้องทำหน้าที่เป็นผู้ฟังที่ดี เพื่อที่จะรับฟังปัญหาเพื่อแก้ไขอุปสรรคต่างๆ ผู้นิเทศไม่กล่าวตำหนิโดยตรง ควรเสนอแนะวิธีการแก้ไข กระตุ้นให้กำลังใจ นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารที่เล็งเห็นความสำคัญของการนิเทศจะทำให้การนิเทศนั้นประสบความสำเร็จในที่สุด การศึกษาของ ระวีวรรณ สุทธิเวชพงษ์ (2558)⁽²⁰⁾ พบว่า ปัจจัยสภาพแวดล้อมสามารถทำนายการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศของผู้นิเทศทางการพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงใต้ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 10.3 (r .103) Begat. et al. (2005)⁽²²⁾ พบว่า การนิเทศทางคลินิกช่วยพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล โดยการช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้รับการนิเทศได้เกิดการพัฒนา มีการตั้งใจและสร้างคามพึงพอใจในงาน ผู้นิเทศต้องสร้างทัศนคติในด้านบวกต่องานให้ผู้รับการนิเทศ เห็นคุณค่าความสำคัญของงานที่ปฏิบัติ และรับรู้ถึงผลของงานที่เกิดขึ้น สภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีผลต่อความพึงพอใจของพยาบาล ได้แก่ แรงจูงใจในการทำงาน ความสำเร็จในงาน ความก้าวหน้าในวิชาชีพ การสื่อสาร สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน ความเครียดในงาน และพยาบาลกลุ่มที่ได้รับการนิเทศทางคลินิก มีความพึงพอใจมากกว่าพยาบาลกลุ่มที่ไม่ได้รับการนิเทศทางคลินิก

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งนี้

1. ผู้บริหารการพยาบาลควรวางระบบการนิเทศ การนำข้อมูลจากการศึกษามาใช้ในการพัฒนาระบบ โดยเริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้นิเทศทางการพยาบาล และพัฒนาสมรรถนะของผู้นิเทศให้มีความรู้ ทักษะ มีความเข้าใจในเรื่องที่นิเทศ

2. ผู้บริหารการพยาบาลควรพัฒนาทักษะผู้นิเทศทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ในด้านการให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำ การโค้ช (Coaching) การแก้ปัญหา เป็นแบบอย่าง (Model) และสร้างพลังอำนาจ (Empower) ให้กับผู้รับการนิเทศ

และจัดให้มีเวทีการทบทวนการนิเทศทางการพยาบาลอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

3. ผู้บริหารการพยาบาลควรนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนาการนิเทศด้านการสอนผู้ป่วยและครอบครัว ด้านการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตเพื่อเพิ่มความชำนาญมากขึ้น และด้านการเป็นผู้นำ โดยการจัดโปรแกรมการนิเทศแบบมีส่วนร่วม เพื่อเพิ่มระดับความสำเร็จของการนิเทศด้านดังกล่าวให้ได้ระดับที่มากที่สุด

4. ผู้บริหารการพยาบาลกำหนดนโยบาย ปรัชญา วัตถุประสงค์ เป้าหมายของการนิเทศ กำหนดแผนการนิเทศในแต่ละครั้งให้ชัดเจน โดยสอบถามความต้องการของแต่ละบุคคล และความจำเป็นตามหน่วยงานนั้นๆ พร้อมทั้งประกาศให้ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศเข้าใจร่วมกัน

5. นิเทศปฏิบัติตามแผนการนิเทศอย่างต่อเนื่องและเน้นการนิเทศแบบเป็นกัลยาณมิตร และการมีส่วนร่วมทุกครั้ง

6. ผู้นิเทศติดตามประเมินผลการนิเทศ พร้อมสะท้อนข้อมูลกลับ (feedback) ผู้รับการนิเทศเพื่อนำไปปรับปรุงพัฒนาต่อไป

7. ผู้บริหารการพยาบาลควรพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ การติดตามประเมินผลการนิเทศพยาบาล ผู้ปฏิบัติสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายและรับทราบผลลัพธ์ของการนิเทศหรือผลการปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาสมรรถนะของผู้นิเทศทางการพยาบาลที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนิเทศทางการพยาบาลโรงพยาบาลแห่งนี้

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จของการนิเทศทางการพยาบาลโรงพยาบาลแห่งนี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลลำตะเมนชัย พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลลำตะเมนชัยทุกคน ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. รัชตวรรณ ศรีตระกูล.กลยุทธ์การนิเทศทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ. เอกสารอัดสำเนา. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2557.
2. สารสนเทศกลุ่มงานการพยาบาล. โรงพยาบาลลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2556, 2557, 2558, 2559
3. ชญุทธ แก้วเต็ม. กฎหมายและข้อพึงระวังในการนิเทศนักศึกษาพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล, ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 หน้า 5-18, 2556.
4. ปานจันทร์ บังเกิดผล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล คุณภาพชีวิตการทำงานกับความสามารถปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัย มหิดล, 2550
5. Schwirian, P. M. Evaluating the performance of nurses: A multidimensional approach. *Nursing research*, 27(6),347-351,1978.
6. กัลยา วานิชย์บัญชา. การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. กรุงเทพฯ : ธรรมสาร, 2551.
10. Bowles, N. and Young, C. An evaluative study of Clinical supervision based on Proctor' three function interaction model. *Journal of Advanced Nursing*, 30: 958-964, 1999.
9. ชวฤทธิ์ ศิริชาติ. ความสำเร็จของการนิเทศงานสาธารณสุขระดับสถานีอนามัยในจังหวัดชัยภูมิ. การศึกษาอิสระสาขารัฐศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น, 2553.
11. ธารนิษฐ์ ทวีทรัพย์. ปัญหาและสภาพการณ์การนิเทศงาน สาธารณสุขระดับจังหวัด กรณีศึกษาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสาธารณสุข, ปีที่3ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน , 2551.
12. พันโทหญิงลออศรี ประเสริฐสุข. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช,นนทบุรี, 2556.
13. พิสมัย รวมจิตร. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลโรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช,นนทบุรี, 2550.
7. บุญบา หน่ายคอน. ความสัมพันธ์ระหว่างการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วย บรรยาการในองค์การกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. วารสารกองการพยาบาล , ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 :28-38, 2553.
14. พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถิตย์. คุณภาพ การบริหารการพยาบาล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.
15. สุพิศ กิตติรัชดา และวารี วนิชปัญจพล. การบริหารการพยาบาลสู่คุณภาพ การนิเทศการพยาบาล. กรุงเทพฯ:สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.ครั้งที่ 1, 2551.
16. มะลิ จันทร์ยาง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการนิเทศงานการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชน เขตภาคเหนือ วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช,นนทบุรี, 2554
17. นาวาเอกหญิง พัฒนา กองศรี และนาวาตรีหญิง สุภาพรศรี วัชรกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานกิจกรรมการนิเทศของผู้นิเทศการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์.เอกสารการประชุมวิชาการกรมแพทยทหารเรือ, ครั้งที่ 26 ประจำปี 2556, 2556.
18. ทานตะวัน คำราช. การพัฒนาระบบการนิเทศเพื่อความเป็นเลิศทางการพยาบาลในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี.วารสารพยาบาลทหารบก, ปีที่13 ฉบับที่3, 2555.
19. Severinsson, E. and Hummelvoll, J. K. .Factors influencing job satisfactionandethical dilemmas in acute psychiatric care. *Nursing & Health Sciences*, 3: 81-90,2001.
20. กมลรัตน์ เอิบสิริสุข. การบริหารการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : พิทักษ์การพิมพ์, 2551.
21. ระวีวรรณ สุนทรเวชพงษ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานกิจกรรมการนิเทศทางการพยาบาลโรงพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เอกสารการประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ ราชภัฏเพชรบุรีวิจัย เพื่อแผ่นดินไทยที่ยั่งยืน, ครั้งที่ 5 ในวันที่ 4 กรกฎาคม 2558 หน้าที่ 345-351, 2558.
22. BEGAT, I.,ELLEFSEN, B. and Severinsson,E. Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical Nursing supervision on nurses' experiences of well-being-a Norwegian study. *Journal of Nursing Management*, 13: 221-230, 2005.

ความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในนักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

Association of Health Belief Model and Behavior in Preventing Dengue Hemorrhagic Fever
in Secondary School Students at Muang District, Ratchaburi Province.

กริช เรืองไชย¹, อภิญญา อุดระชัย², อารีย์ สงวนชื่อ³

Krich Ruangchai¹, Apinya Uttarachai², Aree Sanguanchue³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ประชากรที่ศึกษาจำนวน 4,409 คน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 341 คน คุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) เก็บข้อมูลแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์โดยใช้แบบสอบถามแบบให้ตนเอง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในนักเรียน โดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยให้นักศึกษานำบันทึกเอง เก็บข้อมูลระหว่าง วันที่ 20 มกราคม – 29 กุมภาพันธ์ 2559 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Regression)

ผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.4 อายุเฉลี่ย 14.3(SD=0.6) ปี อาศัยอยู่กับพ่อแม่ร้อยละ 42.7 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 27,943.1(SD=22,969.7) บาทต่อเดือน กิจกรรมนอกที่ที่เป็นประจำส่วนใหญ่เรียนพิเศษร้อยละ 38.9 รองลงมาคือกินข้าวนอกบ้านร้อยละ 31.4 ช่วงเวลาที่อยู่นอกบ้านนอกจากเวลาเรียนปกติคือ 16.00-17.00 น. ร้อยละ 63.3 ไม่มีรูปแบบในการป้องกันโรคไข้เลือดออกเลย ร้อยละ 46.1 รองลงมาคือมีการใช้มุ้งครอบหรือมุ้งลวดในช่วงเวลาอนร้อยละ 23.8 รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากวิทยากรหรือผู้ให้ความรู้ที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 43.7 และได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากโรงเรียนร้อยละ 38.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมากร้อยละ 49.8 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลางถึงมากร้อยละ 44.2 ถึง 37.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 42.4 การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 50.8 การรับรู้ความความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.491$, 95% CI = 0.428-0.584) ในขณะที่การรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่เพิ่มมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ลดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.525$, 95% CI = -0.486-(-0.603)) ซึ่งช่วงเวลาที่อยู่นอกบ้านก็มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ลดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.211$, 95% CI = 0.142-0.262)

คำสำคัญ : แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ไข้เลือดออก

Abstract

The objective of this cross-sectional survey study was to determine the Association of health belief model and behavior in preventing dengue hemorrhagic fever in secondary school students at muang district, ratchaburi province. the participants were 341 secondary school students attending muang district, ratchaburi province. Health belief model collected using a self-administered questionnaire. Data on behavior in preventing dengue hemorrhagic fever were collected by the use of a record. All data were collected during the period 20 January – 29 February, 2016. Multiple regression with adjustments for age , sex and after school was used to analyse the associations between health belief model scores and the amounts of behavior in preventing DF. The results revealed that most of the subjects were female (65.4 %), and

¹ อาจารย์ สาขาวิชาการจัดการสถานพยาบาล คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

² อาจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

the average age was 14.3 (SD = 0.6) years, the most live with parents (42.7 %), average family income of 27, 943.1 (SD = 22, 969.7) baht/month, activities outside the home, mostly to learn outside school (38.9 %), dining out eating is house (31.4 %), time interval is outside the home duration 16.00-19.00 PM (63.3 %), preventing dengue hemorrhagic fever mostly unprotected (46.1 %), use a mosquito net cover (23.8 %), perceived information of DF from health officials (43.7 %), perceived information of DF from school (38.2 %), perceived severity of DF in high levels (49.8 %), perceived risk of DF in moderate to high levels (37.2-44.2 %), Perceived barriers to prevent of DF in low levels (42.4 %), perceived benefits of preventing DF in moderate levels (50.8 %), perceived severity of DF correlated with positive behavior to prevent DF ($r = 0.491$, 95% CI = 0.428-0.584), perceived barriers of prevent DF correlated with reduced behavior to prevent DF ($r = -0.525$, 95% CI = -0.486-(-0.603)), and activities outside the home affect to DF prevention behavior ($r = 0.211$, 95% CI = 0.142-0.262).

Key words: Health Belief Model, Behavior in Preventing Dengue Hemorrhagic Fever

บทนำ

ปัจจุบันโรคไข้เลือดออกนั้นถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขไทย เพราะโรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่สร้างความสูญเสียแก่ชีวิต ทรัพย์สิน และภาวะด้านเศรษฐกิจของประเทศ ถึงแม้ว่าจะมีโครงการความร่วมมือจากทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง แต่ปัญหาโรคไข้เลือดออกก็ไม่ได้ลดลงมากนัก ซึ่งยังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญระดับประเทศตลอดมา โดยโรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อโดยมียุงลายเป็นพาหะนำโรค⁽¹⁾ ไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever) หรือ DHF เป็นโรคติดเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งโดยมียุงลาย (*Aedes Species*) เป็นแมลงนำโรคที่ยังเป็นปัญหาที่ส่งผลการเจ็บป่วยและการป้องกันโรคที่สำคัญของประเทศที่มีการรายงานการระบาดของโรค ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2492 มีเพียง 9 ประเทศที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ในปี พ.ศ. 2538 ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น 4 เท่า และได้แพร่ระบาดไปมากกว่า 100 ประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศในเขตร้อนชื้น ได้แก่ บราซิล ไทย แอฟริกา อเมริกาใต้ เป็นต้น⁽²⁾ ในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาโดยตลอด และพบว่าในปี พ.ศ. 2554 มีอัตราป่วย 98.62 ต่อแสนประชากร พ.ศ. 2555 มีอัตราป่วย 123.48 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2556 มีอัตราป่วย 234.2 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2557 มีอัตราป่วย 58.4 ต่อแสนประชากร และในปี พ.ศ. 2558 มีอัตราป่วย 179.7 ต่อแสนประชากร ซึ่งภาคกลางเป็นภูมิภาคที่มีอัตราการป่วยมากที่สุดในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งมีอัตราการป่วย 249.9 ต่อแสนประชากร⁽³⁾ กลุ่มอายุที่ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมากที่สุดคือมีอายุ 10-14 ปี ซึ่งมี

อัตราป่วย 545.59 ต่อประชากรแสน⁽⁴⁾ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มที่มีอายุ 11-18 ปี ยังถือว่ามีน้อยเนื่องจากให้ความสนใจกับค่านิยมส่วนตัวและการเรียนจึงทำให้เป็นกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกได้สูง⁽⁵⁾ จังหวัดราชบุรีเป็นอีกหนึ่งจังหวัดที่อยู่ในเขตภูมิอากาศแบบร้อนชื้น ซึ่งมีอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 475.9 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีผู้ป่วยเป็นอันดับสองของประเทศ และกลุ่มประชากรที่มีอัตราการป่วยมากที่สุดคือ มีอายุ 12 ปีขึ้นไป⁽³⁾ จากความสำคัญและปัญหาผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา “ความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี” ที่ประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการศึกษาเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบในการนำไปปรับปรุงพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ดีของเด็กนักเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

วิธีการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) โดยผ่านคณะกรรมการพิจารณาทุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นนักเรียนวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 4 โรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัด

ราชบุรี ศึกษาระหว่าง วันที่ 20 มกราคม – 29 กุมภาพันธ์ 2559 ปีการศึกษา 2558 จำนวน 4,409 คน คำนวณขนาดตัวอย่างกรณีทราบจำนวนประชากร โดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากรและได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 341 คน ดังนี้⁽⁶⁾

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

ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากสัดส่วนของนักเรียนที่มีอยู่ในแต่ละห้องเรียนของแต่ละโรงเรียนมาร้อยละ 12.9 โดยนำใบรายชื่อของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ทั้งหมดจำนวน 4,409 คน มีจำนวนห้องเรียนทั้งหมด 110 ห้อง มีนักเรียนเฉลี่ย 40 คนต่อห้องเรียน ผู้วิจัยจึงนับข้ามทีละ 13 คนของจำนวนนักเรียนแต่ละห้องเรียน จนกว่าจะครบ 341 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามมี 6 ส่วนประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคไข้เลือดออกในนักเรียนโดยนำแบบสอบถามมาหาความเที่ยงของเนื้อหา(Content validity)โดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (The index of item-objective congruence : IOC) ซึ่งทุกข้อคำถามมีค่ามากกว่า 0.7 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักเรียนที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนเพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient) ของการรับรู้ความรุนแรงมีค่าเท่ากับ 0.82 การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีค่าเท่ากับ 0.88 การรับรู้อุปสรรคมีค่าเท่ากับ 0.85 และการรับรู้ประโยชน์มีค่าเท่ากับ 0.81

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค และการ

รับรู้ประโยชน์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคไข้เลือดออกในนักเรียน โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์พหุคูณถดถอย (Multiple regression)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.4 อายุเฉลี่ย 14.3(SD=0.6) ปี อาศัยอยู่กับพ่อแม่ร้อยละ 42.7 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 27,943.1(SD=22,969.7) บาทต่อเดือน กิจกรรมนอกที่ทำเป็นประจำส่วนใหญ่เรียนพิเศษร้อยละ 38.9 รองลงมาคือกินข้าวนอกบ้านร้อยละ 31.4 ช่วงเวลาที่อยู่นอกบ้านนอกจากเวลาเรียนปกติคือ 16.00-17.00 น. ร้อยละ 63.3 ไม่มีรูปแบบในการป้องกันการโรคไข้เลือดออกเลยร้อยละ 46.1 รองลงมาคือมีการใช้มุ้งครอบหรือมุ้งลวดในช่วงเวลาอนร้อยละ 23.8 รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากวิทยากรหรือผู้ให้ความรู้ที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 43.7 และได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากโรงเรียนร้อยละ 38.2

2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมากมาร้อยละ 49.8 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลางถึงมากร้อยละ 44.2 ถึง 37.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 42.4 การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันการโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 50.8

3. พฤติกรรมการป้องกันการโรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่างมีการใช้มุ้งลวดน้อยมากคิดเป็นร้อยละ 68.5 มีการใช้ครีมทาผิวกันยุงอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 51.7 ใช้สเปรย์กำจัดยุงน้อยมาร้อยละ 71.4 และขยับร่างกายเพื่อให้ยุงกัดได้ยากขึ้นมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 51.9

4. ความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการโรคไข้เลือดออก

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	r	95% Confidence Interval	p-value
อายุ	0.057	-0.106-0.103	0.511
เพศ	0.098	-0.091-0.147	0.397
ช่วงเวลาที่อยู่นอกบ้าน	0.211	0.142-0.262	0.017*
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.491	0.428-0.584	<0.001*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	-0.127	-0.004-(-0.194)	0.054*
การรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรค	-0.525	-0.486-(-0.603)	<0.001*
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค	0.063	-0.081-0.138	0.403

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 พบว่าการรับรู้ความความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.491$, 95% CI = 0.428-0.584) ในขณะที่การรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่เพิ่มมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ลดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.525$, 95% CI = -0.486-(-0.603)) ซึ่งช่วงเวลาที่อยู่นอกบ้านก็มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ลดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.211$, 95% CI = 0.142-0.262)

สรุปและอภิปรายผล

นักเรียนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตเมือง เป็นกลุ่มวัยที่ให้ความสำคัญกับการอยู่กับเพื่อน และมักทำกิจกรรมที่อยู่นอกบ้านเป็นประจำ ซึ่งกิจกรรมนอกบ้านส่วนใหญ่เป็นช่วงเวลาที่มียุงชุกชุม และในช่วงเวลาที่ยุ่งลาออกหาอาหารเป็นจำนวนมาก⁽⁷⁾ ถึงแม้ว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก ส่วนการรับรู้อุปสรรคและการปฏิบัติตนต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ที่สอดคล้องกับการศึกษาของ วิจิตราวงขยา และเทียนทอง ต๊ะแก้ว (2558)⁽⁸⁾ ที่ศึกษาใน อสม. ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมากซึ่งจะเป็นผลทำให้เกิด

พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ ซึ่งเป็นในกลุ่มนักเรียน ซึ่งเป็นวัยที่ให้ความสนใจน้อยอยู่แล้วเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก⁽⁹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิติกร ภู่อสุวรรณ และสทิพร ภูมณดี (2558)⁽¹⁰⁾ การรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ลดน้อยลง ซึ่งการลดน้อยลงของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกก็เป็นผลมาจากการได้รับข้อมูลข่าวสาร วัสดุอุปกรณ์ ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ลดน้อยลง⁽¹¹⁾ การเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในวัยรุ่นส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการป้องกันที่ลดน้อยลง⁽¹²⁾

การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการเกิดโรคไข้เลือดออก และเกิดพฤติกรรมการป้องกันตนเอง เพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก⁽¹³⁾ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกจะเกิดขึ้นได้เป็นผลมาจากการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และช่วงเวลาที่อยู่นอกบ้านที่ทำให้เกิดการละเลยการป้องกันตนเองจากการถูกยุงลายกัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภาคย์ คะมาลี (2552)⁽¹⁴⁾ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ ประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value = 0.001) ซึ่งนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเป็นวัยที่เริ่มการเรียนรู้และรับรู้เฉพาะสิ่งที่ตนเองสนใจเท่านั้น⁽¹⁵⁾ โดยเฉพาะความรู้ในการป้องกันโรค

ไข้เลือดออกถือว่ายังขาดความรู้เบื้องต้นที่ถูกต้องต่อวิธีการป้องกันเพื่อไม่ให้ยุ่งยาก และให้ความเห็นว่ามีโอกาสน้อยที่จะป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก⁽¹⁶⁾ จึงไม่ค่อยให้ความสำคัญในเรื่องการป้องกันตนเองจากการถูกยุงลายกัดขณะอยู่นอกบ้านในช่วงเวลาที่ยุงลายออกหากิน ซึ่งรวมไปถึงการกำจัดลูกน้ำยุงลาย และใส่ใจกับการอยู่ในพื้นที่ๆ ปลอดภัยโดยให้เหตุผลว่าเป็นสิ่งเหล่านี้ยุ่งยากและเป็นอุปสรรคและคิดว่าพ่อแม่หรือคนอื่นๆ ต้องทำอยู่แล้วจึงทำให้การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกน้อยมาก และให้เหตุผลอีกว่าไม่ค่อยมีเวลาปฏิบัติต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกเนื่องจากต้องออกไปเรียนพิเศษหรือทำกิจกรรมอย่างอื่นที่อยู่ในพื้นที่ที่ไม่สามารถป้องกันตนเองได้จากยุงลาย⁽¹⁷⁾ กิจกรรมที่วัยรุ่นนิยมทำซึ่งนอกเหนือจากการเรียนพิเศษแล้ว ได้แก่ การกินข้าวนอกบ้าน การนั่งอ่านหนังสือการ์ตูน การนั่งเล่นโทรศัพท์ และการนั่งตามสวนสาธารณะกับเพื่อน กิจกรรมดังกล่าวส่วนใหญ่ทำให้เกิดการนั่งแช่เป็นระยะเวลานาน และทำให้ร่างกายเกิดการอยู่นิ่งส่งผลให้ยุงลายกัดได้ง่ายและมีโอกาสได้รับเชื้อไข้เลือดออกได้สูง⁽⁷⁾ การป้องกันยุงลายกัดต้องอาศัยปัจจัยอื่นๆ รวมด้วยเนื่องจากการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันการถูกยุงลายกัด ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ดีขึ้นโดยหน่วยงานต่างๆ ต้องมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกด้วย⁽¹⁸⁾

สรุปสรุปนักเรียนมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก แต่มีการรับรู้อุปสรรค และการพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับน้อย ดังนั้นควรส่งเสริมให้นักเรียนมีการรับรู้อุปสรรคเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ถ้าเด็กมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่น้อยแบบนี้ก็จะส่งผลให้เกิดโรคไข้เลือดออกและเกิดผลที่ร้ายแรงตามมาจากความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นทุกปีได้

ข้อเสนอแนะ

ควรหากลยุทธ์ในการพัฒนาการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในเด็กนักเรียนเพื่อให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่เพิ่มมากขึ้น โดยให้เด็กรู้จักเลือกวิธีการป้องกันยุงลายขณะอยู่ในพื้นที่ๆ มียุงลายชุกชุม และโรงเรียนควรจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพื่อกระตุ้นให้เกิดการป้องกันโรคไข้เลือดออกแบบต่อเนื่องในเด็กนักเรียนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องนี้ได้รับการช่วยเหลือในการติดต่อประสานงานและเริ่มทำโครงการจากวิทยาลัยมวยไทยศึกษาและการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง และการสนับสนุนหลักในการประชุมวิชาการจากหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

เอกสารอ้างอิง

1. แผนยุทธศาสตร์โรคติดต่ออันตรายโดยแมลงระดับชาติ. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ 6 ยุทธศาสตร์ของกรมควบคุมโรค. 2558. [ออนไลน์] 28 เมษายน 2559 [www.onep.go.th/images/stories/file/2015/file20150116c.pdf]
2. World Health Organization. **Disease Burden of Dengue Fever and Dengue Haemorrhagic Fever.** 1999. [Online] [apps.searo.who.int/pds_docs/B4751.pdf]
3. กระทรวงสาธารณสุข. **สถานการณ์โรคไข้เลือดออก.** 2558. [ออนไลน์] 28 เมษายน 2559 [www.thaihealth.or.th/tag/ไข้เลือดออก]
4. กรมควบคุมโรค. **โรคไข้เลือดออก.** 2554. [ออนไลน์] 28 เมษายน 2559 [www.ddc.moph.go.th/index.php]
5. จิราภรณ์ อันนอ, สุพัตรา วัฒนาเสน และสุกัญญา ลีทองดี. **การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน เขตพื้นที่ตำบลเขาอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม.** วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 8 ฉบับที่ 2, 2558. [ออนไลน์] 28 เมษายน 2559 [http://rdhsj.moph.go.th/82/33.pdf]

6. อรุณ จิรวัดกุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.
7. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ชีววิทยานิวเคลียสและการควบคุมยุงในประเทศไทย., 2553. [ออนไลน์] 23 มีนาคม 2559 [http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc_nih/applications/files/Mosq%20Control_%20rp4%2Bcover.pdf]
8. วิจิตรา ดวงขยาย และเทียนทอง ต๊ะแก้ว. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสบง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพะเยา. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2558. [ออนไลน์] 30 มิถุนายน 2559 [rms.msu.ac.th/upload/service/doc/5706008_8318(0).docx]
9. กรมควบคุมโรค. การป้องกันโรคและภัยสุขภาพที่เกิดในช่วงฤดูฝน, 2558. [ออนไลน์] 28 เมษายน 2559 [www.ddc.moph.go.th/index.php]
10. นิตกร ภูสุวรรณ และศศิพร ภูมคติ. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา “การวิจัยเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน” 3 – 4 กันยายน 2558.
11. ชาริต หนูนุ่น. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในเขตอำเภอลำปาง จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2552.
12. Terapong Tantawichien. *Dengue fever and dengue haemorrhagic fever in adolescents and adults*, 2012. [Online] [http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1179/2046904712Z.000000000049]
13. Rosenstock, I.M. *Historical Origins of the HealthBelief Model*. Health Education Monographs, 1974.
14. ภาคย์ คะมาลี. การรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนเทศบาลเมือง เมืองแกนพัฒนา อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่. หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2552.
15. เบญจา มุกตพันธุ์. โภชนาการสำหรับคนวัยต่างๆ. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2542.
16. El-Bahnasawy MM, Khalil HH, Morsy AT, Morsy TA. *Threat of dengue fever and dengue haemorrhagic fever to Egypt from travelers*. 2011. [Online] [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21980768]
17. อรุณ พิศาลสุทธิกุล สุเมธ พรหมอินทร์ และวันชัย ธรรมสังการ. พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษา: หมู่บ้านในเขตตำบลควนโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล. 2553. [ออนไลน์] 28 เมษายน 2559 [http://medinfo.psu.ac.th/smj2/27_1/27_1pdf/08-oranut.pdf]
18. Ligia Constanza Velásquez, Juliana Quintero, Tatiana García-Betancourt, Catalina González-Urbe and Mauricio Fuentes-Vallejo. *Funcionamiento de las políticas gubernamentales para la prevención y el control del dengue: el caso de Arauca y Armenia en Colombia. Biomédica*. 2015. [Online] 28 March 2016 [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572015000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=en]

แนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วมในโรงเรียนมัธยมศึกษา ขนาดเล็ก

Environmental Management Approaches and Participatory Environmental Learning Management in Small-Size Secondary Schools

ภูธนภัส ทุมไม้¹ สุวารีย์ ศรีปุณณะ² รวีวรรณ สันนวรเกียรติ²

Phutanaphat Phummai¹ Suwaree Sripoona² Raweewon Sananworakiat²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้วัตถุประสงค์เพื่อ 1.ศึกษาปัญหาการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วมของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก ในจังหวัดตาก 2.ศึกษาความต้องการในการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วมของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก ในจังหวัดตาก 3.ศึกษาแนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วมของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก ในจังหวัดตาก ได้ใช้การวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสม (Mixed method) เทคนิคเชิงคุณภาพ (Qualitative technique) เทคนิคเชิงปริมาณ (Quantitative technique) พื้นที่วิจัยเป็นโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก จำนวน 5 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนยกระบัตวิทยาคม โรงเรียนทุ่งฟ้าวิทยาคม โรงเรียนวังหินกิตติวิทยาคม โรงเรียนวังเจ้าวิทยาคม โรงเรียนดำนแม่ระมาวิทยาคม กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือบุคลากรในโรงเรียน ได้แก่ ผู้บริหาร ครู นักเรียน นักการภารโรง และตัวแทนชุมชน ได้แก่ คณะกรรมการสถานศึกษา โรงเรียนละ 25 คน รวมจำนวน 125 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามเก็บข้อมูล โดยการตอบแบบสอบถามรายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและใช้ค่าความถี่และค่าร้อยละ

ผลการวิจัย พบว่า ไม่มีนโยบาย/โครงการ/แผนการดำเนินกิจกรรมด้านสิ่งแวดล้อม ไม่มีหลักสูตรการจัดการเรียนรู้ด้านสิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วม ความต้องการ ต้องการให้มีนโยบาย/โครงการ/แผนการดำเนินกิจกรรมด้านสิ่งแวดล้อม มีหลักสูตรการจัดการเรียนรู้ด้านสิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วมในโรงเรียน โดยมีแนวทางดำเนินการ ประสานบุคลากรในโรงเรียนและชุมชนด้วยการประชาสัมพันธ์และการประชุมปฏิบัติการร่วมกันให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ จัดทำหลักสูตรด้านสิ่งแวดล้อม ร่วมกันวิเคราะห์หลักสูตรเนื้อหาที่พัฒนาองค์ความรู้ เปิดสอนวิชาสิ่งแวดล้อมในทุกระดับชั้นและมีการวัดผลประเมินผลตามสภาพจริง โดยมีส่วนร่วมของ ผู้บริหาร ครู นักเรียน คณะกรรมการสถานศึกษา และชุมชน ร่วมลงมือปฏิบัติจริง ติดตามประเมินผล และประชาสัมพันธ์การจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การจัดการสิ่งแวดล้อม การจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อม การมีส่วนร่วม โรงเรียนมัธยมศึกษา

Abstract

The purposes of this research were 1) study the participation of environmental management and learning problem in the small-sized secondary school in Tak Province 2) study the participation requirement of environmental management and learning in the small-sized secondary school in Tak Province 3) study the approach of environmental management and environmental participation management problem in the small-sized secondary school in Tak Province. This research was survey with mixed method, qualitative technique and quantitative technique. The research area was 5 of the small-sized secondary school; Yokkrabat Wittayakhom School, Thung Fah Wittayakhom School, Wang Hin Kitti Wittayakhom School, Wangchao Wittayakhom School and Dan Mae Lamao Wttayakom School. The samples were separated for 2 groups; 1) school staff: school administrators, teachers, student and janitors; 2) community representatives 25 persons from each school; total 125 persons.

The research instrument was questionnaire by individual and content was analyzed by frequency and percentage. The research found that / non-exist in policy/ project/ environmental activity plan/ non-exist in the participation of environmental learning management curriculum. The requirement was policy/ project/environmental activity plan/ that exist in the curriculum of environmental participation

¹ นักศึกษาปริญญาเอก สาขาสังคมศาสตร์ศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ *Corresponding author : e-mail : phutanaphat@hotmail.com

² อาจารย์ประจำหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สิ่งแวดล้อมศึกษา) วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์

learning management. The approach was school staff coordinate and community by public relation and action meeting for goal. The environmental curriculum was create and analysis for knowledge development. Enrolled in environmental classes for all levels and evaluated with cooperation of school administrators, teachers, student and janitors and communities. The publication of environmental management and environmental learning participation management was continuously processed.

Keywords: environmental management, environmental learning management, participation, the secondary schools

บทนำ

การจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมสำหรับประชาชน จำเป็นต้องเริ่มจากการสร้างความรู้และเจตคติตั้งแต่ในโรงเรียน ที่จะปลูกฝังเยาวชนของชาติให้มีความรู้ ความเข้าใจ เกิดความตระหนัก และนำไปใช้จัดการต่อปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เป้าหมายของการพัฒนาการศึกษา มุ่งเน้นให้นักเรียนมีทักษะพื้นฐานในการดำรงชีวิตและทักษะวิชาชีพ ตระหนักในคุณค่าของศิลปะและวัฒนธรรม ทรัพยากรสิ่งแวดล้อม มีความเข้าใจ และมีค่านิยมที่ถูกต้อง⁽¹⁾ การพัฒนาที่ถูกหลักวิธีจึงไม่ใช่การนำทรัพยากรมาใช้อย่างฟุ่มเฟือย แต่ต้องประหยัด คุ้มค่า และคำนึงถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นต่อสิ่งแวดล้อมในอนาคตด้วย⁽²⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของโรงเรียนสภาพแวดล้อมของโรงเรียนมีอิทธิพลต่อชีวิตจิตใจ ความเป็นอยู่สุขนิสัย และการเรียนรู้ของนักเรียนเป็นอย่างมาก นักเรียนจะได้รับการถ่ายทอดสิ่งต่าง ๆ จากสภาพแวดล้อมโดยไม่รู้ตัว ดังนั้นการจัดบรรยากาศสภาพแวดล้อมในบริเวณโรงเรียนจึงมีส่วนช่วยสร้างความเจริญงอกงามทางร่างกาย จิตใจสติปัญญา และสังคม ให้เกิดกับนักเรียนเป็นอย่างมาก⁽³⁾

การส่งเสริมการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน จำเป็นต้องใช้แนวคิดสิ่งแวดล้อมศึกษาเป็นเครื่องมือ เพราะเป็นกระบวนการที่เน้นความรู้ เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม ปัจจัยทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม เพื่อสร้างเจตคติ พฤติกรรม และค่านิยมในอันที่จะรักษาหรือพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อมคุณภาพชีวิตของตนเอง และของมนุษย์โดยรวม สิ่งแวดล้อมศึกษาจึงเป็นกระบวนการที่ผู้รับการศึกษา มีความรู้ ความเข้าใจถึงธรรมชาติและปัญหาที่เกิดขึ้นกับสิ่งแวดล้อม แล้วเกิดความตระหนัก เจตคติ และค่านิยมในการรู้สึกมีส่วนร่วมและหาแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อ

ป้องกันแก้ไขปัญหานั้น⁽⁴⁾ การดำเนินการจัดการสิ่งแวดล้อมและการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมในโรงเรียนมัธยมศึกษาจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเนื่องจาก โรงเรียนมัธยมศึกษาเป็นโรงเรียนที่มีเยาวชนช่วงอายุ 13-18 ปี ที่ต้องเรียนรู้และเป็นกำลังหลักในการช่วยอนุรักษ์และพัฒนาสิ่งแวดล้อมโดยการปลูกจิตสำนึก สร้างความตระหนัก ในการดูแลสิ่งแวดล้อม

ดังนั้นนักเรียนในโรงเรียนจึงเป็นพลเมืองเพื่อสิ่งแวดล้อมที่มีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักต่อปัญหาสิ่งแวดล้อมของท้องถิ่นและของโลก⁽⁵⁾ กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อมจึงมีโครงการพัฒนาโรงเรียนสิ่งแวดล้อมศึกษาในประเทศไทย โดยในปี พ.ศ. 2550 ผลการดำเนินงานมีโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาที่ได้รับรางวัลทั่วประเทศรวม 12 แห่ง ซึ่งทุกแห่งได้รับการประเมินให้คงสภาพอย่างต่อเนื่อง โรงเรียนที่ได้รับรางวัลจะเป็นโรงเรียนขนาดใหญ่และขนาดกลาง สำหรับจังหวัดตาก มีความแตกต่างกับจังหวัดอื่นๆเนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีเขตติดต่อชายแดนประเทศพม่า โดยเฉพาะด้านสิ่งแวดล้อมมีโรงเรียนที่ได้รับรางวัลโรงเรียนส่งเสริมสิ่งแวดล้อมดีเด่นจำนวน 3 แห่ง เป็นโรงเรียนขนาดใหญ่ 2 แห่งและขนาดกลาง 1 แห่ง ซึ่งยังไม่มีโรงเรียนขนาดเล็กที่ผ่านการประเมินเป็นโรงเรียนที่ได้รับรางวัลด้านสิ่งแวดล้อม จากข้อมูลดังกล่าวจึงควรได้ศึกษาปัญหา ความต้องการ และแนวทางในการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก ในจังหวัดตาก

ว่าจะสามารถดำเนินการได้อย่างไรเพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการแก้ปัญหา ความต้องการ และหาแนวทางในการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมในโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก ในจังหวัดตากให้ประสบความสำเร็จได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1.เพื่อศึกษาปัญหาการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วมของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก ในจังหวัดตาก
- 2.เพื่อศึกษาความต้องการการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วมของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก ในจังหวัดตาก
- 3.เพื่อศึกษาแนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วมของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก ในจังหวัดตาก

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Method) พื้นที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้เป็นโรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดตากที่เป็นโรงเรียนขนาดเล็ก จำนวน 5 โรงเรียน ซึ่งเป็นโรงเรียนที่มีความต้องการและมีความพร้อมที่จะพัฒนาการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนขกกระบัตร์วิทยาคม โรงเรียนทุ่งฟ้าวิทยาคม โรงเรียนวังหินกิตติวิทยาคม โรงเรียนวังเจ้าวิทยาคม และโรงเรียนด่านแม่ละเมาวิทยาคม

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้บริหาร ครู คณะกรรมการสถานศึกษา คณะกรรมการนักเรียน นักการภารโรง ที่อยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก จาก 5 โรงเรียน ที่เป็นพื้นที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง ได้เลือกตัวแทนกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) โดยใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Random Sampling) ให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะ โรงเรียนละ 25 คน รวมทั้งหมด 125 คน ได้แก่ ผู้บริหาร โรงเรียนละ 1 คน รวม 5 คน ครู โรงเรียนละ 5 คน รวม 25 คน คณะกรรมการสถานศึกษาโรงเรียนละ 3 คน รวม 15 คน คณะกรรมการนักเรียน โรงเรียนละ 15 คน รวม 75 คน นักการภารโรง โรงเรียนละ 1 คน รวม 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสอบถาม สภาพปัญหาการจัดการสิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วมของ

โรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก และ แบบสอบถามแนวทางการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วมโดยผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยการตอบแบบสอบถามกลุ่มเป้าหมายเป็นรายบุคคล

วิเคราะห์ข้อมูล เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ โดยการวิเคราะห์ ใช้ค่าร้อยละ ใช้ค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการแปลความหมายประเด็น และนำเสนอโดยการพรรณนา และใช้สถิติค่าความถี่และค่าร้อยละ

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล สภาพปัญหา ความต้องการ และแนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อม แบบมีส่วนร่วม ปรากฏดังนี้

1.ปัญหาการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วมของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก ในจังหวัดตาก ได้แบ่งเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1.1 ปัญหาการจัดการสิ่งแวดล้อม พบว่า ไม่มีการสำรวจ ตรวจสอบ หรือศึกษาปัญหาสิ่งแวดล้อม ในสถานศึกษาและในชุมชน ไม่มีนโยบาย แผนปฏิบัติการ / โครงการ/กิจกรรมดำเนินการด้านสิ่งแวดล้อมในสถานศึกษาอย่างชัดเจน ขาดการนิเทศ /ติดตามประเมินผล การจัดสิ่งแวดล้อมในระหว่างดำเนินการที่เป็นระบบ คณะครู นักเรียน คณะกรรมการสถานศึกษา ผู้ปกครอง ชุมชนภาครัฐและเอกชนไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนร่วมกัน ขาดการส่งเสริมให้ครู จัดกิจกรรมรณรงค์และประชาสัมพันธ์ เรื่องของสิ่งแวดล้อม ขาดการสนับสนุนให้ครูจัดกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ร่วมกับชุมชนในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในโอกาสต่างๆ เช่น กิจกรรมปลูกต้นไม้ เก็บขยะ ไม่มีกลุ่มสนใจและหรือชมรมอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมไม่มีการจัดกิจกรรมแข่งขันประกวดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ขาดการส่งเสริมให้ครูจัดกิจกรรมศึกษานอกสถานที่และหรือกิจกรรมค่ายเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม

1.2 ปัญหาการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อม พบว่า ไม่มีหลักสูตรด้านสิ่งแวดล้อมในการจัดการเรียนการสอน ขาดการวิเคราะห์หลักสูตรในเนื้อหาที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม

ครูไม่วางแผนการจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมศึกษา ไม่มีแผนการสอน/แผนการจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมศึกษา ไม่มีการจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกันกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ขาดการกระตุ้นให้ครูจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมโดยให้ผู้เรียนได้ปฏิบัติจริงและแสวงหาความรู้ด้วยตนเองด้วยกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย ครูไม่มีการจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมโดยบูรณาการเข้ากับวิชาอื่นๆ ไม่มีกิจกรรมเสริมเรียนการสอนเรื่องขยะมูลฝอยวิธีการจัดการขยะมูลฝอยและพัฒนากิจการจัดการขยะมูลฝอยหลายรูปแบบ ยังไม่มีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเทคโนโลยีและสื่อเพื่อสอนเรื่องสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับสภาพชุมชนและท้องถิ่น ไม่มีกลุ่มสนใจในการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมและร่วมพัฒนาสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนอย่างชัดเจน

1.3 ปัญหาการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม พบว่าปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การบริหารทั่วไปไม่มีโครงสร้างงานที่ชัดเจนในด้านหลักการ ส่งเสริมให้ ผู้บริหาร ครู นักเรียน คณะกรรมการสถานศึกษา ผู้ปกครองและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดการสิ่งแวดล้อม แผนการจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนและชุมชน ไม่มีการจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกันกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนและชุมชน บริหารวิชาการไม่เปิดโอกาสให้ ครู นักเรียน คณะกรรมการสถานศึกษา และผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและการวัดผล การประเมินผลของผู้เรียน บริหารงบประมาณประมาณไม่เพียงพอเนื่องจากไม่มีการร่วมคิดร่วมจัดหางบประมาณจากหน่วยงานหรือบุคคลภายนอก ขาดการมีส่วนร่วมของในการบริหารบุคคลที่เป็นระบบ

2.ความต้องการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วมของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก ในจังหวัดตาก

2.1 ความต้องการจัดการสิ่งแวดล้อม พบว่า ต้องการให้มีการสำรวจ ตรวจสอบ หรือศึกษาปัญหาสิ่งแวดล้อม ในโรงเรียนและในชุมชน จัดทำนโยบาย แผนปฏิบัติการ / โครงการ/กิจกรรมดำเนินการด้านสิ่งแวดล้อมในสถานศึกษา

อย่างชัดเจน รวมถึงการนิเทศ/ติดตามประเมินผลการจัดสิ่งแวดล้อมในระหว่างดำเนินการที่เป็นระบบ โดยให้ผู้บริหาร คณะครู นักเรียน คณะกรรมการสถานศึกษา ผู้ปกครอง ชุมชนภาครัฐและเอกชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนร่วมกัน ส่งเสริมให้ครูจัดกิจกรรมณรงค์และประชาสัมพันธ์เรื่องสิ่งแวดล้อม สนับสนุนให้ครู จัดกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ร่วมกับชุมชน ในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในโอกาสต่างๆ เช่น กิจกรรมปลูกต้นไม้ เก็บขยะ จัดให้มีกลุ่มสนใจหรือชมรมอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมมีกิจกรรมแข่งขันประกวดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมให้ครูจัดกิจกรรมศึกษานอกสถานที่และกิจกรรมค่ายเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เพื่อสร้างจิตสำนึกและความตระหนักรู้คุณค่าของสิ่งแวดล้อมร่วมกัน

2.2 ความต้องการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อม พบว่าต้องการให้มีหลักสูตรสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียน โดย การมีส่วนร่วมกันของ ผู้บริหาร ครู คณะกรรมการสถานศึกษา นักเรียนและชุมชน วิเคราะห์หลักสูตรในเนื้อหาสิ่งแวดล้อมศึกษา ส่งเสริมให้มีแผนการสอน/แผนการจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมศึกษา ส่งเสริมให้นักเรียนชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมศึกษา จัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกันกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมในโรงเรียน กระตุ้นให้ครูนำเสนอแผนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมศึกษาไปใช้สอนจริงด้วยกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย กระตุ้นให้ครูจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมโดยให้ผู้เรียนได้ปฏิบัติจริงและแสวงหาความรู้ด้วย ส่งเสริมให้ครูจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมโดยบูรณาการเข้ากับวิชาอื่นๆ ในลักษณะกิจกรรมเสริม จัดกิจกรรมร่วมกับชุมชนให้มีกิจกรรมการเรียนการสอนเรื่องขยะมูลฝอยวิธีการจัดการขยะมูลฝอยและพัฒนากิจการจัดการขยะมูลฝอยหลายรูปแบบ สนับสนุนให้มีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเทคโนโลยีและสื่อเพื่อสอนเรื่องสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับสภาพชุมชนและท้องถิ่น ให้มีการจัดการผลผลิต/ผลิตภัณฑ์ที่เกิดจากขยะมูลฝอยอย่างสม่ำเสมอ โดยวิธีการขาย แลกเปลี่ยน ให้เปล่า จัดทำเป็นของที่ระลึก ใช้เป็นสื่อ/อุปกรณ์การเรียนการสอน จัดให้มีการวัดและประเมินผลการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในสถานศึกษาตามสภาพจริง

อย่างต่อเนื่องด้วยวิธีการที่หลากหลาย เปิดโอกาสให้ครู นักเรียนคณะกรรมการสถานศึกษาและผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการประเมินผล การจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในสถานศึกษา การจัดให้มีการนำผลของการประเมินการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมไปใช้ในการพัฒนาสถานศึกษาและเสนอให้ชุมชนทราบอย่างต่อเนื่อง

เกี่ยวข้องกับเรื่องสิ่งแวดล้อมศึกษา

2.3 ความต้องการจัดการแบบมีส่วนร่วม พบว่า ด้านบริหารทั่วไปต้องการมีโครงสร้างงานที่ชัดเจนโดยผู้บริหาร ครู นักเรียน คณะกรรมการสถานศึกษา ผู้ปกครองและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำนโยบายในการจัดการสิ่งแวดล้อม วางแผน จัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกันกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการสิ่งแวดล้อม ทำแผนการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมในโรงเรียนและชุมชน บริหารวิชาการร่วมกับ ผู้บริหาร คณะครู นักเรียน คณะกรรมการสถานศึกษาและผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและการวัดผล การประเมินผลของผู้เรียน บริหารงบประมาณการระดมทุน จัดหางบประมาณ โดยร่วมคิดร่วมจัดหางบประมาณจากหน่วยงานอื่น หรือบุคคลภายนอกให้เข้ามามีส่วนร่วม ในการร่วมจัดการสิ่งแวดล้อม จัดตั้งกลุ่มสนใจพัฒนาสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนและชุมชนโดยเลือกประธาน และคณะกรรมการให้ร่วมกันดำเนินการตามนโยบายและแผนการดำเนินงานที่ทำไว้

3. แนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วมของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก ในจังหวัดตาก

3.1 แนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อม พบว่า ให้มีการสำรวจ ตรวจสอบ ศึกษาปัญหาสิ่งแวดล้อม โรงเรียนและในชุมชน จัดทำนโยบาย แผนปฏิบัติการ / โครงการ/กิจกรรม ดำเนินการด้านสิ่งแวดล้อมในสถานศึกษาอย่างชัดเจน นิเทศ / ติดตามประเมินผลการจัดสิ่งแวดล้อมในระหว่างดำเนินการที่เป็นระบบ ส่งเสริมให้ครูจัดกิจกรรมนันทนาการและประชาสัมพันธ์เรื่องของสิ่งแวดล้อม สนับสนุนให้ครูจัดกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ร่วมกับชุมชนในการพัฒนา

สิ่งแวดล้อมในโอกาส จัดกลุ่มสนใจหรือชมรมอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมในโรงเรียนเพื่อร่วมจัดการสิ่งแวดล้อมให้ครอบคลุมทั้ง ด้านการประหยัดน้ำ การประหยัดไฟฟ้า การดูแลรักษาอาคารสถานที่ ห้องปฏิบัติการ สนามกีฬาและการดูแลสวนหย่อม ต้นไม้ พื้นที่สีเขียวในโรงเรียนตลอดจน ให้มีการจัดกิจกรรมแข่งขันประกวดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมให้ครูจัดกิจกรรมศึกษานอกสถานที่หรือกิจกรรมค่ายเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม

3.2 แนวทางการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อม พบว่า ให้ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำหลักสูตรสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียน ประกอบด้วย ผู้บริหาร ครู คณะกรรมการสถานศึกษา นักเรียนและชุมชน วิเคราะห์หลักสูตรในเนื้อหาสิ่งแวดล้อมศึกษา ส่งเสริมให้มีแผนการสอน/แผนการจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมศึกษา ส่งเสริมให้นักเรียนชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมศึกษา จัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกันกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมในโรงเรียน กระตุ้นให้ครูนำแผนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมศึกษาไปใช้สอนจริงด้วยกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย กระตุ้นให้ครูจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมโดยให้ผู้เรียนได้ปฏิบัติจริงและแสวงหาความรู้ด้วย ส่งเสริมให้ครูจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมโดยบูรณาการเข้ากับวิชาอื่นๆ ในลักษณะกิจกรรมเสริม จัดกิจกรรมร่วมกับชุมชนให้มีกิจกรรมการเรียนการสอนเรื่องขยะมูลฝอยวิธีการจัดการขยะมูลฝอยและพัฒนาการจัดการขยะมูลฝอยหลายรูปแบบ สนับสนุนให้มีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เทคโนโลยีและสื่อเพื่อสอนเรื่องสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับสภาพชุมชนและท้องถิ่น ให้มีการจัดการผลิต/ผลิตภัณฑ์ที่เกิดจากขยะมูลฝอยอย่างสม่ำเสมอ โดยวิธีการขาย แลกเปลี่ยน ให้เปล่า จัดทำเป็นของที่ระลึก ใช้เป็นสื่อ/อุปกรณ์การเรียนการสอน จัดให้มีการวัดและประเมินผลการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในสถานศึกษาตามสภาพจริงอย่างต่อเนื่องด้วยวิธีการที่หลากหลาย เปิดโอกาสให้ครู นักเรียนคณะกรรมการสถานศึกษาและผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการประเมินผล การจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในสถานศึกษา การจัดให้มีการนำผลของการประเมินการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมไปใช้

ในการพัฒนาสถานศึกษาและนำเสนอให้ชุมชนทราบอย่างต่อเนื่องเกี่ยวข้องกับเรื่องสิ่งแวดล้อมศึกษา จัดตั้งกลุ่มสนใจในการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนตามความสนใจของสมาชิกอย่างแท้จริง

3.3 แนวทางการจัดการแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมของโรงเรียน โดยการมีส่วนร่วมกันทั้ง ผู้บริหาร ครู คณะกรรมการสถานศึกษานักเรียนและชุมชน ร่วมกันวิเคราะห์หลักสูตรสิ่งแวดล้อมศึกษา ส่งเสริมให้มีแผนการสอน/แผนการจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมศึกษา ส่งเสริมให้นักเรียนชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมศึกษา จัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกันกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมในโรงเรียน จัดกิจกรรมร่วมกับชุมชนในการจัดการสิ่งแวดล้อม เช่น ทำฝายชะลอน้ำ ปลูกต้นไม้ในพื้นที่ว่างเปล่าของชุมชนป่าชุมชน จัดทำศูนย์เรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมร่วมกันในโรงเรียนและชุมชน สนับสนุนให้มีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเทคโนโลยีและสื่อเพื่อสอนเรื่องสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับสภาพชุมชนและท้องถิ่น เปิดโอกาสให้ครู นักเรียน คณะกรรมการสถานศึกษาและ ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการประเมินผล การจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในโรงเรียน จัดให้มีการนำผลของการประเมินการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมไปใช้ในการพัฒนาโรงเรียนและนำเสนอให้ชุมชนทราบอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษา

1.ปัญหาการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วมของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก ในจังหวัดตาก

1.1การจัดการสิ่งแวดล้อม ของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก พบว่า หลักการจัดการสิ่งแวดล้อม ไม่มีนโยบาย แผนปฏิบัติการ / โครงการ/กิจกรรมดำเนินการ ด้านสิ่งแวดล้อม ของโรงเรียน ขาดการนิเทศ/ติดตามประเมินผล ขาดการสร้างทัศนคติและค่านิยมที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการจัดการสิ่งแวดล้อม ที่ถูกต้อง ไม่มีการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ นโยบายด้านสิ่งแวดล้อมให้ผู้เกี่ยวข้องรับรู้

1.2การจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อม ของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก พบว่า ไม่มีหลักสูตรด้านสิ่งแวดล้อมในการจัดการเรียนการสอน ขาดการวิเคราะห์หลักสูตรในเนื้อหาที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ครูไม่วางแผนการจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมศึกษา ไม่มีแผนการสอน/แผนการจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมศึกษาขาดการกระตุ้นให้ครูจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมผู้เรียนไม่ได้ลงมือปฏิบัติจริง ไม่มีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเทคโนโลยีและสื่อเพื่อสอนเรื่องสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับสภาพชุมชนและท้องถิ่น ไม่มีกลุ่มสนใจในการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมและร่วมพัฒนาสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน

1.3ปัญหาการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก พบว่า ไม่มีโครงสร้างงานที่ชัดเจนในด้านหลักการส่งเสริมให้ ผู้บริหาร ครู นักเรียน คณะกรรมการสถานศึกษา ผู้ปกครองและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อม โรงเรียนและชุมชน ไม่มีแผนปฏิบัติการร่วมกันกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อม งานวิชาการไม่เปิดโอกาสให้ ครู นักเรียน คณะกรรมการสถานศึกษา และผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม และการวัดผล การประเมินผลของผู้เรียน งบประมาณไม่เพียงพอเนื่องจากไม่มีการร่วมคิดร่วมจัดหางบประมาณจากหน่วยงานหรือบุคคลภายนอกขาดการมีส่วนร่วมในการระดมทุน และ ขาดการมีส่วนร่วมของในการบริหารบุคคลที่เป็นระบบ

2.ความต้องการการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วมของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก ในจังหวัดตาก

2.1 ความต้องการจัดการสิ่งแวดล้อม ของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก พบว่า ต้องการให้มีการสำรวจ และศึกษาปัญหาสิ่งแวดล้อม ในโรงเรียนและในชุมชน ให้มีนโยบาย แผนปฏิบัติการ / โครงการ/กิจกรรมดำเนินการด้านสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนอย่างชัดเจน นิเทศ /ติดตาม ประเมินผลการจัดสิ่งแวดล้อมในอย่างเป็นระบบ สร้างจิตสำนึกและความตระหนัก รู้คุณค่าของสิ่งแวดล้อมร่วมกัน

2.2 ความต้องการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อม ของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก พบว่า ต้องการให้มีหลักสูตรสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียน วิเคราะห์หลักสูตรในเนื้อหาสิ่งแวดล้อมศึกษา ให้มีแผนการสอน/แผนการจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมศึกษา จัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกันกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ให้ครูนำแผนสิ่งแวดล้อมไปใช้สอนจริงด้วยกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย ให้ผู้เรียนได้ปฏิบัติจริงโดยจัดกลุ่มสนใจด้านสิ่งแวดล้อม ให้ครูจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมโดยบูรณาการเข้ากับวิชาอื่นๆ ในลักษณะกิจกรรมเสริม ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเทคโนโลยีสอนเรื่องสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับสภาพชุมชนและท้องถิ่น ให้มีการวัดและประเมินผลการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในสถานศึกษาตามสภาพจริงอย่างต่อเนื่องด้วยวิธีการที่

2.3 ความต้องการจัดการแบบมีส่วนร่วม ของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก พบว่า ด้านบริหารทั่วไปต้องการให้มีโครงสร้างงานที่ชัดเจน โดยผู้บริหาร ครู นักเรียน คณะกรรมการสถานศึกษา ผู้ปกครองและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำนโยบายในการจัดการสิ่งแวดล้อม วางแผนจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกันกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการสิ่งแวดล้อม ด้านวิชาการให้ ผู้บริหาร คณะครู นักเรียน คณะกรรมการสถานศึกษา และผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและการวัดผล การประเมินผลของผู้เรียน บริหารงบประมาณการระดมทุนจัดหางบประมาณโดยร่วมคิดร่วมจัดหางบประมาณจากหน่วยงานอื่น หรือบุคคลภายนอกให้เข้ามามีส่วน จัดตั้งกลุ่มสนใจพัฒนาสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนและชุมชนโดยเลือกประธาน และคณะกรรมการให้ร่วมกันดำเนินการตามนโยบายและแผนการดำเนินงานที่ทำไว้

3. แนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก ในจังหวัดตาก

3.1 แนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อม ของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก พบว่า ส่งเสริมให้สำรวจ ตรวจสอบศึกษาปัญหาสิ่งแวดล้อมโรงเรียนและในชุมชน จัดทำนโยบาย แผนปฏิบัติการ / โครงการ/กิจกรรมดำเนินการด้าน

สิ่งแวดล้อมในสถานศึกษาอย่างชัดเจน นิเทศ /ติดตามประเมินผลการจัดสิ่งแวดล้อมในระหว่างการดำเนินการอย่างเป็นระบบ ส่งเสริมให้ครูจัดกิจกรรมรณรงค์และประชาสัมพันธ์เรื่องสิ่งแวดล้อม สนับสนุนให้ครูจัดกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ร่วมกับชุมชนในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในโอกาส จัดกลุ่มสนใจหรือชมรมอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมในโรงเรียนเพื่อร่วมจัดการสิ่งแวดล้อมให้ครอบคลุมทั้ง ด้านการประหยัดน้ำ การประหยัดไฟฟ้า การดูแลรักษาอาคารสถานที่ ห้องปฏิบัติการ สนามกีฬาและการดูแลสวนหย่อม ต้นไม้ พื้นที่สีเขียวในโรงเรียนตลอดจน ให้มีการจัดกิจกรรมแข่งขันประกวดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมให้ครูจัดกิจกรรมศึกษานอกสถานที่หรือกิจกรรมค่ายเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม

3.2 แนวทางการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อม ของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก พบว่า ส่งเสริมให้ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำหลักสูตรสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียน ประกอบด้วย ผู้บริหาร ครู คณะกรรมการสถานศึกษา นักเรียนและชุมชน วิเคราะห์หลักสูตรในเนื้อหาสิ่งแวดล้อมศึกษา ส่งเสริมให้มีแผนการสอน/แผนการจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมศึกษา ส่งเสริมให้นักเรียนชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมศึกษา จัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกันกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ครูนำแผนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมศึกษาไปใช้สอนจริง ครูจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมโดยให้ผู้เรียนได้ปฏิบัติจริง ส่งเสริมให้ครูจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมโดยบูรณาการเข้ากับวิชาอื่นๆ ในลักษณะกิจกรรมเสริม จัดกิจกรรมร่วมกับชุมชน สนับสนุนให้มีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเทคโนโลยีและสื่อเพื่อสอนเรื่องสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับสภาพชุมชนและท้องถิ่น จัดให้มีการวัดและประเมินผลการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในสถานศึกษาตามสภาพจริงอย่างต่อเนื่องด้วยวิธีการที่หลากหลาย

3.3 แนวทางการจัดการแบบมีส่วนร่วม ของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก พบว่า ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมของโรงเรียน โดยการมีส่วนร่วมกันทั้งผู้บริหาร ครู คณะกรรมการสถานศึกษา นักเรียนและชุมชน

ร่วมกันวิเคราะห์หลักสูตรสิ่งแวดล้อมศึกษา ส่งเสริมให้มีแผนการสอน/แผนการจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมศึกษา ส่งเสริมให้นักเรียนชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมศึกษา จัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกันกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมในโรงเรียน จัดกิจกรรมร่วมกับชุมชนในการจัดการสิ่งแวดล้อม จัดให้มีการนำผลของการประเมินการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมไปใช้ในการพัฒนาโรงเรียนและนำเสนอให้ชุมชนทราบอย่างต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผล

1.ปัญหาการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วมของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก ในจังหวัดตาก

1.1การจัดการสิ่งแวดล้อม ของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก พบว่าหลักการจัดการสิ่งแวดล้อม ไม่มีนโยบาย แผนปฏิบัติการ / โครงการ/กิจกรรมดำเนินการ ด้านสิ่งแวดล้อม ของโรงเรียน ขาดการนิเทศ/ติดตามประเมินผล ขาดสอดคล้องกับแนวคิด นโยบายสิ่งแวดล้อมศึกษาสามารถลดค่าใช้จ่ายในโรงเรียนได้และนโยบายโรงเรียนสีเขียวจะมีทุนให้นามมาปรับปรุงวัสดุเก่าในโรงเรียน (วินัย วีระพัฒนานนท์, 2555) ทั้งนี้การสร้างทัศนคติและค่านิยมที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการจัดการสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับแนวคิด โดยการปลูกฝังเยาวชนของชาติให้มีความรู้ ความเข้าใจ เกิดความตระหนัก และนำไปใช้จัดการต่อปัญหาที่เกิดขึ้น รู้จักตัดสินใจกระทำสิ่งใดเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม มุ่งเน้นให้นักเรียนมีทักษะพื้นฐานในการดำรงชีวิตและทักษะวิชาชีพ ตระหนักในคุณค่าของทรัพยากร และสิ่งแวดล้อมมีความเข้าใจ และมีความรับผิดชอบ⁽¹⁾

1.2การจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อม ของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก พบว่า ไม่มีหลักสูตรด้านสิ่งแวดล้อมในการจัดการเรียนการสอน ขาดการวิเคราะห์หลักสูตรในเนื้อหาที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ครูไม่วางแผนการจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมศึกษา ขาดการกระตุ้นให้ครูจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมผู้เรียนไม่ได้ลงมือปฏิบัติจริง สอดคล้องกับแนวคิด ที่ว่าสิ่งแวดล้อมศึกษามีได้จำกัดอยู่เฉพาะในชั้นเรียนเท่านั้น แต่เป็นการเรียนรู้ในชั่วโมง

ประจำวันทั่วไป การจัดโครงการเรียนรู้แบบองค์รวม การปฏิบัติแบบยั่งยืนในชั้นเรียนในบริเวณโรงเรียน และการนำสิ่งแวดล้อมศึกษาเหล่านี้ไปใช้กับพ่อแม่ และครอบครัว⁽⁴⁾ ซึ่งไม่มีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เทคโนโลยีและสื่อเพื่อสอนเรื่องสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับสภาพชุมชนและท้องถิ่น ไม่มีกลุ่มสนใจในการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมและร่วมพัฒนาสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน สอดคล้องกับแนวคิดในการ ส่งเสริมการวิจัยพัฒนาที่ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นกับองค์ความรู้ใหม่ กลุ่มครองสิทธิชุมชน อนุรักษ์ฟื้นฟูความหลากหลายของพันธุกรรมท้องถิ่นเพื่อรักษาสายพันธุ์ ส่งเสริมการใช้ความหลากหลายทางชีวภาพในการสร้างความมั่นคงด้านอาหาร สุขภาพ และชุมชนสนับสนุนการผลิตพัฒนาศักยภาพชุมชนในการสร้างมูลค่าเพิ่มจากทรัพยากรท้องถิ่น บริการที่เชื่อมโยงกับความหลากหลายทางชีวภาพ พัฒนาขีดความสามารถและสร้างนวัตกรรมจากทรัพยากรชีวภาพที่เป็นเอกลักษณ์ของประเทศ⁽⁶⁾

1.3ปัญหาการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก พบว่า ไม่มีโครงสร้างงานที่ชัดเจนในด้านหลักการส่งเสริมให้มีคณะกรรมการ โดยผู้บริหาร ครู นักเรียน คณะกรรมการสถานศึกษา ผู้ปกครอง และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อม โรงเรียนและชุมชน ไม่มีแผนปฏิบัติการร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับแนวคิด ที่เห็นว่าการจัดการที่ดำเนินการด้วยรูปของคณะกรรมการมีโอกาสที่จะบริหารได้มีประสิทธิภาพมากกว่า เนื่องจากสมาชิกจะต้องร่วมรับผิดชอบ ดังนั้นการได้มาซึ่งกรรมการจะต้องมีวิธีที่เหมาะสมจึงจะทำให้ผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และกรรมการที่มีคุณภาพจะก่อให้เกิดความรู้ความคิดและประสบการณ์ของคณะกรรมการ เกิดการผสมผสานความคิดที่จะนำมาใช้ในการตัดสินใจเกิดความร่วมมือและพลังในการปฏิบัติงาน⁽⁷⁾

2.ความต้องการการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วมของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก ในจังหวัดตาก

2.1ความต้องการจัดการสิ่งแวดล้อม ของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก พบว่า ต้องการให้มีการสำรวจ และศึกษาปัญหาสิ่งแวดล้อม ในโรงเรียนและในชุมชน ให้มี

นโยบาย แผนปฏิบัติการ / โครงการ/กิจกรรมดำเนินการด้านสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนอย่างชัดเจน นิเทศ /ติดตาม ประเมินผลการจัดสิ่งแวดล้อมในอย่างเป็นระบบ สร้างจิตสำนึกและความตระหนัก รู้คุณค่าของสิ่งแวดล้อมร่วมกัน สอดคล้องกับแนวคิด การพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองต้องทำควบคู่กับการดูแลและปกป้องทรัพยากร สิ่งแวดล้อมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชนทั้งประเทศ หากประเทศใดขาดแคลนทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมเกิดปัญหารุนแรงจะทำให้การพัฒนาไม่ประสบความสำเร็จและเกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา การพัฒนาที่ถูกหลักวิธีจึงไม่ใช้การนำทรัพยากรมาใช้อย่างฟุ่มเฟือย แต่ต้องประหยัดไว้ใช้และคำนึงถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นต่อสิ่งแวดล้อมในอนาคตด้วย⁽²⁾

2.2 ความต้องการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อม ของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก พบว่า การจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมให้กับนักเรียนต้องสร้างความตระหนักเจตคติ และปลูกจิตสำนึกที่ดีต่อสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับแนวคิด การจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมสำหรับประชาชนจำเป็นต้องเริ่มจากการสร้างความรู้และเจตคติตั้งแต่ในโรงเรียน ปลูกฝังเยาวชนของชาติให้มีความรู้ ความเข้าใจ เกิดความตระหนัก และนำไปใช้จัดการต่อปัญหาที่เกิดขึ้น รู้จักตัดสินใจกระทำสิ่งใดเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม มุ่งเน้นให้นักเรียนมีทักษะพื้นฐานในการดำรงชีวิตและทักษะวิชาชีพตระหนักในคุณค่า ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมมีความเข้าใจ และมีค่านิยมที่ถูกต้อง⁽¹⁾ ซึ่งการวิเคราะห์หลักสูตรเนื้อหาที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม วางแผนการจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมศึกษา มีแผนการสอน/แผนการจัดการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมศึกษาสอดคล้องกับแนวคิด กระบวนการสิ่งแวดล้อมศึกษาเป็นกระบวนการอย่างหนึ่งที่โรงเรียนมัธยมศึกษาได้นำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในหลักสูตรสถานศึกษา โดยการบูรณาการองค์ความรู้ในกลุ่มสาระการเรียนรู้แต่วิชาและองค์ความรู้ท้องถิ่นเข้าด้วย⁽⁸⁾

2.3ความต้องการจัดการแบบมีส่วนร่วม ของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก พบว่า การบริหารต้องการให้มีโครงสร้างงานที่ชัดเจน โดยผู้บริหาร ครู นักเรียน คณะกรรมการสถานศึกษา ผู้ปกครองและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำนโยบายในการจัดการสิ่งแวดล้อม วางแผน

จัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน สอดคล้องกับแนวคิด การมีส่วนร่วมในการปฏิรูปการศึกษาจะต้องให้ผู้เรียน ครู ผู้บริหาร ผู้ปกครอง และชุมชน มีส่วนร่วมอย่างจริงจังตั้งแต่การวางแผนพัฒนาสถานศึกษา การจัดการเรียนการสอนการพัฒนาสถานศึกษาและการ ติดตามประเมินผล⁽¹⁾ และส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมจัดการสิ่งแวดล้อมที่หลากหลายรูปแบบ จัดกิจกรรมร่วมกับชุมชนในการจัดการสิ่งแวดล้อมมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน สอดคล้องกับแนวคิด รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมมีหลากหลายรูปแบบเช่นรูปแบบการจัดการแบบมุ่งเน้นวัตถุประสงค์ (Management by Objective หรือ MBO) ซึ่งเน้นการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กรโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติและประเมินประสิทธิผลของงานโดยพิจารณาจากความสำเร็จของวัตถุประสงค์แต่รูปแบบที่เน้นบุคคลที่ทำหน้าที่เป็นผู้นำองค์กรคือรูปแบบภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมโดยกลุ่ม⁽⁹⁾

3.แนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก ในจังหวัดตาก

3.1 แนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อม ของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก พบว่า ควรส่งเสริมให้มีการสำรวจตรวจสอบ ปัญหาสิ่งแวดล้อมโรงเรียนและในชุมชน จัดทำนโยบาย แผนปฏิบัติการ / โครงการ/กิจกรรมดำเนินการด้านสิ่งแวดล้อมในสถานศึกษาอย่างชัดเจน โดยมีการนิเทศ /ติดตาม ประเมินผลการจัดสิ่งแวดล้อมในระหว่างดำเนินการอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับแนวคิด การจัดการศึกษาของประชาชนของประเทศนิวซีแลนด์ตามแนวปฏิรูปการศึกษานั้นได้ให้ความสำคัญกับประชาชน / สาธารณชนในการมีส่วนร่วมการจัดการศึกษาอย่างยั่งยืนทั้งด้านการเป็นคณะกรรมการบริหารโรงเรียนในการวางแผนงบประมาณและทรัพยากรทางการศึกษา หลักสูตร การจัดการเรียนการสอนและการประเมินผลการเรียนในการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติและร่วมติดตามผล⁽¹⁰⁾ และได้เสนอแนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อมโดยการจัดกลุ่มสนใจหรือชมรมอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมในโรงเรียนเพื่อร่วมจัดการสิ่งแวดล้อมให้ครอบคลุมทั้ง ด้านการประหยัดพลังงาน การดูแลรักษาอาคาร สถานที่ ห้องปฏิบัติการ สนามกีฬาและการดูแลสวนหย่อม ต้นไม้

พื้นที่สีเขียวในโรงเรียนตลอดจน ให้มีการจัดกิจกรรมแข่งขันประกวดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับแนวคิด โดยการจัดการสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนมัธยมศึกษา มีความร่มรื่น สวยงาม มีสวนหย่อม มีต้นไม้ มีไม้ดอก ไม้ประดับ ที่สวยงามจะทำให้มีบรรยากาศที่นักเรียนจะให้ความสนใจเรียนเป็นพิเศษ นอกจากนี้อาคารสถานที่ ที่เป็นระเบียบ สะอาดตกแต่งทาสีดูใหม่อยู่เสมอ การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกด้านเทคโนโลยี อุปกรณ์ สื่อ นวัตกรรมที่ทันสมัย และช่วยอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม การทำโครงการกิจกรรมที่ส่งเสริมให้มีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม โดยจัดให้มีการประกวดแข่งขัน ระดับจังหวัด ระดับเขตพื้นที่การศึกษา ระดับภาค และระดับประเทศทั้งนี้ มีรางวัลเป็นสิ่งตอบแทน ทำให้นักเรียน ครู เกิดความกระตือรือร้นที่จะร่วมกันดำเนินกิจกรรมเพื่ออนุรักษ์สิ่งแวดล้อม⁽¹¹⁾

3.2 แนวทางการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อม ของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก พบว่า ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำหลักสูตรสิ่งแวดล้อมศึกษาของโรงเรียน วิเคราะห์หลักสูตรในเนื้อหาสิ่งแวดล้อมศึกษา ส่งเสริมให้มีแผนการสอนและติดตามประเมินผล สอดคล้องกับแนวคิด การพัฒนาการวางแผนกลยุทธ์การจัดการศึกษา ประเมินผล การจัดการศึกษา ให้คณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน และประชาชนมีส่วนร่วมพัฒนาหลักสูตรสาระความเป็น ท้องถิ่นกับโรงเรียน กำหนดทิศทางนโยบายของโรงเรียน ผู้บริหารและครูมีส่วนร่วมทำโรงเรียนให้เป็นศูนย์บริการ ประชาชนและศูนย์การพัฒนาชุมชน⁽⁶⁾ สนับสนุนให้มีการใช้ ภูมิปัญญาท้องถิ่น เทคโนโลยีและสื่อเพื่อสอนเรื่อง สิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับสภาพชุมชนและท้องถิ่น สอดคล้องกับแนวคิด การให้ทุกส่วนของสังคมมีส่วนร่วมคิด และร่วมทำ เน้นในการจัดการศึกษา ตลอดจนการมีส่วนร่วม ในการประเมิน จะทำให้เกิดความรู้สึกรับเป็นเจ้าของ ให้การ สนับสนุนและร่วมมือรับผิดชอบต่อการจัดการศึกษา ก่อให้เกิดความมุ่งมั่นร่วมกันพัฒนาการศึกษาให้มีคุณภาพ เป็นที่ยอมรับของสังคมได้⁽³⁾

3.3 แนวทางการจัดการแบบมีส่วนร่วม ของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก พบว่าแต่งตั้งคณะกรรมการจัดการ สิ่งแวดล้อมของโรงเรียน โดยมีส่วนร่วมทั้ง ผู้บริหาร ครู

คณะกรรมการสถานศึกษา นักเรียนและชุมชน สอดคล้องกับแนวคิด เห็นว่าการมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้ ผู้ปฏิบัติงานในการทำงาน เกิดความรู้สึกผูกพันกับงานหรือ องค์การ สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงาน ร่วมกัน ผู้ร่วมงานจะมีโอกาสได้ใช้ความสามารถและทักษะ ในการทำงานร่วมกัน เกิดความมีน้ำใจและความจงรักภักดีต่อ องค์การ⁽¹²⁾ การร่วมกันกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการเรียนรู้ สิ่งแวดล้อมในโรงเรียน จัดกิจกรรมร่วมกับชุมชนในการ จัดการสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการศึกษาเป็น สิทธิและหน้าที่ของผู้ปกครองจึงต้องกระจายความรับผิดชอบ ไปให้ผู้ปกครอง ต้องส่งเสริมสมาคมผู้ปกครอง (Parent Teacher Association: PTA) เพื่อให้มีบทบาทความร่วมมือทาง วิชาการ กิจกรรมนักเรียน เป็นวิธีที่ให้ผู้ปกครองและชุมชน ร่วมกันจัดการศึกษาของโรงเรียนมากขึ้น⁽¹³⁾ จัดให้มีการนำผล ของการประเมินการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ไปใช้ในการพัฒนาโรงเรียนและนำเสนอให้ชุมชนทราบอย่าง ต่อเนื่องสอดคล้องกับแนวคิด การที่คนที่อยู่วงนอกของการ พัฒนาเคลื่อนย้ายเข้ามาอยู่วงเพื่อกระจายผลการพัฒนาให้ ครอบคลุมถ้วนทั่วให้ทุกคนมีสิทธิที่จะมีส่วนร่วมในส่วนที่ เป็นกิจกรรม โครงการ หรือการดำเนินงานของรัฐรวมทั้ง กิจกรรมโครงการ มีเป้าหมายให้ร่วมกันดำเนินการอย่างมี ศักดิ์ศรีและสถานภาพเท่าเทียมกันโดยเน้นที่การตัดสินใจใน การเริ่มดำเนินการ การเริ่มดำเนินการร่วมรับผลประโยชน์จาก การดำเนินการ และการร่วมกันประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนา⁽¹⁴⁾

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวริย์ ศรีบุญะ อาจารย์ ดร.ระวีวรรณ สนั่นวรเกียรติ ซึ่งกรุณาให้ คำปรึกษาชี้แนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาลดจนความ เอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิดรวมทั้งกำลังใจและความห่วงใยที่ มอบให้กับผู้วิจัยด้วยดีเสมอมาเหล่านี้เป็นแรงผลักดันให้ ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นและเพียรพยายามให้บทความวิจัยฉบับนี้ มีความสมบูรณ์และบรรลุวัตถุประสงค์มากที่สุด

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหาร คณะครู คณะกรรมการสถานศึกษา นักการภารโรง นักเรียน โรงเรียน มัธยมศึกษาจังหวัดตาก ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการ

เก็บข้อมูลสำหรับการวิจัย และที่สำคัญเหนือสิ่งอื่นใด ห้ายนี้
ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ แร่งบันดาลใจ และกำลังใจอันมี
ค่าจาก คุณพ่อ-คุณแม่ รวมทั้งญาติพี่น้องทุกคนซึ่งเปรียบ

เหมือนแรงกระตุ้นให้เกิดพลังในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
จนประสบความสำเร็จ ครบถ้วนสมบูรณ์ตามหลักสูตร
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงศึกษาธิการ. แนวทางการดำเนินงานการปฏิรูปการศึกษา. กรุงเทพฯ: ศูรสภาลาดพร้าว, 2542.
2. สุวริย์ ศรีปุณณะ. การจัดการทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมไทย. เลย: คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย, 2556.
3. อัญญา ถิ่นมาบแค. ปัจจัยการบริหารที่ส่งผลต่อการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมของผู้บริหาร โรงเรียน มูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม, 2545.
4. วินัย วีระวัฒนานนท์. สิ่งแวดล้อมศึกษา. กรุงเทพฯ: โอเอส พรินต์ติ้งเฮาส์, 2546.
5. กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. แนวทางสร้างสรรค์โรงเรียนสิ่งแวดล้อมศึกษาเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Eco-school). โรงพิมพ์สำ นักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. 2555.
6. ชัยฤกษ์ วงษ์เจริญ. การวางแผนกลยุทธ์การจัดการศึกษาแบบมีส่วนร่วมระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานกรณีศึกษา เขตการศึกษา 7. วารสารมหาวิทยาลัยนครสวรรค์. 11(1): 47.2545.
7. Brannick, M. T., Prince, C., and Salas, E. Team performance assessment and measurement. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 1997.
8. ชัยรัช จันท์สมุด. ปัญหาการใช้กระบวนการสิ่งแวดล้อมศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏกาฬสินธุ์. 1(1):พฤษภาคม-สิงหาคม, 2554.
9. จันทนา จันท์บรรจง. การศึกษาแนวทางการบริหารและการจัดการศึกษาขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชิ่ง, 2545.
10. พิณสุดา สิริธรรังศรี. รายงานการปฏิรูปการศึกษาของประเทสวิชแลนด์ สกต. กรุงเทพฯ: อรรถพลการพิมพ์, 2540.
11. สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 38. รายงานประจำปีสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 38. สุโขทัย:สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 38. 2555.
12. เมตต์ เมตต์การุณจิต. การบริหารจัดการศึกษาแบบมีส่วนร่วม: ประชาชน องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นและราชการ. กรุงเทพฯ: บั๊ค พอยท์, 2547
13. รุ่ง แก้วแดง. ปฏิวัติการศึกษาไทย. กรุงเทพฯ: มติชน, 2542.
14. ศิริกาญจน์ โกสุมภ์. การมีส่วนร่วมของชุมชนและโรงเรียนเพื่อการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน. วิทยานิพนธ์กศ.ด., มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ, 2542.

การเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการจัดการเรียนการสอนแบบ 5 ประสาน (ชิปปาโมเดล)
เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นในวิทยาลัยอาชีวศึกษาแห่งหนึ่ง
**LIFE SKILLS PROMOTION WITH FIVE COOPERATE TEACHING MANAGEMENT
PROCESS (CIPPA MODEL) FOR PROMOTE UNWANTED PREGNANCY PREVENTION
ADOLESCENCE AMONG A VOCATIONAL COLLEGE**

มาลัย จินากูล¹, พรรณี บัญชรหัตถกิจ²

Marai Jinakool¹, Panee Banchonhattakit²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นในวิทยาลัยอาชีวศึกษาแห่งหนึ่ง โดยใช้ทฤษฎีพัฒนาทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการจัดการเรียนการสอนแบบ 5 ประสาน มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 31 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตที่สร้างขึ้น โดยให้เข้าร่วมค่ายอบรมเชิงปฏิบัติการเป็นเวลา 2 วัน ซึ่งมีกิจกรรมหลากหลาย ได้แก่ การแสดงบทบาทสมมติ การระดมสมอง การจำลองสถานการณ์ กรณีศึกษาแบบฝึกหัดทบทวนและประเมินตนเอง สรุปองค์ความรู้ นำเสนอหน้าชั้นเรียน และจดบันทึก รวมทั้งมีสื่ออุปกรณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการทดลอง และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา เปรียบเทียบข้อมูลความแตกต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม ใช้สถิติ Pair-test เปรียบเทียบข้อมูลความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และ 95% CI

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศศึกษาสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนด้านความคิดสร้างสรรค์และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ความตระหนักรู้ในตนเองและการเห็นใจผู้อื่น ความภูมิใจในตนเองและความรับผิดชอบต่องาน การตัดสินใจและแก้ไขปัญหา การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การจัดการอารมณ์และความเครียด และความตั้งใจป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

คำสำคัญ : ชิปปาโมเดล, ทักษะชีวิต

Abstract

This study was experimental research that aimed to promote unwanted pregnancy prevention adolescence among a vocational college by life skill development theory with five cooperate teaching approach. 62 participants divided to experiment group and comparison group 31 participants each. The experimental group received the life skills program is built to join a training practice for the two days, where activities including role plays, brainstorming, simulation exercises, case studies, and self-assessment review, knowledge briefing, classroom presentation, take note as well as a media. Data were collected using a questionnaire before and after treatment. Data were analyzed by using descriptive statistics. Compare the differences within the statistical Pair-test to compare differences between group independent t-test statistical significance at 0.05 and 95%.

Results showed that the experimental group had an average score of knowledge and understanding about sexual education was higher than before the experiment and higher than the control group was statistically significant. ($p\text{-value} < 0.001$) and the creative thinking is critical in their awareness and sympathy for others. The self-confidence and social responsibility, decision making and problem solving, communication and relationships between people, manage emotions and stress and intentions to protect themselves from unwanted pregnancy higher than before the intervention and control group was statistically significant higher than before the intervention and control group was statistically significant. ($p\text{-value} < 0.05$).

Keywords: CIPPA MODEL, Life skill

¹ นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นยังเป็นปัญหาที่ทั่วโลกยังให้ความสนใจ โดยจะเห็นได้จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่าหญิงสาวที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี ประมาณ 16 ล้านคน หนึ่งใน 16 ล้านคนให้กำเนิดบุตรทุก ๆ ปี วัยรุ่นส่วนใหญ่มีรายได้ปานกลางไปจนถึงรายได้ต่ำในประเทศ และในขณะที่กำลังตั้งครรภ์ภาวะแทรกซ้อนและการคลอดบุตรจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มนี้ และมีการบันทึกไว้ว่า อัตราการให้กำเนิดบุตรของวัยรุ่นหญิงที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตั้งแต่ปี 1990 และในปี 2014 ที่ผ่านมามี⁽¹⁾

ประเทศไทยมีความพยายามจะแก้ไขปัญหามาจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในกลุ่มวัยรุ่น แต่ก็ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร จากการรายงานผ่านสื่อมวลชนพบเด็กไทยติดอันดับแม่วัยใสตั้งครรภ์ เป็นอันดับ 1 ในเอเชีย และผลสำรวจเอบีแอลโพล ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเด็กไทยยังขาดความเข้าใจในเรื่องเพศ พบร้อยละ 65 ไม่รู้วิธีคุมกำเนิด ร้อยละ 64 และไม่รู้จักป้องกันโรคติดต่อทางเพศ⁽²⁾ และข้อมูลสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ในปี 2557 พบว่าร้อยละของนักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มนักเรียน ปวช. ชั้นปีที่ 2 มีอัตราเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในปี 2552-2557 คิดเป็นร้อยละ 37.4, 41.0, 41.6, 51.1, 45.3, และ 47.1 ตามลำดับ และอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากร 1,000 คน ในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ในปี 2548 คิดเป็น 49.3 และสูงที่สุดในปี 2555 คิดเป็น 53.8 ซึ่งถือว่าเกินเกณฑ์ของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบตัวเลขการคลอดของวัยรุ่นในกลุ่มประเทศใกล้เคียง นับว่าน่าตกใจที่ประเทศไทยมีอัตราการคลอดอยู่ในระดับสูง ขณะที่ญี่ปุ่น เกาหลี จีน สิงคโปร์มีเพียง 2-6 รายต่อ 1,000 คน⁽³⁾

จังหวัดนครราชสีมา มีอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี เกิน 50 คน ต่อพันประชากร ซึ่งในปี 2557 มีจำนวนวัยรุ่นทั้งสิ้น 156,974 คน มีมารดาอายุ 15-19 ปี จำนวน 6,500 และมีอัตราการคลอดมารดาอายุ 15-19 ปี ต่อพันประชากร แยกรายอำเภอที่มีเกณฑ์สูงกว่าที่กำหนด 50 คน ต่อพันประชากร ได้แก่ อำเภอเสิงสาง อำเภอจักราช อำเภอโชคชัย อำเภอพิมาย อำเภอหนองบุญมาก และอำเภอ

สีคิ้ว คิดเป็น 58.0, 59.0, 59.0, 51.0, 57.0 และ 79.0 ตามลำดับ⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นถือว่ายังคงเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข

จากแนวคิดการพัฒนาทักษะขององค์การอนามัยโลก การพัฒนาทักษะชีวิตเป็นการเชื่อมโยงองค์ความรู้ ทักษะ ทศนคติ และค่านิยม ทำให้เกิดพฤติกรรมในทางที่ดี มีพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง บุคคลสามารถป้องกันปัญหาสุขภาพได้ และการนำทักษะชีวิตมาประยุกต์ใช้นั้น จะทำให้รู้จักและเข้าใจตนเองและผู้อื่น มีทักษะในการจัดการปัญหาต่างๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคตได้ สอดคล้องกับภทรภร สุราเสถียรกุล ได้ศึกษาการเสริมสร้างทักษะชีวิต เพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนประถมศึกษา ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาและมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม ดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

เมื่อพิจารณาเหตุผลดังกล่าวข้างต้นทำให้ทราบว่า ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญที่จะต้องได้รับการแก้ไข ผู้วิจัยจึงสนใจและเห็นความสำคัญที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการจัดการเรียนการสอนแบบ 5 ประสาน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นในวิทยาลัยอาชีวศึกษาแห่งหนึ่ง โดยใช้ทฤษฎีพัฒนาทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการจัดการเรียนการสอนแบบ 5 ประสาน เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนมีความคิดสร้างสรรค์ สามารถวิเคราะห์แยกแยะ ประเมินสถานการณ์และแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องความตระหนักรู้เห็นอกเห็นใจผู้อื่น เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง รับผิดชอบต่อสังคม สามารถจัดการอารมณ์และความเครียดของตนเองได้ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการจัดการเรียนการสอนแบบ 5

ประสาน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นในวิทยาลัยอาชีวศึกษาแห่งหนึ่ง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นนักเรียนชายและหญิง ที่ศึกษาในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 1 ภาคเรียนที่ 2 ประจำปีการศึกษา 2558 ของอาชีวศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชายและหญิง ในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 1 ภาคเรียนที่ 2 ประจำปีการศึกษา 2558 อาชีวศึกษาจังหวัดนครราชสีมาแห่งหนึ่ง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร ดังนี้⁽⁷⁾

$$n / \text{Group} = \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$n / \text{Group} = 24 \text{ คน}$$

ปรับขนาดตัวอย่างเพื่อการสูญหายหรือมีการถอนตัวแบบ (Drop Out) ร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่าง 33 คน แต่เมื่อดำเนินการจริงมีจำนวนเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มละ 31 คน สรุปแล้วกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีจำนวนทั้งสิ้น 62 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าเป็นวิทยาลัยฯ ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย เป็นนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 1 อายุต่ำกว่า 18 ปี และยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม **เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย**

เครื่องมือในงานวิจัยนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการจัดการเรียนการสอนแบบ 5 ประสาน (ซิปปาโมเดล) เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นในวิทยาลัยอาชีวศึกษาแห่งหนึ่ง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 9 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา 3) แบบวัดความคิดสร้างสรรค์และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ 4) แบบวัดความ

ตระหนักรู้ในตนเองและเห็นใจผู้อื่น 5) แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองและความรับผิดชอบต่อสังคม 6) แบบวัดทักษะการตัดสินใจและการแก้ปัญหา 7) แบบวัดทักษะการสื่อสารและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 8) แบบวัดทักษะการจัดการอารมณ์และความเครียด และ 9) แบบวัดความตั้งใจป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และใช้สถิติสถิติพรรณนา ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด สถิติอนุมานเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มใช้ใช้สถิติ Paired sample t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มใช้สถิติ Independent sample t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอายุ 16 ปี และเป็นเพศหญิง อาศัยอยู่กับบิดามารดาส่วนใหญ่แล้วบิดามารดายังคงอยู่ด้วยกัน อาชีพของบิดามารดาของนักเรียนประกอบอาชีพรับจ้าง มีรายได้ต่อครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000 ถึง 10,000 บาทต่อเดือน และค่าใช้จ่ายนักเรียนต่อวันของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบต่ำกว่า 100 บาทต่อวัน และยังพอใช้เหลือเก็บ ส่วนวิธีการผ่อนคลายความเครียดส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มจะดูหนังฟังเพลง และคุยเกี่ยวกับกลางคืน ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ้าง บางครั้ง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคูรักหรือแฟน และยังไม่มีความสัมพันธ์ ส่วนการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มทดลองในจำนวนที่มีเพศสัมพันธ์นั้นใช้เป็นบางครั้ง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่มีคูรักหรือแฟน แต่สำหรับกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา ทักษะชีวิต และความตั้งใจป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา ทักษะชีวิต และความตั้งใจป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์
ที่ไม่พึงประสงค์ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ด้าน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean Diff.	95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.				
ความรู้ฯ	8.58	1.57	10.90	1.22	2.84	1.72 ถึง 2.91	7.98	<0.001
ความคิดสร้างสรรค์ฯ	29.25	2.22	32.29	2.61	3.03	2.13 ถึง 3.92	6.91	<0.001
ความตระหนักรู้ในตนเองฯ	38.25	2.65	42.83	2.33	4.58	3.44 ถึง 5.71	8.26	<0.001
การเห็นคุณค่าในตนเองฯ	37.41	2.83	41.70	2.86	4.29	3.16 ถึง 5.41	7.75	<0.001
การตัดสินใจฯ	38.03	4.25	40.70	3.88	2.68	1.10 ถึง 4.25	3.46	<0.002
การสื่อสารฯ	31.09	2.59	34.25	2.25	3.16	2.16 ถึง 4.15	6.49	<0.001
การจัดการอารมณ์ฯ	40.29	4.39	45.32	2.19	5.03	3.55 ถึง 6.51	6.94	<0.001
ความตั้งใจในการป้องกัน	34.32	6.11	41.19	4.42	7.52	5.00 ถึง 8.73	7.52	<0.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 ด้านความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา เท่ากับ 8.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.57 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา เท่ากับ 10.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.22 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังจากทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนมากกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 2.84 (95%CI : 1.72 ถึง 2.91)

ด้านความคิดสร้างสรรค์ฯ พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดสร้างสรรค์และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เท่ากับ 29.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.22 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดสร้างสรรค์และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เท่ากับ 32.29 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.61 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดสร้างสรรค์และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังจากทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนมากกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 3.03 (95%CI : 2.13 ถึง 3.92)

ด้านความตระหนักรู้ในตนเองฯ พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความตระหนักรู้ในตนเองและการเห็นใจผู้อื่น เท่ากับ 38.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.65 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความตระหนักรู้ในตนเองและการเห็นใจผู้อื่น เท่ากับ 42.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.33 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความตระหนักรู้ในตนเองและการเห็นใจผู้อื่น ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังจากทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนมากกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 4.58 (95%CI : 3.44 ถึง 5.71)

การเห็นคุณค่าในตนเองฯ พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองและความรับผิดชอบต่อสังคม เท่ากับ 37.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.83 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองและความรับผิดชอบต่อสังคม เท่ากับ 41.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.86 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองและความรับผิดชอบต่อสังคม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังจากทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนมากกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 4.29 (95%CI : 3.16 ถึง 5.41)

ด้านการตัดสินใจ พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการตัดสินใจและการแก้ปัญหา เท่ากับ 38.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.25 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการตัดสินใจและการแก้ปัญหา เท่ากับ 40.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.88 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการตัดสินใจและการแก้ปัญหา ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังจากทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนมากกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 2.68 (95%CI : 1.10 ถึง 4.25)

ด้านการสื่อสารฯ พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการสื่อสารและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เท่ากับ 31.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.59 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการสื่อสารและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เท่ากับ 34.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.25 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการสื่อสารและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังจากทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนมากกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 3.16 (95%CI : 2.16 ถึง 4.15)

ด้านการจัดการอารมณ์ฯ พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการอารมณ์และความเครียด เท่ากับ 40.29 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.39 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการอารมณ์และความเครียด เท่ากับ 45.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.19 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการอารมณ์และความเครียด ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังจากทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนมากกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 5.03 (95%CI : 3.55 ถึง 6.51)

ด้านความตั้งใจในการป้องกันฯ พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ เท่ากับ 34.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.11 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ เท่ากับ 41.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.42 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังจากทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนมากกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 6.85 (95%CI : 5.00 ถึง 8.73)

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา ทักษะชีวิต และความตั้งใจป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

ด้าน (หลังการทดลอง)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean Diff.	95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.				
ความรู้ฯ	10.90	1.22	8.06	1.93	2.83	2.01 ถึง 3.66	6.91	<0.001
ความคิดสร้างสรรค์ฯ	32.39	2.61	28.74	2.74	3.54	2.18 ถึง 4.90	0.00	<0.001
ความตระหนักรู้ในตนเองฯ	42.83	2.33	38.16	3.22	4.67	3.24 ถึง 6.10	5.53	<0.001
การเห็นคุณค่าในตนเองฯ	41.70	2.86	38.48	4.47	3.22	1.31 ถึง 5.13	5.67	<0.001
การตัดสินใจ	40.70	3.88	35.87	6.53	4.83	2.10 ถึง 7.56	3.54	<0.001
การสื่อสารฯ	34.25	2.55	29.61	4.55	4.64	2.81 ถึง 6.47	5.08	<0.001
การจัดการอารมณ์ฯ	45.32	2.19	36.83	5.50	8.48	6.35 ถึง 10.61	5.67	<0.001
ความตั้งใจในการป้องกัน	41.19	4.42	36.58	7.61	4.61	1.44 ถึง 7.77	2.91	<0.005

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ด้านการสื่อสารฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการสื่อสารและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเท่ากับ 34.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.25 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการสื่อสารและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เท่ากับ 29.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.55 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการสื่อสารและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนน มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการสื่อสารและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 4.64 (95%CI : 2.81 ถึง 6.47)

ด้านการจัดการอารมณ์ฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการอารมณ์และความเครียด เท่ากับ 45.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.19 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการอารมณ์และความเครียด เท่ากับ 36.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5.50 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการอารมณ์และความเครียด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนน มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการอารมณ์และความเครียด มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 8.48 (95%CI : 6.35 ถึง 10.61)

ด้านความตั้งใจในการป้องกันฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ เท่ากับ 41.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.42 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ เท่ากับ 36.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 7.61 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนน มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 4.61 (95%CI 1.44 ถึง 7.77)

สรุปและอภิปรายผล

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเพศศึกษา สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงของคะแนนความรู้ความเข้าใจ

เกี่ยวกับเพศศึกษาของนักเรียนดังกล่าว เป็นผลมาจากการที่นักเรียนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิต ร่วมกับการจัดกระบวนการเรียนการสอนแบบ 5 ประสาน (ซิปปาโมเดล) มาประยุกต์ใช้โดยให้นักเรียนได้มีส่วนร่วม ชีดนักเรียนเป็นศูนย์กลางในการทำกิจกรรม เริ่มจากการให้นักเรียนทบทวนความรู้เดิมด้วยการตั้งคำถามกระตุ้นการคิด เช่น การสนทนาถามตอบเกี่ยวกับเพศศึกษา แล้วให้เชื่อมโยงความรู้เดิมกับความรู้ใหม่จากการที่ผู้วิจัยบรรยายเรื่องเพศศึกษาประกอบสื่อและอุปกรณ์ ได้แก่ วิดิทัศน์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการไม่พร้อมของวัยรุ่น โภจนาและโภชนาการเกี่ยวกับเนื้อหาเพศศึกษา เป็นต้น จัดกลุ่มอภิปรายกลุ่มย่อย 4-5 คน ร่วมสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาด้วยการใช้ทักษะกระบวนการคิด แล้วจดบันทึกลงในสมุด นำเสนอหน้าชั้นเรียนเพื่อแลกเปลี่ยน และช่วยกันตรวจสอบความถูกต้อง แล้วนำความรู้จัดบอร์ด จากผลการศึกษาดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรภร สุราเสถียรกุล และพรณี บัญชรหัตถกิจ (2557)⁽⁶⁾

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดสร้างสรรค์และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้การที่กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนด้านความคิดสร้างสรรค์และการคิดอย่างมีวิจารณญาณนั้น เป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับการจัดกระบวนการเรียนการสอนแบบ 5 ประสาน (ซิปปาโมเดล) มาประยุกต์ใช้โดยให้นักเรียนทุกคนมีส่วนร่วม ในการทำกิจกรรมที่มีชื่อว่า “รักนะ...ทั้งสองคน” และผู้วิจัยให้นักเรียนเริ่มจากการสำรวจอารมณ์และการกระทำของตนเองเมื่อมีความรักความสัมพันธ์ว่าถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ ร่วมกับการประเมินตนเองจากการกระทำต่อคนรัก ชมคลิปวิดีโอ “ความจริงที่ (อ) ยาก จะบอก” แล้วลองจำลองสถานการณ์ว่าตนเองเป็นเช่นนั้นจะมีความรู้สึกอย่างไร ตั้งคำถามและตอบคำถามระหว่างผู้วิจัยกับนักเรียนเพื่อกระตุ้นการคิดที่สร้างสรรค์และการคิดอย่างมีวิจารณญาณของ นำเสนอความคิดเห็นของแต่ละกลุ่มจากการร่วมกันสรุปองค์ความรู้ ทำแบบสำรวจการกระทำของตนเองทั้งด้านบวกและด้านลบ ทำแบบทบทวนความรัก เขียนโปสการ์ดสิ่งที่ได้เรียนรู้ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิด

ของความคิดสร้างสรรค์ (Creative thinking) สามารถทำให้เราตอบสนอง และปรับตัวยืดหยุ่นสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้⁽⁵⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของรัชชัย เอกสันติ (2554)⁽⁸⁾ และสุขสมร ทองมีชัย (2556)⁽⁹⁾

3. ค่าเฉลี่ยของคะแนนการตระหนักรู้ในตนเองและเห็นใจผู้อื่น สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ทั้งนี้การที่กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนด้านการตระหนักรู้ในตนเองและเห็นใจผู้อื่นนั้น เป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิต ร่วมกับการจัดกระบวนการเรียนการสอนแบบ 5 ประสาน (ชิปปาโมเดล) มาประยุกต์ใช้โดยให้นักเรียนทุกคนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม “ฉันเป็นใคร” เริ่มจากการตั้งคำถามและสนทนาความแตกต่างระหว่างบุคคลในสังคม การสร้างการยอมรับและการให้ความเคารพซึ่งกันและกัน แบ่งกลุ่มย่อยเขียนความคิดเห็นต่อกลุ่มคนตามกำหนด วิเคราะห์ความแตกต่างของมนุษย์ สรุปองค์ความรู้ และนำเสนอหน้าชั้นเรียน ตรวจสอบความถูกต้อง ทำแบบทบทวนตนเองฉันเป็นใคร และสอดคล้องกับการศึกษาของชญาธิศา ปินะธา (2555)⁽¹⁰⁾

4. ค่าเฉลี่ยของคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองและความรับผิดชอบต่อสังคม สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ทั้งนี้การที่กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนด้านการเห็นคุณค่าในตนเองและความรับผิดชอบต่อสังคม เป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิต ร่วมกับการจัดกระบวนการเรียนการสอนแบบ 5 ประสาน (ชิปปาโมเดล) มาประยุกต์ใช้โดยให้นักเรียนทุกคนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม “เลือกแบบไหน” เริ่มจากทบทวนความรู้ด้วยการถามตอบ การแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม ยกตัวอย่างวิธีการแสดงความรับผิดชอบ ทำใบงาน ชมสื่อวีดิทัศน์ กำหนดสถานการณ์ให้เลือกกระทำและวิเคราะห์ อภิปรายแก้ปัญหาจากสถานการณ์ สรุปองค์ความรู้โดยใช้ทักษะกระบวนการคิด กระบวนการกลุ่ม แล้วจดบันทึก นำเสนอหน้าชั้นเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของธิดารัตน์ ผลเต็ม (2553)⁽¹¹⁾

5. ค่าเฉลี่ยของคะแนนการตัดสินใจและการแก้ปัญหา สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ทั้งนี้การที่กลุ่มทดลองมี

การเปลี่ยนแปลงของคะแนนด้านการตัดสินใจและการแก้ปัญหา นั้น เป็นผลมาจากการได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิต ร่วมกับการจัดกระบวนการเรียนการสอนแบบ 5 ประสาน (ชิปปาโมเดล) มาประยุกต์ใช้โดยให้นักเรียนทุกคนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม “สารพัดโอกาสเสี่ยง” เริ่มจากการให้นักเรียนอ่านข่าวที่เป็นภัยเกี่ยวกับเรื่องเพศ แสดงบทบาทสมมติการปฏิเสธเพศตรงข้าม ระดมสมองบันทึกการเรียนรู้ ทำใบงาน “สิ่งที่จะเกิดขึ้นถ้าวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์กัน และสิ่งที่จะตามมา จากการมีเพศสัมพันธ์” อภิปรายกลุ่มแก้ปัญหา ให้คิดวิเคราะห์ทั้งด้านบวก ด้านลบ สิ่งที่จะเกิดขึ้นถ้าวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์กัน เพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับตนเอง นำเสนอผลงานหน้าชั้นเรียน สรุปองค์ความรู้ และสอดคล้องกับการศึกษาของเนตรทราย ปัญญาหุณห (2552)⁽¹²⁾

6. ค่าเฉลี่ยของคะแนนการสื่อสารและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ทั้งนี้การที่กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนด้านการสื่อสารและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้น เป็นผลมาจากการได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิต ร่วมกับการจัดกระบวนการเรียนการสอนแบบ 5 ประสาน (ชิปปาโมเดล) มาประยุกต์ใช้โดยให้นักเรียนทุกคนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม “ทำตัวเองหายไปครึ่ง” กิจกรรมนี้ส่งเสริมให้เรียนรู้การที่จะอยู่ร่วมกันและรักษาสัมพันธ์ภาพที่ดีของนักเรียน โดยให้นักเรียนบอกความรู้สึกเมื่อถูกกดดันหรือบังคับ ให้เสนอวิธีการปฏิบัติต่อกันในกลุ่มเพื่อนหรือแฟน เมื่อมีความเห็นต่างกัน เขียนคำตอบลงในกระดาษ ทำท่าทางตามโจทย์ที่ให้และอธิบายความแตกต่างของแต่ละคน ทำใบทบทวนตัวเอง และให้ยกสถานการณ์ต้องเลือกไม่แสดงออกถึงสิ่งที่ชอบ และกดดันให้เพื่อนทำตามความต้องการของตนเอง จำลองสถานการณ์จริงและแก้ไขปัญหาการสื่อสาร แสดงบทบาทสมมติการสร้างสัมพันธ์ภาพ สรุปองค์ความรู้ นำเสนอหน้าชั้นเรียน และสอดคล้องกับการศึกษาของชญาดา คล่องการ (2556)⁽¹³⁾

7. ค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการอารมณ์และความเครียด สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ทั้งนี้

การที่กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนด้านการจัดการอารมณ์และความเครียดนั้น เป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิต ร่วมกับการจัดกระบวนการเรียนการสอนแบบ 5 ประสาน (ซิปปาโมเดล) มาประยุกต์ใช้โดยให้นักเรียนทุกคนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม “อารมณ์ชั่ววูบ” ฝึกปฏิบัติการรับรู้อารมณ์และเท่าทันต่ออารมณ์ที่เกิดขึ้นของตนเองโดยจำลองสถานการณ์สนทนาแสดงความคิดเห็น ถามตอบ จับคู่เพื่อนเปรียบเทียบความเหมือนและความต่างของอารมณ์ตนเอง เขียนกาตุนแทนความรู้สึกและตั้งชื่ออารมณ์ความรู้สึกนั้นกำกับได้รูปภาตุนจากสถานการณ์กำหนด ทำใบทบทวนอารมณ์ตนเองจากสถานการณ์จริงที่ทำให้อารมณ์รุนแรง สรุปองค์ความรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม จดบันทึก และสอดคล้องกับการศึกษาของชิคารัตน์ ผลเต็ม (2553)⁽¹¹⁾

8. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5.1.8 และข้อ 5.2.8 ทั้งนี้การที่กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนด้านความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์นั้น เป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิต ร่วมกับการจัดกระบวนการเรียนการสอนแบบ 5 ประสาน (ซิปปาโมเดล) ซึ่งได้นำแนวคิดของทักษะชีวิตทั้ง 6 กลุ่ม 12 องค์ประกอบมาเป็นหลัก และครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) พุทธิพิสัยประกอบด้วย การให้ความรู้, ความคิดสร้างสรรค์ และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ 2) ด้านเจตคติ ประกอบด้วย ความตระหนักในตนเองและเห็นอกเห็นใจผู้อื่น, ความภูมิใจในตนเองและความรับผิดชอบต่องังคม 3) ด้านทักษะประกอบด้วย การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา, การจัดการ

อารมณ์และความเครียด สอดคล้องกับสมิทธิกร เข็นวัฒนา และคณะ (2556)⁽¹⁴⁾ และอรนุช เอี่ยมสุชา (2554)⁽¹⁵⁾

ข้อเสนอแนะ

1. การทำงานวิจัยกับวัยรุ่นควรประยุกต์การสร้างกระแสให้เกิดความสนใจ และเร้าใจเพื่อนักเรียนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในวงกว้างมากขึ้น
2. ควรให้ครูผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมให้มากยิ่งขึ้น หากครูและผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมแล้วจะสามารถทำให้นักเรียนเกิดกำลังใจที่ปฏิบัติตนให้ทำในทางที่ถูกต้อง
3. ควรเพิ่มคำนิยามทางเพศ เช่น การรักรัณวลสงวนตัว และวัฒนธรรมไทยที่ดิงามเกี่ยวกับเรื่องเพศของวัยรุ่น เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง
4. ควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิต ร่วมกับกระบวนการจัดการเรียนการสอนแบบ 5 ประสาน (ซิปปาโมเดล) ไปประยุกต์หรือทดลองใช้กับปัญหาอื่นๆ เช่น การสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ปัญหาการทะเลาะวิวาท โดยเฉพาะนักเรียน นักศึกษาอาชีวศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.พรรณี บัญชรหัดกิจ ที่ได้ให้ความรู้ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ทั้งยังช่วยตรวจสอบข้อบกพร่องของของเอกสารให้มีความสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุจิรา ดวงสงค์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนิดา ผาติเสนะ และ อาจารย์สาริสา สุนทรารักษ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์เสียสละเวลาในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย ขอขอบพระคุณ นายมินวัชร จินาภูล คณะผู้บริหาร คณะครู วิทยาลัยอาชีวศึกษานครราชสีมา วิทยาลัยอาชีวศึกษาขอนแก่น และทีมเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน ที่คอยอำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรมการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณนักเรียน นักศึกษา วิทยาลัยทั้ง 2 แห่ง ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. **Adolescent health**. 2015. Retrieved August 31, 2015, form http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/
2. มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว. **ตะลึงเด็กไทยติดอันดับเด็กตั่งครร์กติดอันดับ 1 ในเอเชีย**. 2558. ค้นเมื่อ 1 กันยายน 2558, จาก <http://www.familynetwork.or.th/node/15879>
3. สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์. **สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน**. นนทบุรี: สำนัก, 2557.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. **โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครร์กในกลุ่มวัยรุ่น** นครราชสีมา: สำนักงาน, 2558. (เอกสารอัดเสนา)
5. World Health Organization. **Life Skill Education in Schools**. Geneva: World Health Organization, 1997.
6. ภัทธกร สุราเสถียรกุล และพรณี บัญชรหัตถกิจ. การเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการกลุ่มและการเสริมแรงเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**, 8(2), 17-24, 2557.
7. อรุณ จิรวัดนกุล, **สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์, 2553
8. ชวิชัย เอกสันติ. **การประยุกต์ทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อปรับพฤติกรรมการเล่นเกมส์ออนไลน์ของวัยรุ่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุข ศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554.
9. สุขสมร ทองมีชัย. **ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนแห่งหนึ่งในนครหลวงเวียงจันทร์ ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2556.
10. ชญาธิศา ปินะดา. **ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2555.
11. ชิดรัตน์ ผลเต็ม. **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้การสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.
12. เนตรทราย ปัญญะพันธ์. **การเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดประจวบคีรีขันธ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552.
13. ชญาดา คล่องการ. **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการประยุกต์ใช้การสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการตั้งครร์กในวัยรุ่นในโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอห้วยแถลง จังหวัดนครราชสีมา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2556.
14. สมทิทธิกร เอ็นวัฒนา และคณะ. **โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างเจตคติและความภูมิใจในตนเองต่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น**. **วารสารสุขภาพ**, 36(123), 9-21, 2556.
15. อรุณช เอี่ยมสุภา. **การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นหญิงในสถานศึกษาสังกัดอำเภอชีวิตศึกษา จังหวัดนครปฐม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2554.

ผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยง อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู

Effects of Health Education Program by Applying Protection Motivation Theory, Group Process and Social Support among Risk Group in Changing Behavior Liver Fluke Prevention in Nonsang District, Nongbualamphu Province

ปาริดา โสโท¹ พรรณี บัญชรหัตถกิจ²
Parida Sotho¹ Pannee Banchonhattakit²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู กลุ่มตัวอย่างจำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 31 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมการให้ความรู้โดยการบรรยายจากวิทยากร คู่มือวีดิทัศน์ การเข้ากลุ่มเพื่อร่วมกันอภิปรายและเสนอความคิดเห็น รับฟังประสบการณ์จากตัวแบบ และการออกเยี่ยมบ้าน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับสุขภาพศึกษาในระบบบริการสาธารณสุขปกติระยะเวลาในการทดลอง 10 สัปดาห์ และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนด้วยสถิติ Paired Sample t-test และ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค การรับรู้ผลพวงจากการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ผลการตรวจพยาธิใบไม้ตับก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 9.86 และร้อยละ 6.45 ตามลำดับ ส่วนหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตรวจไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ

คำสำคัญ: โรคพยาธิใบไม้ตับ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, โปรแกรมสุขภาพศึกษา

Abstract

This quasi-experiment aimed to study the result of health education program by Applying Protection Motivation Theory, Group Process and Social Support in Changing Behavior Liver Fluke Prevention in Nonsang District, Nongbualamphu Province. Total 62 samples were divided into 31 experimental group and 31 comparison group. The experimental group received health education program includes multimedia, group process such as group discussion on OV infectious patient case studies, group sharing experience of food behavior changing, and home visits program while the comparison group received only individual health education from public health officers. The duration of implementation was 10 weeks. Data were collected by administrative questionnaire. Paired sample t-test and Independent t-test were used to test the comparative within group and between groups at the .05 level of significance.

The results revealed that mean scores of knowledge, perceived severity of a threatened event, perceived probability of the occurrence, expectation of response efficacy, and self-efficacy, and practice of preventive behavior change were statistically significant higher than before the experiment and higher than the comparison group ($p\text{-value}<0.05$) and found liver fluke infection rates decline ($p\text{-value}<0.05$). Before experiment the examination of parasite, showed that the experimental group and comparison group infections liver fluke were 9.86% and 6.45%, respectively. After experiment the risk group did not found infections liver fluke.

Key words: Liver Fluke, Behavior Modification, Health Education Program

¹นักศึกษาลัทธิศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

จากประชากรโลก 600 ล้านคน พบติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากในเอเชีย และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยชนิดของพยาธิใบไม้ตับที่พบมากที่สุดได้แก่ *O. viverrini* *C. Sinensis* และ *O. Felineus* สำหรับประเทศไทย กัมพูชา ลาว และเวียดนาม พบชนิด *O.viverrini* ประมาณร้อยละ 40 – 80⁽¹⁾ ประเทศไทยพบว่ามีคนไทยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับประมาณ 8 ล้านคน โดยเฉพาะพบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับประมาณ 1.5 – 2 ล้านคน และติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากที่สุดในประเทศ อัตราของโรคพยาธิใบไม้ตับยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่กว่า 5000 ราย โดยประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการป่วยเป็นมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลกคือ 30 – 40 คนต่อประชากร 100,000 คน ค่าเฉลี่ยของประเทศไทยอยู่ที่ 10 – 15 คน ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของโลกอยู่ที่ประมาณ 1 – 2 คนต่อประชากร 100,000 คน⁽²⁾ ในปีพ.ศ. 2556 พบสาเหตุการตายจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีจำนวนถึง 15,415 ราย จังหวัดหนองบัวลำภูจากการสำรวจอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับปี 2556 พบประชาชนติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 22.14 ซึ่งเกินร้อยละ 5 ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด พบผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีจำนวน 225 ราย และจากอัตราการตายจำแนกตามสาเหตุต่อประชากร 100,000 คน ตั้งแต่ปี 2553 – 2555 ในจังหวัดหนองบัวลำภูพบว่าโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 คือ 57.9 , 54.8 , 51.8 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ⁽³⁾ โดยผู้ว่าราชการจังหวัดหนองบัวลำภูได้กำหนดให้โรคพยาธิใบไม้ตับและการเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีเป็นนโยบายสำคัญอันดับหนึ่งของจังหวัดตั้งแต่ปีพ.ศ. 2555 เป็นต้น มาจากการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า ส่วนใหญ่ประชาชนมีทัศนคติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารปลาดิบยังคงมีความเชื่อผิดๆ คือ มีการรับประทานปลาดิบกับเหล้าทำให้ร่างกายแข็งแรง มีแรงงาน จึงมีการรับประทานอาหารเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ แสดงให้เห็นว่าประชาชนยังชอบรับประทานอาหารปลาดิบอยู่ และไม่กลัวอันตรายของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี จากสภาพปัญหาของจังหวัด

หนองบัวลำภูที่พบว่าสาเหตุการตายอันดับหนึ่งคือโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีสาเหตุสำคัญมาจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ อีกทั้งนโยบายที่สำคัญอันดับหนึ่งของจังหวัดคือโรคพยาธิใบไม้ตับและการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้เพื่อลดอัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดหนองบัวลำภู

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มอายุ 40–60 ปี อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest two group design) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น แต่จะได้รับความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระบบบริการปกติและในชีวิตประจำวันอื่นๆ เช่น สื่อโทรทัศน์ วิทยุ ป้ายรณรงค์ เป็นต้น ระยะเวลาการดำเนินการในการศึกษา 10 สัปดาห์

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มอายุ 40-60 ปี อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ใช้สูตรการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁽⁴⁾ ซึ่งเมื่อแทนค่าในสูตรแล้วจะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 62 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 31 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามวัดก่อนและหลังการทดลอง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งน้ำสาธารณะ ในชุมชน การบริโภคปลาน้ำจืดเกล็ดขาวดิบ ประวัติมีญาติป่วยเป็นโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้ลักษณะคำถามเป็นแบบ 4 ตัวเลือก โดยให้ผู้ตอบเลือกข้อที่คิดว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว โดยให้คะแนนข้อที่ตอบถูกต้อง 1 ข้อที่ตอบผิดได้ 0

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินอันตรายของโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินการเผชิญปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย การคาดหวัง ผลลัพธ์จากการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และรับรู้ความสามารถของตนเองในการที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (11 ข้อ) คะแนนเต็ม 33 คะแนน ลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวก และด้านลบ ลักษณะคำถามเป็นการวัดความถี่ในการปฏิบัติตัว มี 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในส่วนของการทำกิจกรรม ได้แก่ วิดีทัศน์ แผ่นพับ โปสเตอร์ การเล่าเรื่องจากตัวแบบ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และอาจารย์ที่ปรึกษา ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ และนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item objective congruence index: IOC) ควรมีค่าตั้งแต่ 0.5 -1.00 ค่าที่ได้เท่ากับ 0.87 จากนั้นตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (validity) โดยตัวแปรความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้วิธีการวัดของคูเคอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuker-Richardson 20: KR 20) เพื่อหาค่าจำแนกความยาก

ง่าย r มากกว่า 0.7 ค่าที่ได้เท่ากับ 0.74 และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นไม่น้อยกว่า 0.70 ซึ่งได้ค่าดังนี้ ตัวแปรด้านการประเมินอันตรายของโรคพยาธิใบไม้ตับ การประเมินการเผชิญปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับได้ 0.72 ตัวแปรด้านการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ 0.83

วิธีดำเนินการศึกษา

1. หลังจากได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้ว ผู้วิจัยได้ทำหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนสัง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย เตรียมผู้ช่วยเหลือวิจัย ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 2 คน โดยจัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด ขั้นตอนในการให้เป็นแนวเดียวกัน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มเปรียบเทียบที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้และ นัดหมายกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการจัดกิจกรรมโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและกระบวนการกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตามที่กำหนด ใช้เวลา 10 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 เริ่มจากกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อละลายพฤติกรรมกลุ่มตัวอย่างก่อนแบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละ 5-6 คน จากนั้นทำแบบประเมินก่อนทดลองโดยใช้แบบสอบถาม จากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี สาเหตุ อาการ แนวทางป้องกัน โดยเปิดวีดิทัศน์ รูปภาพ แผ่นพับ และวิทยากรบรรยาย จากนั้นแบ่งกลุ่มร่วมกันอภิปราย ตอบคำถามหรือแสดงความคิดเห็น

กิจกรรมครั้งที่ 2 ทบทวนความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ เข้ากลุ่มอภิปรายร่วมกันเสนอความคิดเห็นและเขียนสาเหตุ อาการ แนวทางป้องกัน ที่ตนเองเข้าใจ แล้วนำเสนอความคิดเห็นของแต่ละกลุ่ม เพื่อดูว่ากลุ่มตัวอย่าง

มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีมากเพียงใด

กิจกรรมครั้งที่ 3 กิจกรรมบรรยายให้ความรู้ เน้นการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ รูปภาพ โปสเตอร์ การเล่าเรื่องจากตัวแบบที่เคยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับและได้รับการตรวจรักษาจนหายแล้ว และร่วมกันเล่าเรื่องที่ตนเองพบเห็นมาจากการที่มีบุคคลในชุมชนเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับหรือครอบครัวที่มีบุคคลสูญเสียจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี ได้มาร่วมเล่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ความรุนแรงของโรคและเกิดความรู้สึกกลัว

กิจกรรมครั้งที่ 4 กิจกรรมบรรยายให้ความรู้ เน้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ รูปภาพ โปสเตอร์ มีการสร้างสถานการณ์สมมติจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นว่าพฤติกรรมดังกล่าวเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือไม่เพราะเหตุใด จากนั้นให้เขียนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับของตนเองว่าพฤติกรรมใดบ้างที่ตนปฏิบัติหรือเคยปฏิบัติและคิดว่าเป็นเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ร่วมกันอภิปรายในกลุ่มย่อย จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บรวบรวมมาสรุป แล้วนำข้อสรุปแต่ละกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจในพฤติกรรมของตนเองว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือไม่

กิจกรรมครั้งที่ 5 สร้างความคาดหวังในผลลัพธ์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี มีการนำตัวแบบที่เคยป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับแต่รักษาหายแล้วมาเล่าประสบการณ์ แล้วให้เข้ากลุ่มเพื่อร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน และสรุปหัวข้อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีว่ามีแนวทางใดได้บ้างตามความเข้าใจ

กิจกรรมครั้งที่ 6 สร้างความคาดหวังความสามารถของคนในการที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

และโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีการนำเสนออาหารต่างๆ ที่เสี่ยงต่อการได้รับเชื้อพยาธิใบไม้ตับในรูปแบบภาพและวิดีโอ จากนั้นให้เสนอความคิดเห็นโดยการเขียนลงในแผ่นกระดาษว่าตนเองมีวิธีการปฏิบัติอย่างไรบ้างในป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แล้วนำมาสรุปแนวทางร่วมกัน

กิจกรรมครั้งที่ 7 ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย และเพื่อนในกลุ่มย่อยร่วมกันออกเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง “พาแลง” โดยออกเยี่ยมในช่วงเย็นเพื่อสังเกตอาหารและการปรุงอาหารแต่ละครัวเรือน ร่วมพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มตัวอย่าง ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) ค่าต่ำสุด (min) ค่าสูงสุด (max) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้ Independent t-test, Paired t-test, และ 95%CI กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.5 และร้อยละ 51.6 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 46- 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.5 และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่อายุ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 58 กลุ่มทดลองส่วนมากมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,001-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 35.5 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนมากมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 38.7 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และในชุมชนจะมีสระน้ำสาธารณะไว้จับปลา คิดเป็นร้อยละ 96.8 และร้อยละ 74.2 ตามลำดับ

ตาราง 1 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค แรงจูงใจ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=31)		กลุ่ม เปรียบเทียบ (n=31)		Mean Difference	t	95% CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D				
1.ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ	9.03	0.87	6.42	1.20	2.61	9.78	2.07 ถึง 3.14	<0.001*
2.การประเมินอันตรายของโรคพยาธิใบไม้ตับ	27.68	2.63	20.03	2.74	7.65	11.22	6.28 ถึง 9.01	<0.001*
2.1การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ								
2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิ ใบไม้ตับ	16.71	1.83	12.42	2.71	4.29	7.23	3.12 ถึง 5.46	<0.001*
3.การประเมินการเผชิญปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ	14.35	1.08	10.58	1.86	3.77	9.76	3.00 ถึง 4.55	<0.001*
3.1 ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ								
3.2 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการ ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ								
4.การปฏิบัติในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	31.26	0.99	25.45	3.30	5.81	9.36	4.57 ถึง 7.06	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 สรุปผลได้ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ 9.03 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.87 คะแนน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับเท่ากับ 6.42 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.20 คะแนน และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001, 95% CI : 2.07 ถึง 3.14)

2. การประเมินอันตรายของโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ 2.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังการทดลอง พบว่าผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 7.65 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001, 95%

CI: 6.28 ถึง 9.01) 2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังการทดลอง พบว่าผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 4.29 คะแนน หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05, 95% CI: -3.12 ถึง 5.46)

3. การประเมินการเผชิญปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ 3.1 ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการปฏิบัติ หลังการทดลอง พบว่าผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 3.77 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001, 95% CI: 3.00 ถึง 4.55) 3.2 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังการทดลอง พบว่าผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองกับกลุ่ม

เปรียบเทียบเท่ากับ 2.90 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$, 95% CI: 2.21 ถึง 3.59)

4. การปฏิบัติในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังการทดลอง พบว่าผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวใน

การป้องกันตนเองจากโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 5.81 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากโรคพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$, 95% CI: 4.57 ถึง 7.06)

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

ผลการตรวจอุจจาระ	กลุ่มทดลอง (n=31)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=31)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ก่อนทดลอง	3	9.68	2	6.45
2. หลังทดลอง	0	0.0	0	0.0

จากตาราง 2 ผลการตรวจพยาธิพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองตรวจพบพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 9.68 และกลุ่มเปรียบเทียบตรวจพบพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 6.45 หลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตรวจไม่พบพยาธิใบไม้

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อป้องกันโรคร่วมกับกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยง อ. โนนสัง จ. หนองบัวลำภู พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ จากการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและกลุ่มทดลองยังมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งการที่กลุ่ม

ทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับดีขึ้น เป็นผลจากการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ สาเหตุ อาการ แนวทางป้องกัน โดยเปิดวีดิทัศน์ รูปภาพ แผ่นพับ และวิทยากรบรรยาย จากนั้นแบ่งกลุ่มร่วมกันอภิปราย ตอบคำถามหรือแสดงความคิดเห็น หลังจากนั้นแต่ละกลุ่มออกมานำเสนอ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษา สาทิต เสด็จ⁽⁵⁾ ได้ศึกษาผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างการประชุมที่ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการมีส่วนร่วมและคู่มือในกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับ โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมบรรยายให้ความรู้ ชมวีดิทัศน์ กระบวนการมีส่วนร่วม กระตุ้นเตือนและแจกคู่มือ ตรวจไข่พยาธิ หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของไมตรี ไปะพรหม⁽⁶⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนารอบครัว โดยใช้วิทยุแรงสูงเพื่อป้องกันโรคและกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ดำเนินการอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนารอบครัวโดยใช้วิธีบรรยาย คู่มือวีดิทัศน์ อภิปรายกลุ่ม ศึกษาจากกรณีตัวอย่าง ตัวแบบ คู่มือและแผ่น

พบเรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบนั้นหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 0.81 คะแนน ซึ่งอาจเกิดจากกลุ่มเปรียบเทียบได้รับสุศึกษาจากทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ หรือจากสื่อต่างๆ ในชีวิตประจำวัน

2. ด้านการประเมินอันตรายต่อสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ (2.1) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ การศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผลต่างคะแนนกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งการที่กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับดีขึ้น เป็นผลจากการได้รับโปรแกรมสุศึกษาโดยการบรรยายให้ความรู้ ดูวีดิทัศน์ รูปภาพ โปสเตอร์ การเล่าเรื่องจากตัวแบบที่เคยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับและได้รับการตรวจรักษาจนหายแล้ว และร่วมกันเล่าเรื่องที่ตนเองพบเห็นมาจากการที่มีบุคคลในชุมชนเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับหรือครอบครัวที่มีบุคคลสูญเสียจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้มาร่วมเล่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และร่วมกันอภิปรายเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ความรุนแรงของโรคและเกิดความกลัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิวัชญ์ ทองนาคเมือง⁽⁷⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในนักเรียนประถมศึกษา อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองมี ค่าเฉลี่ยการ

รับรู้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นจากก่อนการทดลอง 0.52 คะแนน ซึ่งอาจเกิดจากการได้รับสื่อต่างๆ ที่ใช้ในชีวิตรประจำวัน ทำให้มีความเข้าใจและตระหนักมากขึ้น (2.2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นจากก่อนการทดลอง 0.52 คะแนน ซึ่งอาจเกิดจากการได้รับสื่อต่างๆ ที่ใช้ในชีวิตรประจำวัน ทำให้มีความเข้าใจและตระหนักมากขึ้น (2.2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผลต่างคะแนนกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ผลการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้จากการรับโปรแกรมสุศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีโดยมีกิจกรรมคือบรรยายให้ความรู้เรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ สื่อวีดิทัศน์ รูปภาพ โปสเตอร์ สร้างสถานการณ์สมมติจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นว่าพฤติกรรมดังกล่าวเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือไม่เพราะเหตุใด ให้เขียนแสดงความคิดเห็นว่าพฤติกรรมใดบ้างของตนเองที่ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ อภิปรายในกลุ่มย่อยและสรุปร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชนิวรรณ แก้วโพธิ์เพ็ก⁽⁸⁾ ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้สุศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งนำไปสู่การเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในเด็กนักเรียนประถมศึกษา ปีที่ 4-6 ตำบลทรายทอง อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ด้านการประเมินการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย ความคาดหวังผลลัพธ์จากการปฏิบัติ และความคาดหวังความสามารถของตนเองในการ

ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (3.1) ความคาดหวังผลลัพธ์จากการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังผลลัพธ์จากการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผลต่างคะแนนกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงเกิดจากการเข้ารับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยมีการนำตัวแบบที่เคยป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับแต่รักษาหายแล้วมาเล่าประสบการณ์ การเข้ากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน และสรุปหัวข้อการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรชานนท์ งามใจรัก⁽⁹⁾ ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยกลุ่มทดลองได้รับการบรรยาย นำเสนอตัวแบบ การพูดชักชวน บทความ ประมวลคำขวัญ และการอภิปรายกลุ่ม การได้รับการสนับสนุนทางสังคม หลังการทดลองพบว่าความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความคาดหวังในผลการตอบ สนองในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่ การได้รับแรงสนับสนุนจากผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (3.2) ความคาดหวังความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผลต่างคะแนนกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่ง

ผลการเปลี่ยนแปลงเกิดจากการเข้ารับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยมีการนำเสนออาหารต่างๆ ที่เสี่ยงต่อการได้รับเชื้อพยาธิใบไม้ตับในแบบรูปภาพและวิดีโอ นำเสนอความคิดเห็นของตนเองว่ามีวิธีการปฏิบัติอย่างไรบ้างในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และนำมาสรุปแนวทางร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา อึ้งปิฎกมานะ⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงโดยยึด

ชุมชนเป็นฐานและการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี หลังการทดลองพบว่าความคาดหวังความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ด้านการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผลต่างคะแนนกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงเกิดจากการเข้ารับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Strandgaard et al.⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาการรับรู้ การปฏิบัติตัวและพฤติกรรมของประชาชนระหว่าง 2 หมู่บ้านใน สปป.ลาว โดยใช้การสัมภาษณ์ สันทนากลุ่ม และให้สุขศึกษา พบว่าหมู่บ้านที่ได้รับการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การปฏิบัติตัว และพฤติกรรมดีขึ้นกว่าหมู่บ้านที่ไม่ได้รับสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการปฏิบัติตนเพิ่มมากขึ้นจากก่อนการทดลอง 0.61 คะแนน อาจเกิดขึ้นจากการที่ได้รับสื่อต่างๆ ในชีวิตประจำวันและได้รับสุขศึกษาจากทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นใน 2 ด้าน คือ ด้านความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและการรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งสองด้านนี้อาจทำให้มีการปฏิบัติที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การให้โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีประสิทธิผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ การประเมินการเผชิญปัญหา และพฤติกรรมในการปฏิบัติมากขึ้น จึงควรนำโปรแกรมสุขศึกษาไปใช้ในการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมในประชาชนกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มทั่วไป เพื่อเป็นการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

2. การตรวจไข่พยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังการทดลองควรมีระยะเวลาห่างกันอย่างน้อย 6 เดือน ถึง 1 ปี เพื่อผลการตรวจที่ชัดเจน

3. ควรศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคมในระยะยาว เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

4. ควรมีโครงการจัดทำในกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น กลุ่มแม่บ้านหรือผู้ที่เป็นคนปรุงอาหารในแต่ละครัวเรือน กลุ่ม

เยาวชนเพื่อเป็นการปลูกฝังพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ถูกต้อง และให้เกิดความตระหนักในโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.พรณี บัญชรหัตถกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่รพ.สต. โสกก้านเหลืองและรพ.สต. นิคมพัฒนา ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Maclean JD, Cross J, et al. Liver, lung, and intestinal fluke infections. In: Guerrant RL, Walker DH, Weller PF, editors. **Tropical infectious diseases: Principles, pathogens and practice**. 3rd ed. Philadelphia: Churchill Livingstone. 1349-50. 2006.
2. พรธนวิ ชัยอินคำ. ท้นโลกสุขภาพ. **ชีวจิต**. 2555(324) 2555: 12.
3. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. **จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน**. <http://www.bps.moph.go.th/healthinformation/statistic56>. 12 กันยายน 2557.
4. อรุณ จิรวัฒน์กุล. **ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. คลังนาโนวิทยา ขอนแก่น, 2548.
5. สาทิต เสดิ. การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมและคู่มือในกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับ อำเภอโนนสูง จังหวัดหนองบัวลำภู [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2552.
6. ไมตรี ไปะพรหม. **ผลของโปรแกรมพัฒนาครอบครัว โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามลำพำ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร** [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2554.
7. ศิวัญ ทองนาเมือง, รุจิรา ดวงสงค์. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในนักเรียนประถมศึกษา อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด. **ว.วิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**. 2555(12) 2555: 80-91.
8. รัชนิวรรณ แก้วโพนเพ็ก. **ประสิทธิผลของโปรแกรมให้สุขภาพโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งนำไปสู่การเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในเด็กนักเรียนประถมศึกษา ตำบลทรายทอง อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู** [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2552.
9. รชานนท์ วัฒนใจรัก. **ผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น**. **ว.วิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**. 2552(2) 2552: 45-57.
10. อังคณา อึ้งปิตมานะ. **การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงโดยยึดชุมชนเป็นฐานและการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม** [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2554.
11. Strandgaard H, Johansen MV, et al. Local perceptions and practices in regard to opisthorchiasis in two villages in Lao PDR. **Southeast Asian J Trop Med Public Health**. 2008(39) 2008: 19-26.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่ม
เสี่ยงสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนเพ็ก อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

Effect of Health Promotion Program by Thai Traditional Medicine Knowledge for Diabetes
Prevention among High Risk Group in District Hospital Health Promotion Ban Nonpek

Maharakham Province

ธิดาภรณ์ ไสโส¹ และพรรณี บัญชรหัตถกิจ²

Thidaporn Saisok¹ and Pannee Banchonhattakit²

บทคัดย่อ

ปัจจุบันความชุกโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และเป็นปัญหาใหญ่ของสาธารณสุข การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบ
นวัตกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยใน
การป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงสูง การวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 40)
การจัดกิจกรรมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ประสบการณ์การเรียนรู้ โดยการบรรยาย การปฏิบัติ
ตามคู่มือ การบันทึกพฤติกรรมสุขภาพในสมุดบันทึก (Diary) มีบุคคลต้นแบบ และส่งเสริมสุขภาพโดยการเยี่ยมบ้าน เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์
รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้
Paired samples t-test และ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย
ในด้านความรู้ ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ และการปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ระดับน้ำตาลในเลือดและค่าดัชนีมวลกาย ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง
และกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) อย่างไรก็ตามด้านการรับรู้ความสามารถของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและ
กลุ่มเปรียบเทียบ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05)

คำสำคัญ : โรคเบาหวาน, แพทย์แผนไทย, โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

Abstract

Nowadays, the prevalence of chronic diseases dramatically increases. Diabetes Mellitus (DM) is a big problem in public health. This
study aimed to test an innovative health behavior modification program by application of self-efficacy theory and knowledge about Thai
traditional medicine for DM prevention among high risk group. This Quasi-Experimental research included 80 samples; an experimental
group and a comparison group (n=40). Intervention of health behavior modification program included learning experience, practicing on
guidebook, recording on diary behavior, modeling, and encouraging by home visits. The duration of intervention was 10 weeks. Data were
collected by questionnaires. The comparison of mean scores within groups and between groups was analyzed by Paired samples t-test and
Independent t-test at statistically significance 0.05 level.

The study result After the experiment, the knowledge about Thai traditional medicine to preventing DM of the experimental group
had higher mean scores of knowledge, expectation of result, and practice in terms of eating, exercise and stress, than before the experiment
and higher than the comparison group significantly (p-value < 0.05). Blood sugar rate and Body Mass Index (BMI) after the experiment, the
experimental group had a lower average than before the experiment and lower than the comparison group. However, after the experiment, the
expectation of self-efficacy of the experimental group had no significantly higher than the comparison group (p-value > 0.05)

Key word: Diabetes Mellitus, Thai traditional medicine, Health promotion program.

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ (ผู้รับผิดชอบบทความ)

บทนำ

ปัจจุบันเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ประชาชนมีการแข่งขันกันมากขึ้น และเวลาในการดูแลสุขภาพน้อยลง จึงส่งผลให้ประชาชนในปัจจุบันมีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น และโรคเป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุขในระดับโลก คือโรคเบาหวานข้อมูลจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International diabetes Federation: IDF) ได้มีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึง 435 ล้านคน⁽¹⁾ ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม มีทั้งสิ้น 19,366 คน ซึ่งจะพบมากในผู้ป่วยอายุ 35 ปีขึ้นไป และจากรายงานคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนเพ็ก ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า อัตราของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 32.04 เมื่อเทียบอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูง⁽²⁾ โดยปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานตามเกณฑ์ของ (International Diabetes Federation, 2012) ได้แก่ อายุ 35 ปีขึ้นไป มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² ผู้ชายมีรอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตร ผู้หญิงมีรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน มีกิจกรรมทางร่างกายน้อยไม่การออกกำลังกาย รับประทานอาหารมากเกินไป รับประทานผักและผลไม้ค่อนข้างน้อย พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และมีความเครียดสะสมจากการทำงาน

ปัจจุบันได้มีการนำความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริหารร่างกายแบบไทยด้วยท่าฤๅษีดัดตน การควบคุมอาหาร⁽³⁾ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงกลุ่มโรคเมตาบอลิกด้วยการแพทย์แผนไทย พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมและเลือกบริโภคอาหาร มีการออกกำลังกาย สามารถควบคุมหรือลดน้ำหนักได้อย่างน้อยสัปดาห์ละ ½ กิโลกรัม นอกจากนี้การควบคุมอารมณ์โดยการฝึกทำสมาธิ พบว่าการทำสมาธิ สวดมนต์ ส่งผลให้เกิดความผ่อนคลายจากความเครียด สามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้

จากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self - efficacy) (Bandura, 1977)⁽⁴⁾ หมายถึง การรับรู้ความสามารถ

ของบุคคล ทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมออกมา ถ้าหากพฤติกรรมนั้นเป็นสิ่งที่ตนเองรับรู้ว่าจะประสบผลสำเร็จในอนาคต จะปฏิบัติเช่นนั้นอย่างต่อเนื่อง จึงมีผลต่อการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น หรือไม่แสดงพฤติกรรมนั้นออกมา โดยบุคคลสามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองได้จากประสบการณ์ที่เคยผ่านมา และจากการประสบความสำเร็จจากการใช้แบบอย่างในสถานการณ์คล้ายคลึงกันใกล้เคียงกัน การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ต่อความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ออกมา

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้การรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยของกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนเพ็ก อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม และเนื่องจากผู้วิจัยมีความรู้ความสามารถด้านการแพทย์แผนไทยจึงต้องการนำเอาความรู้ด้านแพทย์แผนไทยมาปรับใช้ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานตลอดจนประชาชนภายในชุมชน เพื่อให้มีประชาชนสามารถดูแลตนเอง และสามารถปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและลดอัตราการเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนเพ็ก อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 40 คน รวม 80 คน โดยมีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group Pretest-Posttest Design) โดยกลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์ความสามารถตนเองร่วมกับความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยของกลุ่มเสี่ยง

เบาหวาน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับคำแนะนำสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามปกติ ระยะเวลาในการศึกษา 10 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษาคือประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวานที่มีอายุ 35 - 59 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองประจำปี 2558 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือด 100-125 mg% มีระดับดัชนีมวลกาย $> 25 \text{ kg/m}^2$ ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 40 คน สุ่มตัวอย่างโดย คัดเลือกพื้นที่ตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีทั้งหมด 14 ตำบล ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก 2 ครั้ง โดยการจับสลากครั้งแรกเป็นกลุ่มทดลองพื้นที่ได้ทำการศึกษาคือ ตำบลบ้านโนนเพ็ก และจับสลากครั้งที่ 2 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ตำบลบ้านอุบราช และจากรายชื่อกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองในปี 2558 ทั้งหมดและนำมาคัดเลือกตามเกณฑ์เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน และทำการสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน โดยคัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งกระบวนการเป็น 3 ขั้นตอน คือ Class Continuous และ Club ประกอบด้วย 1) กิจกรรมห้องการเรียนรู้ (Class) คือ จากการฟังบรรยาย วิดีโอ การสาธิตและการยกตัวอย่างประกอบ 2) กิจกรรมกลุ่มในการเรียนรู้ (Club) คือ เน้นการปฏิบัติด้วยตนเองในการออกกำลังกายและทำสมาธิ 3) กิจกรรมการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (Continuous) คือ การจดบันทึกลงในสมุด (Diary) การออกติดตามเยี่ยมบ้าน

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในความสามารถตนเอง และการปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย หาค่าความเที่ยงของแบบทดสอบโดยใช้วิธี (Kuder-Richarson: KR-20) ได้ค่าความเที่ยง 0.78 ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง ด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และด้านการปฏิบัติตัวเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ใช้วิธี Cronbach's alpha coefficient ได้ค่า 0.80, 0.71 และ 0.82 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการศึกษา

การดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักการแพทย์แผนไทย โดยใช้หลักการตามกระบวนการ 3 C ได้แก่ Class Club และ Continuous มีกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. กิจกรรมห้องการเรียนรู้ (Class) เป็นการให้ความรู้ ตรวจสอบสุขภาพ ประเมินสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ตรวจหาเหตุเจ้าเรือน เช่น กิจกรรมการอบรมการให้ความรู้ โดยการสอน การบรรยาย การยกตัวอย่างประกอบ ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 เรื่องการรับประทานอาหารตามเมนูธาตุเจ้าเรือน พร้อมทั้งฝึกการทำยา 4 ธาตุ และการทำผงขุรสาจากธรรมชาติ สัปดาห์ที่ 2 เรื่องการออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน สัปดาห์ที่ 3 เรื่องการทำสมาธิ และการกำหนดหายใจเข้าออก

2. กิจกรรมกลุ่มในการเรียนรู้ (Club) เป็นการเน้นการปฏิบัติด้วยตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระยะการดำเนินการในสัปดาห์ที่ 4-8 ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหาร ออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน และการควบคุมอารมณ์ด้วยการทำสมาธิ

3. กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous) เป็นกิจกรรมที่เน้นถึงการปฏิบัติด้วยตนเองการใช้วิธีในการเยี่ยมบ้านติดตามโดยทีมผู้วิจัยและทีมเพื่อให้กลุ่มทดลองมีกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ระยะดำเนินการในสัปดาห์ที่ 9-10

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE582373 เมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าต่ำสุด (min) ค่าสูงสุด (max) มัธยฐาน (mode) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระดับน้ำตาลในเลือดและค่าดัชนีมวลกาย โดยใช้สถิติ Paired t-test, Independent t-test, และ 95%CI กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีโรคเบาหวานประจำ คือ ชาติุน้ำมากที่สุด ร้อยละ 30 เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 88.0 มีอายุระหว่าง 45 - 49 ปี ร้อยละ 32.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 82.5 การศึกษาส่วนใหญ่สำเร็จ การศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 72.5 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 52.5 และมีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน

ร้อยละ 57.5 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ มีโรคเบาหวานประจำ คือ ชาติุน้ำมากที่สุด ร้อยละ 37.5 เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 85.0 มีอายุระหว่าง 52 - 59 ปี ร้อยละ 65.0 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60 การศึกษาส่วนใหญ่สำเร็จ การศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 80 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 50.0 และมีรายได้ เฉลี่ย 5,000 - 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 50.0

2. ข้อมูลด้านสุขภาพ กลุ่มทดลอง กลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานที่มีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 17.50 มีรอบเอวในเพศชาย ≥ 90 cm ร้อยละ 5 และในเพศหญิง ≥ 80 cm ร้อยละ 82.5 กลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานที่มีญาติสายตรงที่เป็นเบาหวาน ร้อยละ 15.0 มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 Kg/m^2 ร้อยละ 87.5 รอบเอวในเพศชาย ≥ 90 cm ร้อยละ 7.5 รอบเอวในเพศหญิง ≥ 80 cm ร้อยละ 85

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง ด้านความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้านการปฏิบัติตัว ระดับน้ำตาลในเลือด และค่าดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง ด้านความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้านการปฏิบัติตัว ระดับน้ำตาลในเลือดและค่าดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)		t	95% CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
1. ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย	20.37	±2.65	12.97	±2.09	4.25	2.97 ถึง 5.53	<0.001
2. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	42.73	±2.49	40.35	3.18	1.09	-0.94 ถึง 3.23	>0.05
3. ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	26.80	±2.00	26.78	2.21	2.27	0.17 ถึง 2.63	<0.05
4. การปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	46.75	±2.2	43.45	6.05	2.33	0.49 ถึง 6.40	<0.05
5. ระดับน้ำตาลในเลือด	89.00	±12.17	113.20	±6.84	10.73	21.40 ถึง 31.14	<0.001
6. ค่าดัชนีมวลกาย	24.95	±1.15	27.35	±2.04	5.43	0.81 ถึง 1.76	<0.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย หลังจากทดลองกลุ่ม

ทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 20.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.65 คะแนนหลังจากทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมี

คะแนนความรู้เฉลี่ย 12.97 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.09 คะแนน และเมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.25 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้เฉลี่ย 42.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.49 คะแนน กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 40.35 ± 3.18 คะแนน และเมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.15 คะแนน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

คาดหวังต่อผลลัพธ์ในความสามารถของตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความคาดหวังต่อผลลัพธ์เฉลี่ย 26.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.00 คะแนน กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ย 26.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.21 คะแนน และเมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.40 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

การปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติตัวเฉลี่ย 46.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.2 คะแนน กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ย 43.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.05 คะแนน และเมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่ม

เปรียบเทียบ 3.45 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ระดับน้ำตาลในเลือด หลังการทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเฉลี่ย 89.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.17 mg% กลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 113.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.84 mg% และเมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 26.27 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ค่าดัชนีมวลกาย หลังการทดลองมีดัชนีมวลกายลดลงเฉลี่ย 24.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.15 kg/m^2 หลังการทดลองมีดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 27.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.04 kg/m^2 และเมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.28 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์การรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยของกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน โดยจัดกิจกรรมตามหลัก 3 C ประกอบด้วย Class Club และ Continue เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถนำมาอภิปรายผลวิจัยได้ดังนี้

ด้านความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย กลุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสรุปได้ว่า การจัดกิจกรรมกลุ่มการเรียนรู้ (Class) เป็นกิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิดความรู้เรื่องโรคเบาหวานความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย ปัจจัยพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน หลักในการเลือกรับประทานอาหาร

หลักการบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน หลักการทำสมาธิ โดยการบรรยาย วิดีโอและยกตัวอย่างประกอบ ดังนั้นการเผยแพร่ การถ่ายทอดความรู้จึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงสูง เมื่อกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานมีความรู้และความเข้าใจแล้วก็จะทำให้เกิดความรู้สึกรู้จักคิดและการตระหนักว่าตนเองนั้นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะทำให้เกิดโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน สิทธิพงศ์สกุล และคณะ (2558)⁽⁵⁾ ที่ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรค การบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ลด หวาน มัน เค็ม ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย หลังการเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงคะแนนมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หลังการทดลองการรับรู้ความสามารถของตนเองภายในกลุ่มทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 การจัดกิจกรรมในส่วนนี้คือ Club เป็นการฝึกปฏิบัติ โดยมีการการเลือกตัวอย่างที่ดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันภายในกลุ่ม และเนื่องมาจากการได้รับข้อมูลข่าวสารและการประชาสัมพันธ์จากกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขดีทั้งสองกลุ่ม เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนเพ็ก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอุปราช อยู่ ในเขตอำเภอเมือง ซึ่งได้มีโครงการจัดบริการออกชุมชนเคลื่อนที่ทุก ๆ เดือน จึงทำให้การรับรู้เกี่ยวกับการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคต่าง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด ยังมีการสอนการออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน นวดเท้า และแช่เท้าด้วยน้ำสมุนไพร ดังนั้นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจึงมีการรับรู้ความสามารถของตนที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน ซึ่งผล

การศึกษาที่พบเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของกุลลดา เปรมจิตร (2547)⁽⁶⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ร่วมกับการดูแลแบบแคงการดูแลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของมารดา และการเพิ่มน้ำหนักตัวของทารกคลอดก่อนกำหนด พบว่า มีค่าเฉลี่ยของการเพิ่มของน้ำหนักตัวมากกว่ากลุ่มที่มารดาได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ด้านความคาดหวังต่อผลลัพธ์ต่อความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ภายหลังการทดลองความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสรุปได้ว่า การจัดกิจกรรมในการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องและเป็นประจำสม่ำเสมอ (Continue) โดยการบันทึกกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้ปฏิบัติลงในสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ (Diary) และมีการออกติดตามด้วยการเยี่ยมบ้าน ทำให้กลุ่มทดลองกำลังใจและความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานลงได้ อีกทั้งยังมีการแลกเปลี่ยนและเสนอแนะโดยตรงต่อผู้วิจัย เพื่อนำไปพัฒนาและปรับปรุงข้อผิดพลาดบางประการได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทรงเดช ชัยจารีต (2556)⁽⁷⁾ ได้ศึกษาผลการพัฒนาความสามารถของตนเองและการตั้งเป้าหมายเพื่อเปรียบเทียบการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น พบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า หลังการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์ความสามารถตนเอง ร่วมกับความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงสูง

ด้านการปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ภายหลังการทดลองการปฏิบัติตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนางมุกดา สอนประเทศ (2554)⁽⁸⁾ ได้ศึกษาเรื่องความรู้และการปฏิบัติ

ตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยก้าวหน้า ตำบลกุดคู อำเภอนันท จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ โดยการศึกษาครั้งนี้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน ดังต่อไปนี้

การปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน จากแบบบันทึกพฤติกรรมด้านรับประทานอาหารของกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน ก่อนการได้รับโปรแกรมพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับธาตุเจ้าเรือน รวมทั้งมีการใช้ผงชูรสในปริมาณค่อนข้างมาก ภายหลังการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและสอดคล้องกับธาตุเจ้าเรือน ถึงแม้เมนูอาหารจะไม่ตรงกับในตารางที่กำหนด แต่ในการเลือกรับประทานอาหารของกลุ่มทดลองนั้นเป็นอาหาร ผัก และผลไม้ที่มีรสชาติไม่ขัดกับธาตุเจ้าเรือนของแต่ละบุคคล และปริมาณการใช้ผงชูรสลดลงโดยหันมาใช้ผงชูรสที่ทำผู้วิจัยสอน และหลีกเลี่ยงการปรุงรสอาหาร ซึ่งการครั้งนี้ได้มีการให้ความรู้ สอนหลักการ อาหารที่ควรลดและหลีกเลี่ยง กลุ่มทดลองจึงมีทักษะในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับตนเองจึงส่งผลให้ภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น นั่นคือ ระดับน้ำตาลในเลือดและค่าดัชนีมวลกายลดลง จากการศึกษาของภัทรพร ตั้งสุขทัยและสมเกียรติ วัฒนอมวงษ์ (2547)⁽⁹⁾ พบว่า การใช้ทฤษฎีความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยกรณีศึกษาโรคเบาหวาน สามารถนำมาใช้ในด้านป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้ แต่เนื่องจากองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยมีการดูแลรักษาสภาพร่างกายแบบองค์รวม ดังนั้นในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นนี้จึงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการควบคุมอารมณ์

การปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีคัดคน จากแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีคัดคน ก่อนการได้รับโปรแกรมพบว่า กลุ่ม

ทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีคัดคนไม่ชัดเจน เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่มีแพทย์แผนไทย แต่ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย จึงไม่มีชมรมหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีคัดคนเท่าที่ควร ดังนั้นภายหลังจากกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีคัดคนแล้วนั้น จึงทำให้กลุ่มทดลองมีการใช้ท่าฤๅษีคัดคนในการออกกำลังกาย เนื่องจากว่าเป็นท่าที่ค่อนข้างง่ายและสามารถปฏิบัติได้ เมื่อมีการปฏิบัติด้านการออกกำลังกายเป็นประจำและสม่ำเสมอ จึงส่งผลให้ภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น นั่นคือ ระดับน้ำตาลในเลือดและค่าดัชนีมวลกายลดลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา แสงไชยและคณะ (2554)⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาผลของการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ่งงัดระดับฮิโมโกลบิน พบว่า ฮิโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหว ไทยซึ่งงัด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหว ไทยซึ่งงัด และระดับฮิโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังปฏิบัติสมาธิ เคลื่อนไหวไทยซึ่งงัด มีค่าต่ำกว่าการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ่งงัด

การปฏิบัติตัวในการควบคุมอารมณ์ด้วยการทำสมาธิ โดยกิจกรรมที่ใช้เพื่อให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและสามารถที่จะปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอ นั่นคือ Club โดยเน้นการเรียนรู้ เกิดทักษะด้วยตนเองในการปฏิบัติร่วมกับ Continue เพื่อเป็นการกระตุ้นและตระหนักให้กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง และจากการตรวจสอบสุขภาพหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมไปแล้ว 1 เดือน เมื่อกลุ่มทดลองเห็นว่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงและน้ำหนักลดลงแล้ว ก็จะทำให้กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้นและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมไปได้อย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลต่อสุขภาวะด้านสุขภาพที่ดีขึ้นของกลุ่มทดลอง สอดคล้องกับจากการศึกษาของ Joseph B. Nelson et al (2006)⁽¹¹⁾ ได้ศึกษา การทำสมาธิและศิลปะของการจัดการโรคเบาหวาน พบว่า การทำสมาธิอย่างสม่ำเสมอฝึก จะช่วยให้ การตอบสนองของร่างกายต่อความเครียด โดยการ

ลดความดันโลหิต การชะลอตัวของอัตราการเต้นของหัวใจ นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มที่จะ ลดระดับ น้ำตาลในเลือด

ภาวะด้านสุขภาพของระดับน้ำตาลในเลือดและค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน ภายหลังการทดลองระดับน้ำตาลในเลือดและระดับค่าดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เนื่องจากการกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ อาหารเมนูธาตุเจ้าเรือน ออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน และการทำสมาธิ โดยมีการฝึกปฏิบัติเป็นประจำ ซึ่งมีผู้นำหรือหัวหน้ากลุ่มเพื่อให้มีการออกกำลังกายและทำสมาธิ ทุกอย่างสม่ำเสมอ โดยจะนัดทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ช่วง เวลา 17.00 -18.00 น. และการออกติดตามผลการศึกษาด้วยการออกเยี่ยมบ้านของกลุ่มทดลอง ทำให้กลุ่มทดลองมีแรงผลักดันและกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในช่วง 10 สัปดาห์ให้เปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของสุขสันต์ อินทริวิเชียร (2555)⁽¹²⁾ ได้ศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย ค่าการวัดรอบเอว ค่าคอเลสเตอรอล ค่าไตรกลีเซอไรด์ ค่า น้ำตาลหลังอาหาร และค่าน้ำตาลก่อนอาหาร มีแนวโน้มลดลงโดยการวัดก่อนและหลังเข้าค่าย 3 เดือน 6 เดือน มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันทุกตัวแปรและมีแนวโน้มลดลง และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศของ Aguiar et all (2550)⁽¹³⁾ ได้การศึกษาประสิทธิภาพของการดำเนินชีวิตการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การใช้โปรแกรมการศึกษา RCT พบว่า มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยในระยะเวลา 6 เดือน (กลุ่ม × ปฏิสัมพันธ์เวลา) ได้รับการสนับสนุนโปรแกรมในกลุ่มควบคุม มีน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายลดลง

ดังนั้น ผลจากการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงสูง เป็นโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนี้สามารถนำไปใช้ได้จริงตามสภาพบริบทของพื้นที่ที่ใช้ในการศึกษา และมีกิจกรรมที่ทำ

ร่วมกับกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยมีความหลากหลาย เช่น การได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมฟังบรรยาย สังกะจากการสาธิต ได้ฝึกปฏิบัติจริง และได้มีการกระตุ้นเตือนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงสูงมีความกระตือรือร้น และมีความตระหนักเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ทั้งนี้เนื่องจากเป็นความรู้ใหม่ที่กลุ่มทดลองไม่เคยทราบมาก่อน เช่น ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน การออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน เป็นต้น และนอกจากนี้การติดตามเยี่ยมบ้านเป็นการติดตามผลการศึกษาที่ดีเนื่องจากผู้วิจัยสามารถถ่ายทอดความรู้และให้คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้โดยตรง และสามารถแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้โดยตรง

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. การให้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีประสิทธิภาพเพียงพอจึงควรนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนี้ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน เพื่อขยายผลในพื้นที่อื่นตามความเหมาะสมของบริบทและสถานที่

2. การติดตามเยี่ยมบ้านของกลุ่มทดลอง เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างทำกิจกรรมเป็นรายบุคคล เพื่อให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติหน้าที่ที่ถูกต้องตามคู่มือและลดการเกิดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นระหว่างการทดลอง ทำให้กลุ่มทดลองมีกำลังใจและเห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และนอกจากนี้ยังเป็นการย้ำเตือนให้มีการปฏิบัติตัวเพื่อเกิดตัวอย่างที่ดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน ดังนั้นจึงควรมีการเน้นให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีติดตามเยี่ยมบ้านของกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลของการใช้ท่าฤๅษีดัดตนต่อกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคความดัน มะเร็ง เพื่อเป็นการควบคุมการหายใจไปพร้อมกับการเคลื่อนไหวร่างกาย

2. ศึกษาผลการใช้อาหารตามเมนูธาตุเจ้าเรือนในกลุ่มผู้ป่วย เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน ทั้งในเด็ก เป็นต้น

3. ควรมีการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง ทุก 6 เดือน จึงจะทำให้กลุ่มเสี่ยงสามารถลดการเกิดโรคเบาหวานได้
กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณรศ.ดร.พรรณี บัญชรหัตถกิจ คณะอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น และผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือทุกท่าน ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งครอบครัว ผู้สนับสนุนทุกท่านในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษา และที่สำคัญคือเพื่อน ๆ ร่วมรุ่นทุกคนที่ช่วยให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2555. URL http://www.boe.moph.go.th/files/report/20140109_40197220.pdf สืบค้นเมื่อ(19 มิ.ค/8).
2. ระบบรายงานข้อมูลโรงพยาบาลมหาสารคาม. รายงานแผนผู้ป่วยนอก. URL <http://dtc.mhkkdc.com/> สืบค้นเมื่อ(12/พ.ค./58).
3. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. คู่มือการป้องกันโรคด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. พิมพ์ครั้งที่ 2. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์ กรุงเทพฯ, 2552.
4. Bandura. "Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change". *Psychological Review*. 8(4) : 191-215, 1977
5. สุมณฑา สิทธิพงศ์สกุล และคณะ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารลด หวาน มัน และ เค็มแบบยั่งยืน แก่ผู้ประกอบการในครัวเรือน เขตอำเภออุททอง จังหวัดสุพรรณบุรี. URL [http://www.western.ac.th/westernnew/admin/uploaded/nursingkan/files/ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้\(58\).pdf](http://www.western.ac.th/westernnew/admin/uploaded/nursingkan/files/ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้(58).pdf) สืบค้นเมื่อ 25 มิถุนายน 2559.
6. กุลลดา เปรมจิตร. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลการร่วมกับการดูแลแบบเชิงการดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา และการเพิ่มน้ำหนักตัวของทารกคลอดก่อนกำหนด. URL <http://www.thaithesis.org/detail.php?id=1082547000679>. สืบค้นเมื่อ 2 กรกฎาคม 2559
7. ทรงเดช ชัยจาริต และปรีชา นิพพานนท์. "ผลการพัฒนาความสามารถของตนเองและการตั้งเป้าหมายเพื่อเปรียบเทียบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น". *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 6 (3) : 21-30, 2556.
8. มุกดา สอนประเทศ. ความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัย ก้าวหน้า ต.กุดกู่ อ.โนนสูง จ.หนองบัวลำภู. URL <http://203.157.71.148/Information/center/research-55> สืบค้นเมื่อ(2/ก.ค./59).
9. ภัทรพร ตั้งสุฤทัย และสมเกียรติ อนุอมวงษ์. "การศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย : กรณี โรคเบาหวาน". *วารสารศรีปทุมปริทัศน์*. 4(1) : 61-73, 2547.
10. อัจฉรา แสนไชย และคณะ. "ผลของการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ่งต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2". *พยาบาลสาร (Nursing Journal)*. 38(4) : 65-80, 2554.
11. สุขสันต์ อินทวิเชียร. "การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น*. 19(2) : 65-75, 2555.
12. Joseph B. Nelson et all. *Meditation and the Art of Diabetes Management*. URL <http://www.diabetesselfmanagement.com/managingdiabetes/emotional-health/meditation-and-the-art-of-diabetes-management/> สืบค้นเมื่อ(3/ก.ค./59).
13. Aguiar et all. "Efficacy of the Type 2 Diabetes Prevention Using LifeStyle Education Program RCT". *American Journal of Preventive Medicine*. 50(3) : 353-364, 2016.

การพัฒนาสมรรถนะเชิงการจัดการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตสุขภาพที่ 11
เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ

**The Development of Management Competencies for Village Public's Health Volunteers in Health
Region 11 to Accommodate an Aging Society**

สัมพันธุ์ กลิ่นนาค¹ ผ่องศรี วาณิชชัญญะ² วันชัย ธรรมสังการ²

Sumpun Klinnak¹, Phongsri Vanitsupavong,² Wanchai Dhammasaccakarn²

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาสมรรถนะเชิงการจัดการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตสุขภาพที่ 11 เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาองค์ประกอบของสมรรถนะเชิงการจัดการ 2) สร้างชุดฝึกการพัฒนาสมรรถนะเชิงการจัดการ และ 3) เพื่อทดลองและประเมินความเหมาะสมความเป็นไปได้ของชุดฝึกสมรรถนะเชิงการจัดการ

ผลการวิจัย พบว่า องค์ประกอบของสมรรถนะเชิงการจัดการประกอบด้วย (1) ความรู้ (2) ทักษะ (3) ความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง (4) บุคลิกประจำตัวของตัวเอง (5) แรงจูงใจและเจตคติ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งได้นำมาใช้ในการพัฒนาสมรรถนะ 3 ด้านคือ ด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านการวางแผน และ ด้านการทำงานเป็นทีม ผลการสร้างชุดฝึก ได้ออกแบบและสร้าง โดยนำทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Andragogy Theory) ร่วมกับ The 70-20-10 Development Model มาใช้ในการพัฒนาสมรรถนะทั้ง 3 ด้าน ซึ่งแต่ละด้านใช้เทคนิคต่างกันดังนี้ (1) ด้านการติดต่อสื่อสารใช้เทคนิค World Café (2) ด้านการวางแผนใช้เทคนิค A-I-C และ (3) ด้านการทำงานเป็นทีมใช้เทคนิค Body Paint โดยที่ชุดฝึกสมรรถนะประกอบด้วย (1) คำชี้แจง (2) แนวคิดและหลักการ (3) แนวทางการจัดกิจกรรม (4) วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม (5) รูปแบบของการจัดกิจกรรม (6) คุณลักษณะของกิจกรรม (7) กิจกรรมการเรียนรู้และพัฒนา (8) กระบวนการขั้นตอนในการจัดทำ (9) การวัดและการประเมินผลการใช้ชุดฝึกอบรม ส่วนผลการประเมินชุดฝึกการพัฒนาสมรรถนะเชิงการจัดการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการทดลองใช้ชุดฝึกมีความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมและสมรรถนะสูงกว่าก่อนใช้โดยรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและชุดฝึกมีความเหมาะสมและความเป็นไปได้มากที่สุด ในทุกประเด็น ยกเว้นรูปแบบของการจัดกิจกรรมที่มีความเหมาะสมมาก

คำสำคัญ: สมรรถนะเชิงการจัดการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

The development of management competencies in this research used mixed methods. The purposed of this study were to 1) investigate the competency of the management component. 2) to create a training curriculum to develop management. 3) to evaluate the implementation of the curriculum competency in elderly care for public's village health volunteers.

The results of the first purpose were to investigate the components of management competencies were (1) knowledge, (2) skill (3) self perception (4) personality (5) motivation and attitude of village health volunteers. By the use of the components, three competencies were developed. These were: 1) communication 2) planning and 3) teamwork. Communication consisted of three parts, planning had six parts and teamwork had seven parts. The development of a training curriculum by using Andragogy theory with a 70-20-10 development model and three competencies. The curriculum used three techniques including World Café to develop communication competency, A-I-C technique to develop planning competency and Body Paint to develop team competency. The curriculum consisted of (1) Instruction (2) Introduction (3) Guidelines activities (4) Objective of activities (5) The patterns of activity (6) Characteristics of activities (7) Learning and developing activities (8) Processes to do the activities (9) Evaluation of the curriculum. The evaluate the implementation of the curriculum by using the mean. The results showed that each competency and the overall competency was significant. The health volunteers who trained with this curriculum gained the knowledge about the activities and every competency to a significant level. This result was obtained by the trainer and expert. Both the trainer and expert agreed that the curriculum was appropriate to a high level. The exception was the patterns of activity which

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไชยา ถนนรักษันรกิจ ตำบลตลาดไชยา อ.ไชยา จ.สุราษฎร์ธานี

² อาจารย์ สาขากาเวศน์การจัดการศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

only had a slightly higher than average level of significance. The satisfaction of the trainee showed that they had a slightly high level of each competency and had a high level of overall competency.

Keywords: management competencies, village health volunteers

บทนำ

ประเทศไทยได้ถูกจัดให้เป็นประเทศที่อยู่ในสังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี 2548 และคาดว่าปี 2576 จะมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากถึง 19 ล้านคนเท่ากับร้อยละ 30 ของประชากรทั้งประเทศ⁽¹⁾ ส่วนองค์การสหประชาชาติคาดคะเนแนวโน้มประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มเป็นร้อยละ 17.1 ในปี พ.ศ.2568 และเพิ่มเป็นร้อยละ 27.1 ในปีพ.ศ. 2593 อายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มขึ้นจาก 61.4 ปี ใน พ.ศ.2518 – 2523 เพิ่มขึ้นเป็น 70.8 ปี ใน พ.ศ.2543-2548 และจากการประมาณการจะเพิ่มเป็น 76.8 ปี ในปี พ.ศ.2568–2573 ในปัจจุบันโครงสร้างครอบครัวของสังคมไทยเปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นจากร้อยละ 28.9 เป็นร้อยละ 31.0 อาศัยอยู่คนเดียวเพียงลำพังเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 เป็นร้อยละ 7.5 จาก ปี พ.ศ. 2546 และ พ.ศ.2550 ตามลำดับ⁽²⁾

นอกจากนั้นลักษณะครอบครัวมีขนาดเล็กลงบุตรที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดาที่มีจำนวนน้อย การดูแลผู้สูงอายุ จึงเป็นภาระหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งในสภาพความเป็นจริงบุคลากรกลุ่มดังกล่าวยังมีความขาดแคลนแทบทุกสาขาวิชา เมื่อเปรียบเทียบกับภาระงานที่ต้องทำอยู่เดิมกับภาระที่ต้องเพิ่มมากขึ้นจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตามโครงสร้างของประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนั้น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีเวลาอยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุเป็นครั้งคราวเท่านั้น เนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ จึงเป็นเหตุให้การดูแลไม่ทั่วถึง ฉะนั้น จึงต้องอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือที่รู้จักกันในนาม อสม. ที่เป็นทุนทางสังคมที่สำคัญ มีความโดดเด่นของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ ได้รับการยอมรับจากชุมชนว่าเป็นบุคคลที่เห็นแก่ส่วนรวม มีน้ำใจและมีความรู้ในเรื่องสุขภาพดี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเหล่านี้ มีความสัมพันธ์และรู้สึกผูกพันกับงานสาธารณสุข พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือใน

การทำงานต่างๆ จึงนับเป็นทุนทางสังคมที่มีศักยภาพของระบบสุขภาพไทยรวมถึงการดูแลผู้สูงอายุดังกล่าวมาแล้ว

จากการการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องในเขตสุขภาพที่ 11 ประกอบด้วย 7 จังหวัด คือ จังหวัดชุมพร ระนอง สุราษฎร์ธานี พังงา นครศรีธรรมราช กระบี่ และภูเก็ต มีจำนวนผู้สูงอายุ 557,881 คน คิดเป็นร้อยละ 16.33 ของประชากรทั้งหมด โดยมีกลุ่มติด เดียงติดบ้าน ติดสังคม ร้อยละ 1.73 7.88 และ 89.78 ตามลำดับ ส่วนข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ โรคที่ทำให้ผู้สูงอายุเสียสุขภาพ 5 ลำดับแรกในผู้ชาย ได้แก่ 1) โรคหลอดเลือดในสมอง 2) โรคหลอดเลือดหัวใจ 3) ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง 4) โรคเบาหวาน และ 5) โรคมะเร็งตับ ส่วนในเพศหญิง ได้แก่ 1) โรคหลอดเลือดในสมอง 2) โรคเบาหวาน 3) โรคหลอดเลือดหัวใจ 4) สมองเสื่อม และ 5) โรคซึมเศร้า ตามลำดับ สำหรับอุบัติการณ์โรคหรืออาการเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทย โดยการมาตรวจร่างกาย 5 ลำดับแรก ได้แก่ 1) โรคความดันโลหิตสูง 2) กลุ่มอาการเมตาบอลิก 3) โรคอ้วนลงพุง 4) ภาวะอ้วน และ 5) โรคข้อเสื่อม ตามลำดับ ปัญหาด้านสังคมพบว่า วัยทำงาน 100 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 14.3 คน เป็น 19.7 และ 30.3 คน ในปี 2543, 2553 และ 2563 ตามลำดับ การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ ไทยจะเห็นได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทสำคัญใน ด้านการสื่อสารสาธารณสุข การเผยแพร่ความรู้ การวางแผนประสานกิจกรรมสาธารณสุข ส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน เป็นตัวกลาง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ เพื่อรองรับปัญหาสาธารณสุขที่เกิดจากการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ในบทบาทหน้าที่ ตามมาตรฐานสมรรถนะ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน⁽³⁾ แต่ยังคงพบปัญหาของการพัฒนาสมรรถนะ คือ ด้านการสื่อสาร การวางแผน และการทำงานเป็นทีม ที่เป็นปัญหาในการพัฒนาศักยภาพรวมอยู่ด้วย อีกทั้งนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และสภาพ

ปัญหาเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สภาพโครงสร้างสังคมผู้สูงอายุ และผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 11 รวมทั้งจากการศึกษาวิจัย ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังมีปัญหาเกี่ยวกับ สมรรถนะในด้านต่างๆ โดยเฉพาะสมรรถนะเชิงการจัดการ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาสมรรถนะเชิงการจัดการของอาสาสมัครสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 11 เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 11 ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบของสมรรถนะเชิงการจัดการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตสุขภาพที่ 11 รองรับสังคมผู้สูงอายุ
2. เพื่อสร้างชุดฝึกการพัฒนาสมรรถนะเชิงการจัดการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตสุขภาพที่ 11 รองรับสังคมผู้สูงอายุ
3. เพื่อทดลองและประเมินความเหมาะสมความเป็นไปได้ของชุดฝึกสมรรถนะเชิงการจัดการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตสุขภาพที่ 11 รองรับสังคมผู้สูงอายุ

วิธีการวิจัย

ขอบเขตของเนื้อหา ประกอบด้วย องค์ประกอบของสมรรถนะเชิงการจัดการ 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) สมรรถนะด้านการติดต่อสื่อสาร 2) สมรรถนะด้านการวางแผน และ 3) สมรรถนะด้านการทำงานเป็นทีม แหล่งข้อมูล ประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลหลักและประชากร ดังนี้ 1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน แบ่งเป็น (1) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน (2) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 3 คน (3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นระดับประเทศ จำนวน 3 คน 2) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 11 กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการทดลองชุดฝึกการพัฒนาสมรรถนะ ในภาคสนามได้ แก่อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ซึ่งได้มาซึ่งได้มาด้วยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาองค์ประกอบของสมรรถนะเชิงการจัดการที่สำคัญสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของเขตสุขภาพที่ 11 เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 ศึกษาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เอกสาร แนวคิด ทฤษฎี ขั้นที่ 2 สืบหาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ประสบความสำเร็จและผู้ทรงคุณวุฒิ ขั้นที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และหาความสอดคล้องของข้อมูลตรวจสอบข้อมูลนำข้อมูลไปจัดหมวดหมู่ ออกแบบและจัดทำโครงร่างชุดฝึกการพัฒนาสมรรถนะเชิงการจัดการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 11 เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ

2. สร้างชุดฝึกการพัฒนาสมรรถนะเชิงการจัดการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 11 เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็นขั้นตอนย่อยอีก 5 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 ออกแบบและสร้างโครงร่างชุดฝึก ขั้นที่ 2 ตรวจสอบโครงร่างชุดฝึกด้วยตนเอง ขั้นที่ 3 ปรับปรุงแก้ไขโครงร่างชุดฝึกเพื่อเตรียมนำไปทดลองใช้ ขั้นที่ 4 การตรวจสอบโครงร่างชุดฝึกโดยการปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ให้ช่วยตรวจสอบและให้คำแนะนำเพิ่มเติม ขั้นที่ 5 การปรับปรุงโครงร่างชุดฝึกตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

3. ทดลองใช้และประเมินความเหมาะสมความเป็นไปได้ของชุดฝึกแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการทดลองใช้ชุดฝึกซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อาศัยอยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 11 โดยวิธีการสุ่มแบบตามสะดวก (Convenience Sampling) สุ่มมา 1 อำเภอ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ขั้นที่ 2 การดำเนินการทดลองใช้ชุดฝึกแบ่งวิธีการดำเนินการ ดังต่อไปนี้คือ 1) นัดหมายกลุ่ม ตามวันเวลาและสถานที่ที่กำหนด 2) การประเมินก่อนการทดลอง

(Pre Test) 3) ดำเนินการพัฒนาสมรรถนะเชิงการจัดการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามชุดฝึกการพัฒนาสมรรถนะที่สร้างขึ้นซึ่งประกอบด้วย สมรรถนะ 3 ด้าน คือด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านการวางแผน และด้านการทำงานเป็นทีม 4) การประเมินระหว่างทดลอง โดยการประเมินจากการร่วมกิจกรรมของสมรรถนะแต่ละด้าน ประเมินจากการสังเกตของวิทยากรและวิทยากรพี่เลี้ยง การแสดงความคิดเห็น ทั้ง 3 สมรรถนะโดยให้มีการประชุมถอดบทเรียนหลังจากการฝึกสมรรถนะในแต่ละด้านเสร็จสิ้นตามกระบวนการ และ จนเสร็จสิ้นทั้ง 3 ด้าน 5) การประเมินผลหลังการทดลอง (Post Test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการตัดประเด็นที่ซ้ำซ้อนออกไป สรุปเป็นองค์ประกอบย่อยเพื่อนำมาออกแบบและสร้างชุดฝึก วิเคราะห์ข้อมูลความเหมาะสมและความสอดคล้องของชุดฝึกสมรรถนะเชิงการจัดการจากผู้ทรงคุณวุฒิและวิทยากรพี่เลี้ยงกำหนดค่าความเหมาะสม (Rating scale) ตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไปและค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence : IOC) ที่ .05 ขึ้นไปทดลองใช้ชุดฝึกตามแบบทดลอง One - Group pre-test – post-test ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ โดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.) โดยใช้แบบทดสอบวัดสมรรถนะด้านความรู้และกิจกรรมของสมรรถนะในแต่ละด้าน นำผลมาเปรียบเทียบโดยใช้สถิติค่าที (Pair-t-test dependent samples) ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์

ผลการศึกษา

ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบของสมรรถนะเชิงการจัดการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 1) ความรู้ 2) ทักษะ 3) ความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง 4) บุคลิกประจำตัวของตัวเอง 5) แรงจูงใจและเจตคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมรรถนะที่ต้องพัฒนา 3 ด้าน คือ 1) ด้านการติดต่อสื่อสาร ประกอบด้วย (1) ความรู้ (2) ทักษะและ (3) กลยุทธ์ในการ

สื่อสาร 2) ด้านการวางแผนประกอบด้วย (1) การวิเคราะห์สถานการณ์ (2) การสร้างวิสัยทัศน์และความคาดหวังในอนาคต (3) การคิดค้นกลวิธี (4) การจัดลำดับความสำคัญและจำนวนกิจกรรม (5) การวางแผนและหาผู้รับผิดชอบ และ (6) การจัดทำแผนงาน/โครงการ ส่วนสมรรถนะด้านการทำงานเป็นทีมประกอบด้วย (1) การกำหนดวัตถุประสงค์ และเป้าหมาย (2) การเปิดเผยและเผชิญปัญหา (3) การสนับสนุนและไว้วางใจต่อกัน (4) ความร่วมมือ (5) การแก้ไขข้อขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์ (6) การบวกรการทำงานเหมาะสม และ (7) การตัดสินใจถูกต้องและเหมาะสม

ชุดฝึกการพัฒนาสมรรถนะเชิงการจัดการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 11 เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ประกอบด้วยส่วนต่างๆคือ (1) คำชี้แจง (2) แนวคิดและหลักการ (3) แนวทางการจัดกิจกรรม (4) วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม (5) รูปแบบของกิจกรรม กิจกรรม (6) คุณลักษณะของกิจกรรม (7) กิจกรรมการเรียนรู้และพัฒนา (8) กระบวนการ/ขั้นตอนในการจัดทำ (9) การวัดและการประเมินผลการใช้ชุดฝึกอบรม โดยใช้เทคนิคในการจัดกิจกรรมรายละเอียด

ผลการประเมินชุดฝึกการพัฒนาสมรรถนะเชิงการจัดการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตสุขภาพที่ 11 เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยการทดสอบความรู้ในการจัดกิจกรรมและสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้ง 3 ด้านและภาพรวมมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % (P-Value .05) ซึ่งแปลผลได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการทดลองใช้ชุดฝึกสมรรถนะเชิงการจัดการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตสุขภาพที่ 11 เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมและสมรรถนะแตกต่างกันทั้งโดยรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การประเมินความสอดคล้องของเนื้อหาและวัตถุประสงค์ แบ่งการประเมินออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงแรกเป็นการประเมินจากผู้ให้ชุดฝึกนั้นคือ วิทยากร และวิทยากรพี่เลี้ยงในขณะทดลองโดยใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) ผลการประเมินได้ค่าความสอดคล้อง (IOC)

อยู่ระหว่าง 0.90- 1.00 และภาพรวมเท่ากับ 0.98 ผลการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิทุกประเด็นมีความสอดคล้องกันที่ระหว่าง 0.80-1.00 และโดยภาพรวม เท่ากับ 0.93 แสดงให้เห็นว่า มีความสอดคล้องตามเนื้อหาและวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ส่วนผลจากการประเมินความเหมาะสมความเป็นไปได้ของผู้ทรงคุณวุฒิเกือบทุกประเด็นมีระดับความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด มีเพียงรูปแบบของการจัดกิจกรรมเท่านั้นที่อยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับภาพรวมที่มีระดับความเหมาะสมเฉลี่ย ($\bar{X}$) เท่ากับ 4.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) เท่ากับ 0.64 นอกจากนี้ได้ประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับการฝึกอบรมและจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วมของวิทยากรร่วมกับวิทยากรที่เลี้ยง และได้นำชุดฝึกอบรมไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบและขอคำแนะนำเพิ่มเติมและปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ร่วมกับการถอดบทเรียน จากทีมวิทยากรและวิทยากรที่เลี้ยงอีกครั้งและนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาชุดฝึกอบรมต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

จากข้อค้นพบองค์ประกอบของสมรรถนะเชิงการจัดการที่สำคัญสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านของเขตสุขภาพที่ 11 เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย 1) ความรู้ 2) ทักษะ 3) ความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง 4) บุคลิกประจำตัวของตัวเอง 5) แรงจูงใจและเจตคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สอดคล้องกับข้อค้นพบของรัตนะ บัวสนธ์และคณะ (2556) ประจักษ์ กิกก้องและคณะ (2558) แมคเคลแลนด์ (David C.McClelland, 1960)⁽⁴⁻⁶⁾ ที่พบว่าองค์ประกอบของสมรรถนะ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ 1)ความรู้ 2) ทักษะ 3) ความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง 4) บุคลิกลักษณะประจำตัวของบุคคล และ 5) แรงจูงใจ/เจตคติ นำองค์ประกอบดังกล่าว ไปพัฒนาสมรรถนะจากการค้นพบ 3 ด้าน คือด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านการวางแผน และการทำงานเป็นทีม สอดคล้องกับงานเขียนของ เฮลลriegel และคณะ (Hellriegel et al., 2005) ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, (2557) ยุพิน หงษ์วะชินและ คณะ (2556) ขจรศักดิ์ ศิริมัย (2554)

(7-10) ที่ศึกษาพบว่า สมรรถนะเชิงการจัดการ ได้แก่ การติดต่อสื่อสาร การวางแผน การทำงานเป็นทีม

ผลการสร้างชุดฝึกการพัฒนาสมรรถนะเชิงการจัดการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตสุขภาพที่ 11 เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยได้นำกระบวนการเรียนรู้แบบใหญ่ (Andragogy Theory) ร่วมกับการพัฒนาสมรรถนะสูตร 70-20-10 (The 70-20-10 Development Model) มาใช้ในการออกแบบและสร้างชุดฝึกสมรรถนะทั้ง 3 ด้าน สอดคล้องกับ อัลเบิร์ต เบนดورا (Albert Bandura, 1977)⁽¹¹⁾ จากการทดลอง The Bobo Doll Studies ซึ่งเขากล่าวว่ามนุษย์สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ด้วยการเลียนแบบแนวคิดของเบนดورا มีองค์ประกอบ 3 อย่าง คือ 1) ต้นแบบพฤติกรรม 2) การฝึกฝนโดยมีผู้แนะนำ 3) การปฏิบัติจริง และสอดคล้องกับการวิจัยของ บรอกเค็ตท์และอิมทรี (Brockett & Hiemstra, 1991)⁽¹²⁾ ได้ศึกษาว่าด้วยมุมมองทางทฤษฎี นักการศึกษาผู้ใหญ่ที่เชื่อในแนวคิดการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเองและงานวิจัยของ ริสเลย์และแมคคี (Risley and McKee, 2010)⁽¹³⁾ วิธีการจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่เน้นการสร้างบรรยากาศในการเรียน ให้เกิดขึ้นกับผู้เรียนเช่นเดียวกับ วอลเลสเตอร์สไตน์และเบอร์นสไตน์ (Wallerstein & Bernstein, 1988)⁽¹⁴⁾ ที่ เชื่อว่าการเรียนรู้ที่เกิดจากสถานการณ์จริงที่เป็นอยู่เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความมั่นใจมากขึ้นเมื่อได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นจนประสบความสำเร็จ สมรรถนะด้านการสื่อสาร ได้มีการพัฒนาทางด้านความรู้ ทักษะ และกลยุทธ์การสื่อสารใช้เทคนิคสภาพาแฟ (World Café Technique) สอดคล้องกับ วิกาภรณ์ ค่านศิริ และ ภิญโญ รัตนพันธ์ (2559) นริรัตน์ แสงเจริญรัตน์ (2552)^(15,16) ได้ศึกษาพบว่าบุคลากรมีอารมณ์ความรู้สึกรับรู้เชิงบวกโดยแสดงออกทางพฤติกรรมคือ รอยยิ้ม การพูดคุยที่สนุกสนานระหว่างผสมผสานทางความคิดผ่าน The world café สมรรถนะด้านการวางแผนใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (A-I-C Technique : Appreciation-Influence-Control) เป็นเทคนิคในการจัดกิจกรรม สอดคล้องกับงานวิจัยของประดิษฐ์ ศิริสอน (2551) ชนัญวีร์ วิจิตรพัฒนานนท์ (2552) กันนิษฐา มา

เห็ม(2553)⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ ที่ทำการวิจัยด้วยการประยุกต์ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (A-I-C) ซึ่งพบว่าภายหลังการประชุมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนประชุมและมีความพึงพอใจต่อการใช้กระบวนการดังกล่าว และสมรรถนะด้านการทำงานเป็นทีม นำเทคนิคการแต่งแต้มสีสันทันบนเรือนร่าง(Body Paint Technique) มาเป็นเทคนิคในการจัดกิจกรรม ซึ่งเทคนิคดังกล่าวจากการเทคนิคการแต่งแต้มสีสันทันบนเรือนร่าง หรือเทคนิค (Body Paint) เป็นเทคนิคที่เกิดจากคนในชุมชนที่มีการถอดบทเรียนโดยศาสตราจารย์ รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อชานุภาพ ที่ได้ดำเนินการถอดบทเรียนตามโครงการเสริมสร้างสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System Management Learning : DHML)

ผลการประเมินความเหมาะสมความเป็นไปได้ของชุดฝึกสมรรถนะเชิงการจัดการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตสุขภาพที่ 11 เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมและสมรรถนะแตกต่างกันทั้งโดยรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ ประจักษ์ กิก้องและคณะ(2558) สุปรานี ยมพุก (2554) อุเทน บุญยงค์และคณะ(2557) จิตรา ปราชญ์นิวัฒน์ (2549)^(5,20,21,22) ที่ศึกษาพบว่าองค์ประกอบของสมรรถนะเชิงการจัดการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประกอบด้วย ด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านการวางแผนและด้านการทำงานทีมที่ได้รับการพัฒนาอย่างเหมาะสมและเป็นไปได้ในการพัฒนาสมรรถนะทั้ง 3 ด้าน ผลการทดสอบความรู้เกี่ยวกับสมรรถนะและความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมด้านการวางแผน ที่ใช้ในการพัฒนาสมรรถนะ มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับ สุภัทรา สามัง (2557) ชุดิกัญจน์ กล้าหาญ (2552) ประดิษฐ์ ศิริสอน

(2551) กันนิษฐา มาเห็ม(2553)^(23,24,17,19) ที่ศึกษาพบว่าการนำ A-I-C มาใช้ในการวางแผนและตัดสินใจ ด้านการร่วมรับผลประโยชน์ การร่วมประเมินผลการปฏิบัติงาน มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการปฏิบัติตามแผนงาน มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ในเรื่องให้คำแนะนำเมื่อเพื่อนบ้านเจ็บป่วย ในขณะที่การศึกษาของยุพิน หงษ์วณิช เดชชัย สิ้นเจริญ (2556)⁽²⁵⁾ ได้ศึกษาพบว่า 1) สมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องพัฒนามีดังนี้ สมรรถนะหลัก ด้านความรู้ และความสามารถในบทบาทหน้าที่ ส่วนด้านการทำงานเป็นทีม ใช้เทคนิคการแต่งแต้มสีสันทันบนเรือนร่าง (Body Paint) สอดคล้องกับ รักษา อุณพิกุล, คงศักดิ์ บุญยะประณี และสำเร็จ แหงกระโทก (2558)⁽²⁶⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะด้านการบริหารงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับสมรรถนะด้านการทำงานเป็นทีม มีอิทธิพลเชิงบวกต่อประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การประเมินชุดฝึกการพัฒนาสมรรถนะเชิงการจัดการของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 11 เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ทุกสมรรถนะ มีความสอดคล้องตามเนื้อหาและวัตถุประสงค์ทั้งจากการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิและการประเมินด้วยการสังเกตของวิทยากรที่เลี้ยง ทั้งรายข้อและโดยภาพรวม เช่นเดียวกับการศึกษาของภัทรานิษฐ์ บุญญวิบูลย์ และวัฒน์ย์ โรจน์สัมพันธ์ฤทธิ์ (2559)⁽²⁷⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาชุดฝึกอบรมหลักสูตรนักจัดการสุขภาพเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการประชาสัมพันธ์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุดฝึกอบรมมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดมีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.60-1.00 มีค่าเฉลี่ยเหมาะสมมากที่สุดและเป็นตามเกณฑ์ที่กำหนด

เอกสารอ้างอิง

1. ปราโมทย์ ประสาทกุล. สถานการณ์ผู้สูงอายุ แนวโน้ม และผลกระทบจากการเข้าสู่ ประชาคมอาเซียน.เอกสารการนำเสนอ งานสัมมนา ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น วันที่ 12 ธันวาคม 2556 [ออนไลน์] สืบค้น 13 พฤศจิกายน 2557.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550. กรุงเทพฯ: ธนาพรส, 2551.

3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด, 2555.
4. รัตนะ บัวสนธิ์และคณะ. การพัฒนารูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานของ สมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วิทยาการวิจัย และวิทยาการปัญญา, 10(2), 2556 สืบค้นจาก <http://digital.collect.lib.buu.ac.th/ojs/index.php/search2/article/view/3573/990> สืบค้นเมื่อวันที่ 25 เมษายน 2559
5. ประจักษ์ กิก้องและคณะ. สมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัคร สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. ดัชนี. 21(2), 2558: 187-195.
6. McClelland, D.C. *Testing for Competence rather than for Intelligence*, American Psychologist, (28), 1973: 1 – 14.
7. Hellriegel, Don; Jackson S.E. and Slocum J.W., Jr. *Management a competency-based approach*, Cengage Learning, New Delhi, 2005.
8. ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. การจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพ อำเภอ. 2557. เข้าถึงได้ทาง http://203.157.162.13/~benya/Data/DHML_final.pdf สืบค้นเมื่อวันที่ 20 เมษายน 2558
9. ยุพิน หงษ์เย็นและ คณะ. การพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน. พยาบาลตำรวจ, 5(2) 2556. สืบค้นจาก <http://www.tcihaijo.org/index.php/policeurse/article/view/สืบค้นเมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2559>
10. ขจรศักดิ์ ศิริชัย และคณะ. การพัฒนาระบบสมรรถนะเพื่อพัฒนาทรัพยากรบุคคล. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร, 2554.
11. Bandura, A. *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press, 1977.
12. Brockete, R.G. and Hiemstra, R. *Self-direction in adult learning: Perspectives on theory, research and practice*. London: Routledge, 1991.
13. Risley L. And McKee, S. *Andragogical Methods Applied to Adult Learning Environments: Adult Education for Adult Learners in and out of the Traditional Classroom*. 2010. สืบค้นจาก <http://www.lindenwood.edu/r2p/docs/RisleyMcKee1.pdf> [March 16, 2016].
14. Wallerstein, N & Bernstein, E. *Empowerment education: the use and interpretation of anthropometry*. WHO Tech Rep Ser No. 854. Geneva, 1988.
15. วิภากรณ์ ดำนังศิริและภิญญา รัตนพันธุ์. การพัฒนาบุคลากรด้านการศึกษาโดย กระบวนการสุนทรียสาธก : กรณีศึกษา โรงเรียน ABC อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วิทยาลัยบัณฑิตศึกษา การจัดการมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 9(2), 2559: 50-72
16. นริรัตน์ แสงเจริญรัตน์. การนำหลักสุนทรียสาธกเพื่อพัฒนาพฤติกรรมเชิงบวกของนักเรียน กรณีศึกษาโรงเรียนเทศบาล 2 ศรีบุญเรือง จังหวัดเลย. รายงานการศึกษายิสระปัญญา บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต วิทยาลัยบัณฑิต ศึกษาการจัดการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.
17. ประดิษฐ์ ศิริสอน. แผนการประยุกต์ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์(AIC)ในการ บริหารจัดการระบบข้อมูลรายงานเอดส์ให้มี ประสิทธิภาพจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2551.
18. ชนัญชวีร์ ฐิตพัฒนานนท์. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพโดยใช้กระบวนการ AIC: กรณีศึกษาชุมชนใน ตำบลหนองไผ่ล้อม อำเภอเมือง จังหวัด นครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, 2552.
19. นันนิฐา มาเหิม. ประสิทธิภาพการประยุกต์ใช้กระบวนการ AICต่อความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.
21. อุเทน บุญยังและคณะ. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานจัดการ สุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัด อุดรธานี. วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 6(3), 2557: 11-18.
22. จิตรา ปราชญ์นิวัฒน์. สมรรถนะของสาธารณสุขอำเภอในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ บริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2549.
23. สุภัทรา สามัง. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในประเทศไทยกรณีศึกษา ตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์. วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 6(3), 2557: 19-29
24. ชุตติกาญจน์ กล้าหาญ. ศึกษาการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเมืองพัทยา อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทั่วไป วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา 2552.
25. เดชชัย สันเจริญ. การพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง สำหรับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล. ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการเพื่อการพัฒนา สำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์, 2556.

26. รักษา อุ่นพิกุล คงศักดิ์ บุญยะประนัย และสำริง แหียงกระโทก. ความสัมพันธ์ระหว่าง สมรรถนะด้านการบริหารงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับประสิทธิผลในการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอวังนบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด. สารานุกรมสาธารณสุขมหาดำเนินคิด คณะสาธารณสุขศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา, 2558.
27. ภัทรานิษฐ์ บุญยวิบูลย์และวัฒน์ย์ โรจน์สัมพันธ์ฤทธิ์. การพัฒนาชุดฝึกอบรมหลักสูตรนั้กจัดการสุขภาพเพื่อเสริมสร้างความสามารถด้านการประชาสัมพันธ์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.พัฒนาเทคนิคการศึกษา, 28(97),2559: 94-98.

ผลของโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุน
ทางสังคมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมที่เข้ารับบริการคลินิกส่งเสริมสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นอำเภอเมืองขอนแก่นจังหวัดขอนแก่น

**THE EFFECTS OF HEALTH EDUCATION PROGRAM BASED ON PROTECTION
MOTIVATION THEORY AND SOCIAL SUPPORT FOR HEALTH PROMOTING AMONG
METABOLIC SYNDROME PATIENTS IN HEALTH PROMOTING CENTER 7TH KHONKAEN:
MUANG DISTRICT, KHON KAEN PROVINCE**

มเหศักดิ์ ภูริวัฒน์ภากร¹, จุฬารักษ์ โสตะ²

Mahasak Phooriawatphakorn¹, Chulaporn Sota²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมที่ได้รับการตรวจสุขภาพที่คลินิกส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่นกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเมตาบอลิกซินโดรมโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 72 คน ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม รวมถึงการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์จากผู้วิจัยเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับสุขภาพรายนามจากเจ้าหน้าที่ตามปกติเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกสุขภาพก่อนและหลังการทดลองวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent t-test, Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนความรู้ การรับรู้อันตราย การเผชิญหน้าและความตั้งใจที่จะป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$)

คำสำคัญ: ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค¹, ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม²

Abstract

This is a quasi-experimental study aimed to assess the effects of health education program based on protection motivation theory for metabolic syndrome among patients in health promoting center 7th KhonKaen. The participants were metabolic syndrome patients. The case and control group were 72 patients per group. The case group received a health promotion program which consisted of lectures, discussions and given social support from the researcher. The control group received normally the health education information by health service staff. The duration of the program was 12 weeks. Data were collected before and after by interviews and medical records. Comparing difference of mean between case and control group used independent t-tests.

From the results showed that, The mean scores of knowledge about metabolic syndrome, perceived severity and susceptibility, response efficacy and self efficacy, intention to prevent of metabolic syndrome of the experimental group after received a health promotion program were significantly higher than before and the control group. ($P\text{-value} < 0.05$)

Keyword: protection motivation theory¹, metabolic syndrome²

¹ นักศึกษาหลักสูตรสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมโดยส่วนใหญ่พบได้ประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรและพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง^(1,2)แต่ในประเทศไทยพบประมาณร้อยละ 10 – 23 โดยพบความชุกในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย⁽³⁻⁶⁾และจากรายงานข้อมูลผู้มารับการตรวจสุขภาพประจำปีของคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ปี 2556-2557 พบผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 42 เป็นร้อยละ 55 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2558⁽⁷⁾ดังนั้นคลินิกส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นจึงให้บริการด้านสุขภาพแบบครบวงจรแต่ยังขาดแนวทางการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้รับบริการใส่ใจในการมารับการตรวจคัดกรอง ขาดการติดตามผลที่ต่อเนื่องและคู่มือที่ใช้เป็นแนวทางในการตรวจภาวะเมตาบอลิกซินโดรมจากการศึกษางานวิจัยและการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่ผ่านมามีพบว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคสามารถลดน้ำหนักตัวและเปอร์เซ็นต์ไขมันของนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน⁽⁸⁾ แต่ผลการศึกษาของ พรพิมล วงมุสิก และคณะ (2558)⁽⁹⁾พบว่าหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการควบคุมน้ำหนัก กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และคำดัชนีมวลกายไม่แตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม แต่มีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และเส้นรอบเอวลดลง จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่าการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคทั้งในกลุ่มโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัญหาทางด้านสาธารณสุขในการจัดโปรแกรมสุขภาพซึ่งส่วนใหญ่พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความคาดหวังในผลลัพธ์ของการมีพฤติกรรมป้องกันโรคและความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเพิ่มมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แสดงว่าการนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมาจัดโปรแกรมสุขภาพสามารถสร้างเสริมพฤติกรรม

ป้องกันโรคได้แต่จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค⁽¹⁰⁻¹²⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะนำแนวความคิดการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการจัดโปรแกรมสุขภาพเพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องและส่งเสริมให้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมที่มารับการตรวจสุขภาพที่คลินิกส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยแบ่งตัวอย่างที่ทำการศึกษาออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมสุขภาพปกติตามเดิมใช้ระยะเวลาทำการวิจัย 12 สัปดาห์เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2559

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมตามเกณฑ์ของสถาบันศึกษาภาวะไขมันในเลือดแห่งชาติ การรักษาในผู้ป่วย ครั้ง⁽¹³⁾ ที่มารับบริการคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2558โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria)คือ ผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 35-60 ปี และมีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยใช้เกณฑ์สถาบันศึกษาภาวะไขมันในเลือดแห่งชาติ การรักษาในผู้ป่วย ครั้งที่ 3 อย่างน้อย 3 ใน 5 ข้อ ได้แก่ 1) เพศชายมีรอบเอว > 90 เซนติเมตร และเพศหญิง > 80 เซนติเมตร 2) ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ≥ 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรหรือเป็นผู้ที่เป็นไขมันสูงและได้รับยาลดไขมัน 3) ค่าระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออดอาหารระหว่าง 100 – 250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร 4) ระดับ HDL-C ในเลือดของเพศชาย ≥ 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรและในเพศหญิง ≥ 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ 5) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ≥ 130 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก ≥ 85 มิลลิเมตรปรอทหรือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตมีค่าความดันโลหิตไม่เกิน 160/100 มิลลิเมตรปรอท **เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)**คือ ผู้ป่วยที่มีระดับเกรตินิน > 2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ค่าดัชนีมวลกาย ≥ 40 กิโลกรัมต่อตารางเมตรกลุ่มตัวอย่างไม่แน่ใจว่าจะสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้งจนสิ้นสุดการทดลองได้รับการวินิจฉัยหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ เช่น โรคหัวใจหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น และมีประวัติเข้ารับการผ่าตัดหรือนอนพักในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลภายใน 3 เดือนก่อนเข้าร่วมกิจกรรม **เกณฑ์การถอน (Withdrawal criteria)**คือ ผู้ป่วยที่ขอยกเลิกการเข้าร่วมกิจกรรมและได้รับอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บที่ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมตามโปรแกรมได้

ขนาดตัวอย่างและการชักตัวอย่าง

ในการศึกษานี้ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กรณี 2 กลุ่มประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน⁽¹¹⁾ ผู้วิจัยจึงใช้สูตร ดังนี้

$$n = \frac{2\sigma^2(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2}{\Delta^2}$$

เมื่อกำหนดให้

Z_{α} คือ ค่าสถิติการแจกแจงมาตรฐานเมื่อกำหนดค่า $\alpha=0.05$ เมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญ และตั้งสมมติฐานแบบทางเดียว เท่ากับ 1.645

Z_{β} คือ ค่าสถิติการแจกแจงมาตรฐานเมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบ $(1 - \beta)80\%$ เท่ากับ 0.842

σ^2 คือ ความแปรปรวนร่วมได้จากการศึกษาของอรรวรรณ ประภาศิลป์ (2555)⁽¹²⁾ พบว่า หลังจากทดลองค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.19 และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย 26.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.33 ดังนั้นจึงหาค่าความแปรปรวนรวมรวมโดยคำนวณจากสูตร (2) เท่ากับ 22.94

$$\sigma^2 = \frac{(n_1 - 1)sd_1^2 + (n_2 - 1)sd_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

Δ^2 คือ ผลต่างของค่าเฉลี่ย (Effect size) คำนวณจากผลต่างค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ $(\mu_1 - \mu_2)^2$ ซึ่งเท่ากับ 2.07

จากสมการคำนวณขนาดตัวอย่างได้กลุ่มละ 67 คน จากนั้นคำนวณปรับเพิ่มขนาดที่ใช้ในการศึกษาโดยคิดค่า (drop out) ในกรณีตัวอย่างหายไประหว่างการทดลองอีกร้อยละ 3 ใช้สูตรเพื่อคำนวณหาขนาดตัวอย่างดังนี้

$$n_{adj} = \frac{n}{(1 - R)^2}$$

เมื่อ n คือ ขนาดตัวอย่างที่คำนวณ

n_{adj} คือ ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

R คือ สัดส่วนการสูญเสียจากการติดตามร้อยละ 3

ดังนั้นในการศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 72 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จำนวน 144 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

โปรแกรมสุขภาพโดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมสุขภาพ แบบสัมผัสกับผู้ป่วยที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นซึ่งได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา 5 ท่าน และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยขอนแก่นเลขที่ HE582379วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2559

วิธีดำเนินการวิจัย

ดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

1.กลุ่มทดลอง สัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถามของกลุ่มทดลองก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมสุขภาพและทดสอบ Pre-test จากนั้นแจกคู่มือแผ่นพับและนัดเข้าร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ถัดไป

สัปดาห์ที่ 2-3 จัดกิจกรรมโปรแกรมสุขภาพรายกลุ่ม ครั้งที่ 1 เรื่องความรู้ สาเหตุลักษณะอาการ สถานการณ์ ความรุนแรง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

สัปดาห์ที่ 4, 7, 10 โทรศัพท์ติดตามกลุ่มทดลองทุกคน เพื่อติดตามการบันทึกการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเมตาบอลิกซินโดรม กระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ สอบถามปัญหาและร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาย้าเตือนเพื่อให้มีการปฏิบัติตัวที่ดีพร้อมนาคกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมในสัปดาห์หน้า

สัปดาห์ที่ 5-6 จัดกิจกรรมโปรแกรมสุขภาพรายกลุ่ม ครั้งที่ 2 เรื่องความคาดหวังในความสามารถของตนเองและประสิทธิผลการตอบสนองจากการป้องกันภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

สัปดาห์ที่ 8-9 จัดกิจกรรมโปรแกรมสุขภาพ ครั้งที่ 3 กระตุ้นให้เกิดความตั้งใจที่จะป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมโดยการอภิปรายกลุ่ม และใช้ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย

สัปดาห์ที่ 11 จัดกิจกรรมโปรแกรมสุขภาพ ครั้งที่ 4 เสริมการเรียนรู้ที่จะป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมโดยการอภิปรายกลุ่ม และสรุปปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขปัญหามาจากการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมสรุปผลกิจกรรมแจ้งผลของการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพและมอบของที่ระลึกในการเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยและทดสอบ Post-test โดยให้ตอบแบบสอบถาม

2.กลุ่มเปรียบเทียบ สัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนการทดลองโปรแกรมสุขภาพโดยใช้แบบสอบถามทดสอบ Pre-test แจกแผ่นพับ และได้รับรู้ความรู้อย่างถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ตามปกติ สัปดาห์ที่ 12 เก็บข้อมูลหลังการทดลองโปรแกรมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคโดยใช้แบบสอบถามและทดสอบ Post-test

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA Version 10 ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยใช้สถิติพรรณานำเสนอจำนวน ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Independent t-test , Paired t-test

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 144 คน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 72 คน โดยกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 52.78 มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 58.34 โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 47.22 สำเร็จการศึกษา มัธยมศึกษา/อนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 56.94 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มทดลองคือ เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 55.56 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 53.88 โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 58.33 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 43.06

2.เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ที่ต้องการรับรู้อันตราย การเผชิญหน้าความตั้งใจที่จะป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ที่ถูกต้องการรับรู้อันตราย การเผชิญหน้าความตั้งใจที่จะป้องกัน พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนน	ค่าเฉลี่ย (SD)		ภายในกลุ่ม (95%CI)	ระหว่างกลุ่ม(95%CI) <i>p-value</i>
	ก่อน	หลัง		
ความรู้ที่ถูกต้อง				
กลุ่มทดลอง (n=72)	7.72(1.34)	8.97(1.05)	1.25 (0.98 – 1.52)	0.68 (0.06 – 1.29) 0.015*
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=72)	6.08(2.41)	6.65(1.91)	0.57 (0.01 – 1.13)	
การรับรู้อันตราย				
กลุ่มทดลอง (n=72)	57.00(3.48)	62.85(5.46)	1.25 (0.98 – 1.52)	5.15 (3.64 – 6.66) <0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=72)	48.57(13.11)	49.25(13.20)	0.69 (0.01 – 1.13)	
การเผชิญหน้า				
กลุ่มทดลอง (n=72)	35.74(4.67)	40.38(3.27)	4.64 (3.44 – 5.84)	3.43 (2.14 – 4.72)<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=72)	31.75(10.26)	32.96(9.66)	1.21 (0.72 – 1.70)	
ความตั้งใจ				
กลุ่มทดลอง (n=72)	32.86(3.06)	37.83(4.97)	4.97 (3.64 – 6.30)	3.40 (1.91 – 4.89)<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=72)	32.46(12.57)	34.03(12.75)	1.57 (0.88 – 2.26)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.1 ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะเมตาบอลิกซินโดรม กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะเมตาบอลิกซินโดรม 7.72 ± 1.35 คะแนนภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 8.97 ± 1.05 คะแนนซึ่งภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่าก่อนการทดลอง 1.25 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 0.98 - 1.52; *P-value* = <0.001) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 6.08 ± 2.41 คะแนนภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 6.65 ± 1.91 คะแนนและภายหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่าก่อนการทดลอง 0.57 คะแนนไม่แตกต่างกัน(95% CI = 0.01 – 1.12; *P-value* = 0.023) เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ที่ถูกต้องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.68 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 0.06-1.29; *P-value* = 0.015)

2.2 การรับรู้อันตรายต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนการรับรู้

อันตรายต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเฉลี่ย 57.00 ± 3.48 คะแนนภายหลังการทดลองมีคะแนนการรับรู้อันตรายเฉลี่ย 62.85 ± 5.45 คะแนนซึ่งภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อันตรายมากกว่าก่อนการทดลอง 5.85 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 4.39 – 7.31; *P-value*<0.001) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 48.56 ± 13.11 คะแนนภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 49.25 ± 13.20 คะแนนและภายหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง 0.69 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 0.26 – 1.13; *P-value* = 0.001) เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้อันตรายเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.15 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI =3.64 – 6.66; *P-value*< 0.001)

2.3 การเผชิญหน้าต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนการเผชิญหน้าต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเฉลี่ย 35 ± 3.27

คะแนนภายหลังการทดลองมีคะแนนการเผชิญหน้าเฉลี่ย 40.38 ± 4.67 คะแนนซึ่งภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญหน้ามากกว่าก่อนการทดลอง 4.64 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($95\% \text{ CI} = 3.44 - 5.84$; $P\text{-value} < 0.001$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 31.75 ± 10.26 คะแนนภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 32.96 ± 9.66 คะแนนและภายหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง 1.21 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($95\% \text{ CI} = 0.72 - 1.69$; $P\text{-value} < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญหน้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญหน้าต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.43 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($95\% \text{ CI} = 2.14 - 4.72$; $P\text{-value} < 0.001$)

2.4 ความตั้งใจที่จะป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนความตั้งใจที่จะป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเฉลี่ย 32.86 ± 3.06 คะแนนภายหลังการทดลองมีคะแนนความตั้งใจเฉลี่ย 37.83 ± 4.97 คะแนนซึ่งภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจมากกว่าก่อนการทดลอง 4.97 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($95\% \text{ CI} = 3.64 - 6.30$; $P\text{-value} < 0.001$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 32.46 ± 12.57 คะแนนภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 34.46 ± 12.75 คะแนนและภายหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง 1.57 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($95\% \text{ CI} = 0.64 - 2.26$; $P\text{-value} < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจที่จะป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.40 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($95\% \text{ CI} = 1.91 - 4.89$; $P\text{-value} < 0.001$)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมที่มารับการตรวจสุขภาพที่คลินิกส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพศึกษา พบว่า คะแนนความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะเมตาบอลิกซินโดรม กลุ่มทดลองหลังการทดลองคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงร้อยละ 90.28 ซึ่งก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 7.72 ± 1.35 คะแนนภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 8.97 ± 1.05 คะแนนหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพศึกษาส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ที่ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลอง 1.25 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($95\% \text{ CI} = 0.98 - 1.52$; $p\text{-value} = < 0.001$) และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนความรู้ที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.68 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($95\% \text{ CI} = 0.06 - 1.29$; $p\text{-value} = 0.015$) การรับรู้อันตรายต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม กลุ่มทดลองหลังการทดลองมีคะแนนการรับรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงร้อยละ 98.61 กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนการรับรู้อันตรายต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเฉลี่ย 57.00 ± 3.48 คะแนนภายหลังการทดลองมีคะแนนการรับรู้เฉลี่ย 62.85 ± 5.45 คะแนนซึ่งภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพศึกษาส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อันตรายมากกว่าก่อนการทดลอง 5.85 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($95\% \text{ CI} = 4.38 - 7.30$; $p\text{-value} < 0.001$) และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนการรับรู้อันตรายเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.15 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($95\% \text{ CI} = 3.64 - 6.66$; $p\text{-value} < 0.001$) การเผชิญปัญหาต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม กลุ่มทดลองหลังการทดลองคะแนนการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงร้อยละ 95.83 มีคะแนน ซึ่งก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนการเผชิญปัญหาต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเฉลี่ย 35.74 ± 3.27 คะแนนภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการเผชิญปัญหาเฉลี่ย 40.38 ± 4.67 คะแนน ซึ่งภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพศึกษาส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญปัญหามากกว่าก่อนทดลอง 4.64 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%

CI = 3.43 – 5.48; p -value<0.001) และภายหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนการเผชิญปัญหาต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.43 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 2.14 - 4.72; p -value< 0.001) ความตั้งใจที่จะป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมกลุ่มทดลองหลังการทดลองคะแนนความตั้งใจเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงร้อยละ 81.94 กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนความตั้งใจที่จะป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเฉลี่ย 32.86 ± 3.06 คะแนนภายหลังการทดลองมีคะแนนความตั้งใจเฉลี่ย 37.83 ± 4.97 คะแนนซึ่งภายหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจมากกว่าก่อนการทดลอง 4.97 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 3.64 – 6.30; p -value<0.001) และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจที่จะป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.40 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 1.92 – 4.89; p -value< 0.001) แสดงให้เห็นว่าจะเห็นได้ว่าการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคทั้งในกลุ่มโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัญหาทางด้านสาธารณสุขในการจัดโปรแกรมสุขภาพ มาใช้ในการป้องกันโรคเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมที่ได้รับการตรวจสุขภาพที่คลินิกส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น สอดคล้องกับการศึกษาของ ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ การรับรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความคาดหวังในผลลัพธ์ของการมีพฤติกรรมป้องกันโรคและความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเพิ่มมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ⁽⁹⁻¹³⁾ แสดงว่าการนำทฤษฎี

แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมาจัดแกรมสุขภาพสามารถสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคได้

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

ควรแจ้งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบในระหว่างจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงร่วมกับบรรยายความรุนแรงของการเกิดโรคเมตาบอลิกซินโดรมรวมถึงการแนะนำแนวทางการป้องกันโรค จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจและปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน โรคเมตาบอลิกซินโดรมเพิ่มมากขึ้นและติดตามกลุ่มทดลองทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องเพื่อกระตุ้นเตือนสอบถามปัญหาและร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาและเข้าเตือนให้มีการปฏิบัติตัวที่ดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษางานวิจัยแบบ Action research เพื่อศึกษาข้อมูลเชิงลึกและมีข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมที่ได้รับการตรวจสุขภาพที่คลินิกส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น และติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพ โดยการประเมินผลซ้ำเพื่อกระตุ้นเตือนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเมตาบอลิกซินโดรมมีพฤติกรรมป้องกันโรคต่อไป และยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณรศ.ดร.จุฬารัตน์โสตะ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาและชี้แนวทางการเขียนรายงานวิชาการระเบียบวิธีวิจัยรวมถึงตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งประสิทธิประสาทความรู้วิชาการและข้อเสนอแนะตลอดระยะเวลาการวิจัย เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ในการช่วยเหลือในด้านข้อมูลและให้การช่วยเหลือในพื้นที่จัดกิจกรรมและสัมภาษณ์ผู้ป่วย คุณกิตติราวุฒิ ขวัญขริ ที่คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูลและอาจารย์ Peter Bradshaw ที่ช่วยปรับปรุงบทคัดย่อภาษาอังกฤษเสร็จสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Grundy S. M., Brewer H. B.Jr.,et al. Definition of metabolic syndrome: report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association conference on scientific issues related to definition. *ArteriosclerThrombVascBiol.* 24: e13-8, 2008.

2. R. Bethene Ervin. Prevalence of Metabolic Syndrome among Adults 20 Years of Age and Over, by Sex, Age, Race and Ethnicity, and Body Mass Index: United States, 2003–2006. **National Health Statistics Reports**. 13, 2009.
3. Boonyavarakul A., Choosang C., et al. Prevalence of the metabolic syndrome, and its association factors between percentage body fat and body mass index in rural Thai population aged 35 years and older. **J Med Assoc Thai**. 88 Suppl3: S121-3, 2005.
10. Department of health of health and human services. **ATP III At-A-Glance: Quick Desk Reference**. [Online] 2001 [cited 20 September 2015]. Available from: <http://www.nhlbi.nih.gov>.
4. กิตติพงษ์ คงสมบูรณ์, สุรเชษฐ์เลิศศิริพันธุ์. เมตาบอลิกซินโดรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย. **สงขลานครินทร์เวชสาร**. 28(3): 145-53, 2553.
5. ศิวกรพรตระกูลพิพัฒน์, แก้วใจเทพสุธรรมรัตน์, และคณะ. ดัชนีความเสี่ยงต่อเบาหวานของไทยรูปแบบประยุกต์กับการคัดกรองกลุ่มอาการทางเมตาบอลิก. **สรุณครินทร์เวชสาร**. 26(3): 213-24. 2554.
6. สุปราณี นรารมย์. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในตำบลหนองตม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ]. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
7. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-52. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2553.
8. ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น. รายงานผู้ป่วยเมตาบอลิกซินโดรม. เอกสารประกอบการประชุมสรุปยอดผู้รับบริการคลินิกส่งเสริมสุขภาพ. 16 มีนาคม 2558. ขอนแก่น, 2558.
9. พรพิมลวงมุสิก, อริฟุมประไพ, และคณะ. ผลของการจัดกิจกรรมการควบคุมน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความรู้และพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของบุคลากร โรงพยาบาลค่ายวิภาวดีรังสิต. **วารสารพยาบาลทหารบก**. 16(1): 33-40, 2558.
10. ณัฐจิ ฉิมมา, จินตนา สรายุทธพิทักษ์. โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่นักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. **วารสารครูศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**. 43(2): 11-24. 2558
11. อรพรรณ ประภาศิริ, ชดช้อย วัฒนะ, และคณะ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ภาวะอ้วน ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และการหายจากภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม. **พยาบาลสาร**. 40(1): 34-48, 2556.
12. อรุณชัย ธงสวัสดิ์. ผลของโปรแกรมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบกับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนห้วยหว้าวิทยา ต.โนนฆ้อง อ.บ้านฝาง จ.ขอนแก่น. **วารสารทันตภิบาล**. 19(1): 11-17. 2550.
13. อรุณ จิรวัฒน์กุล. **ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551.

**การประยุกต์การจัดการความรู้ (Knowledge management) และเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP) เพื่อพัฒนาการเรียนรู้ตามอุดมมุ่งหมาย รายวิชา 1401 309 จิตวิทยาสุขภาพ ของนิสิต
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม**
Applied Knowledge Management and Technology of Participation for Learning Development
Aiming toward of 1401 309 Health Psychology of Bachelor of Public Health Program class 3rd in
Public Health Faculty, Mahasarakham University

วิรัตน์ ปานศิลา¹

Wirat Pansila¹

บทคัดย่อ

การวิจัยปฏิบัติการนี้ ศึกษาและพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนในรายวิชา จิตวิทยาสุขภาพ โดยการประยุกต์หลักการจัดการความรู้ร่วมกับเทคโนโลยีการมีส่วนร่วมใช้วิธีการสำคัญ คือ การสนทนอย่างมีส่วนร่วม (ORID Method) และกระบวนการวิจัยที่มีกิจกรรมทั้งในห้องเรียนและชุมชนผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และแกนนำ ผู้นำ อสม.และประชาชน บ้านหนองขาม ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการจัดกิจกรรมในห้องเรียนและชุมชน และวิธีการเรียนรู้ด้วย ORID Method สามารถสร้างความสนใจใคร่รู้ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับชุมชนในสถานการณ์จริง นิสิตเกิดความเข้าใจวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ในรายวิชามากขึ้น เกิดการตื่นตัวต่อการเรียนรู้จากความรู้แฝงลึกภายในของกันและกัน และการเรียนรู้ร่วมกับชุมชน ทำให้เกิดการเรียนรู้ด้านทฤษฎีได้อย่างกลมกลืน การจัดกิจกรรมในชุมชน ทำให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ร่วมกันกับนิสิต การสรุปและถอดบทเรียนในภายหลังปฏิบัติการทุกกิจกรรม ทำให้ทั้งนิสิตและชุมชนเกิดการเรียนรู้ ถึงขั้นตระหนักรู้ได้ด้วยตนเอง ชุมชนตื่นตัว และสนุกสนานกับการเรียนรู้ด้วยวิธีการใหม่ เรียนรู้ด้านสุขภาพใหม่ๆ เกิดความสนใจและมีแนวโน้มที่จะรู้สึกถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองมากขึ้น ดังนั้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับการสร้างการเรียนรู้ด้านสุขภาพที่ยั่งยืน ซึ่งต้องเป็นการเรียนรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์ตลอดการลงมือปฏิบัติร่วมกันชุมชนในสถานการณ์ที่อยู่ในวิถีชีวิตจริง ข้อเสนอแนะ ควรดำเนินการต่อเนื่องในชุมชน และ ขยายผลรูปแบบในสถาบันการศึกษาด้านสุขภาพต่อไป

คำสำคัญ: วิจัยปฏิบัติการ วิธีการสนทนอย่างมีส่วนร่วม การจัดการความรู้ จิตวิทยาสุขภาพ

Abstract

This action research aims to study and develop a learning model in the courses of Health Psychology by the application of knowledge management, together with the Technology of Participation (TOP). ORID Method and the research processes use to action, both in the classroom and the community. Research participants have a bachelor's degree in public health course in freshmen year from faculty of public health, Mahasarakham University and the leaders of community and citizens of Ban Nong Kham, TambonKhamreing, AmphoeKantarawichai, Mahasarakham. The collected data was analyzed using qualitative research method.

The research found that the pattern of events in the classroom and in the community, and how learning by the ORID Method can create curiosity resulting in an exchange of learning with the community in a real situation. Thus students understand the purpose of learning from more courses. The learning come from passive knowledge, deep inside each other and learning together with the community, to create to learn a theory. Events in the community, inspire the community to learn together with the students. Summary and lessons learned later, all operating activities by both students and the learning community toward self-awareness. The community was excited and enjoyed learning in

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

new ways. Discovering new interests and well-being, participants were more likely to feel responsible for their own health more. Therefore, the model developed rightly corresponds to create health and sustainable learning. This must involve a learning interaction throughout the community and be put into practice together in real life situations. Suggestions should be conducted in the community and expand the format in the following health education Institute.

Key words: Action research, ORID Method, Knowledge management, Health psychology

บทนำ

การเรียนการสอนในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มีจุดมุ่งหมายพัฒนาให้ผู้เรียนมีความรู้ความสามารถในด้านสุขภาพอย่างรอบด้าน ทั้งด้านการป้องกัน รักษา ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งด้านอื่นๆ ที่จำเป็นต่อการเป็นนักสาธารณสุขที่จะสามารถปฏิบัติหน้าที่ในทีมวิชาชีพด้านสุขภาพได้ในทุกระดับ.... โดยมีรายวิชา 1401 309 จิตวิทยาสุขภาพ (Health psychology) เป็นหนึ่งในรายวิชาชีพเลือก กำหนดให้ผู้เรียนเรียนในชั้นปีที่ 3 ซึ่งมีคำอธิบายรายวิชาคือ “แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับกายและจิต ในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีและเทคนิคทางด้านจิตวิทยาและพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันและรักษาสุขภาพจิตหรือความเจ็บป่วยและความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับกาย จิต อารมณ์ และสังคม” และมีจุดมุ่งหมายให้ผู้เรียนที่ผ่านการเรียนในรายวิชานี้แล้วสามารถ (1) อธิบายแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับกายและจิต ได้ถูกต้อง (2) บอกถึงการประยุกต์ใช้ทฤษฎีและเทคนิคทางด้านจิตวิทยาและพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพได้เป็นอย่างดี (3) อธิบายถึงวิธีการป้องกันและรักษาสุขภาพจิตหรือความเจ็บป่วยและความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับกาย จิต อารมณ์ และสังคมได้ และ (4) สามารถประยุกต์แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับกายและจิต ไปสู่การปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชนได้ วิธีการจัดการเรียนการสอนที่กำหนดไว้ใน มคอ.3 คือ บรรยาย 30 ชั่วโมง ต่อ ภาคการศึกษา สอนเสริมตามความต้องการของอาจารย์และนักศึกษา การศึกษาด้วยตนเอง 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และอาจารย์ประจำวิชาจัดเวลาให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล หรือ รายกลุ่มตามความต้องการ 1 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ (เฉพาะรายที่ต้องการ) ซึ่งการจัดการเรียนการสอนที่ผ่านมาสามารถทำให้ผู้เรียนผ่านตามวัตถุประสงค์รายวิชาได้เป็นอย่างดี แต่กระบวนการจัดการเรียนการสอนไม่อาจหยุดนิ่งอยู่กับที่ได้ในท่ามกลางกระแส

โลกและประชาคมอาเซียน (AEC) ที่กำลังจะเกิดขึ้น รวมทั้งโลกของความรู้ใหม่ๆ ที่มีมากมายในกระแสสังคมออนไลน์ (online) ดังนั้นเพื่อส่งเสริมและพัฒนาผู้เรียนให้สามารถเรียนรู้ด้านจิตวิทยาสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับวิถีชีวิตปัจจุบันและในอนาคตจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาการเรียนการสอนให้เหมาะสมสอดคล้องต่อไป โดยผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบรายวิชา พิจารณาเห็นว่าน่าจะประยุกต์การจัดการเรียนการสอน โดยใช้หลักการจัดการความรู้ (Knowledge management) เป็นวิธีที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้เรียนได้เรียนรู้โดยเริ่มจากความรู้แฝงภายในตน (Tacit knowledge) ของนิสิตมีส่วนหนึ่งจากสังคมความรู้รอบด้าน และใช้กระบวนการหมุนเกลียวความรู้เพื่อพัฒนาให้เกิดความรู้ที่ชัดเจน (Explicit knowledge) ซึ่งจะย้อนกลับทำให้เกิดความรู้ที่ฝังลึกและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ต่อไปในชีวิตการทำงานและชีวิตประจำวันได้อย่างกลมกลืนกับวิถีชีวิตที่เป็นจริงมากกว่าวิธีการเรียนการสอนโดยการบรรยายหรือจัดอบรมทั่วไป เนื่องจากการใช้กระบวนการจัดการความรู้เป็นการยอมรับความเป็นตัวตนของผู้เรียน⁽¹⁾ โดยเริ่มจากความสนใจของผู้เรียนเริ่มจากสิ่งที่เขาเคยเรียนรู้และเข้าใจมาก่อน ไม่ว่าจะเป็นการเข้าใจถูกหรือผิด จะเป็นจุดเริ่มต้นที่กระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความตระหนักรู้ในสิ่งที่ตนไม่รู้ และเกิดความสนใจใฝ่รู้มากขึ้น รวมทั้งกระบวนการจัดการความรู้⁽²⁾ นี้ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงภายในผู้เรียนได้โดยอัตโนมัติ ไม่ว่าจะเป็นเจตคติ ค่านิยมหรือแรงจูงใจ เพราะการจัดการความรู้เชื่อมั่นในศักยภาพของคนว่าถ้าเขาสนใจใฝ่รู้แล้วจะเกิดการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง และจะเป็นการเรียนรู้เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ได้สอดคล้องกับชีวิตจริงของเขาและเขาจะแสวงหาความรู้เพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลสัมฤทธิ์ของการเรียนรู้ที่พึงประสงค์มากที่สุด⁽²⁾ นอกเหนือจากการเรียนรู้เพื่อให้ทำข้อสอบได้หรือเพื่อให้ได้เกรดเฉลี่ยสูงๆ หรือเพียงเพื่อให้ผ่าน

ผลการเรียนในรายวิชานั้นๆ โดยการจัดการเรียนการสอนด้วยการประยุกต์หลักการจัดการความรู้ในครั้งนี้จะใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP) เป็นวิธีการหลักในการดำเนินการ

สำหรับเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (TOP) นี้ถูกพัฒนาขึ้นโดยสำนักวิจัยและพัฒนา สถาบันพระปกเกล้า โดยความร่วมมือจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) และ สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) ซึ่งได้พัฒนาวิธีการสร้างการมีส่วนร่วมขึ้น 3 วิธี คือ (1) วิธีการสนทนอย่างมีส่วนร่วม (Discussion or ORID Method) (2) วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Workshop) และ (3) วิธีการวางแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Action planning)⁽³⁾ วิธีการเหล่านี้ได้มีการจัดอบรมและเผยแพร่มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการความรู้ (Knowledge management และถอดบทเรียน (Lesson Learned) และการแสวงหาแนวทางของการดำเนินงานขององค์กรต่างๆ ตลอดจนการนำไปออกแบบให้ผู้มีส่วนได้เสียของกลุ่ม องค์กร หรือชุมชนต่างๆ ได้มีส่วนร่วมตามแนวคิดของ ก.พ.ร. ครบทุกขั้นตอนได้อย่างแท้จริงซึ่งนำไปสู่ความรับผิดชอบรับผิดชอบในการแก้ปัญหา หรือพัฒนาใดๆ ได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน สำหรับการวิจัยนี้จะประยุกต์ใช้เฉพาะวิธีการสนทนอย่างมีส่วนร่วม (Discussion or ORID Method)

ดังนั้น ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบรายวิชา จึงประยุกต์การจัดการเรียนการสอนในรายวิชา 1401 309 จิตวิทยาสุขภาพ (Health psychology) โดยใช้หลักการจัดการความรู้และเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม คือ ORID Method เป็นวิธีการที่จะใช้สนับสนุนปฏิบัติการให้เกิดการจัดการความรู้และเป็นการกระตุ้นให้เกิดการแสวงหาแนวทางการเรียนรู้ด้านจิตวิทยาสุขภาพด้วยตนเองของผู้เรียน ทั้งนี้จะใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ⁽⁴⁾ ร่วมกับชุมชนบ้านหนองขาม ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย จ.มหาสารคาม ซึ่งเป็นชุมชนที่อยู่ใกล้มหาวิทยาลัย และเป็นพื้นที่เป้าหมายหนึ่งหลักสูตรหนึ่งชุมชนของคณะสาธารณสุขศาสตร์ ในการวิจัยนี้จะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้อย่างลึกซึ้ง ส่งผลต่อการที่พัฒนาตนเองให้เป็นผู้แสวงหาความรู้ด้านสุขภาพอื่น ๆ อย่างต่อเนื่องได้ต่อไป

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการเรียนการสอนรายวิชาจิตวิทยาสุขภาพ โดยการใช้หลักการจัดการความรู้ร่วมกับเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนรายวิชาจิตวิทยาสุขภาพ โดยการใช้หลักการจัดการความรู้ร่วมกับเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาและพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอน โดยการใช้หลักการจัดการความรู้ร่วมกับเทคโนโลยีการมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ตามจุดมุ่งหมาย รายวิชา 1401 309 จิตวิทยาสุขภาพ ของนิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ดำเนินการวิจัยในภาคเรียนที่ 1/2556 (พฤษภาคม – ตุลาคม 2556) รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในชั้นเรียน โดยใช้แนวคิดการวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research)⁽⁵⁾ ร่วมกับชุมชนบ้านหนองขาม ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย จ.มหาสารคาม ผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย ผู้วิจัยหลัก คือ ผู้วิจัย และมีผู้ร่วมปฏิบัติการ คือ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 จำนวน 127 คน กลุ่มแกนนำ ผู้นำ อสม.และ ประชาชนในชุมชนบ้านหนองขาม จำนวน 32 คน

ขั้นตอนการดำเนินงาน/ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีกระบวนการวิจัยดังนี้

1. ดำเนินการศึกษาโดยการศึกษารายงานในด้านเอกสารและผลการเรียนรู้ของนิสิตตามหลักฐานของกองทะเบียนและการประเมินผล รวมทั้งผลการประเมินอาจารย์ของนิสิตทางระบบออนไลน์ของมหาวิทยาลัย

2. ทำการวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคของการเรียนการสอนโดยวิเคราะห์จากผลการประเมินและสำรวจความคิดเห็นของผู้เรียนในชั้นเรียน

3. กำหนดกิจกรรมการพัฒนาโดยให้ผู้เรียนเข้าสู่กระบวนการเรียนรู้โดยการจัดการความรู้ด้วยเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม ซึ่งมีการตั้งคำถามในประเด็น สุขภาพจิตของทุกคนในชุมชน ตั้งแต่ (1) ระดับวัตถุประสงค์ (Objective Level): ใช้คำถาม

ว่า “เห็นอะไร” (2) ระดับการไตร่ตรอง (Reflective Level) ใช้คำถามว่า “รู้สึกอย่างไร” (3) ระดับการตีความ (Interpretative Level) ใช้คำถามว่า “คิดอย่างไร” และ (4) ระดับการตัดสินใจ (Decisional Level) ใช้คำถามว่า “จะทำอะไร” ส่วนการตอบให้นิสิตและตัวแทนชุมชนตอบโดยมีการร่วมกันว่า ทุกความคิดมีคุณค่า ทุกความคิดมีความหมาย ไม่มีความคิดใดถูก-ผิด ขอมรับทุกความคิดของกันและกัน จากนั้นตอบโดยการเขียนตอบผ่านกระดาษ A4 ที่พับแล้วกลิ้งออกเป็น 4 ชั้น เพื่อตอบคำถามแต่ละข้อ ลงในกระดาษแต่ละชั้นตามหมายเลขที่กำหนดไว้ตั้งแต่ 1-4 แล้วนำมาอภิปรายร่วมกัน สำหรับชุมชนจะใช้กติกาแบบเดียวกัน โดยมีอุปกรณ์เพิ่มเติม คือ กระดาษสีสำเร็จรูป ตัดเป็นบัตรความคิด 4 สี และเขียนด้วยปากกาเคมีนำไปติดผนังด้วยกระดาษกาว ย่น และอภิปรายแลกเปลี่ยนกันตามกิจกรรมย่อยที่ดำเนินการ ดังนี้

3.1 กิจกรรมการสนทนาอย่างมีส่วนร่วม จำนวน 2 ครั้ง (ในห้องเรียน ครั้ง และในชุมชน 1 ครั้ง)

3.3 กิจกรรมการจัดเวทีในชุมชน จำนวน 1 ครั้ง

3.4 กิจกรรมการนำเสนอในห้องเรียน จำนวน 2 ครั้ง

3.5 กิจกรรมการสรุปและถอดบทเรียน จำนวน 1 ครั้ง

4. การประเมินผลและสรุปรูปแบบการพัฒนาการเรียนการสอน

การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) และสรุปแบบอุปนัย (Inductive) และยืนยันความถูกต้องของผลการวิเคราะห์ด้วยหลักสามเส้า (Triangulation)

ผลการวิจัย

1. จากผลการศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ของการเรียนการสอน พบว่า การจัดการเรียนการสอนในรายวิชาจิตวิทยาสุขภาพ ยังเป็นการดำเนินการสอนแบบบรรยายประกอบสื่อ ทั้งเอกสารประกอบการสอนและ สื่อ Power Point ตลอดการเรียนการสอน ซึ่งทำให้นิสิตได้เรียนรู้เชิงหลักการและทฤษฎีด้านจิตวิทยา และด้านสุขภาพจิต สรุปผลการเรียนการสอนด้วยการประเมินผลทั้งในชั้นเรียนและในการสอบปลายภาค ในการวิเคราะห์ภาพรวมของการจัดการเรียนการสอน

พบว่ายังไม่สอดคล้องกับหลักการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เนื่องจากมีข้อจำกัดทั้งในด้านเวลา อุปกรณ์และการเคลื่อนย้ายนิตออกนอกห้องเรียน เมื่อผู้วิจัยดำเนินการออกแบบใหม่ด้วยการประสานงานกับ ผู้นำแกนนำชุมชน และ อสม. ในชุมชนบ้านหนองขามเพื่อนำนิสิตลงปฏิบัติการเรียนรู้ร่วมกับชุมชน และได้แจ้งให้ผู้เรียนทราบถึงแนวทางใหม่ในการจัดการเรียนการสอนที่ต้องการให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อทำให้เกิดการเรียนรู้ทั้งเรียนรู้ในสภาพการณ์จริง และเรียนรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกัน พร้อม ๆ กันไปกับแกนนำในชุมชน ผลการวิเคราะห์ และการประสานงานกับชุมชน ในเบื้องต้น พบว่าทั้งนิสิตและชุมชนรู้สึกตื่นเต้นและสนุกกับการที่จะได้เรียนรู้จากการปฏิบัติการจริงร่วมกับชุมชน ขณะที่ชุมชนก็รู้สึกพอใจกับการที่จะได้เรียนรู้ร่วมกับนิสิต

ผลการประชุมในห้องเรียน พบว่า การใช้เทคนิคการสนทนาอย่างมีส่วนร่วม (ORID Method) ในการตั้งคำถามตามระดับการทำงานของจิตใจ โดยการตั้งคำถาม ตั้งแต่ (1) ระดับวัตถุวิสัย (Objective Level): ใช้คำถามว่า เห็นอะไร (2) ระดับการไตร่ตรอง (Reflective Level) ใช้คำถามว่า รู้สึกอย่างไร (3) ระดับการตีความ (Interpretative Level) ใช้คำถามว่า คิดอย่างไร และ (4) ระดับการตัดสินใจ (Decisional Level) ใช้คำถามว่า จะทำอะไร เป็นจุดเริ่มต้น ทำให้ผู้เรียนรู้สึกตื่นเต้น และตื่นตัวในการตอบคำถามอย่างอิสระ ในสิ่งที่ตนเห็น รู้สึก คิด และจะทำเกี่ยวกับเรื่องของสุขภาพจิตของผู้คนในชุมชน โดยครั้งแรกนี้จัดการสนทนาในห้องเรียน จึงเป็นการเรียนรู้ทั้งส่วนที่เป็นองค์ความรู้พื้นฐานหรือแฝงลึก (Tacit Knowledge) ในตนเอง และจากเพื่อนๆ นิสิต ซึ่งต่างมีพื้นฐานหลากหลายและยังไม่สอดคล้องกับสิ่งที่ควรได้รับรู้ในเนื้อหาวิชา แต่อย่างน้อยเป็นการสร้างความสนใจ ใส่ใจมากขึ้น จากข้อสงสัยที่เกิดขึ้นในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยการนำเสนอและวิพากษ์กันเอง จึงเป็นการจุดประกายให้อยากรู้ต่อไปเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้คนในชุมชน รวมทั้งในตนเองด้วย

ผลการประชุมในชุมชน การประชุมในชุมชนครั้งแรก ได้มีการใช้วิธีการถามแบบ ORID Method ในการกระตุ้นชุมชนให้มีส่วนร่วม ให้ทุกคนในชุมชนร่วมกันตอบประเด็นสุขภาพจิตในชุมชน ตามลำดับของคำถามโดยการเขียนตอบ

ผ่านบัตรความคิด 4 สี มีนิสิตร่วมสังเกตการณ์และบางส่วนเข้ากลุ่มกับชุมชนเพื่อให้การช่วยเหลือ กรณีบางคนเขียนตอบไม่ได้ จากนั้นนำคำตอบที่ได้จากชุมชนให้นิสิตช่วยกันสรุปและสะท้อนให้กับชุมชนร่วมรับฟังและแลกเปลี่ยน ผลการแลกเปลี่ยน พบว่า ทั้งนิสิตและชุมชนต่างสนุกสนาน ในการเรียนรู้ผลของการสรุปความคิดเห็นร่วมกัน การจัดเวทีครั้งต่อมา พบว่า ชุมชนให้ความสนใจเข้าร่วมครบตามจำนวน และ มีผู้สนใจเข้าร่วมสังเกตการณ์การจัดเวทีอีกจำนวนหนึ่ง ในเวทีนี้มีการนำผลสรุปภาพรวมของการเรียนรู้ร่วมกันมานำเสนอ ทำให้ชุมชนได้รับรู้ข้อสรุปจากสิ่งที่เคยร่วมกันคิดและตัดสินใจ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา และเกิดการเรียนรู้อย่างเข้าใจได้ด้วยตนเอง

ผลของกิจกรรมการนำเสนอในห้องเรียน จำนวน 2 ครั้ง พบว่า การกลับจากชุมชนและได้มีการนำผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับชุมชน นำมาสรุปทำให้เกิดการเรียนรู้จากสถานการณ์จริงที่ทรงคุณค่า นิสิตรู้สึกสนุกสนาน ตื่นเต้น และเกิดความประทับใจกับการที่ได้มีโอกาสเรียนรู้ความคิดเห็นและความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิตแบบชาวบ้าน ซึ่งคำตอบที่ได้มา เช่น

- เห็นอะไร (Objective Level) ... เห็นคนกลุ่มใจ เห็นคนกินเหล้า เห็นผิวเมื่อยทะเลาะกัน เห็นคนตีเด็กเล็กอย่างรุนแรง ฯลฯ

- รู้สึกอย่างไร (Reflective Level)...รู้สึกสงสาร เศร้าใจ น่าเบื่อ ฯลฯ

- คิดอย่างไร (Interpretative Level)...อยากช่วยเหลือ ไม่อยากสนใจ คิดสงสาร คิดว่าไม่น่าทำ

- จะทำอะไร (Decisional Level) ...จะหาทางช่วย จะให้กำลังใจ จะบอกดี ๆ จะบอกผู้นำให้ดูแล ฯลฯ

คำตอบเหล่านี้ทำให้นิสิตเกิดการมองเห็นภาพความเป็นจริงที่สะท้อนจากปรากฏการณ์ในชุมชน และเกิดการสนใจว่าเขาเรียนรู้มาจากไหน เข้าใจได้อย่างไร ถูกต้องหรือไม่ และควรจะแนะนำเขาอย่างไร สิ่งนี้เพิ่มแรงจูงใจให้นิสิตเกิดความอยากรู้อยากเห็นในเนื้อหาวิชาชีวามากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

ผลของกิจกรรมการสรุปและถอดบทเรียน จำนวน 2 ครั้ง จากการนำเสนอให้ห้องเรียน 2 ครั้ง ได้มีการสรุปและถอดบทเรียน พบว่า ทำให้นิสิตเกิดความสนใจเป็นอย่างมากกับการ

ทำงานเพื่อช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในชุมชน และให้ความเห็นสอดคล้องกันว่าเนื้อหาในรายวิชา จิตวิทยาสุขภาพ เป็นองค์ความรู้ที่เขาสามารถจะนำไปใช้ในชุมชนได้ แต่วิธีการเรียนรู้อยากให้ได้ลงชุมชนและมีการแลกเปลี่ยนมากกว่านี้ จะเกิดความเข้าใจชุมชนและเห็นบริบทที่น่าจะนำมาอธิบายได้มากขึ้น เนื่องจากเวลาที่จำกัดและการประสานงานต้องอาศัยการศึกษาและความเข้าใจวิถีชุมชน รวมทั้งกำหนดกิจกรรมให้สอดคล้อง ทำให้เกิดความไม่ราบรื่นในการดำเนินกิจกรรมอยู่บ้าง ดังนั้น ข้อเสนอจากการเรียนรู้แบบแลกเปลี่ยนโดยตรงกับชุมชนครั้งนี้ กระตุ้นความตื่นตัวต่อการเรียนรู้ได้อย่างดีทั้งในส่วนของนิสิต ที่เห็นความสำคัญของการเรียนรู้ในเนื้อหาวิชา และในส่วนของชุมชน ที่เริ่มเห็นความสำคัญของสุขภาพมากขึ้น ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลและสุขภาพของตนมากขึ้น และเกิดความรู้สึกประทับใจในสุขภาพของตนเองมากขึ้น

2. การประเมินผลและสรุปรูปแบบการพัฒนาการเรียน

การสอน พบว่า นิสิตสามารถผ่านวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ในรายวิชาได้เป็นอย่างดี รูปแบบการพัฒนาการเรียนการสอนที่ประยุกต์แนวการจัดการความรู้ร่วมกับเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม รวมทั้งกระบวนการวิจัยปฏิบัติการส่งผลการเรียนรู้และการพัฒนาสุขภาพของทั้งนิสิตและชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

1. รูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยการประยุกต์หลักการจัดการความรู้ร่วมกับเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม พบว่าการจัดการเรียนการสอนโดยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง รูปแบบที่เหมาะสมคือการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี โดยการเริ่มต้นด้วยการตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นความสนใจ ใฝ่เรียนรู้ ด้วยเทคนิคการสนทนาอย่างมีส่วนร่วม (Discussion Method หรือ ORID Method) ตั้งแต่ เห็นอะไร รู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร และจะทำอะไร กับสุขภาพจิตของผู้คนในชุมชน คำตอบที่ได้คือการตอบอย่างอิสระของนิสิต ส่งผลต่อความสนใจและเกิดการตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้คนซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการเรียนรู้เชิงรุก และหลักการจัดการความรู้ โดยที่คำตอบต่าง ๆ เหล่านี้ช่วยกระตุ้นจิตใจส่วนลึกของนิสิตได้ดี สอดคล้องกับแนวคิดของ⁽⁶⁾

ทำให้เกิดความสนใจที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับจิตวิทยาสุขภาพมากขึ้น แม้การตั้งคำถามจะไม่ได้ถามเกี่ยวกับจิตวิทยาสุขภาพโดยตรง แต่การถามง่าย ๆ จะเป็นสิ่งกระตุ้นให้ตอบ และเกิดการไตร่ตรอง คิดตาม และตระหนักถึงภายใน ส่งผลต่อความรู้แฝงลึก (Tacit knowledge) ในตัวนิสิตให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นการหมุนเกลียวความรู้ จากความรู้แฝงลึกสู่การแสวงหาคำตอบใหม่ที่เป็นทางออกที่เหมาะสม หรือความรู้ที่ชัดเจน (Explicit knowledge) สอดคล้องกับแนวคิด ของ วิจารย์ พานิช (2559)⁽⁷⁾ และประเวศ วะสี (2548)⁽¹⁾ ที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ต้องต่อไปและยังมีผลทำให้ชุมชนได้รับรู้ข้อสรุปจากสิ่งที่เคยร่วมกันคิดและตัดสินใจ ทำให้เกิดการและเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลาและเกิดการเรียนรู้อย่างเข้าใจได้ด้วยตนเอง

2. ผลการพัฒนาแบบการจัดการเรียนการสอนโดย
การประยุกต์หลักการจัดการความรู้ร่วมกับเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม พบว่า รูปแบบที่พัฒนาในการจัดการเรียนการสอนฯ ควรเริ่มด้วยการทำความเข้าใจกับนิสิตถึงรูปแบบของการเรียนการสอนที่จะประยุกต์ให้สอดคล้องกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในสังคมปัจจุบัน จากนั้นใช้เทคนิคการมีส่วนร่วมที่เรียกว่า ORID Method ในการตั้งคำถามตามระดับการทำงานของจิตใจ⁽³⁾ ตั้งแต่ระดับวัตถุวิสัย (Objective Level) ระดับการไตร่ตรอง (Reflective Level) ระดับการตีความ (Interpretative Level) และสุดท้ายคำถามระดับการตัดสินใจ (Decisional Level) ซึ่งทำให้ผู้เรียน และชุมชนได้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน โดยที่เป็นการเรียนรู้จากความรู้ภายในของกันและกัน เกิดการหมุนเกลียวความรู้จากการกระตุ้นให้มีการอ่านความคิดของทุกคน⁽⁷⁾ จากคำตอบไล่ตามลำดับ จนเกิดเป็นความรู้ที่ค่อยๆ ชัดแจ้งตามบริบทของชุมชน⁽¹⁾ เช่น การตอบคำถามว่า เกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้คนในชุมชนบ้านหนองขาม แต่ละคนเห็นอะไร คำตอบคือ เห็นความรุนแรงในครอบครัว การตีเด็กเล็ก การซึมเศร้า การเป็นบ้า การติดสุรา เป็นต้น คำถามต่อมา ถามว่า รู้สึกอย่างไรต่อสิ่งที่เห็น คำตอบคือ รู้สึกเศร้าใจ สงสาร ฯลฯ ถามต่อว่าคิดอย่างไร คำตอบคือ อยากช่วยเหลือ เห็นใจ จะช่วยได้อย่างไร และคำถามสุดท้าย จะทำอะไร คำตอบคือ หาทางช่วยช่วยแนะนำ หากความรู้เพิ่มเติม อยากช่วยอย่างถูกต้อง ฯลฯ เหล่านี้จึงเป็นการเรียนรู้ที่มีรูปแบบเฉพาะจากการใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม โดยวิธีการของ ORID Method

นับเป็นการพัฒนาแบบใหม่ของการเรียนรู้ หรืออาจเรียกได้ว่าพฤติการณ์เรียนรู้แบบใหม่ๆ ในปฏิบัติการร่วมกันกับชุมชน ดังเช่น แนวคิดของ Elliot, John (1997)⁽²⁾ อีกทั้งยังพาชุมชนให้เกิดการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนมุมมองกับนิสิต เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากการแลกเปลี่ยนอย่างอิสระ และอย่างถ้อยหน้าอย่างแท้จริง เพราะเทคนิคดังกล่าว เอื้อให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระอย่างแท้จริง⁽⁶⁾ สุดท้ายทำให้นิสิตได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริง ทำให้เกิดความสนใจใฝ่รู้ที่จะค้นคว้าความรู้ความจริงด้านจิตวิทยาสุขภาพเพิ่มเติมต่อเนื่อง

สรุปรูปแบบที่เหมาะสมในการประยุกต์หลักการจัดการความรู้ร่วมกับเทคโนโลยีการมีส่วนร่วม ควรเริ่มด้วย (1) การจัดการความรู้โดยประยุกต์ใช้วิธีการ ORID Method ตั้งแต่ในห้องเรียน เพื่อสร้างความสนใจ และตรวจสอบพื้นฐานความเข้าใจเกี่ยวกับจิตวิทยาสุขภาพ ที่เป็นความรู้แฝงลึกของนิสิตแต่ละคน และกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนอย่างอิสระ ดำเนินการสรุปและถอดบทเรียนร่วมกัน จากนั้น (2) ให้นิสิตได้ลงสนามไปสัมผัสกับปรากฏการณ์ที่เป็นความรู้ลึกนึกคิดที่แท้จริงของผู้คนในชุมชน แล้ว (3) กลับมาประมวลผลนำข้อสรุปต่างๆ มาร่วมแลกเปลี่ยนในห้องเรียนอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งจะทำให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างดี⁽⁸⁾ เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากการแลกเปลี่ยนอย่างอิสระ และอย่างถ้อยหน้าอย่างแท้จริง เป็นการเรียนรู้จากภายในสู่ภายนอกเป็นการเรียนรู้โดยการปฏิบัติอย่างมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน (Interactive Learning Through Action)⁽⁹⁾ เพราะวิธีการดังกล่าว เอื้อให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระอย่างแท้จริง⁽³⁾ สุดท้ายทำให้นิสิตได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริง ทำให้เกิดความสนใจใฝ่รู้ที่จะค้นคว้าความรู้ความจริงด้านจิตวิทยาสุขภาพเพิ่มเติมต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้มีการนำเสนอสรุปผลการเรียนรู้ร่วมกัน กลับไปเสนอให้ชุมชนฟัง เพื่อเป็นการคืนข้อมูลและเสริมการเรียนรู้แก่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง
2. ผู้สอนควรนำการประยุกต์เสนอแนะและเผยแพร่ในกิจกรรมการจัดการความรู้ของคณะฯ เพื่อแลกเปลี่ยนกับอาจารย์ในคณะและสถาบันการศึกษาอื่นด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณแกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน อสม.และ
ประชาชนบ้านหนองขาม หมู่ที่ 6 ตำบลขามเรียง อำเภอกันทร
วิชัย จังหวัดมหาสารคาม ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์เข้าร่วม
กิจกรรม รวมทั้งการจัดสถานที่ให้เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้
ร่วมกัน ขอขอบพระคุณเจ้าอาวาสวัดหนองขาม ที่อนุเคราะห์

สถานที่ คือ ศาลาวัดในการจัดกิจกรรมและร่วมให้กำลังใจใน
การเรียนรู้ตลอดการดำเนินการขอขอบคุณผู้บริหาร
อนุเคราะห์ทุนวิจัยจากเงินรายได้ ของคณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารอ้างอิง

1. ประเวศ วะสี.การจัดการความรู้ : กระบวนการปลดปล่อยมนุษย์สู่ศักยภาพ เสรีภาพ และความสุข. กรุงเทพฯ : สถาบันส่งเสริมการจัดการ
ความรู้เพื่อสังคม. 2548.
2. Elliot, John. Action Research for Education Change. Philadelphia:Prentice Hall, 1997.
3. ถวิลวดี บุรีกุล และคณะ. เอกสารชุดธรรมภิบาล เรื่อง เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม: ; วิธีการเอื้ออำนวยการใช้กระบวนการกลุ่มขั้นพื้นฐาน.
นนทบุรี: สถาบันพระปกเกล้า, 2551.
4. Zuber-Skerrit, O. Action Research in Higher Education. London :Kogan Page, 1992.
5. Kemmis, Stephen and Robin Mc Taggart. The Action Researcher Planner. 3rd ed., Victoria: Brown Priori Anderson National Library of
Australia Cataloging in Publication Data, 1990.
6. Candice Benjes-Small, and Alyssa Archer. Tales of the Undead...Learning Theories: The Learning Pyramid [online] Access from:
<http://acrlog.org/2014/01/13/tales-of-the-undead-learning-theories-the-learning-pyramid/> date of access 8 Aug 2016.
7. วิจารย์ พานิช. การจัดการความรู้คืออะไร. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.kmi.or.th/kmi-articles/prof-vicharn-panich/28-0001-intro-to-km.html>. สืบค้นเมื่อ 28 เมษายน 2559.
8. Elisabeth Mayweg-Paus , MonjaThiebach , Regina Jucks.Let me critically question this! – Insights from a training study on the role of
questioning on argumentative discourse. International Journal of Educational Research, Available online 9 July 2016.
9. Freeman, D. (Ed.) Doing teacher-research from inquiry to understanding. Boston:Heinle/Thamson Learning, 1998.

พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอห้วยผึ้งจังหวัดกาฬสินธุ์

The Health Care Behavior of NCDs Risk Group in Amphoe Huai Phueng, Kalasin Province

ไพฑูรย์ อุไรชื่น¹ พัชรินทร์ ทัพวิเศษ²

Paitoon Uraichern¹ Patcharin Tapwiset²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล 2) เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ และ 3) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพและสุขภาวะของประชาชนในอำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2557 – เมษายน 2558 ประชากรได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในอำเภอห้วยผึ้ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมพื้นที่อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้สูตรการคำนวณสัดส่วนประชากร ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 490 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ และสุขภาวะของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอห้วยผึ้งจังหวัดกาฬสินธุ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ในภาพรวมอยู่ระดับสูง (เฉลี่ย 2.37 S.D. 0.74) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย 3.43 S.D. 0.82) สุขภาวะของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย 3.85 S.D. 0.45)

คำสำคัญ: ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Abstract

This survey research has the objective to 1) study the personal factor 2) study the health care behavior and 3) to study the participation in the health operation and the public health in Amphoe Huai Phueng, Kalasin Province. Study between October 2014 – April 2015. The population was the NCDs risk group in Amphoe Huai Phueng, Kalasin Province, the samples of this study were 490 of NCDs risk group selected by population formula. The tools was the health care behavior, the participation in the health operation and public health questionnaire. Data was analyzed by descriptive statistic including percentage mean and standard deviation.

The result found: the health care behavior of the NCDs risk group in Amphoe Huai Phueng, Kalasin Province in overall was high level ($\bar{X}$ =2.37, SD=0.74), the participation was in high level ($\bar{X}$ =3.43, SD=0.82) and the NCDs risk group health was in high level ($\bar{X}$ =3.85, SD=0.45)

Keywords: NCDs risk group

¹ พบ. โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่ขาดความสมดุล ทำให้มีเวลาในการดูแลตนเองน้อยลง โดยเฉพาะในการบริโภค เดิมมีการเพาะปลูก เพื่อนำผลผลิตมาบริโภค แต่ในปัจจุบันส่วนใหญ่ ได้เปลี่ยนมาเป็นการซื้อเพื่อบริโภค เมื่อมีความต้องการบริโภคในปริมาณที่สูงขึ้น ทำให้เกิดการผลิตที่เน้นปริมาณเพิ่มมากขึ้น จากรูปแบบการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลต่อปัญหา โรคในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิกซึ่งได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนลงพุง ประเทศไทย แนวโน้มคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.6 ในปี 2546 – 2547 เป็นร้อยละ 34.7 และมีภาวะลงพุง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.0 เป็น ร้อยละ 32.1 โดยมีการใช้ยาลดความอ้วนเพิ่มขึ้น 5.5 เท่า⁽¹⁾

จากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า โรคความดันโลหิตสูง มีอัตราป่วยสูงสุด 11,615.81 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน 8525.65 โรคหัวใจขาดเลือด 782.03 โรคหลอดเลือดสมอง 705.36 และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เท่ากับ 571.19 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ในระหว่างปี 2557–2559 พบว่าอัตราความชุกของผู้ป่วยสะสมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเพศหญิงมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานสูงกว่าเพศชาย ในขณะที่โรคหัวใจขาดเลือดเพศชายและหญิงมีอัตราป่วยใกล้เคียงกัน สำหรับโรคหลอดเลือดสมองอัตราป่วยเพศชายสูงกว่าเพศหญิงเล็กน้อย ส่วนโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่าเพศชายมีอัตราป่วยสูงกว่าเพศหญิงถึง 2 เท่าพบกลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ขึ้นไป มีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมาคือกลุ่มอายุ 50–59 ปี⁽²⁾

ข้อมูลโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในลำดับต้นๆ ของอำเภอห้วยผึ้งคือโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ในปี 2558 พบอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูงสุด คือ รพ.ห้วยผึ้ง 1,686.27 รองลงมา รพ.สต.คำบง 1,114.38 และ รพ.สต.ไค่นุ่น 849.67 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยโรคเบาหวานสูงสุด คือ รพ.ห้วยผึ้ง 1,310.46 รองลงมา รพ.

สต.คำบง 810.46 และ รพ.สต.หนองอินทร 732.02 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁽³⁾

การพัฒนางานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีเป้าหมายสูงสุด คือ ประชาชนได้รับการคัดกรอง เพื่อเป็นการเฝ้าระวังโรค และลดอัตราผู้ป่วยรายใหม่ โดยการมุ่งเน้นในการส่งเสริมสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ภายใต้การจัดการอย่างมีประสิทธิภาพของการดำเนินงานเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรค การสื่อสารประชาสัมพันธ์ และการสร้างพลังภาคีเครือข่าย จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและยกระดับการให้บริการให้ครอบคลุม ทั้งถึง และเป็น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ และสุขภาพของประชาชนในอำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

การวิจัยเรื่องพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็น การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม 2557 – เมษายน 2558

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ประชาชนในอำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ จาก 5 ตำบล 52 หมู่บ้าน 37,091 คน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในอำเภอห้วยผึ้ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมพื้นที่อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้สูตรการคำนวณสัดส่วนประชากร⁽⁴⁾ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 490 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสำรวจพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ และสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอห้วยผึ้งจังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย พื้นที่อาศัย เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการตรวจสุขภาพประจำปี ผลการตรวจสุขภาพ การได้รับบริการทางการแพทย์/สาธารณสุข

ส่วนที่ 2 แบบสำรวจพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอห้วยผึ้งจังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย พฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค พฤติกรรมด้านอบายมุข พฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการใช้สารเคมี พฤติกรรมการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนและผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน

ส่วนที่ 3 แบบสำรวจการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอห้วยผึ้งจังหวัดกาฬสินธุ์

ส่วนที่ 4 สุขภาวะของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอห้วยผึ้งจังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ผลการศึกษา

1. ปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.1 อายุเฉลี่ย 32.01 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 50.5 การศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 39.2 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 60.2

2. พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอห้วยผึ้งจังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอห้วยผึ้งจังหวัดกาฬสินธุ์ ในภาพรวมอยู่ระดับสูง (เฉลี่ย 2.37 S.D. 0.74) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า

พฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง (เฉลี่ย 2.17 S.D. 0.70) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่อยู่ในระดับสูง ได้แก่ กินอาหารครบ 3 มื้อใน 1 วัน กินผัก กินผลไม้ กินอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ปรุงสุก หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด เช่นการ

ปรุงอาหารหวานแล้วเติมน้ำตาลให้มีรสหวานจัด ระดับปานกลางได้แก่ กินอาหารสูง กินอาหารหลากหลายไม่ซ้ำกันครบ 5 หมู่ ใน 1 วัน ลดการกินอาหารไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู หมูสามชั้น กุนเชียง คอหมูย่าง เบคอน ไส้กรอกหนังไก่ หนังหมู ลดการกินอาหารประเภททอดเช่น กุ้งทอด ปลาทอดไก่ ลดการกินอาหารหรือขนมหวานที่ปรุงด้วยกะทิ เนย มาการีน เช่นแกงเผ็ด แกงเขียวหวาน ข้าวเหนียวมูล ก๋วยเตี๋ยว หรือขนมประเภท เบอเกอรี่ เช่นขนมปัง หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่นอาหารหมักดอง อาหารแปรรูป เช่น เนื้อเค็ม ปลาเค็ม ดม น้ำอย่างน้อยไม่ต่ำกว่าวันละ 8 แก้ว ดื่มนมจืดหรือนมพร่องมันเนยวันละ 1 – 2 แก้ว/ ถ้วย หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำผลไม้ปั่นที่มีรสหวาน น้ำอัดลม น้ำหวานต่างๆ

พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง (เฉลี่ย 2.31 S.D. 0.71) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่อยู่ในระดับสูงได้แก่ ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา (ด้วยความแรงระดับปานกลาง คือเหนื่อย พูดคุยกับคนข้างเคียงได้จบประโยค)อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน 30 นาที มีการเคลื่อนไหวในการทำงานบ้านงานอาชีพ เช่น ทำงานบ้าน/ทำสวน/ทำไร่/ทำนา/ขี่จักรยานหรือเดินไปทำงานจนรู้สึกเหนื่อยกำลังดีสะสมอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน ระดับปานกลาง ได้แก่ ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา (ด้วยความแรงระดับหนักคือเหนื่อยหอบ หรือไม่สามารถพูดคุยกับคนข้างเคียงได้จบประโยคขณะออกกำลังกาย) อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 – 3 วัน อย่างน้อยวันละ 20 นาที มีการยืดเหยียด เช่น การก้มเอามือแตะพื้น ประสานมือไว้เหนือศีรษะหลังคืบขึ้น การก้มลงเอามือแตะพื้น การเหยียด และฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่อเนื่องกันสัปดาห์ละ 2 – 3 วัน

พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง (เฉลี่ย 2.13 S.D. 0.78) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่อยู่ในระดับสูงได้แก่ เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ทำผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธี ทำนวดนึ่ง ฟังเพลง ร้องเพลง ปรึกษาพูดคุยกับเพื่อนๆ หรือสมาชิกในครอบครัว ทำกิจกรรมอื่นๆ เพื่อผ่อนคลายความเครียด ทำนวดนึ่งทำกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว เช่น กิน

อาหาร /คู่มือ/ ฯลฯ มีกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัวตามเทศกาลต่างๆ เช่น ทำบุญ/พักผ่อน ระดับปานกลาง ได้แก่ เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ท่านผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีวิธี สวดมนต์/นั่งสมาธิ/ไหว้พระ ปลุกต้นไม้ ออกกำลังกาย สูบบุหรี่ ใช้นานอนหลับ/ยาระงับประสาท ท่านควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อรู้สึกโกรธ เช่น ไม่ขวางปาลิ่งของ ไม่ทำร้ายฝ่ายตรงข้าม ไม่เอะอะโวยวาย และระดับน้อยได้แก่ เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ท่านผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีวิธี สูบบุหรี่ ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ใช้นานอนหลับ/ยาระงับประสาท

พฤติกรรมการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับสูง (เฉลี่ย 2.36 S.D. 0.70) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่อยู่ในระดับสูงได้แก่ ทั้งขยะทุกชนิดในที่รองรับ/ถังขยะใบเดียวกัน ทำความสะอาดที่อยู่อาศัยทุกวัน (กวาดและถูบ้าน) ทำความสะอาดที่ประกอบอาหาร/ครัว ทุกครั้ง ราดน้ำ/ซักโครกทุกครั้งหลังใช้ส้วม ระดับปานกลางได้แก่ คัดแยกขยะก่อนนำไปทิ้ง กำจัดขยะถูกวิธี เช่น ฟัง/เผา/มีรถขยะมารับ มีส่วนร่วมในกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชนในการรักษาสภาพแวดล้อมในชุมชน ล้างทำความสะอาดห้องน้ำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หลีกเลี่ยงการใช้วัสดุที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม เช่น โฟม วัสดุพลาสติกที่ไม่ย่อยสลาย

พฤติกรรมลดเสี่ยงต่อการเกิดโรค อยู่ในระดับสูง (เฉลี่ย 2.37 S.D. 0.78) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อข้อที่อยู่ในระดับสูงได้แก่ ไม่กินอาหารที่เค็มจัด หวานจัด ไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ก่อนขับขีรถจักรยานยนต์หรือขับขีรถยนต์ ไม่ขับรดฝาสัญญาณไฟแดง ไม่ขับรดย้อนศร ไม่ขับรดเปลี่ยนแปลงเลนกระทันหัน ชะลอรถเพื่อดูรถแล่นทางตรงขณะขับผ่านทางแยก ไม่ใช้โทรศัพท์มือถือขณะขับขีรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ สวมหมวกนิรภัยขณะขับขีหรือซ้อนท้ายรถ จักรยานยนต์ คาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับขีรถยนต์หรือนั่งคู่คนขับ สวมถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยา (ถามเฉพาะเพศชายที่สมรสแล้ว) ซื่อสัตย์ ไม่นอกใจคู่สมรส (ถามเฉพาะผู้ที่สมรสแล้ว) ไม่ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ระดับปานกลางได้แก่ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงการกินอาหารไขมันสูง

เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน กะทิ หนั้หมูหนั้ไก่ ใ้กรอก ขาหมู เป็นต้น ออกกำลังกายวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน ผ่อนคลายความเครียดถูกวิธี เช่น สวดมนต์/นั่งสมาธิ/ไหว้พระ ดูหนัง ฟังเพลง ปลุกต้นไม้ ออกกำลังกาย ปักยา พุดคุยกับเพื่อนๆ กินผักและผลไม้ทุกวัน ไม่กินอาหารสุกๆ ดิบๆ ไม่กินอาหารปิ้งย่างที่ไหม้เกรียม ไม่กินอาหารที่มีเชื้อราสีเขียหรือสีเหลืองบ่อยๆ เช่น ถั่วลิสงคั่วปนกรณีหญิงอายุ>35 ปี รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก 1 ครั้ง/ปี กรณีหญิงอายุ>35 ปี ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน

พฤติกรรมด้านหลักเลี่ยงอบายมุข (สุรา/บุหรี่/สารเสพติด/การพนัน/งคสำล่อนทางเพศ) อยู่ในระดับสูง (เฉลี่ย 2.70 S.D. 0.65) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ระดับสูงได้แก่ ซื่อสัตย์หรือไม่นอกใจต่อคู่สมรส (ถามเฉพาะผู้สมรสแล้ว) สวมถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยา (ถามเฉพาะเพศชาย) ไม่เสพสารเสพติด เช่น กาว ยาบ้า กัญชา เฮโรอีน ระดับต่ำได้แก่ ไม่เล่นการพนันที่ผิดกฎหมาย เช่น หวย พนันบอล ไฮโล โกงชน ไพ่ เป็นต้น

พฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูง (เฉลี่ย 2.83 S.D. 0.38) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่อยู่ในระดับสูงได้แก่ ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งหลังการใช้ส้วม/ขับถ่าย อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง (เช้า / เย็น) สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ไม่สวมใส่เสื้อผ้าซ้ำวัน

พฤติกรรมการใช้สารเคมีอยู่ในระดับสูง (เฉลี่ย 2.71 S.D. 0.53) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่อยู่ในระดับสูงได้แก่ ศึกษาชนิดของสารเคมีให้เหมาะสมกับชนิดของศัตรูพืช ก่อนดำเนินการใด ๆ กับสารเคมีอ่านฉลากคำแนะนำ นำภาชนะที่บรรจุสารเคมีที่ใช้หมดแล้วไปฝัง หรือเผา อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายและส่วนที่สัมผัสสารเคมีก่อนรับประทานอาหาร จัดเก็บสารเคมีที่เหลือน้อยอย่างมิดชิดและปลอดภัย ใช้พืชสมุนไพรกำจัดศัตรูพืชแทนการใช้สารเคมี

พฤติกรรมการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนและผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน อยู่ในระดับสูง (เฉลี่ย 2.40 S.D. 0.73) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่อยู่ในระดับสูงได้แก่ เลือกซื้อเกลือเสริมไอโอดีนและหรือน้ำปลาเสริม

ไอโอดีน เพื่อใช้ในการปรุงและประกอบอาหาร ใช้เกลือเสริมไอโอดีนและหรือผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในการปรุงและประกอบอาหาร การอ่านฉลาก อย. เพื่อดูปริมาณไอโอดีนในผลิตภัณฑ์อาหารต่างๆ ระดับปานกลางได้แก่ กินอาหารนอกบ้าน (ซื้ออาหารถุง อาหารกล่องปรุงสำเร็จ / กินที่ร้านอาหาร) จากร้านที่มีสติ๊กเกอร์ระบุข้อความว่า “ร้านนี้ใช้เกลือเสริมไอโอดีนและหรือผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน ปรุงและประกอบอาหาร” ร่วมรับฟังความรู้ / ข้อมูลข่าวสาร / กิจกรรม ณรงค์ เรื่องการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน อย่างน้อย 1 ครั้ง

3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและสุขภาพของชนในครัวเรือน

3.1 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย 3.43 S.D. 0.82) เมื่อพิจารณาเป็นรายกิจกรรมพบว่า กิจกรรมที่มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากได้แก่ โครงการคนดี สุขภาพดี รายได้ดี กิจกรรมงดเหล้าในงานบุญ การป้องกันแก้ปัญหาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การบริการของสุขภาพ การแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น/ท้องไม่พึงประสงค์ และความรุนแรงในครอบครัว การใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพในครัวเรือน การปลูกพืชผักในครัวเรือน และโครงการอาหารปลอดภัย ระดับปานกลางได้แก่ กิจกรรมไต่บาตร ถนนสายบุญ การป้องกันแก้ปัญหาโรคฉี่หนู การลดใช้สารเคมี ยาม่าหญ้า โครงการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนและผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน และ โครงการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

3.2 สุขภาวะของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย 3.85 S.D. 0.45) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านสุขภาพทางกาย อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย 3.85 S.D. 0.54) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าอยู่ในระดับมากได้แก่ ท่านไม่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน หัวใจ มะเร็ง กระเพาะ ลำไส้ การเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ เช่น ท้องเสีย ไข้หวัด มีพฤติกรรมที่ดี เพื่อลดความเสี่ยงการเจ็บป่วย เช่น การกินอาหาร ออกกำลังกาย ไม่พึ่งพายาเสพติด อุบัติเหตุ

ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย 3.56 S.D. 0.85) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่อยู่ในระดับมากได้แก่ ความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ความสบายใจ ไม่เครียด ไม่ทุกข์ใจ ด้านสังคมอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย 3.79 S.D. 0.42) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่อยู่ในระดับมากได้แก่ การช่วยเหลือเกื้อกูลกันให้กับผู้ทุกข์ยาก ค้อยโอกาส ความรัก ความสามัคคี ความไว้วางใจ ความผูกพันต่อกัน ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

ด้านปัญญาอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย 3.79 S.D. 0.42) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่อยู่ในระดับมากได้แก่ การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาให้ผู้อื่น หรือคนในชุมชน/จิตอาสา การหาทางออก หรือแก้ไขปัญหาชีวิต ด้วยหลักธรรมความสุขในชีวิตและการงาน การดูแลพึ่งตนเองทางสุขภาพ เช่น การใช้ภูมิปัญญา สมุนไพรและการเข้าถึงบริการความสามารถในการดำเนินชีวิต

สรุปและอภิปรายผล

จากการการศึกษาแนวทางการดำเนินงานแก้ปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอห้วยผึ้งจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.1 อายุเฉลี่ย 32.01 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 50.5 การศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 39.2 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.2 พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอห้วยผึ้งจังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพในภาพรวมอยู่ระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า พฤติกรรมที่อยู่ในระดับสูงได้แก่ พฤติกรรมดูแลสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค พฤติกรรมกรรหลีกเลี่ยงอบายมุข พฤติกรรมการใช้สารเคมี พฤติกรรมกรรบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนและผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน แต่พบพฤติกรรมที่อยู่ในระดับปานกลางได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมกรรผ่อนคลายความเครียด ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นส่วนสำคัญที่จะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ทั้งนี้เนื่องจาก ประชาชนกลุ่มเสี่ยงไม่ทราบระดับความเสี่ยงและโอกาสเกิดโรคของ

ตนเอง ยังไม่รับรู้ถึงผลที่จะเกิดกับตนเอง หากต้องกลายเป็นผู้ป่วย สอดคล้องกับ อาภา ยังประดิษฐ์และคณะ (2548)⁽⁵⁾ ได้ศึกษาเชิงเหตุผลเกี่ยวกับการส่งเสริมการออกกำลังกายของสตรีวัยกลางคน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ เกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการออกกำลังกายของสตรีวัยกลางคน ได้แก่ 1) อิทธิพลของบุคคลอื่น 2) การรับรู้ประโยชน์ 3) การรับรู้อุปสรรค และ 4) การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของอุ้มชู สายเพชร (2554)⁽⁶⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาจารย์และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จำนวน 88 คน ผลการศึกษาพบว่า ด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้า 3 มื้อแต่รับประทานอาหารเช้าในสัดส่วนที่น้อยที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่ไม่รับประทานอาหารเช้าเวลาก่อนนอน ไม่รับประทานอาหารมังสวิรัต อาหารเจ เมล็ดธัญพืชที่ไม่ขัดสี อาหารจานด่วน สำหรับการบริโภคน้ำดื่มพบว่าส่วนใหญ่ดื่มน้ำจากน้ำบรรจุขวดและน้ำที่ผ่านเครื่องกรองน้ำทุกวัน ด้านพฤติกรรมการพักผ่อนนอนหลับ พบว่าส่วนใหญ่เข้านอนหลังเวลา 22.00 น. โดยนอนหลับเร็วหลับง่าย หลับสนิท และไม่ตื่นกลางดึก นอกจากนี้เมื่อสำรวจด้านอารมณ์พบว่ามีการมีอารมณ์แจ่มใส ร่าเริงไม่ค่อยวิตกกังวลหรือมีอาการปวดศีรษะ แต่อย่างไรก็ตามบุคลากรส่วนใหญ่ไม่ทำสมาธิหรือไปวัดเพื่อฟังเทศน์หรือปฏิบัติธรรมด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าส่วนใหญ่มีการออกกำลังกาย ร้อยละ 67.0 โดยประเภทการออกกำลังกายได้แก่ วิ่ง เดิน โยคะ ปั่นจักรยานเป็นต้น ด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ พบว่าส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ แต่ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนทุกวันในขณะที่รับประทานอาหารเช้าบ้างบ่อยๆ เช่นเดียวกับอาหารที่มีรสเค็มและรสเผ็ดมากแต่จะทานอาหารหวานเป็นครั้งคราว ในการรับประทานผักและผลไม้ไม่ปลอดสารพิษได้รับความนิยมน้อยมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ ฤทัยชนก กุลสืบ และวรัญญา เชื้อทอง. (2550)⁽⁷⁾ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนในตำบลห้วยกระเจา อำเภอห้วย

กระเจา จังหวัดกาญจนบุรีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 250 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.8 รับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.0 ปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การมีโรคประจำตัว และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและสุขภาพของ คนในครัวเรือน ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ และระดับจังหวัดได้มีการจัดทำโครงการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชน และมีการประชาสัมพันธ์ ตลอดจนส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ทั้งในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับชุมชน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวนี้เอง ส่งผลสำคัญทำให้เกิดการมีส่วนร่วม และส่งผลให้สุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอห้วยผึ้งจังหวัดกาฬสินธุ์ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านสุขภาพทางกาย อยู่ในระดับมาก ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับมาก ด้านสังคมอยู่ในระดับมาก ด้านปัญญาอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ เสกสันต์ จันทนะ (2551)⁽⁸⁾ ได้ทำการศึกษาการจัดการสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอธาดูปทุม จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่า หลังการดำเนินการกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทาน การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด หลังการทดลองอยู่ในเกณฑ์ปฏิบัติเป็นประจำ ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของวิทยา เพชรรัตน์ และคณะ (2552)⁽⁹⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานของประชาชนในชุมชนศรีฐาน อำเภอป่าดัว จังหวัดยโสธร ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มปกติ บทบาทของผู้นำการออกกำลังกายยังไม่ชัดเจนนัก กิจกรรมการออกกำลังกายส่วนหนึ่งมีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลจากมีกิจกรรมการออกกำลังกายตามคุ้ม

ต่าง ๆ อยู่แล้ว กลุ่มเสี่ยง ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทุกด้านก่อนและหลังการอบรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภนิมิต หนองม่วง และคณะ (2556)⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเลื่องข้าว อำเภอศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มแกนนำโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ย 7.30 เพิ่มขึ้นเป็น 16.20 โดยเป็นการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) และด้านการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองของกลุ่มแกนนำโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจาก 1.83 (ระดับการปฏิบัติน้อย) เพิ่มขึ้นเป็น 3.70 (ระดับการปฏิบัติมาก) โดยเป็นการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ รอ ชาญประโคน และคณะ (2556)⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายของประชาชนที่มีภาวะอ้วนในตำบลโคกมะขาม อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการออกกำลังกาย การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกายและการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญปัญหาหนึ่งซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากการศึกษาพบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมอยู่ระดับสูง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง และมีสุขภาพะในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก แต่

พบว่าพฤติกรรมสุขภาพบางด้านอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งได้แก่ ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด ซึ่งพฤติกรรมด้านดังกล่าวถือว่าเป็นพฤติกรรมที่สำคัญ ที่จะส่งผลต่อการกลายเป็นผู้ป่วยในอนาคต ทั้งนี้เนื่องจาก ประชาชนกลุ่มเสี่ยงไม่ทราบระดับความเสี่ยงและโอกาสเกิดโรคของตนเอง ยังไม่รับรู้ถึงผลที่จะเกิดกับตนเองหากต้องกลายเป็นผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาพบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงยังมีพฤติกรรมสุขภาพ บางด้านอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาแนวทางในการจะทำให้ประชาชนตระหนักถึงความเสี่ยงของตนเอง และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป
2. ควรมีการนำเสนอผลการศึกษาดังกล่าวให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประชาชนกลุ่มเสี่ยงในอำเภอห้วยผึ้ง เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหากต้องกลายเป็นผู้ป่วย เพื่อหาแนวทางในการป้องกันต่อไป
3. ในการแก้ปัญหาควรเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้มีโอกาสเข้าร่วมในการกำหนดแนวทาง และดำเนินกิจกรรม เพราะจะทำให้ทุกคนความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า มีความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความตระหนัก และอยากมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากขึ้น
4. ควรมีการนำผลการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในการเฝ้าระวังปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเด็นอื่นๆ ต่อไป
5. ควรมีการติดตามและส่งเสริมการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักแก่บุคลากรในสังกัด

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563. 2553.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง . กาฬสินธุ์:สำนักงาน, 2560.

3. โรงพยาบาลห้วยผึ้ง. สถานการณ์โรคที่เป็นปัญหาสำคัญอำเภอห้วยผึ้ง. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลห้วยผึ้ง, 2560
4. เพ็ญแข แสงแก้ว. การวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : ภาควิชาคณิตศาสตร์และสถิติ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2540
5. อาภา ยังประดิษฐ์, Gretebeck, K.A.2, ชื่นชม เจริญยุทธ, กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, ธวัชชัย วรพงศธร. แบบจำลองเชิงเหตุผลเกี่ยวกับการส่งเสริมการออกกำลังกายของสตรีไทยวัยกลางคน. วารสารวิจัยทางการแพทย์ 9 (1) 49-62, 2548.
6. อุ่มชู สายเพชร. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล. 22(1) มกราคม – มิถุนายน. 2554
7. ฤทัยชนก กุลสืบ และวรัญญา เชื้อทอง. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในตำบลห้วยกระเจา อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี. งานวิจัยวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. 2550.
8. เสกสรรค์ จันทนะ. การจัดการสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ (ส.ม. การจัดการระบบสุขภาพ) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2551.
9. วิทยา เพชรรัตน์และคณะ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานของประชาชนในชุมชนศรีฐาน อำเภอป่าดู่ จังหวัดยโสธร. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 2(3) : 33-36. 2552.
10. ศุภนิมิต หนองม่วง, จตุพร เหลืองอุบล, อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์. การพัฒนาระบบบริการเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเลื่องข้าว อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 6 (2) 80-86 , 2556.
11. รอ ชาญประโคน, จินดาวัลย์ วิบุรณ์อุทัย, สุพิตรา เสลวันตะกุล . การประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายของประชาชนที่มีภาวะอ้วนในตำบลโคกมะขาม อำเภอประ โคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 6 (2) 153-161,2556.

ปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการ
ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

ADMINISTRATIVE FACTORS RELATED TO PARTICIPATION ON PREVENTING AND
CONTROLLING DENGUE HEMORRHAGIC FEVER OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS
IN KHAMMUANG DISTRICT, KALASIN PROVINCE

นริศรา ศรีแก้วน้ำใส¹ ชัญญา อภิบาลกุล²

Narisara srikeawnamsai¹ Chanya Apipalakul²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 256 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และหาความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แจกแจงข้อมูลด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

จากการศึกษา พบว่า ระดับปัจจัยการบริหารภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.71 และระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับ มาก ค่าเฉลี่ย 3.88 และ ภาพรวมของปัจจัยการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.650$, $p - \text{value} < 0.001$) โดยถูกเลือกเข้าสมการนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้ง 3 ด้าน โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับดังนี้ ด้านเวลา ($r = 0.765$, $p - \text{value} < 0.001$), ด้านวัสดุอุปกรณ์ ($r = 0.523$, $p - \text{value} < 0.001$) และด้านงบประมาณ ($r = 0.454$, $p - \text{value} < 0.001$) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัว สามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ร้อยละ 62.8 ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือ การไม่ได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์อย่างเพียงพอจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 68.18
คำสำคัญ : ปัจจัยทางการบริหาร,การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aimed to study administrative factors related to participation on preventing and controlling dengue hemorrhagic fever of village health volunteers in khammuang district, kalasin province. Population-based study of volunteer village health khammuang District, Kalasin Province, 256 people collected data using questionnaires. The research instruments were examined for content validity by three experts and tested for reliability in a pilot study (Cronbach's alpha coefficient = 0.87). Quick data analysis computer program Distribution of data by statistics. The data was analyzed by descriptive statistics, Percentage, Mean, Standard Deviation, Median, Minimum, Maximum, and Pearson correlation coefficients.

The results showed that the level of management factors was high a mean of 3.71 and the level of related to participation was also high a mean of 3.88. While management factors for village health volunteers in kham Muang district, kalasin province high positive relationship ($r = 0.65$, $p\text{-value} = <0.001$). By being selcted for the significant at the 0.05 level by the third variable in the equation is chosen in the following order : time($r = 0.765$, $P - \text{value} < 0.001$), materials ($r = 0.523$, $P - \text{value} < 0.001$). And the budget ($r = 0.454$, $P - \text{value} < 0.001$). So it can be said that independent variables 3 can predict the involvement of volunteer village health in the prevention and control of dengue kham Muang District, Kalasin present 62.8 Problems mostly is not. Supplies adequate support from relevant departments 68.18 percent.

Keywords: administrative factors, participation on preventing

¹ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever) หรือ DHF เป็นโรคติดเชื้อไวรัส ชนิดหนึ่งที่มียุงลาย (Aedes Species) เป็นพาหะนำโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศโรคไข้เลือดออกเริ่มมีรายงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2492 และเกิดการระบาดในกลุ่มประเทศ อาเซียนเป็นครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ เมื่อปี พ.ศ. 2497 สำหรับประเทศไทยมีรายงานการ ระบาดครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 ในกรุงเทพมหานคร มีผู้ป่วย 2,706 ราย ตาย 296 ราย หลังจากนั้นได้แพร่กระจายไปตามจังหวัดต่างๆ ที่เป็นเมืองใหญ่มีประชากรหนาแน่นและสามารถเดินทางติดต่อได้สะดวก ทำให้โรคแพร่กระจายได้เร็วขึ้น เมื่อบ้านเมืองพัฒนาขึ้นการคมนาคมสะดวก โรคไข้เลือดออกได้แพร่กระจายไปทั่วทุกจังหวัดของประเทศ⁽¹⁾ โรคไข้เลือดออกในภาพรวมของประเทศไทย 5 ปี ย้อนหลัง พบว่า มี อัตราการเกิดโรคและอัตราการป่วยตายสูงกว่าค่ามาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนดคือ อัตรา การเกิดโรคไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร และอัตราการป่วยตายไม่เกินร้อยละ 0.13 โดยในปี 2552 พบผู้ป่วยจำนวน 44,725 ราย เสียชีวิต 82 ราย ปี 2553 พบผู้ป่วยจำนวน 42,456 ราย เสียชีวิต 59 ราย ปี 2554 พบผู้ป่วยจำนวน 62,999 ราย เสียชีวิต 90 ราย ปี 2555 พบผู้ป่วยจำนวน 86,670 ราย เสียชีวิต 101 ราย และ ปี 2556 พบผู้ป่วยจำนวน 52,919 ราย เสียชีวิต 46 ราย คิดเป็นอัตราการป่วยต่อ แสนประชากร เท่ากับ 72.17 68.02 100.27 137.49 และ 83.48 ตามลำดับ และอัตราการป่วยตาย เท่ากับ 0.18 0.14 0.14 0.12 และ 0.09 ตามลำดับ⁽²⁾ จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมายปี 2550 โดยมีกิจกรรมพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่าย และ ชุมชนในการป้องกันควบคุมโรค ดังนี้คือ 1) พัฒนาศักยภาพชุมชนแบบเน้นการมีส่วนร่วมของ ประชาชน เทคนิคประชาคมและใช้ บทสรุป ของประชาคมในการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก 2) สนับสนุนการสร้างชุมชนเข้มแข็งโดยดำเนินการบ้านปลอดลูกน้ำยุงลายยั่งยืนโดยใช้การประกวด และการณรงค์เพื่อการกำจัดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลายในระดับครัวเรือน โดยใช้ มาตรการทางกายภาพ ชีวภาพ และภูมิปัญญาท้องถิ่น 3) สนับสนุนกิจกรรมการ

ป้องกันและ ควบคุมโรคในโรงเรียน ภายใต้แนวคิดของ โครงการฝึกพลังเยาวชนไทยต้านภัยไข้เลือดออก และ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพโดย ให้นักเรียนปฏิบัติกิจกรรมการ กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในโรงเรียนและที่บ้าน (ชุมชน) และ 4) ประสานงานและสนับสนุนหน่วยงาน และองค์กรปกครอง ท้องถิ่น เพื่อกำหนดแนวทางและมาตรการตามกฎหมายในการป้องกันควบคุมโรค³ ในการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านนั้นเป็นการสกัดกั้นไม่ให้มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกโดยใช้วิธีการทำลายแหล่งเพาะ พันธุ์ นั่นคือ การปิดปากภาชนะที่กักเก็บน้ำ การเปลี่ยนถ่าย น้ำบ่อยๆ ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ไม่ค่อยใส่ใจในการปิดปาก ภาชนะและหรือเปลี่ยนถ่ายน้ำเพราะมันสิ้นเปลืองหากต้องเท น้ำทิ้ง การกำจัดลูกน้ำยุงลายนั้นจะมีการกำจัดก็ต่อเมื่อเกิด โรคแล้วเท่านั้น แหล่งที่ยังไม่ปรากฏจะขาดความร่วมมือใน จุดนี้ทั้งนี้ยังรวมไปถึงการออกพ่นหมอกควันเมื่อเกิดการ ระบาดแล้วจะมีเพียงแหล่งที่เกิดโรคเท่านั้นที่มีามิบทบาทในการมีส่วนร่วมออกพ่นหมอกควัน ส่วนแหล่งที่ยังไม่เกิดโรค ก็ยังไม่ให้ความร่วมมือเช่นเดิมดังนั้น เพื่อให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิภาพ ต้องอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ในการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกทุกคนเข้ามามีบทบาทและ เพื่อให้ประสบความสำเร็จ ต้อง อาศัยปัจจัยทางการบริหาร ซึ่งเป็นทรัพยากร ที่สำคัญในการปฏิบัติงาน 3M's+IT ประกอบด้วย 1) บุคลากร (Man) 2) งบประมาณ (Money) 3) วัสดุอุปกรณ์ (Material) 4) เวลาในการดำเนินงาน (Time) ⁽³⁾ และยังมีประการสำคัญอีก สิ่งหนึ่ง ที่จะทำให้การดำเนินงานนั้นประสบความสำเร็จได้ นั่นก็คือ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญที่จะทำให้ การ ดำเนินการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกประสบ ผลสำเร็จหรือล้มเหลว ดังนั้น ผู้ศึกษาซึ่งเป็นบุคลากรใน หน่วยงาน สาธารณสุขระดับตำบล ซึ่งปฏิบัติงานในพื้นที่ และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธาณสุขกับ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่จึงมีความสนใจที่จะ ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้มอบนโยบายให้หน่วยงานสาธารณสุขทุกแห่ง ดำเนินการตามมาตรการของกรมควบคุมโรคติดต่อ ทุกประการเป็นประจำทุกปี ไม่ว่าจะเป็นการรณรงค์ทำลายแหล่งพันธุ์ยุงลายในครัวเรือน วัด โรงเรียน การให้ความรู้แก่ประชาชนทาง สื่อมวลชน ทางหอกระจายข่าวสารประจำหมู่บ้าน หน่วยสุขศึกษาเคลื่อนที่ การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ กลุ่มผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ นักเรียน ตลอดจนการพ่นหมอกควันกำจัดยุงลายในเขตชุมชนที่มี การระบาดของโรคก็ตาม แต่ไม่สามารถลดอัตราอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกได้ ดังนั้นมาตรการที่ดีที่สุดที่จะเป็นการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย นั่นก็คือการควบคุมลูกน้ำยุงลายนั่นเอง สำหรับจังหวัดกาฬสินธุ์พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในปี 2552 จำนวน 768 ราย ปี 2553 จำนวน 891 ราย ปี 2554 จำนวน 665 ราย ปี 2555 จำนวน 4,261 ราย และปี 2556 จำนวน 1,791 ราย คิดเป็น อัตราการป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 46.39 53.73 39.13 25.75 และ 15.40 ตามลำดับ โดยในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเสียชีวิตในปี 2552 จำนวน 2 ราย ปี 2555 จำนวน 3 ราย และปี 2556 จำนวน 1 ราย คิดเป็นอัตราการป่วยตายเท่ากับ 0.12 0.18 และ 0.06 ตามลำดับ⁽⁴⁾ อำเภอก้ามวัง จังหวัดกาฬสินธุ์ แบ่งออกเป็น 6 ตำบล มีหมู่บ้านทั้งหมด 58 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งหมด 50,590 คน มีอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหมด 760 คน ในทุกพื้นที่อำเภอก้ามวังจะพบการระบาดของโรคไข้เลือดออกระบาดอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลโรคย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ.2554-2556 พบว่ามีผู้ป่วยในแต่ละปี จำนวน 29,34,38 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วย 20.58, 24.21, 26.97 ต่อแสนประชากร จากข้อมูล ข้างต้น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอก้ามวัง จึงมีมาตรการในด้านต่าง ๆ ตามเกณฑ์การปฏิบัติงานของกรมควบคุมโรค ในด้านการป้องกันและควบคุมโรค โดยเน้นในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลุ่มแรก ซึ่งใน การดำเนินงานต้องอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการกระจายงาน และควบคุมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน⁽⁵⁾ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในแต่ละขั้นตอนนั้นมีมากน้อยเพียงใด เพื่อจะได้

นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ต่อบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำข้อมูลที่ได้รับ ไปวางแผนหาแนวทางส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอก้ามวัง จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยการบริหาร และระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอก้ามวัง จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอก้ามวัง จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional Descriptive Research) เพื่อมุ่งศึกษาปัจจัยการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อำเภอก้ามวัง จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภอก้ามวัง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 760 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อำเภอก้ามวัง จังหวัดกาฬสินธุ์โดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร⁽⁶⁾

$$\text{คำนวณได้จากสูตร } n = \frac{NZ^2 \alpha/2 \sigma^2}{e^2 (N - 1) + Z^2 \alpha/2 \sigma^2}$$

เมื่อกำหนดให้

n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

N = ประชากรที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภอกำแพง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 760 คน

$Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ($Z_{\alpha/2}$ หรือ $Z_{0.025} = 1.96$)

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ยอมให้เกิดขึ้น ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดให้ความคลาดเคลื่อนของค่าเฉลี่ยที่ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างแตกต่างจากค่าเฉลี่ยประชากรเท่ากับ 0.05

σ = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้จากผลของงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยได้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.50⁽⁷⁾

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 256 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น โดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสร้างแบบสอบถามให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวในกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา⁽⁸⁾ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิดให้เติมข้อความตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหาร ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านงบประมาณ ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ ปัจจัยด้านด้านเวลา โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) มีระดับ การวัดเป็นช่วงสเกล (Interval scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ⁽⁹⁾

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์และ

การมีส่วนร่วมในการประเมินผลในชุมชน โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) มีคำตอบ 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับแบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ตำแหน่งอื่น ๆ ทางสังคม ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (minimum) ระดับปัจจัยการบริหาร และระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้สถิติ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิเคราะห์โดยวิธีพรรณนา

เชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient หรือการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariate Analysis) ซึ่งตัวแปรทั้งสองตัวนั้นจะต้องมีระดับการวัดไม่ต่ำกว่าช่วงสเกล (Interval Scale) หรืออัตราส่วนสเกล (Ratio Scale) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัวนี้ ผู้วิจัยได้นำตัวแปรอิสระทุกตัวที่ ต้องการวิเคราะห์จับคู่กับตัวแปรตามทีละตัว ถ้าค่า p-value น้อยกว่า หรือเท่ากับ 0.05 แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามแต่ละคู่ นั้น มีความสัมพันธ์กัน อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 กรณีการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัวแปรด้วยสถิติ

Pearson's Product Moment Correlation Coefficient ซึ่งมีข้อกำหนด (Assumption) ในการใช้สถิติดังนี้ คือ 1) ทั้งสองตัวแปรมีการแจกแจงแบบปกติ 2) ตัวแปรทั้งสองเป็นตัวแปรประเภทตัวแปรต่อเนื่อง และ 3) ตัวแปรสองตัวแปรมีการแจกแจงร่วมแบบ Bivariate Normal Distribution

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.7 อายุอยู่ระหว่าง 41 - 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.4 อายุเฉลี่ย 44 ปี (S.D. = 8.55 ปี) อายุต่ำสุด 25 ปี, อายุสูงสุด 71 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 82.8 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ปวส ร้อยละ 39.5 รอบครัวมีรายได้ต่อเดือนต่ำสุด 600 บาท สูงสุด 100,000 บาทต่อเดือน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานงานเฉลี่ย 9.87 ปี ต่ำสุด 0.6 ปี และสูงสุด 22 ปี
2. ระดับปัจจัยทางการบริหารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ เมื่อพิจารณา ระดับปัจจัยทางการบริหารของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการบริหารอยู่ในระดับ มาก ค่าเฉลี่ย 3.71 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมาก 2 ด้านและระดับปานกลาง 2 ด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดและอยู่ในระดับมาก คือ ด้านบุคลากร มีค่าเฉลี่ย 4.14 รองลงมา คือ ด้าน

เวลา อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.95 ด้านวัสดุอุปกรณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.49 รองลงมา คือ ด้านงบประมาณ ค่าเฉลี่ย 3.26

3. ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ เมื่อพิจารณา ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับ มาก ค่าเฉลี่ย 3.88 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมาก 3 ด้านและระดับปานกลาง 1 ด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดและอยู่ในระดับมาก คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ค่าเฉลี่ย 4.14 รองลงมา คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ค่าเฉลี่ย 3.94 และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ค่าเฉลี่ย 3.58

4. คุณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างตัวแปรอิสระกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

ปัจจัยทางการบริหาร	การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรค		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p - value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยทางการบริหาร	0.650*	< 0.001	สูง
ด้านบุคลากร	0.621*	< 0.001	ปานกลาง
ด้านงบประมาณ	0.454*	< 0.001	ปานกลาง
ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.523*	< 0.001	ปานกลาง
ด้านเวลา	0.765*	< 0.001	ปานกลาง

*ค่าระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

จากตาราง พบว่า ปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยทางการบริหาร พบว่า ภาพรวมของปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.650$, $p - \text{value} < 0.001$) เมื่อพิจารณาปัจจัยทางการบริหารรายด้านแล้วพบว่า ด้านที่สูงที่สุดอยู่ในระดับมาก คือ ด้านบุคลากร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.621$, $p - \text{value} < 0.001$) ด้านเวลาด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านงบประมาณ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.765$, $p - \text{value} < 0.001$), ($r = 0.523$, $p - \text{value} < 0.001$) และ ($r = 0.454$, $p - \text{value} < 0.001$) ตามลำดับ

5. ปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่คือ การไม่ได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์อย่างเพียงพอจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เครื่องพ่นหมอกควัน เป็นต้น และมีปัญหาเกี่ยวกับวัสดุ อุปกรณ์มีไม่เพียงพอต่อความต้องการใช้งาน และอุปกรณ์บางชนิดชำรุดไม่พร้อมใช้งาน ทางด้านงบประมาณ คือ การได้รับงบประมาณในการดำเนินงานไม่เพียงพอเท่าที่ควรและงบประมาณที่ได้รับจัดสรรไม่ตรงตามแผนงานที่กำหนด ค่าเช่า ทางด้านบุคลากร คือ บุคลากรในการดำเนินงานมีน้อย ไม่เพียงพอต่อการทำงาน และค่าเช่า การขาดความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ขาดการกระตุ้นของบุคลากรในการดำเนินงานในการป้องกัน

ควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

ข้อเสนอแนะในส่วนของปัจจัยทางการบริหาร คือ การที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดสรร จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์และครุภัณฑ์ที่จำเป็นและเหมาะสมในการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก ให้เพียงพอและพร้อมใช้งานอยู่เสมอ มีการจัดทำแผนด้านงบประมาณและกำหนดแนวทางการเบิกจ่ายที่ชัดเจน รัดกุม และควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมให้เพียงพอและเหมาะสมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การจัดสรรเครื่องพ่นหมอกควัน ทราเยเบท และ/หรือปลาหางนกยูง เป็นต้น พร้อมแบ่งหน้าที่รับผิดชอบให้ชัดเจนเพื่อให้ภาคีเครือข่ายได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานในทุก ๆ ปี บุคลากรต้องมีการพัฒนาศักยภาพโดยการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนและสำเร็จตามระยะเวลาที่กำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ควรมีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้พร้อมใช้ได้ตลอดเวลาเมื่อมีความต้องการ

2. ควรมีการขอสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐและเอกชนเพื่อดำเนินกิจกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ควรมีการเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนในเรื่องการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกกับองค์กรปกครองท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุขในทุกระดับและสนับสนุนในเรื่องขวัญกำลังใจให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

4. ควรมีการเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกกับองค์กรปกครอง

ท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุขในทุกระดับเพื่อให้ทราบถึงขั้นตอนในการดำเนินงานและสำเร็จตามระยะเวลาที่กำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ

5. ควรมีการศึกษา บรรยายการดำเนินงานวัฒนธรรมและปัจจัยเชิงใจในการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ชัญญา อภิบาลกุล ที่ท่านได้กรุณาให้คำปรึกษาด้านวิชาการ แนวคิด และหลักการต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์ รวมทั้งช่วยตรวจสอบข้อมูลเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้การศึกษาครั้งนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิทย์ อุดมพาณิชย์ และอาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ ที่ท่านได้ให้คำปรึกษา แนะนำความรู้ แนวคิดและหลักการต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์ส่งผลให้การศึกษาครั้งนี้เสร็จสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาบริหารสาธารณสุขทุกท่าน กราบขอบพระคุณ สาธารณสุขอำเภอ

สามชัยและสาธารณสุขอำเภอลำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอสามชัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอลำม่วง ขอขอบพระคุณ นายไชยา เวียงนันท นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นายวิชัย ชันผณี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นายเสรี แซ่ตัน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำม่วง ที่ได้กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ให้มีความถูกต้อง ครบถ้วนและสมบูรณ์จนใช้ในการศึกษาได้ ขอขอบพระคุณกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกหมู่บ้านในอำเภอสามชัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกหมู่บ้านในอำเภอลำม่วงทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูลและมีส่วนร่วม ทุกกระบวนการในการศึกษา ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงาน รุ่นพี่ และเพื่อนๆ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุข ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุขทุกท่านที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการประเมินผลตามตัวชี้วัดงานป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออก ระดับจังหวัด. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2556.
2. สำนักนโยบายและแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. การวางแผนพัฒนาสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2549.
3. ประจักษ์ บัวผัน. หลักการบริหารสาธารณสุข. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดกาฬสินธุ์. 6 เดือนแรกของปี 2556. [ม.ป.พ.: ม.ป.ท.]. (เอกสารอัดสำเนา).
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกอำเภอลำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์. 6 เดือนแรกของปี 2556. [ม.ป.พ.: ม.ป.ท.]. (เอกสารอัดสำเนา).
6. อรุณ จิรวิทย์กุล. การวิจัยเบื้องต้นทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ชิวสดีดิ. พิมพ์ครั้งที่ 5.ขอนแก่น: คลังนาโนวิทยา, 2555.
7. เสกสรร สองจันทร์. การสนับสนุนจากองค์กรที่สนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการ ปฏิบัติงานในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเขตเทศบาลตำบลนาด้วง. รายงานการศึกษา อิสระ, 2554.
8. บุญธรรม กิจปรีดาภิสุทธิ์. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: B&B Publishing, 2553.
9. Likert, "The Method of Constructing and Attitude scal", Reading in Attitude Theory and Measurement. P.90-95. Fishbein, Martin, Ed. New York : Wiley & Son, 1967.

การจำแนกขนาดและการกระจายตัวของฝุ่นละอองในหมู่บ้านจัดสรรที่มีการก่อสร้าง เขตเทศบาลตำบลบ้าน
เปิด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

THE CLASSIFICATION OF SIZE AND DISTRIBUTION OF DUST IN VILLAGES WITH
EXTENSIVE CONSTRUCTION SITES AT BANPED, MUNICIPALITY DISTRICT OF
THE KHON KAEN PROVINCE

สาวิตรี สุมาโท¹

Sawitri Sumato¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจำแนกขนาดและการกระจายตัวของฝุ่นละอองขนาดเล็กในหมู่บ้านจัดสรรที่มีการก่อสร้าง เขตเทศบาลตำบลบ้านเปิด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยการเก็บตัวอย่างในหมู่บ้านจัดสรรที่มีการก่อสร้างและบางส่วนมีผู้พักอาศัย จำนวน 5 หมู่บ้าน ซึ่งเก็บตัวอย่างการจำแนกขนาดและการกระจายตัวของฝุ่นละอองขนาดเล็ก ค่าเฉลี่ย 8 ชั่วโมง เป็นเวลา 3 วันต่อเนื่องต่อหมู่บ้าน

ผลการศึกษาพบว่า ปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กในหมู่บ้านก่อสร้างที่เป็นงานตกแต่งภายในพบค่าเฉลี่ยที่สูงสุดเท่ากับ 60.34 ± 3.52 มก./ลบ.ม. และงานก่อสร้างฐานรากมีค่าเฉลี่ยที่สูงสุดเท่ากับ 38.69 ± 3.70 มก./ลบ.ม. และพบว่าหมู่บ้านที่ไม่มีการก่อสร้าง (Control) มีค่าเฉลี่ยปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กต่ำกว่าหมู่บ้านที่มีการก่อสร้างคือมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.40 ± 2.74 มก./ลบ.ม. เมื่อพิจารณาแบ่งสัดส่วนปริมาณฝุ่นละอองในงานก่อสร้างตกแต่งภายใน พบว่า สัดส่วนปริมาณฝุ่นละอองที่มีขนาดเล็กกว่า 4 ไมครอน มีปริมาณสูงกว่าฝุ่นละอองที่มีขนาด 4-9 ไมครอน และสัดส่วนปริมาณฝุ่นละอองในงานก่อสร้างฐานรากพบ สัดส่วนปริมาณฝุ่นละอองที่มีขนาดเล็กกว่า 4 ไมครอน มีปริมาณต่ำกว่าฝุ่นละอองที่มีขนาด 4-9 ไมครอน ส่วนในหมู่บ้านที่ไม่มีการก่อสร้าง (Control) พบว่า มีปริมาณฝุ่นละอองที่มีขนาดเล็กกว่า 4 ไมครอน ร้อยละ 27.92 และปริมาณฝุ่นละอองที่มีขนาด 4-9 ไมครอน ร้อยละ 72.08 ส่วนการกระจายตัวของฝุ่นละอองขนาดเล็กพบว่า หมู่บ้านที่มีการก่อสร้างที่เป็นงานตกแต่งภายในพบการกระจายตัวร้อยละ 66.91 อยู่ในขนาดอนุภาค 1.1 ไมครอน และหมู่บ้านที่เป็นงานก่อสร้างฐานราก พบการกระจายตัวร้อยละ 46.56 อยู่ในขนาดอนุภาค 1.1 ไมครอน ส่วนในหมู่บ้านที่ไม่มีการก่อสร้างพบการกระจายตัวร้อยละ 5.86 อยู่ในขนาดอนุภาค 1.1 ไมครอน

คำสำคัญ : ฝุ่นละออง , หมู่บ้านจัดสรร, การก่อสร้าง

Abstract

The purposes of this research were to study the classification of size and distribution of dust in villages with extensive construction area at Ban Ped, Municipality District of the Khon Kaen Province. The sampling dust was collected in the five villages where with the construction area and was collected in average 8 hours per day for 3 days continuously per area.

The result of the study showed that the sample of village with the interior construction area were highest average of 60.34 ± 3.52 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ and the sample of village with structural construction area were highest average of 38.69 ± 3.70 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. The villages that not under construction area have average level of dust lower than the village with construction area that were average level at 17.40 ± 2.74 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. In The distribution of Particulate Matter, The villages with interior construction area were have the Particulate Matter with aerodynamic diameter less than or equal to a minimal 4 micrometers higher than level of the Particulate Matter with aerodynamic diameter equal to 4-9 micrometers and the village with structural construction area were have the Particulate Matter with aerodynamic diameter less than or equal to a minimal 4 micrometers lower than level of the Particulate Matter with aerodynamic diameter equal to 4-9 micrometers. In the level of dust, The village that not under construction area was the Particulate Matter with aerodynamic diameter less than or equal to a minimal 4 micrometers at 27.92 percent and the Particulate Matter with aerodynamic diameter equal to 4-9 micrometers at 72.08 percent. The study of distribution of dust in

¹อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา

villages with extensive construction area, The village with interior construction area distributed at 66.91 percent by particles sized 1.1 microns and in the villages with structural construction area distributed at 46.56 percent by particles sized 1.1 microns. The village that not under the construction area the distribution of dust at 5.86 percent by particles sized 1.1 microns.

Key words: Dust , Villages , Construction Sites

บทนำ

คุณภาพอากาศในภาพรวมของประเทศไทยในปัจจุบันส่วนใหญ่จะมาจากปัญหาเรื่องฝุ่นละอองเป็นปัญหาที่ในทุกภาคของประเทศ โดยส่วนใหญ่จะเป็นฝุ่นละอองรวม (TSP) และฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน (PM-10) ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและยังอยู่ในระดับเกินเกณฑ์มาตรฐานในหลายพื้นที่ โดยมีค่าเฉลี่ยรายปีและค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมงสูงสุด เท่ากับ 42 และ 142 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ตามลำดับ เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2554 (39 และ 113 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) และในปี พ.ศ. 2555 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและยังอยู่ในระดับเกินเกณฑ์มาตรฐานในหลายพื้นที่⁽¹⁾

ในส่วนผลกระทบต่อสุขภาพพบว่า ฝุ่นขนาดใหญ่และฝุ่นขนาดเล็กทำให้เกิดความระคายเคืองตามส่วนต่างๆ ของระบบทางเดินหายใจส่วนอนุภาคขนาดเล็กกว่า 5 μm สามารถหลุดลอดที่จะเข้าไปสะสมอยู่ในปอดได้ อนุภาคขนาดเล็กนี้จะไปสะสมในถุงลมปอดทำให้การทำงานของปอดเสื่อมลงและจากข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัด กทม.ตั้งแต่ปี 2549-2554 มีจำนวนผู้ป่วยในแต่ละปีเพิ่มขึ้นรวม 381,984 ราย⁽²⁾

สิ่งก่อสร้างในประเทศไทยภาพรวมในปี พ.ศ. 2555 เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.1 และในภาคตะวันออกเฉียงเหนือคิดเป็น 50,851 หน่วยของทั่วประเทศ⁽³⁾ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการก่อสร้างมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและจำแนกตามประเภทการก่อสร้างส่วนใหญ่จะเป็นการก่อสร้างเพื่ออยู่อาศัยมากที่สุด จังหวัดขอนแก่นได้ถูกจัดให้เป็นศูนย์กลางการพัฒนาของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้งการพัฒนาสภาพของเมืองและขยายตัวทางเศรษฐกิจ สังคม อุตสาหกรรมอย่างรวดเร็ว เริ่มมีการก่อสร้างในเขตเมืองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเทศบาลบ้านเปิดตั้งอยู่ห่างจากจังหวัดขอนแก่นเป็นระยะทาง 12 กิโลเมตร และมีเนื้อที่ 28,689 ไร่ มีจำนวน 23 หมู่บ้าน⁽⁴⁾ ถือได้ว่าเป็นเขตพื้นที่ขนาดใหญ่

ที่กำลังพัฒนาขยายตัวธุรกิจอสังหาริมทรัพย์ ซึ่งโครงการบ้านจัดสรรขนาดกลางและขนาดใหญ่เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังมีการคมนาคมที่สะดวก จึงเหมาะแก่การก่อสร้างเพื่อที่อยู่อาศัย จึงส่งผลให้เกิดปัญหามลพิษอากาศทางด้านฝุ่นละอองจากการก่อสร้างตามมา

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการจำแนกขนาดและการกระจายตัวของฝุ่นละอองในหมู่บ้านจัดสรรที่มีการก่อสร้าง เขตเทศบาลตำบลบ้านเปิด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เพื่อหน่วยงานท้องถิ่นที่จะได้นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการหาแนวทางป้องกันและควบคุมปัญหาฝุ่นละอองจากการก่อสร้าง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจำแนกขนาดของฝุ่นละอองขนาดเล็ก ในหมู่บ้านจัดสรรที่มีการก่อสร้าง เขตเทศบาลตำบลบ้านเปิด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาการกระจายตัวของฝุ่นละอองขนาดเล็ก ในหมู่บ้านจัดสรรที่มีการก่อสร้าง เขตเทศบาลตำบลบ้านเปิด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectionnal study) พื้นที่ในการศึกษา คือ หมู่บ้านจัดสรรที่มีการก่อสร้างจำนวน 5 หมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลบ้านเปิด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เก็บตัวอย่างฝุ่นละอองโดยใช้เครื่องแอนเดอร์เซนคาสเคดอิมแพคเตอร์ 8 ชั้น (Eight Stage Andersen Cascade Impactor) เก็บข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ.2556 - มีนาคม พ.ศ. 2557

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ หมู่บ้านจัดสรรที่มีการก่อสร้างและบางส่วนมีผู้พักอาศัยในเขตเทศบาลตำบลบ้านเปิดมีจำนวนทั้งหมด 5 หมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หมู่บ้าน

จัดสรรที่มีการก่อสร้างและบางส่วนมีผู้พักอาศัยจำนวนทั้งหมด 5 หมู่บ้าน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ เป็นหมู่บ้านที่ยังมีการก่อสร้าง มีผู้พักอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ทางโครงการหมู่บ้านจัดสรรยินดีเข้าร่วมในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องแอนเดอร์เซนคาสเคดอิมแพคเตอร์ 8 ชั้น (Eight Stage Andersen Cascade Impactor)
2. แผ่นเยื่อกรองชนิด Glass Fiber เส้นผ่านศูนย์กลาง 81 มิลลิเมตร
3. ตู้ดูดความชื้น (Desiccator)
4. เครื่องชั่งน้ำหนักแบบละเอียด ทศนิยม 5 ตำแหน่ง

วิธีการดำเนินการวิจัย

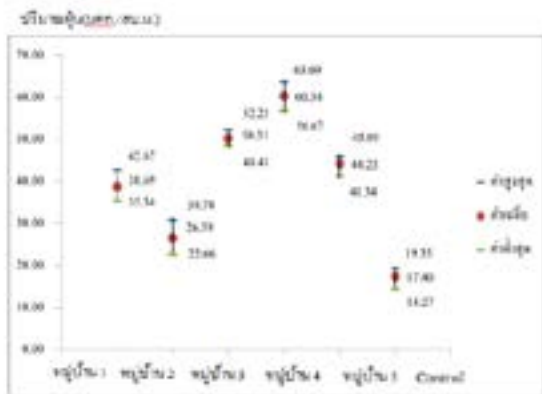
1. ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขออนุญาตเจ้าของโครงการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นตัวแทนบ้านในการเก็บข้อมูลฝุ่นละออง โดยจะต้องเป็นตัวแทนของหมู่บ้านและยินดีเข้าร่วมโครงการ โดยจากหมู่บ้านที่ยังมีการก่อสร้างและหมู่บ้านที่ไม่มีการก่อสร้าง (Control)
2. ทำการสำรวจลงพื้นที่ศึกษาในเขตเทศบาลตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เพื่อกำหนดจุดเก็บตัวอย่างฝุ่นละออง
3. ทำการเก็บตัวอย่างฝุ่นละอองในส่วนของการเก็บขนาดและการกระจายตัวของฝุ่นละอองขนาดเล็ก โดยใช้เครื่องแอนเดอร์เซนคาสเคดอิมแพคเตอร์ 8 ชั้น (Eight Stage Andersen Cascade) จะเก็บในช่วงเวลา 08.00-17.00 น. (ช่วงที่มีกิจกรรมการก่อสร้าง) เก็บต่อเนื่อง 3 วัน ซึ่งจะกำหนดจุดเก็บตัวอย่างในพื้นที่หมู่บ้านที่มีการก่อสร้าง (Control) เท่านั้น โดยเลือกจุดที่อยู่ใกล้การก่อสร้างมากที่สุด
4. วิธีการเก็บขนาดและการกระจายตัวของฝุ่นละอองขนาดเล็ก คือก่อนการเก็บตัวอย่างมีการปรับเทียบอัตราดูดอากาศเครื่องแอนเดอร์เซนคาสเคดอิมแพคเตอร์ โดยจุดเก็บตัวอย่างจะต้องไม่มีสิ่งกีดขวางบริเวณจุดเก็บในรัศมี 1 เมตร ความสูงของเครื่องตั้งที่ระดับความสูง 1.5 เมตร ซึ่งเป็นระดับ Breathing zone โดยจุดเก็บตัวอย่าง

เลือกจุดที่ได้อยู่ใกล้การก่อสร้างมากที่สุด การเก็บตัวอย่างใช้อัตราการดูดอากาศของปั๊มที่อัตรา 1.698 ลูกบาศก์เมตร/ชั่วโมง (28.3 ลิตร/นาท) โดยเก็บตัวอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 8 ชั่วโมงคำนวณน้ำหนักของกระดากกรองที่เพิ่มขึ้นหลังเก็บตัวอย่าง ซึ่งน้ำหนักอนุภาคที่ได้จากบรรยากาศเมื่อนำมาหารด้วยปริมาตรอากาศที่ดูดเข้าเครื่องก็จะให้ความเข้มข้นของอนุภาคในบรรยากาศในแต่ละชั้นกักเก็บ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของหมู่บ้านจัดสรร พบว่า หมู่บ้านจัดสรรที่มีการก่อสร้างและบางส่วนมีผู้พักอาศัยจำนวนทั้งหมด 5 หมู่บ้าน สามารถแบ่งกลุ่มการก่อสร้างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) การก่อสร้างฐานราก คือ ถมดิน การเทคานคอนกรีต จำนวน 2 หมู่บ้าน โดยพบว่า หมู่บ้านที่ 1 หลังคาเรือนที่กำลังก่อสร้าง จำนวน 35 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 34.0 หมู่บ้านที่ 2 หลังคาเรือนที่กำลังก่อสร้าง จำนวน 2 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 4 และ 2) งานตกแต่งภายใน คือ การปูกระเบื้อง การบุฝ้าเพดาน การก่อฉาบปูนและประตูหน้าต่าง พบว่า หมู่บ้านที่ 3 หลังคาเรือนที่กำลังก่อสร้าง จำนวน 12 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 3.4 หมู่บ้านที่ 4 หลังคาเรือนที่กำลังก่อสร้าง จำนวน 14 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 6.0 และ หมู่บ้านที่ 5 หลังคาเรือนที่กำลังก่อสร้าง จำนวน 4 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 1.8

2. ปริมาณขนาดของฝุ่นละอองขนาดเล็ก การตรวจวัดโดยใช้เครื่องแอนเดอร์เซนคาสเคดอิมแพคเตอร์แยกเป็น 8 ชั้นแล้วรวมได้ค่าปริมาณฝุ่นขนาดเล็กคือหมู่บ้านก่อสร้างเป็นงานตกแต่งภายในพบค่าเฉลี่ยที่สูงสุดในหมู่บ้านที่ 4 มีค่าเท่ากับ 60.34 ± 3.52 มก./ลบ.ม. รองลงมาคือหมู่บ้านที่ 3 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 50.31 ± 4.22 มก./ลบ.ม. และหมู่บ้านที่ 5 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 44.23 ± 4.65 มก./ลบ.ม. ส่วนงานก่อสร้างฐานรากในหมู่บ้านที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 38.69 ± 3.70 มก./ลบ.ม. และหมู่บ้านที่ 2 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.59 ± 4.05 มก./ลบ.ม. ซึ่งในหมู่บ้านที่ไม่มีการก่อสร้าง (Control) มีค่าเฉลี่ยปริมาณฝุ่นขนาดเล็กต่ำกว่าหมู่บ้านที่มีการก่อสร้างคือมีค่าเท่ากับ 17.40 ± 2.74 มก./ลบ.ม. (ภาพประกอบ 3)



ภาพประกอบ 3 ปริมาณของฝุ่นละอองขนาดเล็ก
ตารางที่ 3 ปริมาณและร้อยละของฝุ่นละอองขนาดเล็ก

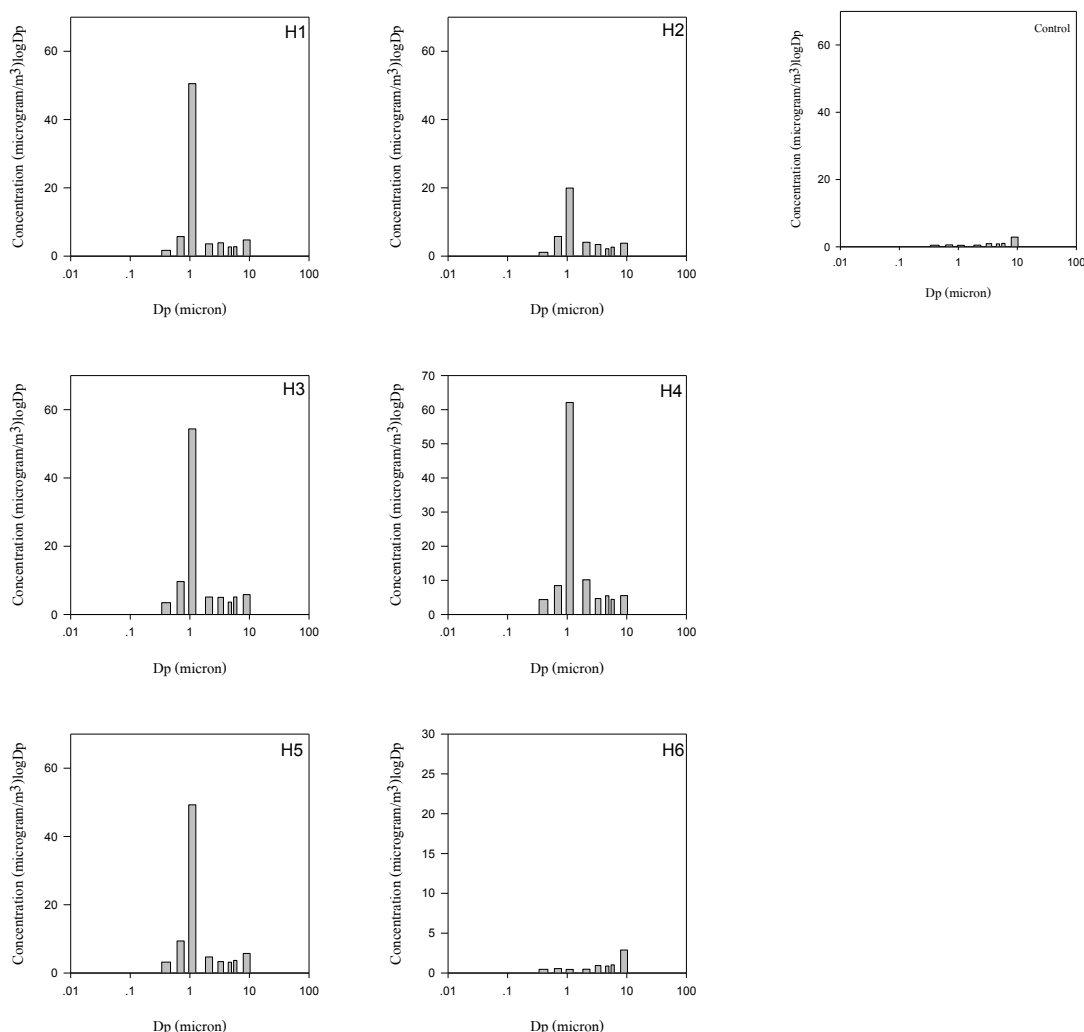
หมู่บ้าน	ฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 4 ไมครอน		ฝุ่นละอองขนาด 4 - 9 ไมครอน	
	ปริมาณ	ร้อยละ	ปริมาณ	ร้อยละ
	(µg/m³)		(µg/m³)	
1	14.71	38.01	23.98	61.99
2	9.08	30.88	20.33	69.12
3	16.89	33.57	33.42	66.43
4	22.32	39.65	33.97	60.35
5	16.30	36.85	27.93	63.15
Control	4.86	27.92	12.54	72.08

จากตาราง 1 เมื่อพิจารณาแบ่งสัดส่วนปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 4 ไมครอน กับฝุ่นละอองขนาด 4-9 ไมครอนพบว่า ในงานก่อสร้างตกแต่งภายในมีปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 4 ไมครอนมีค่าสูงกว่าฝุ่นละอองขนาด 4-9 ไมครอน คือหมู่บ้านที่ 4 มีค่าปริมาณฝุ่นเท่ากับ

22.32 มก./ลบ.ม. (ร้อยละ 39.65) รองลงมาคือหมู่บ้านที่ 5 มีค่าเท่ากับ 16.30 มก./ลบ.ม. (ร้อยละ 36.85) และหมู่บ้านที่ 3 มีค่าเท่ากับ 16.89 มก./ลบ.ม. (ร้อยละ 33.57) ส่วนงานก่อสร้างฐานรากพบว่า ปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 4 ไมครอนมีค่าต่ำกว่าฝุ่นละอองขนาด 4- 9 ไมครอน ซึ่งในหมู่บ้านที่ 1 มีค่าเท่ากับ 14.71 มก./ลบ.ม. (ร้อยละ 38.01) และหมู่บ้านที่ 2 มีค่าต่ำสุดเท่ากับ 9.08 มก./ลบ.ม. (ร้อยละ 30.88) ส่วนในหมู่บ้านที่ไม่มีการก่อสร้าง (Control) ปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 4 ไมครอนมีค่าเท่ากับ 4.86 มก./ลบ.ม. (ร้อยละ 27.92) และปริมาณฝุ่นละอองขนาด 4-9 ไมครอนมีค่าเท่ากับ 12.54 มก./ลบ.ม. (ร้อยละ 72.08) (ตาราง 1)

3. การกระจายตัวของฝุ่นละอองขนาดเล็ก

การกระจายตัวของฝุ่นละอองขนาดเล็กโดยใช้เครื่องแอนเดอร์เซนคาสเคดอิมแพคเตอร์แยกเป็น 8 ชั้นพบว่า หมู่บ้านที่มีการก่อสร้างทั้ง 5 หมู่บ้านมีปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กพบสูงสุดในชั้นที่ 5 ช่วงขนาดอนุภาคที่กักเก็บได้อยู่ในช่วง 1.1-2.1 µm และมีขนาดอนุภาค 1.1 µm ซึ่งหมู่บ้านงานก่อสร้างฐานรากคือหมู่บ้านที่ 1 มีค่าเท่ากับ 50.51 มก./ลบ.ม. (ร้อยละ 66.91) หมู่บ้านที่ 2 มีค่าเท่ากับ 19.93 มก./ลบ.ม. (ร้อยละ 46.56) ส่วนงานก่อสร้างตกแต่งภายในคือหมู่บ้านที่ 3 มีค่าเท่ากับ 54.38 มก./ลบ.ม. (ร้อยละ 58.98) หมู่บ้านที่ 4 มีค่าเท่ากับ 62.10 มก./ลบ.ม. (ร้อยละ 59.04) และหมู่บ้านที่ 5 มีค่าเท่ากับ 49.28 (ร้อยละ 59.78) (ภาพประกอบ 4)



ภาพประกอบ 4 กราฟฮิสโตแกรมการกระจายตัวฝุ่นแต่ละชั้นโดยใช้เครื่องแอนเดอร์เซนอิมแพคเตอร์ 8 ชั้น

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาปริมาณและการกระจายตัวของฝุ่นละอองขนาดเล็ก ค่าเฉลี่ย 8 ชั่วโมง จะเป็นการศึกษาการกระจายตัวของอนุภาคฝุ่นตามขนาดอนุภาคโดยใช้เครื่องคัดแยกขนาดของฝุ่นแอนเดอร์เซนทาสเคอิมแพคเตอร์ ซึ่งพบว่า การกระจายตัวของฝุ่นละอองขนาดเล็กของทุกหมู่บ้านที่มีการก่อสร้างอยู่ในขนาด 1.1 ไมครอนมากที่สุด ซึ่งในหมู่บ้านที่ยังมีการก่อสร้างงานตกแต่งภายในพบสูงที่สุดคือหมู่บ้านที่ 4 ที่มีจำนวนบ้านก่อสร้างเป็นงานตกแต่งภายในมากที่สุด ซึ่งต่างจากหมู่บ้านที่ไม่มีการก่อสร้างที่มีการกระจายของฝุ่นที่ขนาด 9.0 ไมครอน เนื่องจากงานก่อสร้างตกแต่งภายในจะเกิดฝุ่นละอองขนาดเล็กจากกระบวนการก่อสร้างงานเจาะฝ้าเพดานและงานตัด

กระเบื้องมากกว่างานก่อสร้างแบบโครงสร้างนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของไชยรัตน์ อัมเมมกมล (2549)⁽⁵⁾ โดยการกระจายตัวของอนุภาคในบรรยากาศจากเครื่องแอนเดอร์เซนอิมแพคเตอร์พบความเข้มข้นของอนุภาคอยู่ในขนาด <3 ไมครอนมีมากที่สุด ซึ่งฝุ่นขนาด 1.1 ไมครอนเป็นฝุ่นละอองขนาดเล็กที่เป็นอันตรายต่อระบบทางเดินหายใจส่วนลึกมากที่สุดเนื่องจากสามารถเข้าไปสะสมในถุงลมปอดในระบบทางเดินหายใจได้ และเมื่อดูปริมาณการกระจายตัวจะพบว่าฝุ่นขนาด 1.1 ไมครอนมีปริมาณสูงมากในหมู่บ้านที่มีการก่อสร้างที่มีจำนวนบ้านที่ก่อสร้างมาก ซึ่งในหมู่บ้านที่มีการก่อสร้างงานตกแต่งภายในมีการกระจายตัวในขนาด 1.1 ไมครอนร้อยละ 66.91 สำหรับหมู่บ้านที่ไม่มีการก่อสร้างมีการกระจายตัวของฝุ่นขนาดเล็กใน

ขนาด 1.1 ไมครอนร้อยละ 5.86 ซึ่งจะเห็นว่าในงานก่อสร้างทำให้เกิดฝุ่นขนาดเล็กจำนวนมากทำให้สามารถก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้มากเนื่องจากสามารถเข้าไปสะสมได้ในทางเดินหายใจส่วนลึกถึงถุงลมปอดได้สอดคล้องกับทฤษฎีของ Marple, V.A., & Rubow, K.I. (1986)⁽⁶⁾ พบว่าฝุ่นละอองขนาด 1.1 ไมครอน ช่วงขนาดอนุภาค 1.1-2.1 ไมครอน ที่กักเก็บได้มีการสะสมตัวในระบบทางเดินหายใจอยู่ที่ตำแหน่งถุงลมปอด ดังนั้นหมู่บ้านจัดสรรที่มีการก่อสร้างอยู่ในช่วงงานก่อสร้างตกแต่งภายในที่มีฝุ่นละอองขนาดเล็กปริมาณมากจึงต้องมีความระมัดระวังและมีการป้องกันการเกิดฝุ่นละอองขนาดเล็กจากการก่อสร้างให้มากขึ้น รวมทั้งมีมาตรการป้องกันฝุ่นละอองกระจายตัวไปยังบ้านผู้พักอาศัยอยู่ภายในบริเวณงานก่อสร้าง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในหมู่บ้านจัดสรรที่มีการก่อสร้างตรวจพบฝุ่นละอองขนาดเล็กมีปริมาณที่สูงกว่าในพื้นที่อื่นที่ไม่มีการก่อสร้างดังนั้นควรมีมาตรการลดปริมาณฝุ่นละอองที่เกิดจากการก่อสร้างในบริเวณโดยรอบเพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดกับปัญหาสุขภาพของผู้พักอาศัยในพื้นที่หมู่บ้านจัดสรร

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยต่อไป

ควรมีการศึกษาวิธีการลดปริมาณฝุ่นละอองในขั้นตอนการก่อสร้างเพื่อลดผลกระทบในเรื่องของฝุ่นละอองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและเพื่อลดผลกระทบที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพแก่ผู้พักอาศัยในหมู่บ้านจัดสรรที่มีการก่อสร้าง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. สถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2555. 2555. ค้นเมื่อ 28 พฤษภาคม 2556, จาก <http://www.pcd.go.th/public/News/GetNewsThai.cfm?task=lt2009&id=16848>.
2. สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร. 2554. ค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2556, จาก <http://www.msdbangkok.go.th/home.html>.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลข้อมูลเบื้องต้นการประมวลข้อมูลพื้นที่การก่อสร้าง พ.ศ. 2555. 2555. ค้นเมื่อ 1 กรกฎาคม 2556, จาก <http://www.nso.go.th/>.
4. เทศบาลตำบลบ้านเป็ด. ข้อมูลทั่วไปของเทศบาลบ้านเป็ด. 2555. ค้นเมื่อ 16 มิถุนายน 2556, จาก <http://www.banped.org/>.
5. ไชยรัตน์ อัมเมมกมล, เลิศชัย เจริญชัยรักษ์, & ภาวดี ช่วยบำรุง. ความเข้มข้น การกระจายของขนาดอนุภาคตามน้ำหนักในบรรยากาศ และโอกาสในการสะสมตัวของอนุภาค PM10 ในระบบทางเดินหายใจ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 30(1), 2550: 87-98.
6. Marple, V.A., & Rubow, K.I. *Theory & Design Guidelines*. New York, 1986.: [n.p.]

ผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการใช้มีส่วนร่วมของแกนนำ
สุขภาพประจำครอบครัวในหมู่บ้านริมน้ำเขื่อนลำปาว อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์
EFFECT OF BEHAVIORAL MODIFICATION MODEL FOR OPISTHORCHIASIS
PREVENTION BY PARTICIPATION OF FAMILY HEALTH LEADER IN VILLAGE BESIDE
LAM PAO DAM HUAI-MEK DISTRICT, KALASIN PROVINCE.

จินตนา ศรีมูลมาตร¹ พรรณี บัญชรหัตถกิจ²

Jintana Srimoonmart¹ Pannee Banchonhattakit²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อการศึกษาผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการใช้มีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมการจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วม มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 40 คน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการมีส่วนร่วม ได้แก่ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วยกิจกรรม ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การเรียนรู้จากตัวแบบ การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยตนเอง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อภิปรายกลุ่ม และ กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการกระตุ้นเตือนติดตามเยี่ยมบ้านจากเพื่อน ด้วยแบบติดตาม “เพื่อนห่วงเพื่อน” ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา เปรียบเทียบข้อมูลความแตกต่างใช้สถิติ Pair-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม, โรคพยาธิใบไม้ตับ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

Abstract

This quasi-experimental study aimed to assess effect of behavioral modification model for opisthorchiasis prevention by participation of family health leader. The activity participation was application of health belief model and Social Support. The participants were 80 family health leader: 40 subjects were randomly assigned to an experimental group and the other 40 to a control group. The experimental group was received behavioral modification model of Opisthorchiasis prevention which composed of lectures by activities such as lecture, multi-media, training, demonstration group discussion, learning experience , modeling, home visits by friends for motivation and peer assessment. The duration of implementation was 12 weeks and data were analyzed by using descriptive statistics, and comparative within and between groups were analysis by using paired sample and independent t-test, at 95% confidence interval and p-value 0.05.

The results showed that after intervention, the experimental group had significantly higher mean scores of knowledge about Opisthorchiasis, the perceived susceptibility, the perceived severity, the perceived benefits of prevention and practice to prevent Opisthorchiasis than before the intervention were than those before and the comparison group (p-value <0.001).

Keywords: Participation, Opisthorchiasis, Behavioral modification, family health leader

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ (ผู้รับผิดชอบบทความ)

บทนำ

องค์การอนามัยโลกจัดอันดับโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่สำคัญอันดับต้นๆของโลก พยาธิที่ก่อให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ *Opisthorchis viverrini* ซึ่งถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มพยาธิก่อมะเร็ง ปัจจุบันมากกว่า 6 ล้านคนมีความเสี่ยงของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและพบเป็นสาเหตุการตาย ร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ จากรายงานในระบบเฝ้าระวังโรคประจำปี 2551- 2553 พบ อัตราป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังนี้ 0.56, 0.47 และ 1.25 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁽²⁾ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 7 ขอนแก่น จังหวัดกาฬสินธุ์ พบอัตราชุกพยาธิใบไม้ตับมากที่สุดคือ ร้อยละ 22.3⁽³⁾ ซึ่งแสดงว่าปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ ยังเป็นปัญหาที่สำคัญในพื้นที่

อำเภอห้วยเม็ก มีสภาพแวดล้อมทางภูมิศาสตร์ติดกับแหล่งแม่น้ำจากเขื่อนลำปาว และเป็นแหล่งอาหารที่อุดมสมบูรณ์ จากข้อมูลพบว่าอัตราตายต่อแสนประชากรด้วยโรคเนื้องอกร้ายที่ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในเขตอำเภอห้วยเม็ก ปี 2552 - 2556 เท่ากับ 49.41 ,53.22, 53.22, 33.32, 41.15 ต่อบลหัวหิน พบอัตราป่วย ด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2554 – 2556 ดังนี้ 0.75, 0.63, 0.84 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁽⁴⁾ และจากการดำเนินการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ใน ปี 2557 ต่อบลหัวหิน พบกลุ่มเสี่ยง จำนวน 736 คน คิดเป็นร้อยละ 39.83 พบกลุ่มเสี่ยงที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับและได้รับยารักษา จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.67⁽⁵⁾ หากไม่มีการดำเนินการควบคุมโรคอย่างจริงจังและต่อเนื่องอาจทำให้สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับกลับมาเป็นปัญหารุนแรงขึ้นได้อีก ดังนั้น หากต้องการแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างจริงจัง ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน และที่สำคัญต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตัวบุคคลเอง โดยเฉพาะคนที่เป็นแกนนำหลักในการดูแลสุขภาพของตนเอง และดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันแรกที่ทำหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันพยาธิใบไม้ตับของตนเอง และเป็นแบบอย่างให้แก่สมาชิกในครอบครัวและส่งเสริมโดยการให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม จากคนในครอบครัวเอง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการมีส่วนร่วมของคนแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในหมู่บ้านริมน้ำเขื่อนลำปาว เพื่อให้เกิดความตระหนัก และเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของคนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) ในหมู่บ้านริมน้ำเขื่อนลำปาว อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

สมมุติฐานการวิจัย

ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพ ที่ประยุกต์ใช้กับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ มีคะแนนเฉลี่ย มากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีอัตราตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ น้อยกว่า ก่อนการทดลอง และ น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ ทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) วัดก่อนและหลังทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) โดยกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมสุขภาพ ที่ประยุกต์ใช้กับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับกิจกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นปกติ กิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใช้เวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย ครั้งนี้ คือแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ที่มีอายุตั้งแต่ 19 –59 ปี เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิ

ใบไม้ดับที่ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน
ริมน้ำเขื่อนลำปาว เขตอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แก่นนำสุขภาพประจำครอบครัว
เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กรณี 2 กลุ่ม
ประชากรที่เป็นอิสระต่อกันดังนี้⁽⁶⁾

$$n/\text{กลุ่ม} = \frac{2(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \alpha^2}{\Delta^2}$$

$$n/\text{กลุ่ม} = 37.75 \text{ หรือ } 38 \text{ คน}$$

ปรับขนาดตัวอย่างเพื่อสูญเสียหรือมีการถอนตัว
(Drop out) ร้อยละ 2 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 คน โดยเป็น
กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 40 คน เกณฑ์การ
เข้า (Inclusion Criteria) เป็นบุคคลที่มีอายุ 18 – 59 ปี มีชื่อ
อาศัยอยู่ในทะเบียนบ้าน เป็นกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองด้วย
วาจา (verbal screenings) เป็นบุคคลที่ไม่มีโรคประจำตัวที่
ร้ายแรง เช่น โรคเมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นบุคคลที่สามารถอ่าน
ออกเขียนได้ ไม่ทุพพลภาพ หรือพิการ เป็นบุคคลที่สมัครใจ
เข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)
เป็นบุคคลที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ ตลอดโครงการ
ระหว่างการทดลองผู้เข้าร่วมขอถอนตัวออกจากโครงการ
หรือเข้าร่วมกิจกรรมหลักไม่ครบทุกครั้ง ข้ายัดขึ้นขณะ
ทำการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม เป็นกิจกรรมการมี
ส่วนร่วมของแก่นนำสุขภาพประจำครอบครัว โดย
ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการ
สนับสนุนทางสังคม และในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ
ประกอบด้วย กิจกรรมการมีส่วนร่วม โรคพยาธิใบไม้ดับคือ
อะไร? ,ใครหนอเสี่ยงต่อการเป็นพยาธิใบไม้ดับ,ตะขานแท้
พยาธิใบไม้ดับ,ทำอะไรให้ไกลโรคพยาธิใบไม้ดับ,กิจกรรม
เยี่ยมยามถามไถ่ทำได้ไหมเอ๋ยด้วยแบบประเมินติดตาม “เพื่อ
ห่วงเพื่อน”

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น
แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1. ข้อมูล
ทั่วไป ส่วนที่ 2. ความรู้โรคพยาธิใบไม้ดับ ส่วนที่ 3.
แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย การ
รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค

การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค ส่วนที่ 4.
การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ และประเมิน
อัตราการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการวิเคราะห์
ความเที่ยงในส่วนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ดับ ด้วยวิธีของ
คูเตอร์ – ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20:K-R20) และ
วิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's
coefficient alpha) หากความเที่ยง ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงที่
ได้แยกเป็นรายด้าน ดังนี้ และผลการวิเคราะห์ที่แยกเป็นราย
ด้าน ดังนี้ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้
ดับ เท่ากับ 0.89 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิ
ใบไม้ดับ เท่ากับ 0.84 ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน
โรคพยาธิใบไม้ดับ เท่ากับ 0.91 ด้านการรับรู้อุปสรรคในการ
ป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ดับ เท่ากับ 0.79 และด้านการ
ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ดับ เท่ากับ 0.75

การพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยึดหลักจริยธรรมการวิจัยใน
มนุษย์ ได้แก่ หลักการเคารพในตัวบุคคล มีการชี้แจง
วัตถุประสงค์การวิจัย ยึดหลักประโยชน์แก่เข้าร่วมวิจัย ไม่
ก่อให้เกิดอันตราย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รักษาข้อมูล
บุคคลไว้เป็นความลับ และได้รับการรับรองจริยธรรมในการ
วิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
เลขที่ HE592046 ให้ไว้ ณ วันที่ 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2559

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการศึกษารุ่นนี้ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผน
ความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มาใช้
เป็นแนวทางในการดำเนินการ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ ซึ่งได้เน้นกิจกรรมการมีส่วนร่วม
โดยดำเนินการวิจัย ดังนี้

กิจกรรม 1 ก่อนทดลอง เป็นกิจกรรมสร้าง
สัมพันธภาพของผู้เข้าร่วมกิจกรรม วิเคราะห์หาสาเหตุของ
โรคพยาธิใบไม้ดับ ร่วมกันวางแผนการดำเนินงาน ในการ
ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ นำเสนอ อภิปรายผลการวิเคราะห์
ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ดับ ร่วมกัน กำหนดกิจกรรมในการ
ดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับร่วมกัน

กิจกรรม 2 สัปดาห์ที่ 1 รูปแบบกิจกรรมการมีส่วนร่วม โดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กิจกรรม การมีส่วนร่วมกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับกิจกรรมกลุ่ม “โรคพยาธิใบไม้ตับคืออะไร? ” อภิปรายกลุ่ม และนำเสนอ ชักถามร่วมกันระหว่างกลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ กิจกรรมการมีส่วนร่วม “ใครหนอเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ” ประเมินพฤติกรรมความคิดเชื่อพยาธิใบไม้ตับแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โอกาสของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของตนที่ผ่านมา นำเสนอ และอภิปรายผลร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ กิจกรรม “ตะขานตะโรคพยาธิใบไม้ตับ” อภิปรายกลุ่ม การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ นำเสนอ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เรื่องเล่าจากญาติผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ

สัปดาห์ที่ 4 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ กิจกรรม “ทำอะไรให้ห่างไกลโรคพยาธิใบไม้ตับ” อภิปรายกลุ่ม การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ นำเสนอ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เปิดโอกาสให้กลุ่มได้แสดงความคิดเห็นซักถามปัญหา สมัครเข้าร่วมเป็นบุคคลต้นแบบป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

กิจกรรมที่ 3 สัปดาห์ที่ 5-11 กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคม เชิญขามถามได้ทำได้ไหมเอ๋ย ติดตามเยี่ยมบ้านไขว้ กลุ่มทดลอง ด้วยตนเอง โดยใช้ แบบติดตามเยี่ยม...เพื่อนห่วงเพื่อน... สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ให้กำลังใจ ทบทวน กระตุ้นเตือน ประเมินพฤติกรรมได้รับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากประชาชน โดย การมอบเกียรติบัตรให้แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวต้นแบบ จัดบูท (อาหารปลอดภัย ไร้พยาธิใบไม้ตับ) บูธการในงาน มหกรรมกินปลา ประจำปีของตำบลหัวหิน

สัปดาห์ที่ 12 จัดกิจกรรมรณรงค์การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับทางหอกระจายข่าวร่วมกับผู้นำชุมชน มอบ

เกียรติบัตรให้แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ที่เข้าร่วมโครงการ โดย ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวมะทอ ส่งเสริมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในงานเทศกาลกินปลาประจำปีตำบลหัวหิน โดยแกนนำประจำครอบครัวร่วมกันจัดบูท (อาหารปลอดภัย ไร้พยาธิใบไม้ตับ)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้ สถิติเชิงพรรณนา เพื่อบรรยายถึงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เป็น ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด และสถิติอนุมานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภายในกลุ่มใช้สถิติ สถิติ Paired simple t – test และเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่มใช้สถิติ Independent sample t – test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 อายุระหว่าง 40 – 49 ปี ร้อยละ 47.5 อายุเฉลี่ย 46.6 ปี สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 87.5 ระดับการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษาร้อยละ 77.5 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 72.5 รายได้ต่อเดือนคือต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 65.0 ประวัติการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ เคยตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 100 ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 85.0 มีประวัติกรรมพันธุ์เคยป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี/พยาธิใบไม้ตับ/มะเร็งตับ ร้อยละ 22.5 ส่วนใหญ่เป็นตา ร้อยละ 65.6 แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม./อบต. ร้อยละ 77.5 กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.5 อายุระหว่าง 50 – 59 ปี ร้อยละ 45.0 อายุเฉลี่ย 46.9 ปี สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 85.0 ระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษาร้อยละ 62.5 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 67.5 รายได้ต่อเดือนคือต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 55.0 ประวัติการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ เคยตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 100 ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 94.3 มีประวัติกรรมพันธุ์เคยป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี/พยาธิใบไม้ตับ/มะเร็งตับ ร้อยละ 15.0 ส่วนใหญ่เป็นตา ร้อยละ 65.6 แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร

เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม./อปท. ร้อยละ 90.0

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของ

โรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันของโรค และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันของโรค ภายในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n = 40)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (n=40)		หลังทดลอง (n=40)		Mean Difference	t	95% CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.				
1.ความรู้	8.38	1.10	11.25	0.69	2.85	14.17	2.44 ถึง 3.25	<0.001*
2.การรับรู้โอกาสเสี่ยง	30.75	2.35	41.75	2.46	11.2	24.46	10.22 ถึง 12.03	<0.001*
3.การรับรู้ความรุนแรง	27.68	2.89	40.83	1.93	13.16	20.87	11.88 ถึง 4.42	<0.001*
4.การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค	28.90	1.88	42.90	3.22	14.0	22.54	12.74 ถึง 5.56	<0.001*
5.การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค	32.23	2.30	42.35	2.75	10.12	16.86	8.91 ถึง 11.34	<0.001*
6.การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค	45.98	2.42	54.96	1.50	8.3	20.72	7.49 ถึง 9.11	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 พบว่า ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค การ

รับรู้อุปสรรคในการป้องกันของโรค การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันของโรค สูงกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันของโรค และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันของโรค ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง (n = 40)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)		Mean Difference	t	95% CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.				
1.ความรู้	11.25	0.69	8.87	0.93	2.23	12.71	1.98 ถึง 2.72	<0.001
2.การรับรู้โอกาสเสี่ยง	41.75	2.53	28.20	1.92	13.67	26.97	12.69 ถึง 4.66	<0.001
3.การรับรู้ความรุนแรง	40.83	2.89	27.10	1.51	13.73	26.60	12.69 ถึง 4.76	<0.001
4.การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค	42.90	3.22	30.05	1.66	12.85	22.44	11.70 ถึง 3.99	<0.001
5.การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค	42.35	2.75	29.33	1.90	13.02	24.61	11.70 ถึง 3.99	<0.001
6.การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค	54.27	1.50	44.40	2.10	9.88	24.21	9.06 ถึง 10.68	<0.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 2 พบว่า หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลอง มีคะแนนคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง

การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันของโรค การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันของโรค สูงกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในหมู่บ้านริมน้ำเขื่อนลำปาว อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ทำให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วม สามารถนำมาอภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐาน ได้ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ จากผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) และ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงความรู้ดังกล่าวเกิดขึ้น เนื่องจากได้รับกิจกรรมเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ “โรคพยาธิใบไม้ตับ คืออะไร?” โดยการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยการให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมมากที่สุด เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง และเพิ่มเติมความรู้ ด้วยการบรรยายโดยวิทยากรเชี่ยวชาญ และการใช้วิดีโอประกอบ ที่สามารถถ่ายทอดความรู้ได้มากในเวลาที่จำกัด การประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่มร่วมกัน มีการเปิดโอกาสให้มีการสนทนาซักถามประเด็นปัญหาที่สงสัย การอภิปรายกลุ่ม การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยผู้วิจัยคอยสรุปประเด็นปัญหาที่สำคัญ และให้ข้อมูลเพิ่มเติมรวมทั้งแจกเอกสารความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สาริต เสดติ (2552)⁽⁷⁾ ได้การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมและคู่มือในกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้

เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าหลังการทดลอง และ มากกว่ากลุ่มทดลองที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

2. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จากผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) คะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบยังพบว่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนผลเฉลี่ยผลต่างของรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดที่มากขึ้นในกลุ่มทดลองยังมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยง เกิดขึ้นเนื่องจากได้รับกิจกรรมที่ทางผู้วิจัยจัดทำขึ้น คือ การประเมินภาวะเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง “ใครหนอเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ” ร่วมกับบรรยายเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่มร่วมกัน หาสาเหตุของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการเปิดโอกาสให้มีการสนทนาซักถามประเด็นปัญหาที่สงสัย การอภิปรายกลุ่ม การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองที่ผ่านมา พบว่า ผู้ที่ป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับนั้น เกิดจากการที่รับประทานอาหารที่ทำจากปลาดิบ โดยผู้วิจัยคอยสรุปประเด็นปัญหาที่สำคัญและให้ข้อมูลเพิ่มเติม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิวัชญ์ ทองนาเมือง และรุจิรา ดวงสงค์ (2555)⁽⁸⁾ ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในนักเรียนประถมศึกษา อำเภอมะขาม จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4 -6 ทั้งหมด 94 คน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

3. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จากผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรง

ของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) คะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าคะแนนเฉลี่ย คะแนนผลเฉลี่ยผลต่างของการรับรู้ความรู้แรงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับที่มากขึ้นในกลุ่มทดลองยังมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) อีกด้วย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรู้แรงดังกล่าวเกิดขึ้น เนื่องจากได้รับกิจกรรมที่ทางผู้วิจัยจัดทำขึ้น คือ กิจกรรมการมีส่วนร่วม “ตะขานแท้พยาธิใบไม้ตับ” และ ผู้วิจัยให้ญาติของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเล่าประสบการณ์ของผู้ป่วยตั้งแต่พฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนจะตรวจพบ ไปจนถึงผู้ป่วยเสียชีวิต มีการประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่มร่วมกัน หากความรู้แรงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ มีการเปิดโอกาสให้มีการสนทนาซักถามประเด็นปัญหาที่สงสัย การอภิปรายกลุ่ม การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองที่ผ่านมา ซึ่งสอดคล้องกับงาน วิจัย ของ รัชนิวรรณ แก้วโพนเพ็ก (2552)⁽⁹⁾ ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมให้สุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งนำไปสู่การเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในเด็กนักเรียนประถมศึกษาตำบลทรายทอง อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมบรรยายให้ความรู้ วัสดุทัศน อภิปรายกลุ่ม แผ่นพับ คู่มือ และได้รับการสนับสนุนกระตุ้นเตือนจากผู้ปกครอง ครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีการรับรู้ความรู้แรงของโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$)

4. ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จากผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าคะแนนเฉลี่ย คะแนนผลเฉลี่ยผลต่างของการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรค

พยาธิใบไม้ตับที่มากขึ้นในกลุ่มทดลองยังมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เกิดขึ้นเนื่องจากได้รับกิจกรรมการมีส่วนร่วม “ทำอะไรให้ห่างไกลโรคพยาธิใบไม้ตับ” ที่ทางผู้วิจัยจัดทำขึ้น คือ ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองร่วมกันประชุมวางแผนเพื่อหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และได้รับแรงสนับสนุนจากทางผู้วิจัย ส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่มแกนนำป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อเป็นต้นแบบให้แก่ชุมชน ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงความรู้ดังกล่าวที่ สอดคล้องกับงานวิจัยของรุจิรา ดวงสงค์และคณะ (2550)⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับประชาชนบ้านห้วยขี้หนู ตำบลทุ่งชมพู อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) กลุ่มทดลองมีการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$)

5. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จากผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) คะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าคะแนนเฉลี่ย คะแนนผลเฉลี่ยผลต่างของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่มากขึ้นในกลุ่มทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน เป็นผลมาจากกิจกรรมการมีส่วนร่วม “เยี่ยมยามถามไถ่ ทำได้ ไหมเอ๊ย” การติดตามเยี่ยมบ้านให้กำลังใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัย และการประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองด้วยตนเอง ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การทำกิจกรรมกลุ่มโดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นต่างๆ และหลังจากที่ทำกิจกรรมร่วมกันเสร็จในแต่ละครั้งจะมีการทำกิจกรรมกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อประเมินความก้าวหน้าและความสำเร็จของกิจกรรม มีการให้กำลังใจ

สมาชิกในกลุ่มทดลอง เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ สอดคล้องกับการศึกษาของแพรวเพชร พัฒนาราช (2555)⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาผลการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนด์รา เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมได้ศึกษาผลการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีพฤติกรรมบริโภคปลาดิบที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 60 คน พบว่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติระดับดีเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

6. อัตราการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ จากผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของอัตราการตรวจพบไข่ลดลงกว่าก่อนทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ คิดเป็นร้อยละ 100.0 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากได้รับกิจกรรมที่ทางผู้วิจัยจัดทำขึ้น คือ การที่ผู้วิจัยได้ใช้กิจกรรมการมีส่วนร่วม และการจัดกิจกรรมทางสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ การให้ความรู้จากผู้เชี่ยวชาญ ด้วยการบรรยาย และสื่อวีดีโอที่สามารถถ่ายทอดความรู้ได้มาก มีการประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่มร่วมกัน มีการเปิดโอกาสให้มีการสนทนาซักถามประเด็นปัญหาที่สงสัยการอภิปรายกลุ่ม การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยผู้วิจัยคอยสรุปประเด็นปัญหาที่สำคัญและให้ข้อมูลเพิ่มเติม การให้ญาติของผู้ป่วยมาเรียนการสอนที่จำเป็นต่อการปฏิบัติตัวตั้งแต่พฤติกรรมปฏิบัติตัวก่อนจะตรวจพบ ไปจนถึงผู้ป่วยเสียชีวิตให้ฟัง รวมทั้งการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง และ มีการให้กำลังใจสมาชิกในกลุ่มทดลอง เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอการติดตามพฤติกรรมของแกนนำด้วยกันเอง จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้นและปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทำให้การอัตราการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับมีจำนวนลดลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพนัส และ ประวดี บุญโกมุท. (2551)⁽¹²⁾ ผลของการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในเขตพื้นที่ลุ่มน้ำชี ผลการศึกษาพบว่า ชาวบ้านใน

หมู่บ้านทดลองที่ส่งอุจจาระตรวจจะพบไข่พยาธิใบไม้ตับโดยเฉลี่ย ลดลงและลดลงกว่าชาวบ้านในพื้นที่ควบคุม ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

1. การนำรูปแบบการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรนำกิจกรรมการมีส่วนร่วมไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยขยายผลต่อไป

2. การจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมทำให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และมีประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยตนเอง ช่วยเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การแจ้งผลการตรวจไข่พยาธิกับกลุ่มทดลอง ทำให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีความกลัวและกระตุ้นตนเอง เกิดความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จึงควรนำกิจกรรมดังกล่าวมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

3. การติดตาม กระตุ้นเตือน แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ด้วยแบบติดตามพฤติกรรม “เพื่อนห่วงเพื่อน” อย่างต่อเนื่อง ทำให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เกิดการเฝ้าระวังพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของตนเอง และของเพื่อน ที่ต้องไปติดตาม จึงเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากขึ้น จึงควรนำกิจกรรมนี้ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง

4. การสร้างภาคีเครือข่ายทางด้านสุขภาพเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม รับรู้ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน

5. ควรมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้การมีส่วนร่วม เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ต่อไป และควรศึกษาในระยะยาว

6. ควรมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้การมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เป็นตัวกลางในการขยายผลเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้แก่ประชาชนทุกหลังคาเรือนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษา คณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่นที่สนับสนุนทุนการศึกษาวิจัย ขอขอบคุณ คปสอ.ห้วยเม็ก, คปสอ.หนองกุงศรี ที่อำนวยความสะดวกพื้นที่ในการทำวิจัย เพื่อนๆ สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพรุ่น 12 ทุกคน และครอบครัวที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ธนพร หล่อปียานนท์. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค: โรคพยาธิใบไม้ตับ. นนทบุรี: สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552.
2. ฉัตรฐวดี แก้วพิบูลย์ และสรุณา แก้วพิบูลย์. พยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย Liver Fluke in Thailand. วารสารวิชาการ มอช, 12(1), 49-63, 2553.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ร้อยแก่นสารสินธุ์ ร่วมพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สปสช.เขต 7. จุลสารก้าวหน้าหลักประกันสุขภาพ เขต 7 ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานา, 2553.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานประจำปี ระเบียบงานประจำปีเดือน (อัดสำเนา): สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2557.
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยเม็ก. เอกสารประกอบการประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ปี 2558 (อัดสำเนา): สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยเม็ก, 2557.
6. อรุณ จิรวัดนกุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : บริษัทวิทยพัฒน์, 2553
7. สาธิต เสดิ. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิระหว่างการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการมีส่วนร่วมละคู่มือในกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับ อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ.ขอนแก่น บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.
8. ศิวัญ ทองนาเมือง และ รุจิรา ดวงสงค์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในนักเรียนประถมศึกษาอำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับบัณฑิตศึกษา, 12(2), 80-91, 2555.
9. รัชนิวรรณ แก้วโพนเพ็ก. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อ ป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับ ซึ่งนำไปสู่การเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในเด็กนักเรียนประถมศึกษา ตำบลทรายทอง อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
10. รุจิรา ดวงสงค์, จุฬารัตน์ ไสตะ, ไพบูรณ์ สิทธิถาวร, พงษ์เดช สารการ และสุพรรณ ศรีอำพร. การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับประชาชน อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น.ขอนแก่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2550.
11. แพรเพชร พัฒนาราช. ผลการส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ งานนิพนธ์ (ส.ม.) ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา, 2555.
12. บุรี ทิพนัส และ ประวดี บุญโกมุด. ผลของการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในเขตพื้นที่ลุ่มน้ำชี: กรณีศึกษา อำเภอเขียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2551. วารสารวิจัยพัฒนาระบบสุขภาพ, 2(1), 96-104, 2551.

การประเมินผลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี

Evaluation of Emergency Medical Services, Chanthaburi Province

วิชาญ พูลเงิน¹, นิสากกร วิบูลชัย², ธนอมศรี อนันตศรี¹, มณีรัตน์ สุขสะอาด³

Wichan Poolngern, Nisakorn Vibulchai, Thanomsri Anantasri, Maneerat Suksaad

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงประเมินผลนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี โดยศึกษาบริบท ปัจจัยเบื้องต้น กระบวนการดำเนินการ และผลผลิต ตามรูปแบบการประเมินผลแบบซิปป์ สถานที่ในการศึกษา คือ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระปกเกล้าและเครือข่าย จำนวน 100 แห่ง กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย 1) เวชระเบียนของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งหมด จำนวน 9,817 ฉบับ 2) พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 14 คน และ 3) บุคลากรที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 15 คน โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบตรวจสอบกระบวนการดำเนินงาน 2) แบบบันทึกข้อมูลสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉินของสถานบริการการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 3) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม และ 4) เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2558 – มกราคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ด้านบริบท: จังหวัดจันทบุรีเป็นเมืองท่องเที่ยวที่มีผู้ป่วยฉุกเฉินจากการเจ็บป่วย ร้อยละ 56.43 และจากอุบัติเหตุ ร้อยละ 43.57 2) ด้านปัจจัยเบื้องต้น: การมีทีมงานที่เข้มแข็งจากทุกภาคส่วน การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับอย่างต่อเนื่อง การประชาสัมพันธ์เชิงรุกในการเรียกขอความช่วยเหลือผ่านช่องทาง 1669 และความพร้อมของโรงพยาบาลและวัสดุอุปกรณ์ 3) ด้านกระบวนการดำเนินการ: ใช้ 5 ยุทธวิธีในการดำเนินงาน ได้แก่ 3.1) การขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาในรูปแบบของคณะกรรมการ 3.2) การพัฒนาศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 3.3) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ 3.4) การพัฒนาชุดปฏิบัติการฉุกเฉินแต่ละระดับ และ 3.5) การสร้างระบบข้อมูล 4) ด้านผลผลิต: ช่วงระยะเวลา 12 เดือน ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับออกให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 9,266 ครั้ง มีผู้ใช้บริการ 9,817 คน ในจำนวน 9,266 ครั้งที่ออกให้บริการชุดปฏิบัติการฉุกเฉินสามารถปฏิบัติตามกระบวนการดำเนินงานฉุกเฉิน ร้อยละ 85 เป็นการรับแจ้งเหตุจากประชาชนทางหมายเลข 1669 ร้อยละ 54.75 ออกให้บริการโดยทีมกู้ชีพเบื้องต้น ร้อยละ 72.87 โรงพยาบาลสามารถออกให้บริการออกปฏิบัติการได้ทันทีและไม่เกิน 2 นาทีหลังได้รับแจ้งเหตุ ร้อยละ 95.25 ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินถึงจุดเกิดเหตุได้ภายใน 10 นาที ร้อยละ 81.83 และชุดปฏิบัติการฉุกเฉินสามารถจัดการดูแลทางเดินหายใจอย่างถูกต้องเหมาะสม ร้อยละ 95.41 ของจำนวนผู้ใช้บริการที่ต้องการความช่วยเหลือด้านทางเดินหายใจ

คำสำคัญ: การประเมินผล, การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

Abstract

This evaluative research was aimed to evaluate the emergency medical services (EMS) in Chanthaburi Province by applying the context, input, process, and product (CIPP) evaluation model. The research setting was the EMS department of Prapokklao Hospital and its 100-associated EMS units. The target sample consisted of: 1) a total of 9,817 EMS medical data records 2) a group 15 health care providers in the EMS services and 3) a group 14 registered nurses in the EMS services. Those were selected by purposive sampling. Research instruments included 1) a process checklist 2) an information record form for the EMS of National Institute for Emergency Medicine 3) questions for a focused group discussion and 4) documents related to the EMS services. Data collection was conducted from October 2015 to January 2017. The data was analyzed using frequency, percentage, and content analysis.

Based on the CIPP evaluation model, the results revealed that: 1) Context: Chanthaburi Province is a tourist destination city and that 56.53 %, and 43.57 % of emergency clients were those who had medical conditions or accidents and injuries, respectively. 2) There were four

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

³ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

important factors playing vital roles in input, including strong mutual collaborative teamwork in the various sectors, the continuing training and development program for EMS care providers at all levels in the EMS service, conducting a proactive campaign to promote using the 1669 emergency medical call number for EMS calls, and having well-equipped ambulances. 3) Process: Effective EMS care activities were driven by 5 operational strategies including: 3.1) development of committee-driven work processes, 3.2) strengthening the Emergency Medical Dispatch center, 3.3) having high quality EMS care providers, 3.4) development of high quality EMS units at every level, and 3.5) improvement of the data informatics system. 4) Product: During the 12-month period of the study, the EMS units provided EMS services 9,266 times to a total of 9,817 clients. Based on the document review, on 85% of the 9266 calls the EMS crews were able to follow the EMS protocols correctly. About 54.75% of the total EMS calls were placed via the 1669 emergency medical call number and 72.87 %of EMS services were provided by the first responder (FR) units. Out of 9,266 calls, the ambulance was dispatched within 2 minute after receiving the call about 95.25% of the time, 81.83% of the dispatched ambulances arrived at the scene within 10 minutes, and EMS crews could provide appropriate airway management in around 95.41% of the cases.

Keywords: Evaluation, Emergency medical services

บทนำ

ปัจจุบันผู้ป่วยฉุกเฉินมีแนวโน้มสูงขึ้นและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2544-2554 พบผู้ป่วยฉุกเฉินเพิ่มขึ้น 1 เท่าตัว จาก 12 ล้านครั้งในปี 2544 เป็น 24 ล้านครั้งในปี 2554 เฉลี่ยนาทีละ 46 ครั้ง⁽¹⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าอุบัติเหตุจราจรในประเทศไทยเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 ของโลก คิดเป็น 44 คนต่อแสนประชากร⁽²⁾ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยฉุกเฉินจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยโดยใช้รูปแบบความร่วมมือของภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 และในปี พ.ศ. 2551 มีการก่อตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ การคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน นับตั้งแต่การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉิน⁽³⁾

การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการ และการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงที ประกอบด้วย การรับแจ้งเหตุ การเข้าช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ การลำเลียงขนย้าย และการนำส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสมภายใต้ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการได้อย่างมี

คุณภาพและรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง ดำเนินการโดยหน่วยปฏิบัติการ สถานพยาบาลและผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยเวชกรรม ได้แก่ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ เจ้าหน้าที่ฉุกเฉินการแพทย์ นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เป็นต้น^(3,4,5)

ในปี พ.ศ. 2548 โรงพยาบาลพระปกเกล้าในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ได้รับนโยบายเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีโรงพยาบาลชุมชนเป็นโรงพยาบาลลูกข่าย จำนวน 11 แห่ง โรงพยาบาลเอกชนจำนวน 2 แห่ง มูลนิธิ จำนวน 2 แห่ง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เริ่มแรกจำนวน 13 แห่ง และมีการขยายจนครบจำนวน 84 แห่ง ในปี พ.ศ. 2551 โดยมีหน่วยงานบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบปัญหาประชาชนใช้บริการแจ้งเหตุผ่าน 1669 น้อย ความล่าช้าในการสั่งการ การคัดแยกภาวะฉุกเฉินไม่ถูกต้อง ความล่าช้าของทีมปฏิบัติการในการออกปฏิบัติการ ระยะเวลาในการเข้าถึงจุดเกิดเหตุไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด การช่วยเหลือ ณ จุด เกิดเหตุไม่ถูกต้องและเหมาะสม เกี่ยวกับทางเดินหายใจ การห้ามเลือด การตามกระดูก และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ⁽⁶⁾ จากปัญหาดังกล่าวจึงได้มีการประชุมปรึกษาร่วมกันระหว่างทีมผู้วิจัยและชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับ เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญห โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ภายใต้วงจร

การพัฒนาคุณภาพของเดิมมีประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Do) การตรวจสอบ (Check) และการปรับปรุง (Act)⁽⁷⁾ ขั้นตอนเหล่านี้จะเป็นตัวขับเคลื่อนในการสร้างความร่วมมือร่วมใจ ร่วมคิดตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดจันทบุรี ในการดำเนินงานดังกล่าวเพื่อให้ทราบถึงผลสัมฤทธิ์อย่างแท้จริงจำเป็นต้องมีการประเมินผลทำให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเป็นรูปธรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินผลพบว่า รูปแบบซิปป์ (CIPP model) ของสตีฟเฟิลบีม⁽⁸⁾ เป็นรูปแบบการประเมินผลทั้งระบบและช่วยในการตัดสินใจ (Decision – oriented evaluation model) โดยเป็นการประเมินความก้าวหน้า เพื่อให้ทราบรายละเอียดต่างๆ และมีการประเมินผลสรุปหลังการดำเนินงานสิ้นสุดแล้วเพื่อแบ่งชี้ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน รูปแบบดังกล่าวจึงมีความครอบคลุม เหมาะสมกับการนำไปประเมินผลทำให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดจันทบุรี เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบริการที่มีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัย ลดความพิการและการเสียชีวิต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินผลทำให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดจันทบุรี โดยศึกษาบริบท ปัจจัยเบื้องต้น กระบวนการดำเนินการ และผลผลิต ตามรูปแบบการประเมินผลแบบซิปป์ เก็บข้อมูลประเมินผลทำให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดจันทบุรี ระหว่างเดือนตุลาคม 2558 ถึง มกราคม 2560

รูปแบบและประชากร

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation research) เพื่อประเมินผลทำให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดจันทบุรี ตามรูปแบบของซิปป์⁽⁸⁾ โดยศึกษาบริบท (Context) ปัจจัยเบื้องต้น (Input) กระบวนการดำเนินการและวิธีการพัฒนา (Process) และผลผลิต (Product) ของการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดจันทบุรี

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ รายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมายในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) เวชระเบียนผู้ใช้บริการ ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างเป็นประชากรทั้งหมดที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี ระหว่างเดือนตุลาคม 2558 - กันยายน 2559 สำหรับรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2) พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 14 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุฉุกเฉินจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระปกเกล้า จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดจันทบุรี จำนวน 11 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 2 แห่ง สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบตรวจสอบกระบวนการดำเนินงาน (Checklist)

2. กลุ่มเป้าหมายในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพคือ บุคลากรในระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดจันทบุรี จำนวน 15 คน สำหรับรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group) เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 คน และผู้ช่วยเวชกรรม ได้แก่ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน 3 คน พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน 3 คน และเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน 3 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายในข้อ 2) และ 2) ได้แก่ 1) เป็นผู้ปฏิบัติงานในชุดปฏิบัติการที่สังกัดหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดจันทบุรีมาอย่างน้อย 2 ปี 2) สามารถเข้าร่วมในกระบวนการดำเนินการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินตลอดระยะเวลา 1 ปี (ตุลาคม 2558 - กันยายน 2559) 3) ได้เข้าร่วมกิจกรรมการจัดการความรู้ผ่านการถอดบทเรียนจากกิจกรรมการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบตรวจสอบกระบวนการดำเนินงาน (Check list) เพื่อใช้ในการประเมินผลด้านกระบวนการดำเนินการ

สร้างโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ลักษณะเป็นแบบแสดงรายการกิจกรรมในแผนการดำเนินงานการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเรียงลำดับตามช่วงเวลา ผู้ตอบทำเครื่องหมาย “ถูก” และ “ผิด” ท้ายข้อความ

2. แบบบันทึกข้อมูลสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อใช้ในการประเมินผลด้านกระบวนการดำเนินการและด้าน ผลผลิต สร้างโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกการรับแจ้งเหตุและสั่งการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) อาการนำสำคัญของผู้ป่วยฉุกเฉิน 3) อาการ/เหตุการณ์/รายละเอียดอื่นๆ 4) การให้รหัสความรุนแรง ณ ศูนย์สั่งการ 5) การสั่งการ 6) การให้ระดับความรุนแรง ณ จุดเกิดเหตุ 7) การปฏิบัติการ 8) ชื่อผู้ป่วย 9) เพิ่มเติมเฉพาะอาการนำสำคัญของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้จากการรับแจ้งเป็นรหัส 25 (อุบัติเหตุยานยนต์) ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด ให้ผู้ตอบบันทึกลงตามช่องว่าง และข้อคำถามเลือกตอบให้ผู้ตอบทำเครื่องหมาย “ถูก” หน้าข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลหน่วยปฏิบัติการ 2) ข้อมูลเวลา 3) ผู้เจ็บป่วย 4) เกณฑ์การตัดสินใจส่งโรงพยาบาล 5) การประเมินผล/รับรองการนำส่ง 6) ผลการรักษาที่จุดเกิดเหตุในโรงพยาบาล ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด ให้ผู้ตอบบันทึกลงตามช่องว่าง และข้อคำถามเลือกตอบให้ผู้ตอบทำเครื่องหมาย “ถูก” หน้าข้อความ

3. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม เพื่อใช้ในการประเมินผลด้านกระบวนการดำเนินการ สำหรับกิจกรรมการสนทนากลุ่มโดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการใช้เวลา 2 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้อภิปรายอย่างกว้างขวางในประเด็นเกี่ยวกับจุดเด่นจุดด้อยปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด โดยแนวคำถามการสนทนากลุ่มนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.86

4. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อใช้ในการประเมินผลการให้บริการการแพทย์

ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรีด้านบริบท ด้านปัจจัยเบื้องต้น และด้านกระบวนการดำเนินการ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากบันทึกการสนทนากลุ่มที่ได้จากการถอดเทปการสนทนากลุ่ม โดยการนับความถี่ของคำหรือข้อความที่จำแนกไว้ภายใต้ระบบการจำแนกที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์เชื่อมโยงสรุปบรรยายข้อมูลที่จำแนกได้ แล้วอ้างอิงไปสู่ข้อมูลทั้งหมดในเอกสารการบันทึก

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากเอกสารเกี่ยวข้องกับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินต่างๆ โดยการตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Induction) จากเอกสารดังกล่าว ภายใต้ระบบการจำแนกที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์เชื่อมโยง สรุปบรรยายข้อมูล

ผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยตามรูปแบบการประเมินผลแบบชิปปี้ ประกอบด้วย ด้านบริบท ปัจจัยเบื้องต้น กระบวนการดำเนินการ และผลผลิต ดังนี้

1. ด้านบริบท: จังหวัดจันทบุรีเป็นเมืองท่องเที่ยวที่มีผู้ป่วยฉุกเฉินจากการเจ็บป่วย ร้อยละ 56.43 และจากอุบัติเหตุ ร้อยละ 43.57 จากสภาพแวดล้อมดังกล่าวข้างต้นการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่เพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นและความคาดหวังของประชาชนในพื้นที่ การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรทุกภาคีเครือข่ายในจังหวัดจันทบุรีที่เข้มแข็ง ทำให้เกิดกระบวนการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ การผลักดันนโยบาย กระจายอำนาจอย่างต่อเนื่อง รวมถึงงบประมาณที่มีแหล่งสนับสนุนจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ทำให้เกิดการพัฒนาระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดจันทบุรีขึ้น โดยมีหน่วยงานที่ริเริ่มคือ โรงพยาบาลพระปกเกล้า ซึ่งได้

จัดตั้ง **หน่วยกู้ชีพ** เพื่อเป็นหน่วยบริการเชิงรุกช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ ในปี พ.ศ.2539 และได้มีขยายเครือข่ายการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องไปยังหน่วยกู้ชีพระดับเบื้องต้น ระดับต้น ระดับกลาง และระดับสูง ซึ่งสังกัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น มูลนิธิ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเอกชนต่างๆ โดยมีบุคลากรที่ขึ้นทะเบียนกับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับปฏิบัติงานในการให้บริการฉุกเฉิน และมีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นศูนย์กลางในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดจันทบุรี

2. ด้านปัจจัยเบื้องต้น: การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดจันทบุรี มีปัจจัยเบื้องต้นที่สำคัญประกอบด้วย 1) การมีทีมงานที่เข้มแข็งจากทุกภาคส่วน 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับอย่างต่อเนื่อง 3) การประชาสัมพันธ์เชิงรุกในการเรียกขอความช่วยเหลือผ่านช่องทาง 1669 และ 4) ความพร้อมของงบประมาณที่มีแหล่งสนับสนุนจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ รวมทั้งความพร้อมรพพยาบาลและวัสดุอุปกรณ์

3. ด้านกระบวนการดำเนินการ: จังหวัดจันทบุรีได้กำหนดโครงสร้างการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับกู้ชีพขั้นสูง ขั้นกลาง ขั้นพื้นฐาน และขั้นต้น และได้มีกระบวนการดำเนินการโดยใช้ 5 ยุทธวิธีหลักที่สอดคล้องกับมาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติและเกณฑ์ตัวชี้วัดด้านการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี ดังนี้

3.1 ยุทธวิธีการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาในรูปแบบของคณะกรรมการดำเนินงาน การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรีได้มีการกำหนดโครงสร้างคณะกรรมการ ถือเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ดังนี้

1) ระดับจังหวัด มีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี มีหน้าที่กำหนดนโยบาย จัดตั้งและกำกับดูแลและแผนในการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีการจัดตั้ง

คณะทำงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดมีหน้าที่จัดให้มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ควบคุมกำกับ ตรวจสอบ ให้บริการอย่างมีมาตรฐาน

2) ระดับอำเภอ มีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับอำเภอ โดยมีนายอำเภอเป็นผู้บริหารจัดการเครือข่ายและภาคีให้มีประสิทธิภาพ

3.2 ยุทธวิธีการพัฒนาศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยมีกิจกรรมที่สำคัญดังนี้

1) พัฒนาโครงสร้างด้านสถานที่ ได้กำหนดให้ตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด อยู่ที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อาคารเทพรัตน์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2) จัดหาอุปกรณ์สื่อสารคุณภาพทุกชนิดจำนวนที่เพียงพอมาติดตั้งไว้ ณ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ อาทิ วิทยุประจำศูนย์ โทรศัพท์สายตรง 1669 เครื่องส่งโทรสาร ระบบวิทยุสื่อสารผ่านทาง Internet เป็นต้น 3) จัดทำคู่มือการรับแจ้งเหตุ คู่มือแนวทางการประสานงานระหว่างศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการกับผู้บริหารระดับสูงเครือข่ายสนับสนุนการออกปฏิบัติการทั้งในและนอกจังหวัด 4) แต่งตั้งพยาบาลประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการเพื่อปฏิบัติงานและพัฒนาคุณภาพศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 5) มอบหมายหน้าที่ประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ เพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสาร 6) ประชุมพัฒนาระบบปฏิบัติการประจำเดือนของบุคลากรประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการเพื่อแก้ปัญหา/อุปสรรคร่วมกัน 7) พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงานของเครือข่ายที่ติดต่อเข้ามายังศูนย์สื่อสารสั่งการ 8) ประชาสัมพันธ์ทางสิ่งตีพิมพ์ สื่อทางวิทยุ ให้ประชาชนรู้ หมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉิน 1669 เพื่อให้ประชาชนที่มีภาวะฉุกเฉินสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินและให้ความร่วมมือสนับสนุนการออกปฏิบัติการของหน่วยกู้ชีพ

3.3 ยุทธวิธีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ โดยการจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมบุคลากร ทั้งในโรงพยาบาลพระปกเกล้า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า

จันทบุรี โดยมีการเปิดหลักสูตรการฝึกอบรม ดังนี้ 1) หลักสูตรประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (Emergency Medical technicians Basic: EMT-B) จำนวน 115-130 ชั่วโมง โดยการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐานและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้น 2) หลักสูตรประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ ((Emergency Medical Responder: EMR) จำนวน 40 ชั่วโมง โดยการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน 3) หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บขั้นสูง (Advanced Trauma Life Support: ATLS) จำนวน 3 วัน 4) หลักสูตรพยาบาลกู้ชีพ (Pre-hospital nurse) จำนวน 5 วัน

ในส่วนของการพัฒนาบุคลากรของจังหวัดจันทบุรี ทางสำนักงานสาธารณสุขจันทบุรี โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเอกชน ได้จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรและได้ส่งพยาบาลเข้าอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 4 เดือน (ENP) เพื่อสนับสนุนและเพิ่มศักยภาพบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี

3.4 ยุทธวิธีการพัฒนาชุดปฏิบัติการฉุกเฉินแต่ละระดับ

ระดับที่ 1 ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (ระดับกู้ชีพขั้นสูง)

ระดับที่ 2 ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง (ระดับกู้ชีพขั้นกลาง) ได้มีการพัฒนากระบวนการดำเนินงานดังนี้ ได้แก่ 1) กำหนดมาตรฐาน วิธีการ และคู่มือปฏิบัติงานทุกด้าน ทุกขั้นตอนของหน่วยกู้ชีพหรือชุดปฏิบัติการ 2) การพัฒนาความพร้อม และมาตรฐานเรื่องรถพยาบาล อุปกรณ์ประจำรถพยาบาล การบำรุงรักษาและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน 3) การกำหนดชุดปฏิบัติการของบุคลากรทุกระดับ 4) การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของเครือข่ายกู้ชีพ 5) การกำหนดโซนการปฏิบัติงานของหน่วยกู้ชีพทุกหน่วย 6) การจัดทำแผนเตรียมความพร้อมกับอุบัติเหตุและสาธารณภัยหมู่ 7) การสร้างเครือข่าย และการสร้างระบบประสานงาน การเชื่อมโยงของเครือข่าย 8) การสร้างระบบขอสนับสนุนการปฏิบัติงานด้วยเรือ 9) การสร้างระบบขอสนับสนุนการปฏิบัติงานด้วย

เฮลิคอปเตอร์ 10) การจัดระบบรายงาน แก่ผู้บริหารของจังหวัดเมื่อเกิดสถานการณ์อุบัติเหตุกลุ่มชน 11) การควบคุมหน่วยกู้ชีพ ให้ปฏิบัติงานอยู่ในกรอบที่กำหนด

ระดับที่ 3 ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (ระดับกู้ชีพขั้นพื้นฐาน) และระดับที่ 4 ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (ระดับกู้ชีพขั้นต้น) สังกัดมูลนิธิ/องค์การบริหารส่วนตำบล ได้มีการพัฒนากระบวนการดำเนินงานดังนี้ 1) กำหนดมาตรฐาน วิธีการ และคู่มือปฏิบัติงานทุกด้าน ทุกขั้นตอนของหน่วยกู้ชีพหรือชุดปฏิบัติการ 2) การพัฒนาความพร้อม และมาตรฐานเรื่องรถพยาบาล อุปกรณ์ประจำรถพยาบาล การบำรุงรักษา และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน 3) การกำหนดชุดปฏิบัติการของบุคลากรทุกระดับ 4) การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของเครือข่ายกู้ชีพ 5) การกำหนดโซนการปฏิบัติงาน ของหน่วยกู้ชีพทุกหน่วย 6) การควบคุมหน่วยกู้ชีพ ให้ปฏิบัติงานอยู่ในกรอบที่กำหนด

3.6 ยุทธวิธีการสร้างระบบข้อมูล เป็นการสร้างระบบข้อมูล เพื่อการบริหารจัดการและการกำกับติดตามประเมินผล ประกอบด้วย 1) การสร้างตัวชี้วัดการปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดจันทบุรี 2) การเก็บข้อมูลตามโปรแกรม ITEMS ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 3) วิเคราะห์ และรายงานผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดต่างๆ 4) จัดทำรายงานประจำปี เพื่อรายงานการปฏิบัติงานของหน่วยกู้ชีพและของจังหวัด 5) การวิเคราะห์สรุปบทเรียนเพื่อการพัฒนา

4. ด้านผลผลิต:

4.1 การขึ้นทะเบียน

4.1.1 หน่วยกู้ชีพที่ขึ้นทะเบียน ได้แก่ 1) หน่วยกู้ชีพเบื้องต้น (FR) สังกัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จำนวน 84 หน่วย 84 ชุดปฏิบัติการ 2) หน่วยกู้ชีพเบื้องต้น (FR) สังกัดมูลนิธิ จำนวน 2 หน่วย 213 ชุดปฏิบัติการ 3) หน่วยกู้ชีพระดับต้น (BLS) สังกัดมูลนิธิสว่างกตัญญู จำนวน 1 หน่วย 2 ชุดปฏิบัติการ 4) หน่วยกู้ชีพระดับกลาง (ILS) สังกัดโรงพยาบาลพระปกเกล้าและโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 6 หน่วย 6 ชุดปฏิบัติการ 5) หน่วยกู้ชีพระดับสูง (ALS) สังกัดโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลชุมชน ระดับต่างๆ จำนวน 14 หน่วย 41 ชุดปฏิบัติการ

4.1.2 บุคลากรที่ขึ้นทะเบียน ได้แก่ 1) บุคลากรที่ขึ้นทะเบียนกับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับจากสำนักงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวนทั้งสิ้น 3,450 คน ได้แก่ แพทย์ 14 คน พยาบาลกู้ชีพ 283 คน เจ้าหน้าที่งานฉุกเฉินการแพทย์ 15 คน พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ 96 คน อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ 3,138 คน 2) บุคลากรที่ขึ้นทะเบียนประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ จำนวนทั้งสิ้น 29 คน ได้แก่ แพทย์อำนาจการ 2 คน พยาบาลผู้รายงาน 15 คน ผู้ประสานปฏิบัติการฉุกเฉิน 6 คน และ พนักงานรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 6 คน

4.1.3 บุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (EMR 40 ชม.) จำนวน 120 คน หลักสูตรประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (EMT-B 115 ชม.) จำนวน 48 คน หลักสูตรอบรมพยาบาลกู้ชีพ(Pre-hospital nurse) จำนวน 15 คน หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสูง (ATLS) จำนวน 74 คน

4.1.4 จำนวนรถพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน 1) จำนวนรถพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จำนวนทั้งสิ้น 334 คัน ได้แก่ รถกู้ชีพระดับสูง จำนวน 47 คัน รถกู้ชีพระดับพื้นฐาน จำนวน 287 คัน 2) จำนวนเรือพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและสถาบัน

การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จำนวนทั้งสิ้น 7 ลำ ได้แก่ เรือกู้ชีพประเภทที่ 2 จากขลุ่ยมูลนิธิ จำนวน 6 ลำ และ เรือกู้ชีพประเภทที่ 2 จากเทศบาลตำบลพลวง จำนวน 1 ลำ

4.2 ผลการปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี ปีงบประมาณ 2559 ในช่วงระยะเวลา 12 เดือน (ตุลาคม 2558-กันยายน 2559) ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับออกให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 9,266 ครั้ง มีผู้ใช้บริการ 9,817 คน ในจำนวน 9,266 ครั้ง ที่ออกให้บริการชุดปฏิบัติการฉุกเฉินสามารถปฏิบัติตามกระบวนการดำเนินงานถูกต้อง ร้อยละ 85 เป็นการรับแจ้งเหตุจากประชาชนทางหมายเลข 1669 ร้อยละ 54.75 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (การรับแจ้งเหตุผ่านหมายเลข 1669 อย่างน้อยร้อยละ 80) ออกให้บริการ โดยทีมกู้ชีพเบื้องต้น ร้อยละ 72.87 รถพยาบาลสามารถออกให้บริการออกปฏิบัติการได้ทันทีและไม่เกิน 2 นาทีหลังได้รับแจ้งเหตุ ร้อยละ 95.25 ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินถึงจุดเกิดเหตุได้ภายใน 10 นาที ร้อยละ 81.83 ซึ่งต่ำกว่าตัวชี้วัดด้านการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี (Response time ภายใน 10 นาที อย่างน้อยร้อยละ 95) และมีปฏิบัติการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ ภายใน 10 นาที ร้อยละ 92.56

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับของจังหวัดจันทบุรี ปีงบประมาณ 2559 จำแนกตามประเภทของการช่วยเหลือเบื้องต้น

การช่วยเหลือเบื้องต้น	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (ราย)	คุณภาพของการปฏิบัติ					
		ไม่ได้รับการช่วยเหลือ		ช่วยเหลือถูกต้องเหมาะสม		ช่วยเหลือไม่ถูกต้อง/เหมาะสม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การดูแลทางเดินหายใจ	2,486	110	4.43	2,372	95.41	4	0.16
การห้ามเลือด	3,093	219	7.08	2,869	92.76	5	0.16
การตามกระดูกลูกชิ้นต่างๆ	2,004	178	8.88	1,813	90.47	13	0.65

จากตาราง 1 พบว่า ผลการปฏิบัติในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี ในด้านคุณภาพการปฏิบัติการช่วยเหลือเบื้องต้น พบว่า ชุดปฏิบัติการให้การช่วยเหลือด้านการดูแลทางเดินหายใจถูกต้องเหมาะสม

ร้อยละ 95.41 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดด้านการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี (อย่างน้อยร้อยละ 95) ส่วนการช่วยเหลือด้านการห้ามเลือด และการตามกระดูกส่วนต่างๆ ต่ำกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัด โดยพบว่าการช่วยเหลือถูกต้อง

เหมาะสมด้านการห้ามเลือด ร้อยละ 92.76 และการคาม
กระตุกส่วนต่างๆ ร้อยละ 90.47

สรุปและ อภิปรายผล

การประเมินผลระบบการให้บริการการแพทย์
ฉุกเฉิน จังหวัดจันทบุรี ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลที่
เชื่อมโยงกันของรูปแบบชิปประหว่ง บริบท ปัจจัย
เบื้องต้น กระบวนการดำเนินการและ ผลผลิต ดังนี้

ด้วยบริบทของจังหวัดจันทบุรี ซึ่งตั้งอยู่ถนนสาย
หลักคือถนนสุขุมวิทและถนนจันทบุรี-สระแก้ว และยังเป็น
เมืองท่องเที่ยว ทำให้มีผู้ป่วยฉุกเฉินจากการเจ็บป่วย
และอุบัติเหตุ ค่อนข้างมาก ทำให้การบริการการแพทย์
ฉุกเฉินมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการให้บริการ
แก่ประชาชนในพื้นที่ เพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นและ
ความคาดหวังของประชาชนในพื้นที่ โดยระบบการ
ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดจันทบุรีได้มีการ
พัฒนามาอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 ภายใต้การมี
ส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรทุก
ภาคีเครือข่ายในจังหวัดจันทบุรีที่เข้มแข็ง การผลักดัน
นโยบายกระจายอำนาจอย่างต่อเนื่อง ความพร้อมในด้าน
นโยบายของผู้มีระดับจังหวัด งบประมาณที่มีแหล่ง
สนับสนุนจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ รวมทั้ง
การมีปัจจัยเบื้องต้นที่สำคัญ ได้แก่ 1) ทีมงานที่เข้มแข็งจาก
ทุกภาคส่วน 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบ
การแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับอย่างต่อเนื่อง 3) การ
ประชาสัมพันธ์เชิงรุกในการเรียกขอความช่วยเหลือผ่าน
ช่องทาง 1669 และ 4) ความพร้อมของงบประมาณที่มี
แหล่งสนับสนุนจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
และความพร้อมรพพยาบาลและวัสดุอุปกรณ์ ทำให้เกิด
กระบวนการบริหารจัดการและการให้บริการที่มี
ประสิทธิภาพ สามารถขยายพื้นที่การให้บริการการแพทย์
ฉุกเฉินได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในจังหวัดจันทบุรี ด้วยการ
วางแผนการดำเนินงานร่วมกัน และขับเคลื่อนกระบวนการ
ดำเนินงานผ่านยุทธวิธีหลัก 5 ประการ ส่งผลทำให้การ
ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดจันทบุรีบรรลุ
ผลผลิต คือ ตัวชี้วัดความสำเร็จที่กำหนดไว้ 2 ตัวชี้วัดที่
สำคัญ ได้แก่ 1) รพพยาบาลฉุกเฉินสามารถออกให้บริการ

พื้นที่และไม่เกิน 2 นาทีหลังได้รับการร้องขอจากระบบ
บริการการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างน้อยร้อยละ 90 และ 2)
ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการ การดูแลทางเดินหายใจถูกต้อง
และเหมาะสม อย่างน้อยร้อยละ 95

การขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านยุทธวิธีหลัก 5
ประการ ก่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการให้บริการ
การแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดจันทบุรี ทั้งในด้านการขึ้น
ทะเบียนของหน่วยกู้ชีพเครือข่ายทุกระดับ จำนวนบุคลากร
ผ่านการฝึกอบรม ผลลัพธ์ของการออกปฏิบัติการช่วยเหลือ
ผู้ป่วยบาดเจ็บและฉุกเฉิน และการนิเทศ ติดตามการ
ดำเนินงานตามมาตรฐานที่จัดทำขึ้นในหน่วยกู้ชีพแต่ละ
แห่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ คำธณ ไชยศิริ และวิทยา
ชาติบัญชาชัย⁽⁹⁾ ที่ใช้การขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่าน
ยุทธวิธีหลัก 5 ประการ ภายใต้ความร่วมมือขององค์กร
ภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุก
แห่งในจังหวัดขอนแก่น ได้แก่ 1) การขับเคลื่อน
กระบวนการพัฒนา 2) การพัฒนาศูนย์สื่อสารสั่งการ 3)
การสร้างบุคลากรคุณภาพ 4) การพัฒนาหน่วยกู้ชีพแต่ละ
ระดับ 5) การสร้างระบบข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการและ
การกำกับติดตามประเมินผล ทำให้เกิดผลลัพธ์การ
ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดีของการพัฒนา ผล
การศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร สม
พร⁽¹⁰⁾ และ ชิดารัตน์ สุตะภักดิ์⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาการประเมิน
บริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีการ
ดำเนินงานภายใต้ความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายทั้ง
ภาครัฐและเอกชน ผลการศึกษาพบว่า การให้บริการ
การแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมประชาชนในทุกพื้นที่อย่างมี
คุณภาพและมาตรฐาน กล่าวคือ มี 1) ระบบการแจ้งเหตุขอ
ความช่วยเหลือที่ตอบสนองได้รวดเร็ว 2) ระบบการ
สื่อสารที่ทั่วถึงและครอบคลุมทั้งจังหวัด 3)
ระบบปฏิบัติการที่เหมาะสม 4) การแบ่งพื้นที่บริการด้วย
ขนาดประชากรที่เหมาะสม 5) บุคลากรที่มีคุณวุฒิที่
เหมาะสมและมีประสบการณ์ในการให้บริการ และ 6) การ
สนับสนุนทางด้านงบประมาณอย่างเพียงพอ

ปัจจัยที่ทำให้บรรลุตัวชี้วัด “รพพยาบาลฉุกเฉิน
สามารถออกให้บริการพื้นที่และไม่เกิน 2 นาทีหลังได้รับ
การร้องขอจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างน้อย

ร้อยละ 90” ได้แก่ การพัฒนาตามยุทธวิธีการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนา โดยหน่วยบริการทั้งภาครัฐบาลและเอกชน มูลนิธิและองค์กรบริหารส่วนตำบลได้จัดเตรียมความพร้อมทั้งโรงพยาบาลและบุคลากรระดับต่างๆ ทำให้สามารถออกได้ทันทีไม่เกิน 2 นาที ได้ถึงร้อยละ 95.25 และการใช้ยุทธวิธีการพัฒนาศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการคือการจัดบริการให้มีผู้รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน ผู้ประสานการปฏิบัติการฉุกเฉินและมีพยาบาลผู้ทำงานปฏิบัติการฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้สามารถรับแจ้งเหตุได้ทันทีและตัดสินใจสั่งการหน่วยปฏิบัติการต่างๆ ได้รวดเร็วขึ้นมีผลทำให้ชุดปฏิบัติการสามารถออกได้ทันที

สำหรับปัจจัยที่ทำให้บรรลุตัวชี้วัด “ผู้ป่วยฉุกเฉินที่รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลือถูกต้องเหมาะสม ด้านการดูแลทางเดินหายใจ อย่างน้อยร้อยละ 95” ได้แก่ การใช้ยุทธวิธีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ ซึ่งในปีงบประมาณ 2559 โรงพยาบาลพระปกเกล้าร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าได้จัดการอบรมหลักสูตรพยาบาลกู้ชีพ (Pre-hospital nurse) แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานของหน่วยกู้ชีพจากโรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดจันทบุรี หลักสูตรประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (EMR 40 ชม.) แก่บุคลากรจากมูลนิธิสว่างกตัญญูทุกอำเภอในจังหวัดจันทบุรี หลักสูตรประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (EMT-B 115 ชม.) แก่บุคลากรที่สังกัดหน่วยกู้ชีพจากมูลนิธิสว่างกตัญญู โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดจันทบุรี และหลักสูตรอบรมฟื้นฟูแก่บุคลากรที่สังกัดหน่วยกู้ชีพจากมูลนิธิและสังกัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นของแต่ละอำเภอในจังหวัดจันทบุรี นอกจากนี้ยังได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานด้วยยุทธวิธีการพัฒนาชุดปฏิบัติการฉุกเฉินแต่ละระดับโดยสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี ในโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยการจัดการแข่งขันทักษะการกู้ชีพ (EMS rally) ในระดับจังหวัด ทำให้บุคลากรที่สังกัดมูลนิธิองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลพระปกเกล้าต่างมี

ความตื่นตัว ตระหนักถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในสถานการณ์ต่างๆ ส่งผลทำให้เกิดการทำงานร่วมกันเป็นทีม ได้พัฒนาทักษะการช่วยเหลือต่าง เช่น ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพทารก เด็ก ผู้ใหญ่ การช่วยเหลือทางน้ำ การช่วยเหลือผู้ป่วยในกรณีเกิดสาธารณภัย เป็นต้น นอกจากนี้บุคลากรเหล่านี้ยังได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับเทคนิคการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในสถานการณ์ต่างๆ ของแต่ทีมกู้ชีพแต่ละอำเภอ และวิธีการดำเนินงานของศูนย์กู้ชีพดีเด่นแต่ละอำเภอ

อย่างไรก็ตามผลการวิจัยพบว่า มีตัวชี้วัดความสำเร็จที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 5 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัด “ระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับถึงที่เกิดเหตุใช้เวลาภายใน 10 นาที อย่างน้อยร้อยละ 95” ทั้งนี้เนื่องจาก ปัจจัย 2 ประการ คือ 1) พื้นที่เกิดเหตุส่วนใหญ่เกิดขึ้นในเขตเมือง ซึ่งเป็นพื้นที่ชุมชนที่มีการจราจรหนาแน่น โรงพยาบาลเข้าถึงได้ช้าเนื่องจากถนนแคบ และไม่มีช่องทางบนถนนสำหรับโรงพยาบาลฉุกเฉิน 2) ทีมปฏิบัติการเข้าถึงสถานที่เกิดเหตุไม่ถูกต้อง เนื่องจากผู้แจ้งเหตุมาจากจังหวัดอื่นหรือมาจากประเทศเพื่อนบ้าน ทำให้แจ้งสถานที่เกิดเหตุผิดพลาดส่งผลทำให้ทีมกู้ชีพต้องใช้เวลาหาสถานที่เกิดเหตุนาน ส่งผลทำให้ระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับถึงที่เกิดเหตุใช้เวลาภายใน 10 นาที ได้เพียงร้อยละ 81.83

ตัวชี้วัดความสำเร็จที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวที่สองคือ “ประชาชนเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินเรียกใช้บริการทางสายด่วน 1669 อย่างน้อยร้อยละ 80” ทั้งนี้เนื่องจาก การประชาสัมพันธ์หมายเลขโทรศัพท์เบอร์ 1669 ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่เนื่องจาก ขาดงบประมาณสนับสนุนและประชาชนในพื้นที่ของแต่ละตำบลในจังหวัดจันทบุรี นิยมใช้เบอร์กู้ชีพของแต่ละพื้นที่ หลังจากนั้นหน่วยกู้ชีพจึงจะโทรแจ้งเบอร์ 1669 (Second call) ซึ่งมีสูงถึง 2,160 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 23.31 นอกจากนี้จังหวัดจันทบุรีเป็นจังหวัดที่มีอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ที่สังกัดมูลนิธิและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นสูงถึง 3,138 คน กระจายอยู่ตามพื้นที่ที่ครอบคลุมทุกอำเภอ ซึ่งอาสาสมัครกลุ่มดังกล่าวมักใช้วิทยุสื่อสารในการแจ้งเหตุเข้ามายังศูนย์รับแจ้งเหตุ

และสั่งการ โดยตรง ซึ่งพบว่ามีการใช้วิทยุสื่อสารสูงถึง 1,930 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 20.83 จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้การเรียกใช้บริการทางสายด่วน 1669 ของจังหวัดจันทบุรีได้เพียงร้อยละ 54.75

สำหรับตัวชี้วัดความสำเร็จที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์อีก 2 ตัวชี้วัด คือ “ผู้ป่วยฉุกเฉินที่รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง เหมาะสม ด้านการห้ามเลือด และการดามกระดูกส่วนต่างๆ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินที่รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง เหมาะสม ทั้ง 2 ด้าน ต่ำกว่าร้อยละ 95 โดยพบว่า มีการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง เหมาะสม ด้านการห้ามเลือด ร้อยละ 92.76 และด้านการดามกระดูกส่วนต่างๆ ร้อยละ 90.47 ทั้งนี้เนื่องจาก นักปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับต่างๆ ยังได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในด้านดังกล่าวไม่ครบถ้วนเนื่องจากขาดงบประมาณสนับสนุน สถานที่จัดอบรมตามมาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินยังมีจำนวนน้อยและมีข้อจำกัดในการรับจำนวนผู้เข้าอบรมของสถาบันการอบรม ซึ่งสามารถรับผู้เข้าอบรมได้เพียงปีละ 1-2 รุ่นๆ ละ 48-60 คน ทำให้นักปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างถูกต้อง เหมาะสม นอกจากนี้การพัฒนาศักยภาพบุคลากรของนักปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินแต่ละระดับโดยการจัดการแข่งขันทักษะการกู้ชีพ (EMS rally) ในระดับจังหวัดนั้นมีเพียงปีละ 1 ครั้งต่อปี และได้มีการกำหนดให้ส่งนักปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินได้เพียงอำเภอละ 12 คนเท่านั้น ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน เจ้าหน้าที่งานฉุกเฉินการแพทย์ 2 คน พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ 3 คน อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ 3 คน ซึ่งมีจำนวนน้อย ส่งผลทำให้บุคลากรที่เหลือยังไม่ได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างถูกต้อง เหมาะสม จึงทำให้ไม่สามารถบรรลุตัวชี้วัดใน 2 ด้าน ดังกล่าวข้างต้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การกำหนดนโยบายที่ชัดเจนเพื่อให้ผู้ปฏิบัติยึดเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ดังนี้ 1) นโยบายโครงสร้าง

หลักและทิศทางการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2) นโยบายโครงสร้างของเครือข่ายสื่อสารและการเชื่อมโยงที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็ว 3) นโยบายความเชื่อมโยงระหว่างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกับระบบการรักษายาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งในด้านการให้บริการและการกำกับติดตาม 4) นโยบายด้านแผนการพัฒนากุศลกรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 5) นโยบายด้านงบประมาณและการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์

2. การเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี ดังนี้ 1) แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด โดยมอบหมายให้มีตัวแทนหลักที่มาจากชุมชน หน่วยงาน องค์กรทุกภาคส่วนเป็นคณะทำงาน มีหน้าที่ในการออกแบบระบบ การบริหารจัดการ การเชื่อมโยงเครือข่าย การพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งมาตรฐานของศูนย์สั่งการและมาตรฐานการออกปฏิบัติการของชุดปฏิบัติการ การพัฒนามาตรฐานด้านยานพาหนะและวัสดุอุปกรณ์ มาตรฐานด้านบุคลากร และการพัฒนาระบบและกลไกของการนิเทศและติดตามกำกับ เป็นต้น 2) กำหนดให้มีการจัดทำแผนงานของระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดจันทบุรี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการและสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน 3) สนับสนุนการจัดสรรวัสดุอุปกรณ์ในรถพยาบาลฉุกเฉินที่จำเป็น เพียงพอและสะดวกในการใช้งาน 4) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ประเด็นการวิจัยนี้มีได้ครอบคลุมถึง การประเมินคุณภาพของบริการและผลที่ได้จากบริการในมิติหรือประเด็นของผลทางเศรษฐศาสตร์ที่เกิดขึ้นว่ามีอัตราส่วนเงินตอบแทนจากผลผลิตทางเศรษฐศาสตร์ที่ผู้รับบริการสามารถสร้างขึ้นเมื่อนำมาคำนวณจะได้ผลตอบแทนเป็นกี่ยกของงบประมาณที่ลงทุนไปในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน งานวิจัยในอนาคตควรเป็นการ

วิจัยเชิงคำนวณต้นทุนประสิทธิผลของการให้บริการ
การแพทย์ฉุกเฉิน

2. การวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินการให้บริการ
การแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดจันทบุรีเท่านั้น จึงควรมีการ
วิจัยในเขตพื้นที่อื่นๆ หรือภูมิภาคอื่นๆ เพื่อจะได้นำมา
เปรียบเทียบและปรับปรุงพัฒนาระบบต่อไป

3. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง
ในช่วงระยะเวลา 1 ปี การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษา
ซ้ำเพื่อติดตามความก้าวหน้าในงานวิจัยหรือมีระยะเวลาใน
การดำเนินงานวิจัยที่มากกว่านี้ เพื่อค้นหาปัจจัยที่จะส่งผล
ต่อความสำเร็จของการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2555. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
ในพระบรมราชูปถัมภ์ กรุงเทพฯ, 2555.
2. World Health Organization. **Global status report on road safety 2015**. World Health Organization Luxembourg, 2015.
3. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช 2551. พิมพ์ครั้งที่ 4. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
นนทบุรี, 2551.
4. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. **มาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ฉบับที่ 1**. พิมพ์ครั้งที่ 1. สถาบันการแพทย์
ฉุกเฉินแห่งชาติ นนทบุรี, 2553.
5. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. **สรุปภาพรวมการจัดทำมาตรฐาน หลักเกณฑ์ เกณฑ์และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน**. สถาบัน
การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ นนทบุรี, 2557.
6. โรงพยาบาลพระปกเกล้า. **สรุปรายงานการประชุมผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2558**. จันทบุรี, 2558.
7. Moen RD, Norman CL. Circling back: clearing up myths about the Deming cycle and seeing how it keeps evolving. **Quality Progress**. 43 :
21-28, 2010.
8. Stufflebeam DL. The CIPP model for evaluation. In T. Kellaghan and D. L. Stufflebeam (eds) (pp.31-62). **International Handbook of
Education Evaluation**. Kluwer Academic Publishers Dordrecht, 2003.
9. คำรณ ไชยศิริ และวิทยา ชาติบัญชาชัย. การประเมินผลโครงการพัฒนาระบบบริการฉุกเฉิน โดยความร่วมมือระหว่างภาครัฐภาคเอกชน และองค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิชาการสาธารณสุข**. 17(ฉบับเพิ่มเติม) 2551 : 1114-1127.
10. กนกพร สมพร. การประเมินผลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดอุบลราชธานี. **วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ**. 7(2)2557 : 52-58.
11. ธีรรัตน์ สุตะภักดิ์. การประเมินบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดอุบลราชธานี. **วารสารการบริหารท้องถิ่น**. 8(3) 2558: 10-18,

การอบรมเลี้ยงดูทารกกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า

Family nurturing practice among infant with risk to delay development

อมรรัตน์ เฟื่องแสน¹ สมจิต แคนสีแก้ว²

Amornrat pengsan¹ Somjit Daenseekaew²

บทคัดย่อ

วัยทารกเป็นช่วงอายุที่มีการแบ่งตัวของเซลล์สมองมากที่สุด มีการสร้างวงจรการเรียนรู้ต่อการรับรู้จากสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา จึงทำให้สิ่งแวดล้อมรอบตัวทารกมีความสำคัญต่อการพัฒนาการที่กำลังเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว การศึกษานี้จึงมุ่งศึกษาการอบรมเลี้ยงดูทารกของครอบครัวในกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า ตั้งแต่แรกเกิดถึง 2 ปี จำนวน 18 ครอบครัว โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การบันทึกภาคสนาม และการสังเกต ในมิติการอบรมเลี้ยงดูที่เกี่ยวกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการทั้ง 5 ด้าน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า การอบรมเลี้ยงดูทารกกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการพัฒนาการล่าช้า แต่ทารกยังมีพัฒนาการสมวัย คือ 1) มีวางแผนการเลี้ยงดูทารกด้วยนมมารดามากกว่า 6 เดือน 2) มีการใช้คู่มือการส่งเสริมเจริญเติบโตและพัฒนาการ 3) ครอบครัวให้มารดาทำหน้าที่เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก และ 4) มีผู้เลี้ยงดูทารกช่วยกัน 2 คน ส่วนปัจจัยต่อการเลี้ยงดูทารกกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้าที่มีผลการประเมินพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า คือ 1) ผู้เลี้ยงดูไม่ทราบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการพัฒนาการที่ส่งผลกระทบต่อบุตรหลานตนเองได้อย่างครอบคลุม 2) การเลี้ยงดูเป็นแบบเดิมไม่แตกต่างจากแบบแผนการเลี้ยงดูทารกปกติ 3) มีความเชื่อว่าพัฒนาการของทารกถูกถ่ายทอดมาทางพันธุกรรมไม่อาจแก้ไขได้ 4) ขาดความรู้เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการและการใช้คู่มือส่งเสริมพัฒนาการ และ 5) ผู้เลี้ยงดูขาดความตระหนักและไม่ให้เวลาในการส่งเสริมพัฒนาการทารกสม่ำเสมอ

คำสำคัญ: การอบรมเลี้ยงดู, ทารก, กลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า

Abstract

Infancy is the age of the cell division of the brain. Creating a stimulating learning feedback from us. As a result, the environment is vital to the development of the baby being born quickly. This study aims at raising the baby of the family at risk developmental delay. From birth to 2 years 18 families by collecting data from in-depth interviews. The field notes and observations about parenting in terms of growth and development in both the fifth quantitative analysis with frequency. And calculate the percentage Data were analyzed using qualitative content analysis.

The result of Parenting infants at risk for developmental delays. But the baby is development properly as follows: 1) there are plans with breastfeeding for more than 6 months, 2) a guide to promote growth and development, 3) family, his mother made a raise, and 4) two caregiver of infants. And the results of developmental screening found suspicious delay caregivers are parenting infants: 1) the child does not know about the risk factors for developmental impact on children themselves can cover 2) Parenting is not original. unlike conventional normal 3) it is believed that the development of the baby being passed down genetically irreparable 4) lack of knowledge about the development of specific risk, and guide the development and 5) the raising of awareness. and not to promote development in the baby regularly.

Keyword: Family nurturing practice, infant, risk to delay development

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาลัษณแก่น

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาลัษณแก่น

(รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาลัษณแก่น)

บทนำ

วัยทารก (Infant) เป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะสมองการพัฒนาตั้งแต่หลังจากไขปฏิสันธิกับอสุจิได้ 3 สัปดาห์ เซลล์สมองจะแบ่งตัวอย่างรวดเร็วมากกว่าสองแสนห้าหมื่นเซลล์ก่อนที่⁽¹⁾ เมื่อหลังคลอดทารกมีการสร้างวงจรการเรียนรู้ใหม่ตลอดเวลาและพร้อมได้รับการกระตุ้นการเรียนรู้จากสิ่งเร้า ดังนั้นในช่วงอายุ 2 ขวบแรกของเด็กจึงเป็นช่วงที่ดีที่สุดต่อการสร้างวงจรพัฒนาการและการเรียนรู้⁽²⁾ ครอบครัวและพ่อแม่ผู้ดูแลเด็กจึงต้องให้การอบรมเลี้ยงดูเพื่อส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการที่สมบูรณ์และสอดคล้องกันไปทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ^(3,4) ในทางตรงกันข้ามหากเด็กไม่ได้รับการสนับสนุนที่ดีพอหรือมีการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย เด็กจะส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพที่ไม่ดีซึ่งไม่สามารถหวนกลับไปแก้ไขได้

จากแนวโน้มปัญหาเด็กพัฒนาการล่าช้าที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก ทั้งในต่างประเทศพบปัญหาพัฒนาการล่าช้าประมาณ ร้อยละ 15⁽⁵⁾ ส่วนในประเทศไทยจากการสำรวจปี พ.ศ. 2547, 2550 และ 2553 พบว่า เด็กช่วงอายุแรกเกิดถึง 5 ปี ที่มีพัฒนาการปกติมีแนวโน้มลดลง ดังนี้ ร้อยละ 71, 67.7 และ 67.3 ตามลำดับ เป็นช่วงอายุแรกเกิดถึง 3 ปี ที่มีแนวโน้มพัฒนาการลดลงอย่างเห็นได้ชัด ดังนี้ ร้อยละ 81.3, 74.9 และ 71.2 ตามลำดับ^(6,7) แต่ที่ยังพบว่า ร้อยละ 20 สามารถกระตุ้นให้กลับมามีพัฒนาการที่สมวัยได้ ส่วนอีกร้อยละ 10 ไม่สามารถช่วยเหลือให้พัฒนาการสมวัยได้เนื่องจากอยู่ในภาวะเป็นโรคเกี่ยวกับสมองและระบบประสาท

การอบรมเลี้ยงดูมีผลต่อการเรียนรู้และพัฒนาการของทารก โดยเฉพาะตั้งแต่วัยแรกเกิดจนถึง 2 ปี กล่าวคือ พ่อ แม่ ผู้เลี้ยงดูเป็นบุคคลสำคัญที่คอยตอบสนองความต้องการของเด็ก ดูแลให้ความรัก ความอบอุ่นกับเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 2 ปี อีกทั้งยังเป็นผู้คอยกระตุ้นพัฒนาการเด็กอย่างใกล้ชิดมากที่สุดทั้งในรูปแบบตั้งใจและไม่ตั้งใจล้วนมีผลต่อพัฒนาการเด็กทั้งสิ้น เด็กที่ได้รับการความรัก ความอบอุ่น ให้ความสนใจ และได้รับการฝึกทักษะต่างๆ ตลอดจนการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อพัฒนาการที่

เหมาะสมตามวัย จะช่วยส่งเสริมให้มีพัฒนาการที่ดีและสมวัย แต่ถ้าเด็กอยู่ในสภาพสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ถูกทอดทิ้ง ขาดความรักความเอาใจใส่ และขาดการกระตุ้นที่เหมาะสมตามวัย เช่น เด็กในสถานสงเคราะห์ เด็กอาจมีปัญหาพัฒนาการล่าช้าหรือมีความบกพร่องทางพัฒนาการด้านใดด้านหนึ่งได้⁴ สอดคล้องกับการติดตามภาวะพัฒนาการเด็กของสถาบันราชานุกูล พบว่า เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ที่มีผู้ดูแลหลักไม่ใช่บิดามารดามีโอกาสที่พัฒนาการล่าช้ามากกว่าเด็กที่อยู่กับบิดามารดา⁽⁸⁾

เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ในภาพรวมและประสบการณ์การเลี้ยงดูทารกในมิติที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการเจริญเติบโตและการส่งเสริมพัฒนาการทั้ง 5 ด้าน ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงดูทารกกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้าในชุมชน การศึกษาเชิงคุณภาพแบบพรรณนาสามารถทำให้เห็นลักษณะวิธีการเลี้ยงดู และช่วยให้เข้าถึงข้อมูลวิถีชีวิตที่เป็นสถานการณ์จริงได้เป็นอย่างดี และสามารถบอกเล่าถึงปัญหาและอุปสรรคในการส่งเสริมพัฒนาการทารกที่บ้าน อีกทั้งวิธีการเชิงคุณภาพยังเป็นการค้นหาความรู้ท้องถิ่นได้อย่างลึกซึ้ง^(9,10,11)

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาวิถีชีวิตและรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูทารกกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า ในช่วงอายุแรกเกิดถึง 2 ปี ของครอบครัว เขตตำบลทับกุง อำเภอนองแสง จังหวัดอุดรธานี

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาอิสระครั้งนี้ใช้การศึกษาแบบ Qualitative descriptive exploratory study ซึ่งเป็นวิธีการเชิงคุณภาพแบบพรรณนาที่สามารถทำให้เห็นลักษณะวิธีการเลี้ยงดูทารก ตามพื้นเพ วัฒนธรรมขนบธรรมเนียม ผสมผสานความรู้สากลที่ได้จากการมารับบริการสุขภาพ และจากสื่อสารณะต่างๆที่สอดคล้องกับบริบทของครอบครัว และสถานการณ์จริงในชุมชนได้เป็นอย่างดี ตลอดจนเป็นการบอกเล่าถึงกระบวนการคิด การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา และอุปสรรคในการส่งเสริมพัฒนาการทารกที่บ้าน^(10,12)

ผู้ให้ข้อมูล ในการศึกษานี้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้มาโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้เลี้ยงดูหลัก จำนวน 18 คน ได้แก่ แม่ ย่า ยาย ผู้ให้ข้อมูลรอง คือผู้เลี้ยงดูทารก ร่วมกับผู้เลี้ยงดูหลัก ในลักษณะการทำกิจกรรมร่วมกับทารกมากรองจากผู้เลี้ยงดูหลัก ของครอบครัวทารกแรกเกิดถึง 2 ปี จำนวน 12 คน ที่อาศัยในพื้นที่ศึกษากลุ่มได้แก่ พ่อ แม่ ปู่ย่า ตายาย ป้า ซึ่งเป็นผู้ทำหน้าที่หลัก ในการเลี้ยงดูทารก ลักษณะการทำกิจกรรมร่วมกับทารกมากที่สุด ของครอบครัวทารกแรกเกิดถึง 2 ปี กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ข้อ ได้แก่ 1) เด็กที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม 2) เด็กที่ขาดออกซิเจนแรกคลอด 3) เด็กที่คลอดจากแม่วัยรุ่น 4) เด็กที่กีดขวางพัฒนาการแล้วพบพัฒนาการล่าช้า 5) เด็กที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับแม่ และ 6) เด็กที่มีภาวะทุพพลโภชนาการ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย ผู้ศึกษาซึ่งเป็นเครื่องมือหลักในการศึกษาและเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลคือแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิง ผู้ศึกษาสร้างขึ้นที่เกี่ยวข้องกับการศึกษานี้ เพื่อแสวงหาคำตอบตามแนวคำถามตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ครอบคลุมกรอบแนวคิดการศึกษา ที่ช่วยสะท้อนความคิด ความรู้สึกรที่มีอยู่ในใจของผู้เลี้ยงดูทารกเกี่ยวกับประสบการณ์เลี้ยงดู รวมทั้งค่านิยม ความเชื่อและวิถีชีวิต ที่เป็นแบบแผนในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี

การตรวจสอบคุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้เครื่องมือที่มีคุณภาพและมีความน่าเชื่อถือ ได้แก่ 1) ผู้ศึกษาได้เตรียมความพร้อมในเรื่องความรู้เนื้อหา จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี ตลอดจนลักษณะปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็กของผู้เลี้ยงดูเด็ก และศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเรื่องระเบียบวิธีวิจัยในเชิงคุณภาพ อีกทั้ง ผู้ศึกษายังได้ผ่านการฝึกทักษะการสัมภาษณ์เชิงลึกและจากการสังเกตโดยอาจารย์ที่ปรึกษาและปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาทุกขั้นตอนตลอดการศึกษาใน

ครั้งนี้ 2) การสร้างแนวคำถามผ่านการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมกับวัตถุประสงค์การศึกษา 3) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) คือ การพิสูจน์ว่า ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มานั้นถูกต้องหรือไม่ วิธีการตรวจสอบ คือ การสอบแหล่งที่มาของข้อมูล ได้แก่ 1) แหล่งเวลา คือ ถ้าข้อมูลต่างเวลาจะเหมือนกันหรือไม่ เช่น การสังเกตการณ์ในช่วงเวลาเช้า ควรตรวจสอบโดยการสังเกตในเวลาเย็นด้วย 2) แหล่งสถานที่ คือถ้าข้อมูลต่างสถานที่ที่กันจากการออกเยี่ยมบ้านบ้านและการมารับบริการที่โรงพยาบาลหนองแสงจะเหมือนกันหรือไม่ และ 3) แหล่งบุคคล คือ ถ้าผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไป โดยสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูทารกหลักจำนวน 18 คน และผู้เลี้ยงดูรองจำนวน 12 คน และ 4) การตรวจสอบสามเส้าด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) ในศึกษานี้ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เลี้ยงดูทารก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการจดบันทึกสิ่งที่สังเกตเห็นขณะลงเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ รวมทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูลการเจริญเติบโตและพัฒนาการของกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้าที่ศึกษาจากเอกสารแฟ้มประวัติการมาโรงพยาบาลร่วมด้วย เป็นการตรวจสอบวิธีได้ข้อมูลจากหลายแหล่ง หลายวิธีที่แตกต่างกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง ระหว่างเดือน พฤษภาคม – เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2559 ผู้ศึกษาทำขอหนังสืออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สำเนาถึงนายอำเภอหนองแสง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองแสง และผู้ใหญ่บ้านเขตที่ศึกษา จำนวน 11 หมู่บ้าน เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลก่อนลงพื้นที่เก็บจริง 1 สัปดาห์ โดยแจ้งช่วงเวลาที่ผู้ศึกษาลงเก็บข้อมูลศึกษาและวัตถุประสงค์การศึกษานี้ให้พื้นที่ได้ทราบก่อน เก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล ใช้เวลานานครั้งละ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ประกอบกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม และทำการจดบันทึกทุกครั้งที่มีการสัมภาษณ์เชิงลึก พร้อมการบันทึกภาพให้ครอบคลุมรายละเอียด ทั้งสถานที่และลักษณะสิ่งแวดล้อมบ้านของครอบครัวผู้เลี้ยงดูทารก ตลอดจนบันทึกพฤติกรรมระหว่าง

ผู้เลี้ยงดูกับทารก หรือกับบุคคลอื่นๆในบ้าน ซึ่งผู้ศึกษาให้การจดบันทึกแบบข้อข้อความจำและกลับมาจดบันทึกเพิ่มเติมในภายหลังการสัมภาษณ์โดยเร็วที่สุดภายในวันที่สัมภาษณ์นั้น เพื่อป้องกันการลืมข้อมูลในการศึกษาได้วางแผนงานเรียบเรียงความคิด พร้อมกับสรุปข้อมูลเป็นระยะๆ ให้ได้ข้อมูลการอบรมเลี้ยงดูทารกกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้าในแง่การส่งเสริมเจริญเติบโตและพัฒนาการทารกทั้ง 5 ด้าน จนได้ข้อมูลที่อ้อมตัว กล่าวคือ มีข้อมูลเพียงพอสามารถตอบวัตถุประสงค์การศึกษา และไม่มีข้อค้นพบหรือข้อมูลหมวดหมู่ที่น่าสนใจในการอบรมเลี้ยงดูทารก

การวิเคราะห์ข้อมูล โดย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม โดยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา ซึ่งผู้ศึกษาอ่านข้อมูลจากการศึกษาทั้งหมดและถอดบันทึก จัดเส้นใต้คำสำคัญ นำคำเหล่านั้นมาจัดหมวดหมู่ของข้อมูล แล้วหาความเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล ตรวจสอบข้อมูลจนสมบูรณ์ และนำมาอธิบายการอบรมเลี้ยงดูเกี่ยวกับการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการทั้ง 5 ด้าน และนำข้อมูลเรียงร้อยเข้าด้วยกันจนเกิดประเด็นหลักเพื่อตอบวัตถุประสงค์การศึกษาย่างครบถ้วนสมบูรณ์

ผลการศึกษา

ผู้ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาและได้ข้อค้นพบที่สำคัญ 4 ประเด็นดังต่อไปนี้

1) คุณลักษณะของเลี้ยงดูทารก พบว่า ผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 90 อยู่ในกลุ่มวัยแรงงาน ร้อยละ 60 กลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 20 และยังเป็นวัยรุ่น ร้อยละ 13.3 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 70 ทารกส่วนใหญ่ มีบิดาหรือมารดาเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก ร้อยละ 53.3 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.3 การเลี้ยงดูทารกกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า ส่วนใหญ่ใช้ความรู้และการตัดสินใจจากประสบการณ์ที่ผ่านมาทั้งประสบการณ์จากการเลี้ยงเด็กซึ่งเป็นบุตรหลานคนก่อน ร้อยละ 93.3 และใช้ความรู้ที่ได้รับการแนะนำจากระบบ

สาธารณสุขตั้งแต่การมาฝากครรภ์ ร้อยละ 10 จากรับข่าวสารอินเทอร์เน็ตร่วมด้วย ร้อยละ 10

ส่วนคุณลักษณะทารกกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้าจำนวนเด็ก 19 คน ดังนี้ ทารก อายุต่ำสุด 4 เดือน อายุสูงสุดอายุ 30 เดือน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 13-23 เดือน จำนวน 9 คน รองลงมา คือ ช่วงอายุต่ำกว่า 12 เดือน จำนวน 6 คน และช่วงอายุ 24 – 30 เดือน จำนวน 5 คน ได้กินนมมารดา 6 เดือนขึ้นไปจำนวน 7 คน เป็นแฝด 1 คู่ และทุกคนไม่มีโรคประจำตัว

2) การเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า จากการแปลผลน้ำหนักตามเกณฑ์อายุพบทารกเพศหญิงมีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุมากกว่าทารกเพศชาย ร้อยละ 42.2 มีภาวะโภชนาการสมวัย ร้อยละ 26.3 และทารกที่มีรูปร่างสมส่วน ร้อยละ 52.5 ทารกที่ท้องผูกเรื้อรังปัญหาพุงโกศนาการมากถึง ร้อยละ 73.3 สำหรับการคัดกรองพัฒนาการทารกกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า ด้วยแบบประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM และ DAIM พบว่า ทารกมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 27.3 และพบทารกที่สงสัยพัฒนาการล่าช้ามากถึง ร้อยละ 73.7 ซึ่งด้านการเคลื่อนไหวพบมากที่สุด ร้อยละ 45.5 รองลงมาเป็นด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ร้อยละ 36.4

3) การอบรมเลี้ยงดูเด็กกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้าของครอบครัว ประกอบด้วย การส่งเสริมการเจริญเติบโต มีการส่งเสริมการเจริญเติบโตในลักษณะ ดังนี้ 1) การส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาอย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนได้สำเร็จ ร้อยละ 36.8 เหตุผลในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาได้สำเร็จ คือ ครอบครัวกำหนดเป้าหมายร่วมกัน สนับสนุนให้มารดาเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาจึงให้มีหน้าที่ดูแลทารกอย่างเดียวยังไม่ต้องทำงานอื่นใน 6 เดือนแรก มีความตั้งใจช่วยกันจากการรับรู้ประโยชน์ว่านมมารดาทำให้ทารกแข็งแรงจึงเชื่อมั่นแม่ทำให้ลูกเลี้ยงง่าย และช่วยให้ประหยัดค่าใช้จ่ายในครอบครัว 2) การให้อาหารเสริมแก่ทารก พบว่า มีทั้งกลุ่มที่เริ่มให้อาหารเสริมเหมาะสมตามวัย และกลุ่มที่ให้อาหารเสริมก่อนวัย ลักษณะอาหารเริ่มต้นจากให้กินซีเรียลเล็ก ข้าวต้มใส่ดื่บไก่บดละเอียด ข้าวต้มบดหยาบผสมไข่ ดื่บ ปลา และเริ่มให้ข้าวเหนียวเมื่ออายุ 1 ปีขึ้นไป 3) การประเมินภาวะการเจริญเติบโตของ

ทารก พบว่า ครอบครัวมีการติดตามประเมินภาวะโภชนาการและแปลผลด้วยตนเอง แต่ยังพบว่า ผู้เลี้ยงดูในครอบครัวส่วนน้อยที่สามารถประเมินการเจริญเติบโตทารกได้ถูกต้อง อีกทั้งยังขาดความต่อเนื่อง สำหรับสาเหตุของการไม่ได้ติดตามประเมินด้วยตนเอง เนื่องจากผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่รับรู้และเห็นด้วยว่าเจ้าหน้าที่เป็นผู้ทำ และแจ้งให้ผู้เลี้ยงดูทราบทันทีเมื่อมารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี ซึ่งผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่รับรู้ความสำคัญว่าต้องการประเมินภาวะโภชนาการของบุตรหลานและรู้ภาวะโภชนาการปัจจุบันของทารก

ส่วนการส่งเสริมพัฒนาการ ทั้ง 5 ด้านของผู้เลี้ยงดู ได้แก่ 1) ด้านการเคลื่อนไหว 2) ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา 3) ด้านการเข้าใจภาษา 4) ด้านการใช้ภาษา และ 5) ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม พบว่า ส่วนใหญ่มีการส่งเสริมพัฒนาการด้วยความเข้าใจจากประสบการณ์ของตนเองที่เคยเลี้ยงทารกมาในอดีต รวมทั้งความเชื่อจากผู้ใหญ่ใกล้ชิดบอกต่อกันมา มีเพียงส่วนน้อยสามารถส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือส่งเสริมพัฒนาการแต่ขาดความต่อเนื่อง ดังนี้ 1) มีการประเมินพัฒนาการครอบคลุมและถูกต้อง 2) มีการประเมินพัฒนาการถูกต้องแต่ไม่ครอบคลุม 3) พัฒนาการแต่ไม่ถูกต้องและไม่ครอบคลุม และ 4) ไม่มีการประเมินพัฒนาการ และพบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูทารกมีความสนใจต่อการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการมากขึ้น คือ การได้รับข้อมูลว่าทารกมีความเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้า จากเจ้าหน้าที่ และพบว่าความสนใจจะมีมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มมารดาที่ทำหน้าที่เลี้ยงบุตรอย่างเดียว รวมทั้งอยู่ในกลุ่มมารดาวัยรุ่น

นอกจากนี้ยังพบความเชื่อ ได้แก่ ความเชื่อปัญหาเด็กเลี้ยงยากจากปัญหาพฤติกรรมการกิน โดยเชื่อว่า ที่ลูกไม่ค่อยดื่มนมเป็นเพราะมารดามี “ทรวง” หรือ “กรรม” หรือ ความไม่ดี ต้องแก้ไขด้วยการ “ฆ่าทรวง” หรือการแก้กรรม โดยผู้เชียวชาญที่เป็นหมอธรรม ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้เรื่องแก้กรรมในหมู่บ้าน และยังพบอีกว่าหากต้องการให้ทารกเลี้ยงง่ายต้องไปผูกข้อมือกับพ่อปู่หลักบ้านแล้วทารกจะไม่เจ็บ ไม่ป่วย และความเชื่อปัญหาเด็กเลี้ยงยากจากปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวที่พบ คือ ชอบทำร้ายร่างกายมารดาและคำด้วยถ้อยคำไม่สุภาพเมื่อ

ไม่ได้ในสิ่งที่ตนเองต้องการ จึงทำให้ผู้เลี้ยงดูมีความกังวลว่าอนาคตทารกจะก้าวร้าวมากขึ้น กลัวมีปัญหากับเพื่อนต่อไป และผู้เลี้ยงดูใช้การสอบถามความคิดเห็นของผู้ที่มีประสบการณ์ และมีความเชื่อว่าพ่อแม่เป็นตัวอย่างที่ทารกเลียนแบบจึงเห็นด้วยว่า หากพ่อแม่พูดดีกับลูกมากกว่านี้ พฤติกรรมของทารกคงดีขึ้นและพฤติกรรมก้าวร้าวคงลดลง นอกเหนือจากนั้นการศึกษานี้ พบว่า ครอบครัวมีการลงโทษทารกกลุ่มนี้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวโดย ผู้เลี้ยงดูใช้การตี การใช้เสียงดังกับทารก และการให้ปู่ ยาย ตา ยาย เป็นคนบอกสอน อบรม กล่อมเกลามารยาท หรือ ปรับพฤติกรรมของทารก

4) สถานการณ์ความเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้าของทารก พบว่า ทารก จำนวน 5 คนที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้า แต่ผลการคัดกรองพัฒนาการยังสมวัย ลักษณะการเลี้ยงดูทารกของครอบครัวกลุ่มนี้ สรุปได้ดังนี้ 1) วางแผนการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือน 2) ส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือ 3) ให้มารดาทำหน้าที่เลี้ยงบุตรโดยไม่ต้องทำงานนอกบ้าน และ 4) ต้องมีผู้ช่วยเลี้ยงดูทารก 2 คน

ลักษณะการอบรมเลี้ยงดูทารกที่มีอิทธิพลต่อทารกกลุ่มเสี่ยงต่อพัฒนาการที่มีผลการคัดกรองพัฒนาการสงสัยล่าช้า จำนวน 14 คน สรุปได้ดังนี้ 1) ผู้เลี้ยงดูไม่ทราบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้าของบุตรหลานตนเอง 2) การเลี้ยงดูเป็นแบบเดิมไม่แตกต่างจากแบบแผนเด็กปกติ 3) ความเชื่อว่า พัฒนาการของทารกถูกถ่ายทอดมาทางพันธุกรรมไม่อาจแก้ไขได้ 4) ขาดความรู้เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการ และการใช้คู่มือส่งเสริมพัฒนาการ 5) ผู้เลี้ยงดูขาดความตระหนักและไม่ให้เวลาในการส่งเสริมพัฒนาการทารกสม่ำเสมอ

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า การส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้าโดยครอบครัว ผู้เลี้ยงดูทารกส่งเสริมการเจริญเติบโตในลักษณะ ดังนี้ 1) การส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 36.8 และกินน้อยกว่า 6 เดือน ร้อยละ 63.2 เหตุผลในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาได้

สำเร็จ คือ ครอบครัวตกลงกันให้มารดาที่เลี้ยงทารกมีหน้าที่ดูแลทารกอย่างเดียวโดยไม่ต้องทำงานอื่น ครอบครัวมีความตั้งใจช่วยกันจากการรับรู้ประโยชน์ว่านมมารดาทำให้ทารกแข็งแรงจึงเชื่อว่านมมารดาทำให้ลูกเลี้ยงง่าย และช่วยให้ประหยัดค่าใช้จ่ายในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มวัยรุ่นและครอบครัว พบว่ามีความเชื่อทางบวกต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาละมีการเตรียมพร้อมตั้งแต่ฝากครรภ์⁽¹³⁾ 2) การให้อาหารเสริมแก่ทารก มีกลุ่มที่ให้อาหารเสริมเหมาะสมตามวัย ร้อยละ 36.8 และกลุ่มที่ให้อาหารเสริมก่อนวัย ร้อยละ 63.2 ลักษณะอาหารที่เริ่มให้มีลักษณะแบบเดียวกัน เริ่มต้นจากให้กินซีเรียลเล็ก ข้าวต้มใส่ดื่บไก่บดละเอียด ข้าวต้มบดหยาบผสมไข่ ดื่บ ปลา และกินข้าวเหนียวเมื่ออายุ 1 ปีขึ้นไป 3) การประเมินภาวะการเจริญเติบโตของทารก พบว่า มีการประเมินภาวะโภชนาการและแปลผลด้วยตนเอง พบส่วนน้อยในกลุ่มผู้เลี้ยงดูที่ทำหน้าที่ดูแลทารกเพียงอย่างเดียว อีกทั้งยังขาดความต่อเนื่อง

สำหรับสาเหตุของการไม่ได้ติดตามประเมินด้วยตนเอง จากผู้เลี้ยงดูเห็นว่าส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่เป็นผู้ทำให้และแจ้งให้ทราบทันทีเมื่อมารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี ซึ่งผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่รับรู้ภาวะโภชนาการของบุตรหลานจากการนำของเจ้าหน้าที่ ซึ่งโภชนาการทารกอายุ 4-6 เดือน ลักษณะอาหาร ควรเหลวหนึ่บ บดละเอียด กลืนได้ง่าย และไม่ต้องเคี้ยวเลยเช่น ข้าวบดละเอียด กับกล้วยผสมน้ำ ชุป 6-8 เดือน เริ่มอาหารได้หยาบขึ้นบ้างเล็กน้อยและไม่ต้องเคี้ยวมากนัก เช่น โจ๊กควรวีให้เมื่ออายุ 8-10 เดือน อาหารหยาบควรวีให้ได้รับมากขึ้นหลังจากโจ๊ก แต่หากพินเด็กไม่แข็งแรง เคี้ยวได้เล็กน้อยไม่ควรให้ ควรวีให้อาหารอื่นแทน เช่น น้ำข้าวต้ม และเมื่ออายุ 10 เดือน สามารถให้อาหารปกติทั่วไปที่เคี้ยวได้ตามปกติ⁽¹⁴⁾

การส่งเสริมพัฒนาการ ทารกมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 27.3 และพบทารกที่สงสัยพัฒนาการล่าช้ามากถึง ร้อยละ 73.7 ซึ่งเป็นเพศหญิงมากกว่าชาย และยังพบว่า พัฒนาการรายด้านที่ล่าช้า คือ ด้านการเคลื่อนไหวพบมากที่สุด ร้อยละ 45.5 รองลงมาเป็นด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ร้อยละ 36.4 ซึ่งมากกว่าผลการศึกษาพัฒนาการ

ในต่างประเทศพบปัญหาพัฒนาการช้าเพียงร้อยละ 15⁽⁵⁾ และภาพรวมประเทศไทยจากการสำรวจกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2553 พบว่า มีเด็กพัฒนาการปกติเพียงร้อยละ 70⁽⁷⁾ และสอดคล้องกับการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยเขตบริการที่ 4 พบว่า เด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าส่วนใหญ่ด้านภาษามากที่สุดร้อยละ 21.9 แต่มีความแตกต่างในด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ พบว่าเป็นด้านที่สงสัยล่าช้าร้อยละ 15⁽¹⁵⁾ แต่ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า เป็นด้านที่สงสัยล่าช้าสูงสุด และยังพบว่าทารกหญิงมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าชาย

ในการส่งเสริมพัฒนาการทารกกลุ่มเลี้ยงล่าช้าทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเคลื่อนไหว 2) ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา 3) ด้านการเข้าใจภาษา 4) ด้านการใช้ภาษา และ 5) ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม พบว่า ส่วนใหญ่มีการส่งเสริมพัฒนาการด้วยความเข้าใจจากประสบการณ์ของตนเองที่เคยเลี้ยงทารกมาในอดีต รวมทั้งความเชื่อจากผู้ใหญ่ใกล้ชิดบอกต่อกันมา มีเพียงส่วนน้อยซึ่งพบในแม่ที่ยังเป็นวัยรุ่นที่มีหน้าที่อย่างเดียว สามารถส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือส่งเสริมพัฒนาการแต่ขาดความต่อเนื่อง สรุปการส่งเสริมและประเมินพัฒนาการทั้ง 5 ด้านของผู้เลี้ยงดู ตามคู่มือส่งเสริมพัฒนาการของกระทรวงสาธารณสุข สามารถสรุปได้ ดังนี้ 1) มีการประเมินพัฒนาการครอบคลุมและถูกต้อง 2) มีการประเมินพัฒนาการถูกต้องแต่ไม่ครอบคลุม 3) พัฒนาการแต่ไม่ถูกต้องและไม่ครอบคลุม และ 4) ไม่มีการประเมินพัฒนาการ

นอกจากนี้ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูทารกมีความสนใจต่อการส่งเสริมพัฒนาการมากขึ้น คือ การรับรู้ว่าการมีความเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้าจากเจ้าหน้าที่ รวมทั้งการได้รับคำแนะนำต่างๆ มีผลต่อการดูแลทารก โดยเฉพาะกลุ่มมารดาที่ทำหน้าที่เลี้ยงบุตรเอง และกลุ่มมารดาวัยรุ่น พบว่าสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ตลอดจนการดูแลทารกเพื่อให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัยมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการดูแลแม่และเด็กของโรงพยาบาลสกนครที่มีการเพิ่มศักยภาพของเจ้าหน้าที่ที่มีความสามารถในการประเมินความเสี่ยงพร้อมทั้งให้คำแนะนำการจัด

โรงเรียนส่งผลให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจและการดำเนินงานแม่และเด็กประสบผลสำเร็จมากขึ้น⁽¹⁶⁾

ความเชื่อของผู้เลี้ยงดูทารกเกี่ยวกับการเลี้ยงดูทารกจากการสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดู ส่วนหนึ่ง พบว่า ความเชื่อที่อิทธิพลต่อการอบรมเลี้ยงดู ได้แก่ ความเชื่อปัญหาเด็กเลี้ยงยากจากปัญหาพฤติกรรมการกิน โดยเชื่อว่า ที่ลูกไม่ค่อยกินนมเป็นเพราะมารดามี “ทรวง” ต้องแก้ไขด้วยการ “ฆ่าทรวง” หรือ การแก้กรรม โดยผู้เชียวชาญที่เป็นหมอธรรม หรือ ผู้ที่มีความรู้เรื่องแก้กรรม และยังพบอีกว่าหากต้องการให้เด็กเลี้ยงง่ายต้องไปผูกข้อมือกับพ่อปู่หลักบ้าน จะช่วยให้เลี้ยงง่ายไม่เจ็บไม่ป่วยตั้งแต่แรกเกิด และความเชื่อปัญหาเด็กเลี้ยงยากจากปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมก้าวร้าวที่พบ ได้แก่ ชอบทำร้ายร่างกายมารดา คำด้วยถ้อยคำไม่สุภาพเมื่อไม่ได้ในสิ่งที่ตนเองต้องการ ทำให้ผู้เลี้ยงดูมีความกังวลว่าอนาคตทารกจะก้าวร้าวมากขึ้น กลัวมีปัญหาเพื่อนต่อไป และผู้เลี้ยงดูใช้การสอบถามความคิดเห็นของผู้ที่มีประสบการณ์ และมีความเชื่อว่าพ่อแม่มืออาชีพต่อพฤติกรรมของทารก เช่น หากพ่อแม่เป็นคนพูดง่ายกว่านี้ทารกคงมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น ความก้าวร้าวลดลง นอกจากนั้น การศึกษานี้ยังพบอีกว่า พฤติกรรมเป็นการถ่ายทอดทางพันธุกรรม และครอบครัวส่วนมากให้ผู้เลี้ยงดูลงโทษเด็กกลุ่มนี้ได้ โดยให้ผู้เลี้ยงดูใช้การตี การใช้เสียงดังกับทารก และการให้ปู่ ยาย ตา ยาย เป็นคนบอกสอน

สถานการณ์ความเสี่ยงต่อการพัฒนาการล่าช้าของทารก

- 1) ทารกที่คัดกรองพัฒนาการแล้วสงสัยล่าช้า ร้อยละ 30.4
- 2) มีภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 30.4
- 3) ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 13.0
- 4) มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 10.9
- 5) เกิดจากแม่วัยรุ่น ร้อยละ 8.7 และ 6) มีภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด ร้อยละ 6.5 ซึ่งจากปัจจัยดังกล่าวของการศึกษานี้ ยังพบอีกว่าทารกที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการพัฒนาการล่าช้ากลุ่มนี้มีปัจจัยเสี่ยงซ้ำซ้อนมากกว่า 1 อย่าง จำนวนมากถึง ร้อยละ 89.5 และสามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มทารกที่มีพัฒนาการสมวัย จำนวน 5 คน (ร้อยละ 11.6) 2) กลุ่มทารกที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า จำนวน 14 คน

จากการประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM และ DAIM ผู้เลี้ยงดูทราบถึงความเสี่ยงต่อการพัฒนาการทำให้ครอบครัวรู้สึกเป็นกังวลและวางแผนสำหรับการดูแลทารก คนนี้มากกว่าบุตรหลานคนก่อน ซึ่งครอบครัวมีประสบการณ์เลี้ยงดูทารกมาทั้งหมด 4 คน และอีกจำนวน 4 คน มีปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาพัฒนาการ 2 ปัจจัย ลักษณะการเลี้ยงดูทารกของครอบครัวกลุ่มนี้ สรุปได้ดังนี้ 1) วางแผนการเลี้ยงดูทารกด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือน 2) ส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือแต่ทำได้ไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง แม้ว่าครอบครัวได้ส่งเสริมให้มารดาทำหน้าที่เลี้ยงบุตรอย่างเดียวโดยไม่ต้องทำงานนอกบ้าน ดังนั้นในแต่ละครอบครัวจึงต้องมีผู้ช่วยเลี้ยงดูทารกช่วยกัน 2 คน

ลักษณะการอบรมเลี้ยงดูทารกที่มีผลการคัดกรองพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้แก่ 1) ผู้เลี้ยงดูไม่ทราบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการพัฒนาการที่ส่งผลกระทบต่อบุตรหลาน 2) คำแนะนำที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ที่คลินิกสุขภาพเด็กดียังเป็นคำแนะนำการเลี้ยงดูทารกกลุ่มเสี่ยงเป็นแบบเดิมไม่แตกต่างจากแบบแผนเลี้ยงดูเด็กปกติ 3) ครอบครัวมีความเชื่อว่าพัฒนาการของทารกเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมไม่อาจแก้ไขได้ 4) ขาดความรู้เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการและการใช้คู่มือส่งเสริมพัฒนาการ 5) ผู้เลี้ยงดูขาดความตระหนักและไม่ใช้เวลาในการส่งเสริมพัฒนาการทารกสม่ำเสมอ สอดคล้องการติดตามภาวะพัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ที่ผู้ดูแลหลักไม่ใช่บิดามารดามีโอกาสที่พัฒนาการล่าช้ามากกว่าเด็กที่อยู่กับบิดามารดา

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดีควรมีการแยกบริการให้คำแนะนำเสริมเฉพาะสำหรับผู้เลี้ยงดูกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพัฒนาการเฉพาะด้านตามความเสี่ยงอย่างครอบคลุม และควรมีคู่มือคำแนะนำการเลี้ยงดูทารกกลุ่มเสี่ยงทุกด้าน และมีเครือข่ายให้คำปรึกษาเฉพาะเมื่อครอบครัวมีปัญหา เช่น บริการสายด่วน เป็นต้น

2. ควรนำข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพที่ได้จากการศึกษาการอบรมเลี้ยงดูเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อการพัฒนาการล่าช้า ทั้ง 6 ปัจจัยในครั้งนี้ ไปนำเสนอชุมชน เพื่อร่วมกันกำหนดแนว

ทางการพัฒนาครอบครัวให้สามารถดูแลทารกกลุ่มเสี่ยง
พัฒนาการล่าช้าให้ชัดเจนสอดคล้องตามบริบทพื้นที่ต่อไป

3. ควรทำการศึกษาเพิ่มเติม โดยการศึกษาใน
รูปแบบของงานวิจัยเชิงปริมาณร่วมกับวิจัยเชิงคุณภาพ
เพิ่มเติม เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกและมีความ
เที่ยงตรงมากขึ้น และศึกษาเพิ่มเติมกลุ่มอื่น เช่น กลุ่มเสี่ยง
พัฒนาการล่าช้ากลุ่มอายุ 3-5 ปี กลุ่มพัฒนาการปกติ เป็น
ต้น เพราะเด็กแต่ละกลุ่มมีภาวะการเจริญเติบโตและ

พัฒนาการที่แตกต่างกันออกไป เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน
ในการดูแลที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้เลี้ยงดูทารกทุกท่านที่ให้ข้อมูลอัน
เป็นประโยชน์ ให้การต้อนรับที่เป็นอย่างดีทุกครั้ง และให้
การช่วยเหลืออำนวยความสะดวกตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุด
กระบวนการศึกษา ทำให้งานศึกษาค้นคว้าครั้งนี้บรรลุตาม
วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. ประภาพรณ จูเจริญ. ทนสมองของเด็กไทยอย่างไรให้สมองดี. 2555. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2558 จาก [www.http://hp.anamai.moph.go.th/download.mom/ดร.ประภาพรณ.pdf](http://hp.anamai.moph.go.th/download.mom/ดร.ประภาพรณ.pdf)
2. วีระชัย สิทธิปิยะสกุล. วิเคราะห์สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยเขตตรวจราชการที่ 17 : กระทรวงสาธารณสุข. เชียงใหม่: เกวลีการพิมพ์, 2555.
3. กรมสุขภาพจิต. คู่มือแนวทางการอบรมเด็กปฐมวัยจากแม่เลี้ยง. นนทบุรี : ชุมชนสหกรณ์, 2558.
4. การเกษตรแห่งประเทศไทย. จินตนา พัฒนพงศ์ธร, ประภาภรณ์ จังพานิช และอารีรา ทองหม. คู่มือปฏิบัติการคลินิกสุขภาพเด็กดี. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2557.
5. Boyle C, Boulet S, Schieve L, et al. Trends in the Prevalence of Developmental Disabilities in US Children, 1997–2008 : *Pediatrics*; 127(6): 2011, 1034-1042
6. กรมสุขภาพจิต. สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย. 2557. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2558 จาก <http://www.dmh.go.th/downloadportal/Strategy/เด็กปฐมวัย.pdf>
7. พรหมพิมล วิปุลกร. พบพัฒนาการเด็กล่าช้า. 2556. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2558 จาก <http://www2.thaihealth.or.th/Content/2764-พบพัฒนาการเด็กล่าช้า20%.ht>
8. นิรมัย กลุ่มรักษา, พรพิมล ชีระนันท์, สุภพรณ ศรีหิรัญรัตน์, นุศรา อุทพันธ์ และเอกชัย เกิดสวัสดิ์. สถานการณ์ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก: วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 22 (2). 2557: 76-83.
9. วรณดี สุทธิธนากร. การวิจัยเชิงคุณภาพ การวิจัยในกระบวนการตัดสินใจทางเลือก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สยามปริทัศน์, 2559.
10. ศิริพร จิรวัดนกุล. (2555). วิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ส.เอเชียเพรส (1989), 2555.
11. Polit, D.F. & Beck, C.T. *Nursing research: Generating and assign evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott, 2008.
12. สุภาภรณ์ จันทวานิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 21. กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์, 2556.
13. นริลักษณ์ สุวรรณโบล, จินตนา วัชรสินธุ์, วรณิ เดียวอิศเรศ. ปัญหาและความต้องการการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นกรณีศึกษาโรงพยาบาลด่านขุนทด. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 33. 2558: 200-210.
14. ประสงค์ เทียนบุญ. Q&A โภชนาการในทารก เด็กและผู้ใหญ่: วารสารคลินิกอาหารและโภชนาการ. 4(1). 2553; 3-9.
15. ธนอมรัตน์ ประสิทธิ์มดต์. พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย เขตบริการสุขภาพที่ 4: วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 5(2). 2558. 173-187.
16. ณฐนัท ศิริมาศ. การบูรณาการรูปแบบการบริการงานอนามัยแม่และเด็ก โรงพยาบาลสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 17. 2556: 136-150.

กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนลด ละ เลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Self - Help Group to Minimize Smoking Among People with Hypertension.

อ้อด สักคีศิริ¹ สมจิต แคนสีแก้ว²

Odd Saksiri¹ Somjit Daenseekaew²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการ โดยอาศัยความร่วมมือทางเทคนิค จึงถูกนำมาพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน โดยมุ่งศึกษาสถานการณ์การสัมผัสควันบุหรี่และพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนลดการสัมผัสควันบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จาก 10 หมู่บ้าน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านข้าวหลาม อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นเวลา 6 เดือน จากเดือนธันวาคม พ.ศ.2558 ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ.2559 ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 44 คน เป็นผู้เลิกบุหรี่ 31 คน ผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ 13 คน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุข 2 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนดำเนินการพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโครงการทุกคนเป็นผู้สัมผัสควันบุหรี่ที่บ้าน และพบกลุ่มเพื่อนพาผู้ป่วยสูบบุหรี่ 6 กลุ่ม คือ 1) เพื่อนใช้แรงงานอภัยพาสู่งาน 2) เพื่อนดื่มเหล้าตั้งวงส่งยาสูบ 3) เพื่อนสูบบุหรี่ช่วงเช้าแล้วการเมือง 4) เพื่อนสูบบุหรี่คลายเครียดจากปัญหาารุมเร้า 5) เพื่อนดื่มควันบุหรี่ในรั้วบ้านตนเอง 6) เพื่อนดื่มควันบุหรี่นอกบ้านหรือสถานที่สาธารณะ หลังดำเนินการพบว่า จากการที่ผู้ป่วยร่วมเสวนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สะท้อนคิด ได้เรียนรู้ร่วมกับผู้มีประสบการณ์เลิกบุหรี่ จึงเกิดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนลด ละ เลิกบุหรี่ 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มเพื่อนใช้แรงงานพากันเลิกยาสูบ 2) กลุ่มเลี่ยงเหล้ายาสูบ 3) กลุ่มใส่ใจการเมืองพาเพื่อนเลิกบุหรี่ 4) กลุ่มให้กำลังใจเพื่อนคลายเครียด

คำสำคัญ : กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน, ลด ละ เลิกบุหรี่, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This action research aimed to investigate smoke-expose situations and developed a smoking-free through self-help group among people with hypertension from 10 villages in the responsible area of Bankhawlamm Sub-district Health Promoting Hospital, Kamalasai District, Kalasin Province. The research was conducted for 6 months since December 2015 to May 2016. The participants consisted of 44 people with hypertension who were 31 patients that already quit smoking, 13 patients willing to quit smoking, 2 community nurse practitioners, and 2 public-health staffs. The quantitative data were analyzed by using descriptive statistics and the qualitative ones used content analysis.

The research result that previously every people with hypertension had exposed smoke at home and they had 6 groups of smoking stimulation friends as followed: 1) labors with hard work cheer to smoke together, 2) drunker friends give cigarette for smoking, 3) friends smoking while morning talking about politics, 4) friends using cigarette for relieve their stress, 5) friends who exposed smoke at home, and 6) friends who were outdoor and public second hand smokers. After the patients exchanged ideas and reflected experiences with quit smokers, the assistant group was formed to help the following groups; 1) labor friends, 2) alcohol avoided, 3) politics-talking friends, and 4) friends who need relief helping for stop smoking.

Keywords: Self-help group, reduce smoking, high blood pressure patients.

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาลักษ์ขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาลักษ์ขอนแก่น

บทนำ

องค์การอนามัยโลก พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญของการตายของคนทั่วโลก ในปี พ.ศ.2558 พบประมาณ 7.5 ล้านคน (ร้อยละ 12) จากปี พ.ศ. 2546 และปี พ.ศ. 2556 พบว่าอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นจาก 389.8 เป็น 1,621.7 คือมีอัตราเพิ่มขึ้นประมาณ 4.2 เท่า และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.56 พันล้านคน⁽¹⁾ ในประเทศไทย อัตราตายจากภาวะความดันโลหิตสูงระหว่าง ปี พ.ศ. 2554-2556 เท่ากับ 3,664 3,684 และ 3,761 ตามลำดับ⁽²⁾ โรคความดันโลหิตสูงพบบ่อยเมื่ออายุมากขึ้นหรือมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม และเป็นสาเหตุสำคัญของ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต และอัมพฤกษ์/ อัมพาต ซึ่งสามารถป้องกันได้ถ้ารู้จักการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง⁽³⁾

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่หรือสัมผัสควันบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ทำให้ ไขมันในเลือดชนิดไม่ดี (LDL) เพิ่มขึ้น ไขมันในเลือดชนิดดี (HDL) ลดลง ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนเร็วกว่าปกติ 2-3 เท่า ได้แก่ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ หัวใจวาย หัวใจโต หัวใจล้มเหลว โรคเส้นเลือดสมองตีบหรือแตก ซึ่งทำให้เกิดอัมพฤกษ์หรืออัมพาตและโรคไตวาย เป็นต้น⁽⁴⁾ สารพิษในควันบุหรี่ทำให้การรักษาโรคความดันโลหิตสูงมีประสิทธิภาพน้อยลง เนื่องจากการที่มีสารนิโคตินและสารพิษบางอย่างในควันบุหรี่จะส่งผลให้หลอดเลือดแดงแข็งและเกิดการอักเสบของหลอดเลือดแดง รวมถึงไขมันอุดตันหลอดเลือดทำให้ความดันโลหิตควบคุม ให้อยู่ในเกณฑ์พึงประสงค์ได้ยากขึ้น⁽⁵⁾

สำหรับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังนั้นทุกคนต้องไม่สูบบุหรี่คือเป้าหมายหลักของกระทรวงสาธารณสุข และรพ.สต.บ้านข้าวหลามมีการให้คำปรึกษาด้านการเลิกบุหรี่ในคลินิกให้คำปรึกษาทั่วไป ชุมชนตำบลกลมาไสยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ จำนวน 55 คน พร้อมให้คำแนะนำผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดของกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self-help group) มาประยุกต์ใช้ ในการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนของผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่ซึ่งเป็นกลุ่มแบบไม่เป็นทางการขึ้น โดยการรวมตัวกันของผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่และผู้เลิกบุหรี่สำเร็จ สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม มา

แลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่วนบุคคล เพื่อช่วยเหลือกันในการแก้ปัญหาการสูบบุหรี่ มีการคัดเลือกผู้นำกลุ่มจากสมาชิกกลุ่มที่มีความสามารถในการปรับตัวต่อปัญหาการสูบบุหรี่ของตนได้ดีแล้ว พร้อมทั้งจะช่วยเหลือสมาชิกในการจัดการปัญหาการเลิกสูบบุหรี่การให้กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเพื่อนเพื่อเลิกบุหรี่ โดยได้ผู้มีประสบการณ์ตรงในการเลิกบุหรี่สำเร็จ ช่วยแนะนำเล่าประสบการณ์ วิธีการเลิกบุหรี่อย่างได้ผลและวิธีแก้ไขความล้มเหลวในการเลิกบุหรี่อย่างเด็ดขาด มีพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ช่วยอำนวยความสะดวกในการเสวนากลุ่มและดำเนินกิจกรรม เพื่อความต่อเนื่องเชื่อมโยงในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การทำกลุ่มบนความเคารพและเสมอภาคในการเรียนรู้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การสัมผัสควันบุหรี่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาการสัมผัสควันบุหรี่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 44 คน โดยใช้แนวคิดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการแก้ปัญหาการสัมผัสควันบุหรี่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 44 คน โดยใช้แนวคิดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน⁽⁶⁾ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่ มี 3 ระยะ 2 รอบคือ ระยะประเมินสถานการณ์ วางแผนแก้ไขปัญห และระยะประเมินผล ระยะเวลาของการศึกษา ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 รวม 6 เดือน เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) เป็นผู้ที่ถูกวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเป็นผู้สูบบุหรี่หรือเลิกบุหรี่แล้ว สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความสมัครใจ อ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ รพ.สต.บ้านข้าวหลามไม่ต่ำกว่า 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แนวทางการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิง 2) แนวทางการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม 3) แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วม 4) แนวทางการจัดประชุม

2. เครื่องมือในการเก็บบันทึกข้อมูล คือ เทปบันทึกเสียง กล้องถ่ายภาพ สมุดบันทึก

วิธีดำเนินการศึกษา

แบ่งออกเป็น 3 ระยะ มีขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะประเมินสถานการณ์ 1) ประชุมร่วมกันระหว่างผู้วิจัย พยาบาลวิชาชีพที่ รพ.สต.และตัวแทนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา และร่วมกันกำหนดแนวทางการวิจัย 2) ศึกษาสถานการณ์การสัมผัสวันบุรีของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและค้นหาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่เคยพยายามเลิกบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่ได้ และศึกษาองค์ความรู้ท้องถิ่นของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หาปัจจัยที่ครอบครัวยังมีผู้สูบบุหรี่ ศึกษาประสบการณ์การเลิกสูบที่ล้มเหลว ความต้องการเลิกสูบบุหรี่ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม เพื่อนำความต้องการไปใช้ในการวางแผนช่วยเหลือเพื่อนที่ยังอาศัยในครอบครัวที่สูบบุหรี่ 3) ค้นหาความต้องการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

2. ระยะการวางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหาคือ เป็น การสร้างความตระหนักของสมาชิกกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ลดละเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และพัฒนาทักษะแก่สมาชิก ในการลดการสัมผัสวันบุรี โดยมีการจัดประชุมระดมสมอง เพื่อประเมินสถานการณ์ การสัมผัสวันบุรีที่บ้านรวมถึงสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับพิษภัยของการสูบบุหรี่ ต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขสถานการณ์การสัมผัสวันบุรีในบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รวมถึงการลดการสัมผัสวันบุรีในบ้าน การจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนลดละเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้จากการสะท้อนคิดของสมาชิกกลุ่มและผู้ร่วมศึกษาจากการดำเนินการกลุ่มผ่านมา เพื่อปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม

จัดตั้งกลุ่มเสวนา“เพื่อนช่วยเพื่อนลดละเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง” จาก 10 หมู่บ้านได้ 6 กลุ่ม 44 คน สมาชิกเสนอถูกดิดาได้ 4 ข้อได้แก่ 1) สมาชิกทุกคนต้องมาตามนัดทุกครั้ง 2)สมาชิกทุกคนควรพูดทีละคน รับฟัง

ความคิดเห็นของเพื่อนอย่างตั้งใจ 3) สมาชิกทุกคนทุกคนมีความเท่าเทียมกัน จะไม่ตำหนิ ไม่วิจารณ์ ไม่ตัดสินคำพูดของเพื่อน ว่าไม่ดี หรือขัดจังหวะไม่ให้คนอื่นพูด 4) สมาชิกทุกคนต้องร่วมมือกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ดูแล ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ด้วยความจริงใจ มุ่งมั่นที่จะช่วยกัน แก้ปัญหาจากการเลิกบุหรี่ของสมาชิกทุกคน

การเลือกผู้นำกลุ่ม แต่ละกลุ่มจึงมีการเลือกประธานกลุ่ม โดยส่วนมากประธานจะเป็นผู้ที่เลิกบุหรี่สำเร็จ มี 1 กลุ่มที่ประธานคือผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ คือ หมู่ที่ 7 บ้านเสมาแต่ประธานท่านนี้ได้สัญญาต่อกับกลุ่มว่าจะทิ้งอุปกรณ์ในการสูบบุหรี่และตัดสินใจเลิกบุหรี่ในวันแรกในการประชุมของกลุ่มนั้น ทำให้สมาชิกมีกำลังใจในการเลิกบุหรี่มากขึ้น

3.ระยะประเมินผล ประเมินผลหลักการดำเนินงานโครงการ โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน สํารวจจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่สูบบุหรี่ และผู้ป่วยที่สัมผัสวันบุรี นำข้อมูลมาเปรียบเทียบกับก่อนการดำเนินโครงการ มีการประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด ประเมินผลและปรับแนวทางการพัฒนา โดยการจัดเวทีประชุม โดยในการประชุมผู้วิจัยจะส่งเสริมให้ผู้ร่วมวิจัยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสรุปผลลัพธ์ของการดำเนินการวิจัยในการสร้างความเข้มแข็งของหุ้นส่วนชุมชนเพื่อลดการสัมผัสวันบุรีที่บ้านของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จัด 2 ครั้ง ครั้งแรกหลังจากขั้นตอนประเมินรอบแรก คือ มีการคืนข้อมูลสถานการณ์การสูบบุหรี่และการสัมผัสวันบุรีของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการเสวนากลุ่มย่อยวางแผนแก้ปัญหาใหม่ และสะท้อนคิดในกลุ่มนัดพบสัปดาห์ที่ 4 เสร็จ (1 วนรอบ) ครั้งที่ 2 คือหลังเสร็จสิ้นโครงการ โดยมีการเชิญผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) เจ้าอาวาสและไวยากรณ์วัด รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ในระดับ รพ.สต. อสม. ครอบครัว และข้อเสนอแนะในการศึกษาต่อไป

ผลการศึกษา

ก่อนดำเนินการพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโครงการทุกคนเป็นผู้สัมผัสวันบุรีที่บ้าน และพบกลุ่มเพื่อนพาผู้ป่วยสูบบุหรี่ 6 กลุ่ม คือ 1) เพื่อนใช้แรงงานอภัยพาสู้งาน 2) เพื่อนดื่มเหล้าตั้งวงสง่าสุข 3)

เพื่อนสูบบุหรี่ช่วงเช้าเล่าการเมือง 4) เพื่อนสูบบุหรี่คลายเครียดจากปัญหาารมรื้อ 5) เพื่อนดมควันบุหรี่ในรื้อบ้านตนเอง 6) เพื่อนดมควันบุหรี่นอกบ้านหรือสถานที่สาธารณะ หลังดำเนินการ พบว่า จากการที่ผู้ป่วยร่วมเสวนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สะท้อนคิด ได้เรียนรู้ร่วมกับผู้มีประสบการณ์ เลิกบุหรี่ จึงเกิดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนลด ละ เลิกบุหรี่ 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มเพื่อนใช้แรงงานพากันเลิกยาสูบ 2) กลุ่มเลี้ยงเหล้าเขาสูบยา 3) กลุ่มเฝ้าระวังการเมืองพาเพื่อนเลิกบุหรี่ 4) กลุ่มให้กำลังใจเพื่อนคลายเครียด

บทเรียนจากการปฏิบัติงานร่วมกันได้แนวทางเลิกบุหรี่ คือ หลัก 6 ก ดังนี้ 1) กำหนดเป้าหมาย 2) กำหนดอุปสรรค 3) กำลังใจ 4) การยืดเวลา 5) กินไม่ให้ปากว่าง 6) การออกกำลังกาย นอกจากนั้นพบว่า เกิดเครือข่ายการเลิกบุหรี่ของชุมชน ได้แก่ 1. บุคคลต้นแบบเลิกบุหรี่อาสาช่วยเพื่อน ใน 4 บทบาท คือ 1) สร้างแรงจูงใจให้ผู้สูบบุหรี่ในชุมชนสมัครใจเข้ากลุ่มเลิกบุหรี่ 2) บอกโทษภัยของบุหรี่ 3) ชี้ประเด้นผลดีต่อสุขภาพ 4) กระตุ้นให้ตระหนักเรื่องลดค่าใช้จ่ายจากการเลิกสูบบุหรี่ 2. ผู้นำชุมชนช่วยเสริมความเข้มแข็งให้กิจกรรมกลุ่มยั่งยืนขึ้น โดยมี 3 บทบาท ดังนี้ 1) ประชาสัมพันธ์รับสมาชิกเพิ่ม 2) เสริมกำลังใจยกย่องเชิดชูคนดี 3) ขยายเครือข่ายในชุมชน

ในชุมชนมีการทำพันธสัญญาครอบครัวปลอดบุหรี่ โดยคณะกรรมการหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ทุกหมู่บ้านมีการประชุมแจ้งนโยบายในที่ประชุมประจำเดือนของหมู่บ้านเพื่อกำหนดกติกาชุมชน สร้างสถานที่ปลอดบุหรี่ และเชิญชวนให้สมาชิกชุมชนร่วมกิจกรรมหนุนเสริมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ดังนี้ 1) ประกาศเกียรติคุณบ้านปลอดบุหรี่ 2) กำหนดที่ประชุมปลอดบุหรี่ ในชุมชน 3) สถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ ในทุกหมู่บ้าน หลังดำเนินโครงการ พบผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้ 2 เดือน จำนวน 12 คน และมีสุขภาพดีขึ้น เกิดบ้านปลอดบุหรี่ 29 หลัง ผู้สัมผัสบุหรี่มือสองมีทักษะในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่ในบ้านตนเองและนอกบ้าน เกิดการขยายเครือข่ายให้การช่วยเหลือการเลิกบุหรี่ในชุมชนครบทุกหมู่บ้าน

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์การสัมผัสควันบุหรี่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการประชุมระดมสมอง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าลักษณะกลุ่มเพื่อนที่ร่วมสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมี 6 ลักษณะ คือ 1) กลุ่มคนใช้แรงงานอดยากกันสู้งาน 2) กลุ่มคนดื่มเหล้าตั้งวงแล้วต้องสูบบุหรี่ 3) กลุ่มคนสูบบุหรี่ตอนเช้า เล่าเรื่องการเมือง 4) กลุ่มคนสูบบุหรี่คลายเครียดจากปัญหาารมรื้อ 5) กลุ่มดมควันบุหรี่ในรื้อบ้านตนเอง 6) กลุ่มดมควันบุหรี่นอกบ้านหรือสถานที่สาธารณะ มีลักษณะสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมจิต แคนสีแก้ว มีการสัมผัส 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเบาหวานสัมผัสควันบุหรี่จากสมาชิกครอบครัวและญาติสูบบุหรี่ในบ้านกับกลุ่มดมควันบุหรี่ในรื้อบ้านตนเอง 2) ผู้ป่วยเบาหวานสัมผัสควันบุหรี่ในบ้านจากการขายบุหรี่กับกลุ่มคนสูบบุหรี่ตอนเช้า เล่าเรื่องการเมือง 3) การสัมผัสควันบุหรี่จากเพื่อนบ้านและคนเดินสูบบุหรี่ผ่านบ้านหรือหยุดสูบบุหรี่ที่ถนนกับกลุ่มดมควันบุหรี่นอกบ้านหรือสถานที่สาธารณะ⁽⁷⁾

2. พัฒนาการของเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนลด ละ เลิก บุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากการนำแนวทางกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กล้าแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จริงใจ มีความหวัง ในการอยู่ร่วมกัน แบบประชาธิปไตย ส่งผลให้มีความตระหนัก ที่จะเลิกบุหรี่ ทำให้ทุกคน มีความรู้ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ สอดคล้องกับ ครรชิต หนากลาง กระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้เกิดการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้เกิดความตระหนัก และนำไปสู่การแก้ปัญหาของสมาชิก⁽⁸⁾

วิธีการเลิกบุหรี่ของกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ลด ละ เลิก บุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ทดลองปฏิบัติและสรุปได้เป็นหลัก 6 ก ดังนี้ 1) กำหนดเป้าหมาย 2) กำหนดอุปสรรค 3) กำลังใจ 4) การยืดเวลา 5) กินไม่ให้ปากว่าง 6) การออกกำลังกาย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ฉันทนา แร่งสิงห์ คือ Delay กับการยืดเวลา Do some thing else กับการออกกำลังกาย Destination/ Discuss with family and friend กับกำลังใจคือกำลังใจจากคนรอบข้าง คนใกล้ชิด คู่ครอง ลูกหลาน ญาติสนิท เพื่อนรัก หรือเพื่อร่วมงานที่ไว้ใจ⁽⁹⁾

จากการศึกษาเกิดกลุ่มเพื่อนในการช่วยเหลือเพื่อนให้เลิกบุหรี่คือ 1) กลุ่มผู้ใช้แรงงานพากันเลิกยาสูบ 2) กลุ่มเลี้ยงเห็ดสาธิต 3) กลุ่มโสร่งการเมืองพาเพื่อนเลิกบุหรี่ 4) กลุ่มให้กำลังใจเพื่อนคลายเครียด

3. ผลการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนลด ละ เลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การผลการศึกษาอสม.มีบทบาทช่วยหนุนเสริมให้กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนลด ละ เลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสำเร็จง่ายขึ้น โดยวิธี 1) ผู้สร้างแรงจูงใจ ให้ผู้สูบบุหรี่ในชุมชนสมัครใจเข้ากลุ่มเลิกบุหรี่ 2) บอกโทษภัยของบุหรี่ 3) ชี้ประเด็นผลดีต่อสุขภาพ 4) บอกให้ทราบเรื่องลดค่าใช้จ่ายเมื่อเลิกสูบบุหรี่ และผู้นำชุมชนช่วยเสริมความเข้มแข็งให้กิจกรรมกลุ่มยั่งยืนขึ้น โดยมีบทบาท ดังนี้ 1) ประชาสัมพันธ์รับสมาชิกเพิ่ม 2) เสริมกำลังใจยกย่องเชิดชูคนดี 3) ขยายเครือข่ายในชุมชนโดยการแต่งตั้งตัวแทนคือประธานกลุ่มเป็นผู้ประเมินพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ของสมาชิก สอดคล้องกับงานศึกษาของ นิธยา นาโสก ในกิจกรรมที่มีการแต่งตั้งตัวแทนชุมชนในการตรวจตราประเมินพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของกลุ่มเป้าหมาย มีการแจ้งเตือนเมื่อกลุ่มเป้าหมายกลับไปสูบบุหรี่⁽¹⁰⁾

เหตุผลที่ทำให้เลิกบุหรี่ได้ ผู้ศึกษาได้ไปเยี่ยมบ้านและพูดคุยกับกลุ่มเป้าหมาย สอบถามถึงความพึงพอใจ ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่ม พบว่ากระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเป็นกลวิธีที่เอื้อให้เกิดการได้พูดคุยถึงปัญหา ได้แลกเปลี่ยน ได้รับฟังปัญหาของคนอื่น ทำให้มีกำลังใจ ที่จะต่อสู้อาชนะใจตนเอง รักสุขภาพของตนเอง เป็นการสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาตระหนักถึง ศักยภาพของตนเองในการที่จะจัดการกับปัญหา และนำไปสู่การคิดหาวิธีการจัดการกับปัญหาของตนโดยการสร้างแรงจูงใจ ลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง สอดคล้องกับงานศึกษาของ เรณู ศรีนาม ในด้านภูมิปัญญาชุมชนที่นำมาใช้ในการควบคุมการสูบบุหรี่คือวิธีการสร้างแรงจูงใจให้คนสูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ ซึ่งแรงจูงใจที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูบเองและคนที่รัก⁽¹²⁾ และ สอดคล้องกับงานศึกษาของ สมจิต แคนสีแก้วในด้านการปรับมุมมองของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานให้รักชีวิตและป้องกันตนเองและคนที่รักจากพิษภัยของควันทาบุหรี่⁽⁷⁾

ผลของการศึกษานี้พบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ ร้อยละ 92.4 เนื่องจาก กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกลุ่ม 1 คนยังไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ แต่ลดจำนวนลงเหลือ วันละ 1-2 มวน ต้องมีการติดตามต่อถึงผลระยะยาวในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายนี้ สอดคล้องกับแนวคิดของการจัดกิจกรรมที่ใช้แนวคิดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน(SHG) บางคนไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ⁽⁸⁾ และบางรายมีระดับการตัดสินใจสูง ต้องรักษาโดยแพทย์⁽¹¹⁾

4. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลิกบุหรี่ การสร้างสิ่งแวดล้อม สถานที่ปลอดบุหรี่ โดยการที่คณะกรรมการหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ทุกหมู่บ้าน มีการประชุมแจ้งนโยบายในที่ประชุม เพื่อให้คนในชุมชนมีสิ่งแวดล้อมและสถานที่ปลอดบุหรี่ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี สอดคล้องกับ ของเรณู ศรีนาม (2556)⁽¹²⁾ ที่มีการประสานความร่วมมือกับองค์กรต่างๆที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเลิกสูบบุหรี่ ทำให้มีการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม ทั้งทางด้านชีวภาพ กายภาพ และด้านสังคม

5. ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สมัครใจเลิกบุหรี่ หลังเลิกบุหรี่ รู้สึกสดชื่นขึ้น หายเต็มปอดรับประทานอาหารอร่อยขึ้น จากการสังเกต พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังเลิกบุหรี่ มีสีหน้าสดใส เิบอ้ม ภูมิสุขภาพดีขึ้น

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. ข้อจำกัดของการนำผลการศึกษานี้ไปอธิบายในสภาพการณ์อื่นก็คือ สัมพันธภาพ ของผู้ศึกษากับกลุ่มเป้าหมาย และชุมชนที่ศึกษา เนื่องจากผู้ศึกษาทำงานอยู่กับพื้นที่มานาน ได้รับความไว้วางใจและความเกรงใจ และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเป็นลักษณะปัจเจกมากซึ่งบุคคลแต่ละคนย่อมมีความแตกต่างกัน จึงเป็นการยากที่จะนำผลการศึกษานี้ไปอธิบายในสภาพการณ์อื่น

2. ผู้วิจัยต้องมีความอดทนสูงต้องตระหนักว่ากระบวนการของกลุ่มจะสำเร็จ หรือไม่ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของกลุ่มเป้าหมาย

3. เนื่องจากแนวคิดของการศึกษาครั้งนี้คือ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน(SHG) ผู้วิจัยไม่สามารถ แนะนำหรือชี้แนะ วิธีการความรู้ หรือแนวทางปฏิบัติเพื่อเลิกบุหรี่ที่เหมาะสมได้นอกจากสมาชิกกลุ่มจะแสวงหาความรู้จากภายนอกกลุ่มหรือเรียกร้องขอความช่วยเหลือให้ช่วยแนะนำถึงจะสามารถทำได้

4. การศึกษาครั้งนี้ ใช้เวลา 6 เดือน การวัดผลการเลิกบุหรี่ควรมีการติดตาม ต่อเนื่องถึง 1 ปีหรือนานกว่านี้

ข้อเสนอแนะ

1. กระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน มีประโยชน์สำหรับการให้การพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่ม ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพราะ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนัก จัดการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองซึ่งจะนำไปสู่ ความ

มั่นใจของตนเอง ควรนำกระบวนการนี้ไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ หรือกลุ่มที่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ได้กว้างขึ้นและมากขึ้น

2. สถานพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรนำกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered approach) ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และดำเนินการแก้ไขปัญหามาของตนเอง

3. การตรวจสอบสุขภาพหลังเลิกบุหรี่ยังเห็นผลไม่ชัดเจน ควรมีการศึกษาโดยใช้เวลานานขึ้นเพื่อดูผลความเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตของผู้เลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. WHO Regional Office for South East Asia. **Hypertension fact sheet**. 2015. Retrieved from http://www.searo.who.int/linkfiles/non_communicable_diseases_hypertension-fs.pdf.
2. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. **แนวโนมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประเทศไทย ปี 2546-2556**. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2556.
3. ไวยรรณ ธนสมัย, สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, สิทธิชัย อาชาอินดี, สุริพร คนละเอียด และคณะ. **คู่มือการให้ความรู้ เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง** (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555
4. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. **ความดันโลหิตสูงต้องเลิกบุหรี่**. 2557. ค้นเมื่อ 11 มีนาคม 2558, จาก www.ashthailand.or.th/th/data_center_page.php?id=516
5. Istvan Arany , Samira Grifoni , Jeb S. Clark , Eva Csongradi , Christine Maric , Luis A. Juncos.(2011).Chronic nicotine exposure exacerbates acute renal ischemic injury. **American Journal of Physiology - Renal Physiology**, 301(1), 2011: 125-133. Accessed on April 28, 2015 <http://ajprenal.physiology.org/content/301/1/F125.full.pdf+html>
6. Marram, G.D. **The group approach in nursing practice**. (2nded.) St. Louis: Mosby, 1978.
7. สมจิต แคนสีแก้ว. **การเสริมพลังอำนาจของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่ในบ้าน**. รายงานการศึกษาระยะปริญญพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2557.
8. ครรชิต หนากกลาง. **การศึกษาการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการสูบบุหรี่**. รายงานการศึกษาระยะปริญญพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2556.
9. จันทนา แรงสิงห์. **การดูแลวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ : บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล**. **วารสารพยาบาลทหารบก**, 2560: 17-24.
10. นิตยา นาโสภ. **การเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวในการป้องกันการสูบบุหรี่**. รายงานการศึกษาระยะปริญญพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.
11. กรองจิต วาทีสาธกกิจ. **พยาบาลกับบุหรี่**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พิมพ์ดี, 2549.
12. เรณู ศรีนาม. **โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมการสูบบุหรี่ ตำบลสามพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี**. รายงานการศึกษาระยะปริญญพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัขอนแก่น, 2556.

การปลูกถ่ายฟันให้ตนเอง : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

Autogenous wisdom tooth transplantation: A case report with 1 year follow-up

เบญจวรรณ โรจน์จรัสไพศาล¹

Benjawan Rojjaratpaisarn

บทคัดย่อ

การปลูกถ่ายฟัน คือการผ่าตัดย้ายฟันจากที่หนึ่งไปปลูกอีกที่หนึ่งในคนเดียวกันซึ่งส่วนใหญ่มักเลือกใช้ฟันกรามซี่ที่ 3 มาปลูกทดแทน ถือเป็นอีกทางเลือกในการรักษากรณีผู้ป่วยที่อายุยังน้อยมีการสูญเสียฟันแท้หรือต้องได้รับการถอนฟัน ซึ่งเป็นการรักษาที่ประหยัดทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายเมื่อเทียบกับการใส่ฟันปลอมแบบติดแน่นหรือรากฟันเทียม รายงานผู้ป่วยนี้ อธิบายถึงภาพรวมของการปลูกถ่ายฟันและผลการรักษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 17 ปี ได้รับการปลูกถ่ายฟันให้ตนเองโดยการใช้ฟันคุดล่างขวามาทดแทนฟันกรามล่างขวาซี่ที่ 1 ซึ่งสูญเสียแต่ราก หลังติดตามเป็นเวลา 1 ปี พบว่าผู้ป่วยสามารถใช้ฟันที่นำมาปลูกทดแทนเคี้ยวอาหารได้ตามปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีความมั่นใจในการใช้งานตลอดจนมีความสุขงามน่าพึงพอใจ
คำสำคัญ: การปลูกถ่ายฟัน

Abstract

The autogenous transplantation or dental autotransplantation is defined as the replacement of an absent or impaired tooth by another transplanted one, usually the third molar. Tooth transplantation can be considered a valid and predictable treatment option for rehabilitating young patients with permanent teeth loss. It is also a successful treatment option to save significant amount of time and cost comparing implants or conventional prosthetics. This paper describes overview of the autogenous transplantation and presents a cases of successful autogenous tooth transplantation of a mandibular right third molar to replace the residual roots of the first molar in the same quadrant with 1 year follow-up, preserving function and aesthetics. Tooth auto-transplantation can be considered a reasonable option for replacing missing teeth when a donor tooth is available.

Keyword : Autotransplantation, tooth transplantation

¹ ทันตแพทย์ประจำกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

บทนำ

การปลูกถ่ายฟัน (Tooth autotransplantation) หมายถึง การผ่าตัดย้ายฟันจากที่หนึ่งไปปลูกอีกที่หนึ่งในคนเดียวกัน รวมถึงการเคลื่อนย้ายฟันฝังคุดหรือฟันที่ยังไม่ขึ้นไปใส่ในบริเวณที่ฟันถูกถอน หรือในเบ้าฟันที่ทำให้สัลยกรรมตกแต่งเพื่อรองรับการปลูกฟัน นอกจากนี้ยังรวมถึงการปลูกฟันโดยขยับฟันในเบ้ารากฟันให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม และการปลูกฟันกลับเข้าไปในเบ้ารากฟันเดิมด้วย ชนิดของการปลูกถ่ายฟัน (classification of autotransplantation) แบ่งได้เป็น 3 ชนิด คือ 1) การปลูกถ่ายฟันโดยย้ายตำแหน่ง (conventional transplantation) คือ การปลูกฟันโดยผ่าตัดย้ายฟันจากตำแหน่งหนึ่งไปปลูกอีกบริเวณหนึ่งในช่องปาก 2) การปลูกถ่ายฟันโดยขยับฟันในเบ้ารากฟัน (intra-alveolar transplantation) คือ การปรับแต่งฟันในเบ้ารากฟันที่อยู่ในตำแหน่งไม่เหมาะสมให้ขึ้นมาอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมใช้งานได้ โดยแบ่งเป็น 2 ชนิดคือ การผ่าตัดปรับตำแหน่งฟันให้ตรง (surgical uprighting) และการผ่าตัดปรับตำแหน่งฟันให้ยื่นยาวออกมาจนกระดูกสันเหงือกเพื่อการใส่ฟัน (surgical extrusion) และ 3) การปลูกถ่ายฟันกลับเข้าไปในเบ้ารากฟันเดิม (intentional replantation) คือ การถอนฟันที่รักษารากฟันแล้วแต่ไม่สามารถจัดการกับรอยโรคปลายรากด้วยวิธีผ่าตัดปลายรากฟันธรรมดาได้ แล้วนำกลับเข้าไปปลูกในเบ้ารากฟันเดิมหลังจากตัดปลายรากฟันออกและอุดปลายรากฟัน (retrograde filling) รวมทั้งกำจัดรอยโรคในเบ้ารากฟันออกแล้ว⁽¹⁾

ข้อบ่งชี้ในการปลูกถ่ายฟันให้ตนเอง คือ 1) ฟันกรามซี่ที่หนึ่งหรือซี่ที่สองที่ถูกถอน เนื่องจากสูญเสียเนื้อฟันมากเช่นจากฟันผุ โดยมักใช้ฟันกรามซี่ที่สามมาปลูกทดแทนฟันที่สูญเสียไป 2) มีการสูญเสียฟันจากอุบัติเหตุ เช่น ฟันหน้าบน 3) ฟันที่มีการล้มเหลวของการพัฒนา (agenesis tooth) โดยไม่ทราบสาเหตุ พบว่าร้อยละ 90 ของการล้มเหลวของการพัฒนาฟันมักมีการขาดหายไปของฟัน 1-2 ซี่ และมีเพียงร้อยละ 3 เท่านั้นที่มีฟันขาดหายไปมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ซี่ใน quadrant เดียวกัน และ 4) ฟันขึ้นผิดตำแหน่ง (ectopically position) เช่น ฟันเขี้ยวบน ซึ่งสามารถพบได้ประมาณร้อยละ 2 ของประชากร

ทั้งหมด ซึ่งการปลูกถ่ายฟันจะแก้ปัญหาฟันขึ้นผิดตำแหน่งได้ง่ายและรวดเร็วกว่าการจัดฟัน⁽¹⁾

ข้อพิจารณาและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการปลูกถ่ายฟันให้ตนเอง 1) การพิจารณาเลือกผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม มีผลต่อความสำเร็จของการปลูกถ่ายฟันให้ตนเอง สิ่งสำคัญคือผู้ป่วยต้องมีฟันปลูกถ่าย และตำแหน่งรับฟันปลูกถ่ายที่เหมาะสม ปัจจัยอายุของผู้ป่วยพบว่า อัตราความสำเร็จในการปลูกฟันในกลุ่มผู้ป่วยอายุมากกว่า 20 ปี น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 20 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ สุขภาพอนามัยช่องปากที่ดี การให้ความร่วมมือ และสามารถติดตามผลการรักษา 2) ฟันที่จะนำไปปลูกควรเป็นฟันแท้ที่ยังมีการเจริญของรากฟันอยู่ ปลายรากฟันยังไม่ปิด ซึ่งจะสามารถประสานหลอดเลือด และมีเลือดมาเลี้ยงใหม่ของเนื้อเยื่อ (revascularization) ได้ดีกว่าฟันที่รากปิดแล้ว ระยะการเจริญของรากฟันที่เหมาะสมควรมีความยาวของรากประมาณ 80-90% ของความยาวรากเต็มที่ หรือมีการเจริญของรากยาวประมาณ 2/3 หรือ 3/4 ของความยาวรากปกติ โดยยังมีปลายรากเปิดอยู่และมีปุ่มกำเนิดรากฟัน (dental pad) หุ้มปลายรากอยู่ ฟันที่มีหลายรากและรากแยกจากกันเล็กน้อย จะให้ผลดีกว่าฟันที่มีรากเดียวหรือที่รากรวบเข้าหากัน เพราะฟันที่มีรากแยกจากกันจะมีพื้นที่ผิวของรากฟันเพิ่มขึ้นทำให้เพิ่มพื้นที่ผิวในการยึดเกาะกับลิ่มเลือดและเนื้อเยื่อ ฟันที่จะนำไปปลูกต้องไม่อยู่ลึกมาก สามารถผ่าตัดออกได้สะดวกโดยไม่เกิดความชอกช้ำต่อตัวฟันและรากฟัน 3) ตำแหน่งรับฟันปลูกถ่ายควรไม่มีการติดเชื้อทั้งชนิดเฉียบพลันหรืออักเสบเรื้อรัง มีปริมาณกระดูกรองรับที่เพียงพอในทุกมิติ ร่วมกับการมีเนื้อเยื่อเหงือกยึดที่มีเคอราทิน ตำแหน่งรับฟันปลูกถ่ายควรมีขนาดใหญ่กว่าฟันปลูกถ่ายเล็กน้อย ในกรณีที่ฟันถูกถอนออกไปก่อนการปลูกถ่ายฟัน ควรทำการปลูกฟันหลังจากถอนฟันไปแล้วไม่เกิน 2-3 สัปดาห์ ก่อนที่จะมีการปรับรูป (remodeling) ของกระดูกเบ้ารากฟัน 4) ระยะเวลาที่ฟันปลูกอยู่นอกกระดูกเบ้าฟันในขณะที่เตรียมหลุมเบ้าฟันเพื่อรองรับการปลูกฟัน ไม่ควรทิ้งฟันที่จะปลูกอยู่นอกช่องปาก เพราะจะทำให้เยื่อปริทันต์แห้ง เกิดอันตรายได้ ควรนำฟันหรือหน่อฟันนั้นกลับเข้าไปเก็บไว้ในเบ้าฟันเดิมทุกครั้ง เพื่อให้ราก

ฟันชุ่มด้วยเลือดของผู้ป่วยเองตลอดเวลา ระยะเวลาที่ฟันอยู่นอกเบ้าฟันควรจำกัดให้สั้นที่สุดเพื่อให้ภาวะขาดเลือดมาเลี้ยงเกิดน้อยที่สุด ซึ่งจะช่วยให้การปลูกฟันประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้น⁵⁾ การวางแผนและการผ่าตัด ทันตแพทย์ต้องวางแผนการผ่าตัดและทำงานด้วยความประณีต ระมัดระวังทุกขั้นตอน เพื่อให้เกิดความสำเร็จอย่างดี⁽¹⁾

ขั้นตอนการผ่าตัดปลูกฟัน (Surgical procedure)
เตรียมเครื่องมือที่จะต้องใช้ให้พร้อมชนิดขาทั้งตำแหน่งให้สิ่งปลูกถ่าย (donor site) และตำแหน่งรับสิ่งปลูกถ่าย (recipient site) ถอนฟันบริเวณตำแหน่งรับสิ่งปลูกถ่ายโดยระมัดระวังการทำอันตรายต่อบริเวณอวัยวะปริทันต์บริเวณรากฟันให้น้อยที่สุด ถ้ามีพยาธิสภาพรอบปลายรากฟันให้กำจัดออก ถอนฟันที่จะนำมาปลูก หลีกเลี่ยงการทำอันตรายต่อตัวฟันและรากฟัน โดยเฉพาะกรณีฟันที่นำมาปลูกเป็นฟันฝังคุด ไม่ควรใช้เครื่องมือจัด (elevator) จัดฟันอย่างรุนแรงเนื่องจากจะทำอันตรายต่ออวัยวะปริทันต์และเคลือบรากฟัน เมื่อถอนฟันออกมาแล้วควรตรวจดูรากฟันทั้งรูปร่าง ขนาด และสภาพของเยื่อปริทันต์ และควรเก็บฟันไว้ในเบ้าฟันเดิม ในขณะที่เตรียมเบ้าฟันที่จะรับฟันปลูก ถ้ามีความจำเป็นต้องเก็บฟันไว้ในช่องปาก ควรเก็บไว้ใน Hank's balanced salt solution เพื่อรักษาความมีชีวิตของเซลล์เยื่อปริทันต์ เตรียมเบ้าฟันเพื่อรองรับการปลูกฟัน โดยการกรอกระดูกคั่นรากฟัน (septum bone) ออกโดยใช้หัวกรอรูปมะเฟือง ขณะกรอกระดูกควรใช้ความเร็วไม่มากนัก และใช้น้ำเกลือล้างตลอดเวลาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความร้อนที่จะทำอันตรายต่อกระดูกได้ ซึ่งจะมีผลต่อการหายของแผลตามมา ขนาดของเบ้าฟันที่เตรียมไว้ควรมีความใหญ่และลึกพอที่จะปลูกฟันได้โดยไม่เกิดการกดเบียดของผิวรากฟัน ซึ่งจะมีผลต่อการเจริญของรากฟันและยังมีผลต่อการละลายของรากฟันถ้าเคลือบรากฟันได้รับอันตราย นำฟันที่ถอนไว้ไปใส่ในบริเวณที่จะทำการปลูกฟัน ให้อยู่ต่ำกว่าระดับระนาบสบของฟันข้างเคียงเล็กน้อย และไม่สบกับฟันคู่สบ เย็บเหงือกโดยรอบบริเวณฟันปลูกให้แน่น เพื่อป้องกันไม่ให้แบคทีเรียในช่องปากลงไปยังเบ้าฟันที่ปลูกได้ครึ่งฟันให้อยู่นิ่งกับที่ โดยใช้การเย็บเป็นเครื่องยึดฟัน (suture splinting) ถ้าฟันยังไม่แน่นอาจใช้ลวดร่วมกับคอม

โพลิตตามฟันไว้ โดยควรรอประมาณ 2-3 วันหลังจากการผ่าตัด เพราะถ้าทำในคราวเดียวกันยังมีเลือดออกจากแผลมาก จะทำให้ไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ตรวจระดับการสบฟัน ต้องไม่มีการสบฟันที่ผิดปกติ ส่งตรวจทางภาพถ่ายรังสี เพื่อตรวจดูตำแหน่งของฟันที่ปลูก ใส่ยาปิดแผลปริทันต์ (periodontal packing) เพื่อป้องกันการสัมผัสกับเชื้อโรคในช่องปากนาน 3-4 วัน การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดปลูกฟัน ให้รับประทานอาหารอ่อน และไม่ควรใช้ฟันข้างที่มีฟันปลูกบดเคี้ยว ในระยะ 1 เดือนแรกหลังการผ่าตัด ดูแลทำความสะอาดอย่างเคร่งครัด เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ให้ยาต้านจุลชีพและยาแก้ปวด เหมือนการผ่าตัดฟันคุดในช่องปาก กรณีฟันปลูกถ่ายที่ปลายรากยังเปิดอยู่ ให้ติดตามผลการรักษาเพื่อดูการพัฒนาของปลายรากฟัน ถ้าฟันปลูกถ่าย ไม่มีอาการ เช่น เกละไม่ปวด ฟันโยก ไม่มีรูหนองไหล มีการตอบสนองต่อเครื่องวัดความมีชีวิตของฟัน และเมื่อตรวจด้วย ภาพถ่ายรังสีแล้วไม่พบการละลายของปลายรากฟัน หรือไม่พบเงาโปร่งรังสีที่บริเวณปลายรากฟัน กรณีนี้ไม่ต้องรักษาลongรากฟัน แต่ถ้าฟันปลูกถ่ายมีอาการดังกล่าวข้างต้นให้พิจารณารักษาลongรากฟัน กรณีฟันปลูกถ่ายมีปลายรากปิดต้องรักษาลongรากฟันภายหลังการผ่าตัดภายใน 1-2 สัปดาห์ โดยกำจัดเนื้อเยื่อในคลองรากฟันออก แล้วใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์ (Ca(OH)₂) ถ้าให้การรักษาช้ากว่านี้อาจมีผลต่อการสูญเสียของรากฟันจากการอักเสบ (inflammatory resorption) ที่เป็นผลต่อเนื่องจากการติดเชื้อจากคลองรากฟัน⁽¹⁾

การพิจารณาความสำเร็จในการปลูกถ่ายฟันให้ตนเอง
พิจารณาจากการตรวจทางคลินิก และภาพถ่ายรังสีเป็นหลัก การตรวจทางคลินิกควรพบฟันปลูกถ่ายมีการโยกปกติ ในช่วงสัปดาห์แรกหลังการปลูกฟัน อาจพบว่าฟันโยกได้มากกว่า 1 มม. ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ จะมีการซ่อมแซมของเนื้อเยื่อและกระดูก ทำให้ฟันกลับมาแน่นได้เป็นปกติภายในช่วง 1-2 เดือนแรก ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ฟันทำหน้าที่ได้ เหงือกโดยรอบฟันปลูก ควรจะรัดรอบคอฟันและไม่มีการอักเสบ มีระดับการยึดเกาะและรูปร่างของเหงือกที่ดี มีการหายของเนื้อเยื่อในฟันทดสอบเสียดเกาะได้ปกติ การตรวจทางภาพถ่ายรังสี ควรพบฟันปลูกถ่ายไม่มีการละลายของรากฟันจากการอักเสบที่ลุกลาม

(progressive inflammatory root resorption) มีช่องว่างเอ็นฮีดปริทันต์และผิวกระดูกเบ้าฟัน (lamina dura) ที่ปกติ ไม่มีการอักเสบบริเวณปลายรากฟัน ไม่พบภาวะฟันยึดแข็ง มีการเจริญต่อของรากฟัน มีการสร้างกระดูกเบ้าฟันปกติ . ตำแหน่งของฟันปลูก (position) ควรงอกขึ้นสู่ระดับกระดูกและสามารถใช้งานได้ เช่นเดียวกับฟันปกติ มีความชิดกันกับฟันข้างเคียงอย่างดี (good primary contact) ⁽¹⁾

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 17 ปี มาด้วยอาการสำคัญคือปวดฟันกรามล่างขวาซี่ที่ 1 เหงือกบวมเป็นๆหายๆมาหลายครั้ง ต้องการถอนฟัน ประวัติทางการแพทย์ ปฏิเสธโรคประจำตัว สุขภาพร่างกายแข็งแรง สามารถผ่าตัดได้ ไม่มีประวัติ โรคทางจิต ไม่มีปัญหาการแข็งตัวของเลือด ปฏิเสธการแพ้ยา ไม่เคยได้รับการฉายรังสี บริเวณกระดูกขากรรไกรและลำคอ การตรวจทางคลินิก การตรวจภายในช่องปากพบว่า มีฟันกรามล่างขวาซี่ที่ 1(#46) คูเหลือเฉพาะรากฟันร่วมกับมีคัมหนองบริเวณเหงือกด้านแก้ม ผู้ป่วยมีฟันคุดล่างทั้งสองซี่ยังไม่ขึ้นมาในช่องปาก จากภาพถ่ายรังสี พบว่า ฟัน#46 มีรอยโรคปลายรากทั้งสองราก ส่วนฟันกรามล่างขวาซี่ที่สาม(#48) เป็นฟันคุดแนวขึ้น (vertical impaction) ปลายรากยังเจริญไม่เต็มที่ยาวประมาณ 3/4 การวินิจฉัยโรค #46 pulp necrosis with apical abscess การวางแผนการรักษา เนื่องจากฟัน #46 คูเหลือเฉพาะรากฟัน จำเป็นต้องได้รับการถอนฟันเนื่องจากเริ่มมีการติดเชื้อ ทันตแพทย์จึงเสนอทางเลือกในการรักษาคือการปลูกฟัน แทนการใส่ฟันปลอม โดยนำฟันคุดล่าง #48มาทดแทนฟันที่จะถูกถอนออกไป โดยอธิบายข้อดี ข้อเสียและภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจพบได้ภายหลังการรักษาให้ผู้ป่วยได้รับทราบและตัดสินใจ หลังจากผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการปลูกฟัน จึงได้เริ่มการรักษาตามขั้นตอนต่อไปนี้

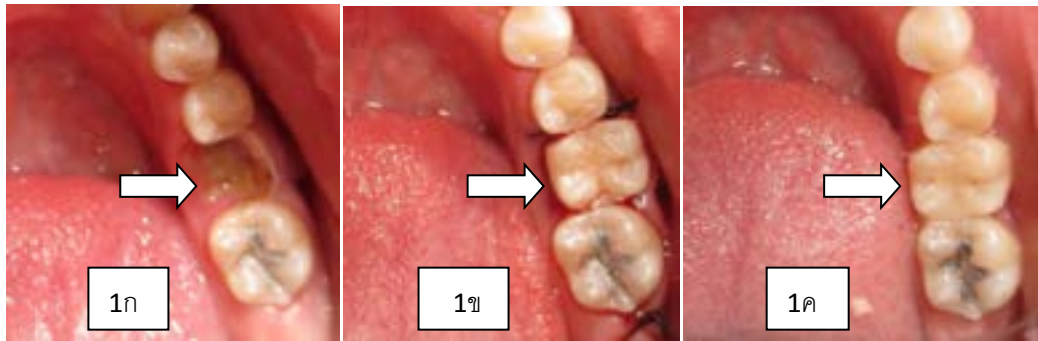
ขั้นตอนและวิธีการรักษา

การปลูกฟัน #48 มาทดแทน #46 เตรียมเครื่องมือที่จะต้องใช้ให้พร้อม จัดยาชาเฉพาะที่ เพื่อระงับความรู้สึกของเส้นประสาทเมนดิบิวลาร์ ในบริเวณขากรรไกรล่างขวาหลังจาก

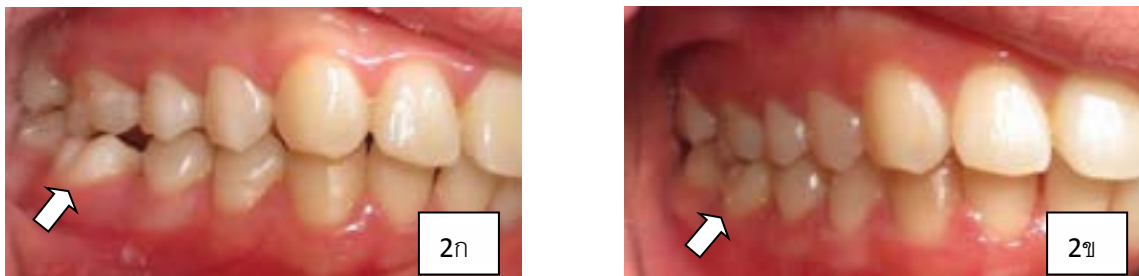
นั้นถอนฟันบริเวณตำแหน่งรับสิ่งปลูกถ่าย #46 ออก โดยระมัดระวังการทำอันตรายต่อบริเวณอวัยวะปริทันต์บริเวณรากฟัน และกำจัดพยาธิสภาพรอบปลายรากฟันออก ผ่าฟันคุด #48 เปิดแผ่นเหงือก ใช้เครื่องมือจัดค่อยๆจัดฟันออกโดยไม่ทำอันตรายต่ออวัยวะปริทันต์และเคลือบรากฟัน เมื่อถอนฟันออกมาแล้วตรวจดูรากฟันทั้งรูปร่าง ขนาด และสภาพของเยื่อปริทันต์ เก็บฟันไว้ในเบ้าฟันเดิม แต่งเบ้าฟันให้มีขนาดใหญ่กว่าฟันที่จะปลูกเล็กน้อย โดยใช้หัวกรอความเร็วต่ำและพ่นด้วยน้ำเกลือขณะกรอแต่งบริเวณผนังกระดูกเบ้าฟัน นำฟันที่ถอนไว้ไปใส่ในบริเวณที่จะทำการปลูกฟัน เนื่องจากขนาดของฟัน #48 มีขนาดกว้างกว่าช่องว่างที่จะปลูกทำให้ต้องกรอแต่งบริเวณตัวฟันให้มีขนาดเล็กลง จึงนำไปใส่ในเบ้าฟันให้อยู่ต่ำกว่าระดับระนาบสบของฟันข้างเคียงเล็กน้อย และไม่สบกับฟันคู่สบ เข็บเหงือกโดยรอบบริเวณฟันปลูกให้แน่นเพื่อป้องกันไม่ให้แบคทีเรียในช่องปากลงไปยังเบ้าฟันที่ปลูกได้ ตรึงฟันให้อยู่กับที่ โดยใช้การเข็บเป็นเครื่องยึดฟัน ตรวจระดับการสบฟัน ต้องไม่มีการสบฟันที่ผิดปกติ ส่งตรวจทางภาพถ่ายรังสี เพื่อตรวจดูตำแหน่งของฟันที่ปลูก

การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดปลูกฟัน แนะนำให้รับประทานอาหารอ่อน และไม่ใช่ฟันข้างที่มีฟันปลูกบดเคี้ยวในระยะ 1 เดือนแรกหลังการผ่าตัด ให้ดูแลทำความสะอาดช่องปากอย่างเคร่งครัด เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ให้ยาต้านจุลชีพและยาแก้ปวด เช่นเดียวกับการผ่าตัดฟันคุดในช่องปาก

การนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามและประเมินฟันปลูก 1 สัปดาห์นัดตัดไหม พบว่าเหงือกบริเวณรอบฟันที่ปลูกปกติ ไม่มีการติดเชื้อใดๆ ฟันยังโยกระดับ 1-2 หลังจากนั้นนัดอีกทุก 1 เดือน เพื่อตรวจทางคลินิก และภาพถ่ายรังสี ครบ 3 เดือน นัดตรวจทางคลินิก ภาพถ่ายรังสี และทดสอบความมีชีวิตของฟัน พบว่ามีการตอบสนองของเนื้อเยื่อต่อกระแสไฟฟ้า (electric pulp testing EPT) หลังติดตามอาการเป็นเวลา 6 เดือน พบว่าฟันเริ่มแน่นขึ้นสามารถเคี้ยวอาหารได้ตามปกติ จากภาพถ่ายรังสีเมื่อติดตามอาการเป็นเวลา 1 ปี พบว่ามีการเจริญเติบโตของปลายรากฟันต่อ กระดูกรอบๆปลายรากมีการสร้างขึ้นมาอยู่ในระดับเดียวกับฟันข้างเคียง



ภาพประกอบ 1ก แสดงภาพในช่องปากก่อนการรักษา พบว่ามีฟันกรามล่างขวาผุเหลือแต่รากฟัน รูปที่ 1ข แสดงภาพในช่องปากหลังการนำฟันคุดล่างขวามาปลูกทดแทนทันที รูปที่ 1ค แสดงภาพในช่องปากหลังติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 1 ปี



ภาพประกอบ 2 ก แสดงการสบฟันหลังปลูกฟัน 1 สัปดาห์ (ศรชี้) รูปที่ 2 ข แสดงการสบฟันหลังปลูกฟัน 6 เดือน พบว่าฟันที่นำมาปลูกสามารถงอกขึ้นมาสบกับฟันบนได้ตรงตามตำแหน่งที่ต้องการ(ศรชี้)



ภาพประกอบ 3ก ภาพถ่ายรังสีก่อนการรักษา แสดงฟันคุดล่างขวาที่จะนำมาปลูกซึ่งเป็นฟันปลายรากเปิดและความยาวรากประมาณ $\frac{3}{4}$ ของความยาวราก(ศรชี้) รูปที่ 3ข ภาพถ่ายรังสีหลังการปลูกฟันทันที รูปที่ 3ค ภาพถ่ายรังสีหลังปลูกฟัน 1 ปีพบว่าฟันที่ปลูกมีการเจริญเติบโตของปลายรากฟันต่อ กระดูกรอบๆปลายรากมีการสร้างขึ้นมาอยู่ในระดับเดียวกับฟันข้างเคียง (ศรชี้)

ผลการรักษา

ในการปลูกฟันกรามล่างด้านขวา หลังนัดผู้ป่วยติดตามอาการไม่พบว่ามีอาการแทรกซ้อนหรือการติดเชื้อใดๆ เหงือกโดยรอบปกติ หลังจากติดตามต่อไปจนครบ 6 เดือนฟันเริ่มแน่นขึ้น ตอบสนองต่อการทดสอบความมีชีวิตของฟัน ผู้ป่วยสามารถใช้ฟันเคี้ยวอาหารได้ดี และมีความพึงพอใจต่อผลการรักษา

สรุปและอภิปรายผล

การปลูกฟันเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการทดแทนการสูญเสียฟันแก่ผู้ป่วย ซึ่งจากหลายๆการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าหลังติดตามผลการปลูกฟัน เป็นระยะเวลามากกว่า 10 ปีขึ้นไป พบว่ามีอัตราการรอดชีวิตอยู่ในช่วงประมาณ 90-96 % ส่วนอัตราความสำเร็จอยู่ในช่วงระหว่างตั้งแต่ 61.1-100% โดยเก็บข้อมูลจากอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านเนื้อเยื่อใน เนื้อเยื่อปริทันต์ และจากการทำหัตถการ⁽²⁻⁴⁾ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมและการใช้เทคนิคทาง ศัลยกรรมด้วยความระมัดระวัง ดังนั้นจึงแนะนำให้ทำการปลูกฟันในผู้ป่วยที่มีความเหมาะสมและทำเท่าที่จำเป็น เนื่องจากอัตราความสำเร็จและอัตราการรอดชีวิตขึ้นอยู่กับปัจจัยทางชีวภาพหลายด้านและเทคนิคในการทำหัตถการ ขั้นตอนปลูกฟันที่ต้องใส่ใจและระมัดระวังเป็นพิเศษ มีหลาย การศึกษาพบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จในการปลูกฟันคือการถอนฟันโดยไม่เกิดอันตรายต่อเอ็นยึดปริทันต์ ถ้าเอ็นยึดปริทันต์ถูกทำลายเพียงเล็กน้อย สามารถหายได้เอง แต่ถ้าเอ็นยึดปริทันต์ถูกทำลายมากจะทำให้เกิด การละลายของ รากฟันภายใน 2 สัปดาห์หลังการปลูกฟัน ซึ่งสาเหตุหลักๆที่ทำให้เกิดการล้มเหลวในการรักษา คือการสูญเสียของราก ฟันจากการอักเสบ ตามด้วยการเกิดภาวะฟันยึดแข็ง ดังนั้น การถอนฟันแบบไม่บาดเจ็บ และนำไปใส่ในเบ้าฟันทันที โดยไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ ของเอ็นยึดปริทันต์ จะช่วย ป้องกันการละลายของรากฟันได้^(5,6)

ส่วนในผู้ป่วยรายนี้หลังทำการปลูกฟันแล้ว ไม่พบ ภาวะแทรกซ้อนและไม่ได้รับการรากฟัน อาการทางคลินิก ทัวไปปกติ เนื่องจากฟันที่ปลูกมีความยาวรากที่เหมาะสมคือ ประมาณ ¾ ของความยาวราก และปลายรากฟันยังไม่ปิด ซึ่ง มีการศึกษาว่าบริเวณปลายรากฟันกรามล่างซึ่งที่สามที่ยังไม่ ปิด จะมีโอกาสเกิดการคืนกลับของ เส้นเลือดมาเลี้ยงใหม่สูง ประมาณ 92%⁽⁷⁾ เนื่องจากมีหลอดเลือดและเซลล์ต้นกำเนิด เป็นจำนวนมาก ขณะเดียวกันถ้าฟันที่นำมาปลูกเป็นฟันปลาย รากปิดแล้ว มีโอกาสที่จะเกิดการคืนกลับของ เส้นเลือดมาเลี้ยง ใหม่มีเพียง 15 %⁽⁸⁾ แต่อย่างไรก็ตามอัตราความสำเร็จในฟัน ที่ปลายรากปิดแล้ว อยู่ที่ 84 % หากได้รับการรักษาราก ฟันภายใน 1-2 สัปดาห์หลังการปลูกฟัน⁽⁹⁾ ส่วนการที่ปลาย รากฟันจะเจริญเติบโตต่อไปได้หลังการปลูกฟันนั้นขึ้นอยู่กับ การทำงานของเยื่อหุ้มรากเอิร์ตวิก (Hertwig epithelial root sheath) ซึ่งการคงเหลือเยื่อหุ้มรากเอิร์ตวิกไว้เป็น จำนวนมากจากการถอนฟันด้วยความระมัดระวังและนุ่มนวล ไม่เพียงส่งผลต่อการสร้างรากฟันเท่านั้น แต่ยังมีส่วนต่อ การหายของอวัยวะปริทันต์อีกด้วย^{(3), (10)} ทำให้ผู้ป่วยรายนี้หลัง ปลูกฟันลงในตำแหน่งใหม่แล้วปลายรากฟันมีการ เจริญเติบโตต่อไปได้ โดยที่ฟันยังมีชีวิตและไม่ต้องการ รักษา รากฟัน แต่อย่างไรก็ตามยังคงต้องติดตามผู้ป่วยในระยะ ยาวต่อไป

การปลูกฟันยังคงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในผู้ป่วยที่ สูญเสียฟัน ซึ่งมีข้อดีคือ ไม่ต้องใส่ฟันปลอม ไม่จำเป็นต้อง กรอแต่งฟันข้างเคียง และประหยัดค่าใช้จ่าย แต่ก็มีข้อเสียคือ ทำนายผลการรักษาได้ยาก และมีขั้นตอนทางศัลยกรรม ยุ่งยากกว่าการถอนฟันธรรมดา และอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่ อาจเกิดขึ้น เช่น การละลายของรากฟัน การไม่ยึดติดของฟัน ปลูก ทำให้เกิดการสูญเสียฟันตามมาได้ ซึ่งการจะทำให้ ประสบความสำเร็จได้นั้นขึ้นอยู่กับ การเลือกผู้ป่วยที่ เหมาะสมตามข้อบ่งชี้ของการปลูกฟันอย่างเคร่งครัด และ ขั้นตอนในการทำหัตถการทางศัลยกรรมที่มีความประณีตซึ่ง ต้องอาศัยความชำนาญของทันตแพทย์ผู้ทำการรักษาาร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

- 1.สุมิตรา พงษ์ศิริ. การปลูกฟัน. 2554 [updated 22 พย. 2554]; Available from: www.dent.cmu.ac.th/surg/dis_article.php?nid=547.
- 2.Czochrowska EM, Stenvik A, Bjercke B, Zachrisson BU. Outcome of tooth transplantation: Survival and success rate 17-41 years post treatment Am J orthod Dentofacial Orthop. 2002;121:110-9.
- 3.Jang JH, Lee SJ, Kim E. Autotransplantation of Immature Third Molars Using a Computer-aided Rapid prototyping Model: A Report of 4 case J Endod 2013;39:1461-6.
- 4.Mertens B, Boukari A, Tenenbaum H. Long-term follow up of post-surgical tooth autotransplantation: a retrospective study. J Investiq Clin Dent. 2014.
- 5.Ankita Chugh RA, Vinay Kumar Chugh, Puneet Wadhwa, Munish Kohli. Autogenous Tooth Transplantation as a Treatment Option. International Journal of Clinical Pediatric Dentistry 2012;5(1):87-92.
- 6.Tatjana Nimčenko, Gražvydas Omerca, Vaidas Varinauskas, Ennio Bramanti, Fabrizio Signorino, Cicciù M. Tooth auto-transplantation as an alternative treatment option: A literature review. Dent Res J (Isfahan). 2013;10(1):1-6.
- 7.Manuel Marques-Ferreira M-FRa-B, Lina Carvalho , Barbara Oliveiros , EuniceVirginia Palmeirao-Carrilho Autogenous tooth transplantation: Evaluation of pulp tissue regeneration Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011 16 (7):e984-9.
- 8.Asgary S. case report Autogenous transplantation of mandibular third molar to replace tooth with vertical root fracture. Int Endod J. 2009;4(3):117-21.
- 9.Ji-Hyun Bae Y-HC, Byeong-Hoon Cho, Young-Kyun Kim, Su-Gwan Kim, . Autotransplantation of Teeth with Complete Root Formation: A Case Series. J Endod 2010;36 (8):1422-6.
- 10.Lai FS. Autotransplantation of an Unerupted Wisdom Tooth Germ without Its Follicle Immediately After Removal of an Impacted Mandibular Second Molar: A Case Report. Journal of the Canadian Dental Association 2009;75(3):205-8.

การปฏิบัติในการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Medical Practice Management in the hospital health sub-district.

ลัดดาวัลย์ ปรานนอก¹

Laddawan Prabnok

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติในการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มตัวอย่างคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด โดยเลือกแบบเจาะจง โดยคัดเลือกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 12 แห่งละ 3 คน รวมจำนวน 36 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล , แบบวัดระดับการปฏิบัติในการบริหารเวชภัณฑ์ และแบบแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคพร้อมทั้งข้อเสนอแนะในการบริหารเวชภัณฑ์ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยเก็บแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2559 ถึง 30 มิถุนายน 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการปฏิบัติในการบริหารเวชภัณฑ์โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.49$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด และระดับการบริหารเวชภัณฑ์อยู่ในระดับมากที่สุดคือด้านคลังเวชภัณฑ์ ($\bar{X} = 3.74$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดซึ่งระดับการบริหารเวชภัณฑ์อยู่ในระดับปานกลางคือด้านงานกำหนดความต้องการ ($\bar{X} = 2.99$)

คำสำคัญ: บริหารเวชภัณฑ์, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

The research of medical practice management in the hospital health sub-district as descriptive study. The objective for studying medical practice management in the hospital sub-district. Example group we specific chose the staff of Health official related to medical practice management in hospital health sub-district, Nongphok district, Roi-et province. From 12 areas and each of 3 people, a total 36 people. The tool we used for this research was questionnaire contain 3 information (1) Personal information (2) Scale practice in medical management (3) The Opinion and feedback about the problem and suggestions for medical management collected data and questionnaire from example group between the 1 of May 2016 till 30 June 2016. We analyze data by descriptive statistics, for example percentage average and standard deviation.

The research found that the level of medical management is in the medium standard ($X = 3.49$), when we considered we found that the side has the most average is warehouse supplies ($X = 3.74$), the least average side is medical management, the last the side has medium average is job requirements ($X = 2.99$).

Keyword: Medical management, Health service hospital sub-district.

1 เกษียรชัญญการ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการตรวจราชการและนิเทศงานในหัวข้อการพัฒนากระบวนการสุขภาพขึ้น สถานบริการสาธารณสุขที่สำคัญระดับรองจากโรงพยาบาลชุมชน คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จากการนิเทศติดตามงานบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 12 แห่ง ในอำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 พบว่ามีปัญหาหลายประการ เช่น มีอัตราการสำรองยาในคลังเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากกว่า 3 เดือน จำนวน 9 แห่ง (ร้อยละ 75 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด) และพบยาหมดอายุเฉลี่ยร้อยละ 15 ของรายการยาทั้งหมด⁽¹⁾ นอกจากนี้ จากรายงานสรุปผลการบริหารเวชภัณฑ์อำเภอหนองพอก ยังพบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเบิกยามากกว่าแผนการเบิกยาที่กำหนด มีการเบิกยาฉุกเฉินเฉลี่ยมากกว่า 4 ครั้งต่อปี ซึ่งปกติกำหนดให้เบิกปกติเดือนละ 4 ครั้ง ซึ่งจากสาเหตุการประมาณการเบิกยาผิดพลาดดังกล่าวมีผลทำให้โรงพยาบาลสำรองยาให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการขาดยา และนอกจากนั้นการที่มีอัตราการสำรองยาในคลังเวชภัณฑ์มากเกินไป ทำให้พบยาหมดอายุเพิ่มขึ้น จึงมีผลทำให้เกิดความสูญเสียทั้งในด้านงบประมาณและเวชภัณฑ์เป็นจำนวนมาก

ดังนั้น จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นนี้จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงระดับการปฏิบัติในการบริหารเวชภัณฑ์และปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยคาดว่าผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อที่จะเป็นแนวทางในการพัฒนา และปรับปรุงงานบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการปฏิบัติในการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาการปฏิบัติในการบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 30 มิถุนายน 2559 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับงานบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 12 แห่งๆ ละ 3 คน รวมเป็น 36 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 1 ชุด แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามปลายปิดและเปิดจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดระดับการปฏิบัติในการบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยแบบวัดระดับการปฏิบัติแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการกำหนดความต้องการ มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ, 2) ด้านการจัดซื้อ-จัดหา มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ และ 3) ด้านงานคลังเวชภัณฑ์ มีข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 28 ข้อ

ลักษณะแบบวัดระดับการปฏิบัติในการบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยแต่ละคำมีความหมายดังนี้ ตัวเลือก 5 ข้อ คือ ระดับการปฏิบัติงานมากที่สุด 5 คะแนน ระดับการปฏิบัติงานมาก 4 คะแนน ระดับการปฏิบัติงานปานกลาง 3 คะแนน ระดับการปฏิบัติงานน้อย 2 คะแนน ระดับการปฏิบัติงานน้อย

ที่สุด 1 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยการใช้อิงกลุ่มของ Best (1970)⁽²⁾ จัดคะแนนในภาพรวมได้เป็น 3 กลุ่ม (ระดับ) ดังนี้

คะแนน 3.67 – 5.00 ระดับมาก

คะแนน 2.34 – 3.66 ระดับปานกลาง

คะแนน 1.00 – 2.33 ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค พร้อมทั้งข้อเสนอแนะในการบริหารเวชภัณฑ์ ประกอบด้วยคำถามปลายเปิดจำนวน 3 ข้อ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงวุฒิ จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) และภาษาที่ใช้ (language clarity) ว่าถูกต้องครบถ้วน ตามความเหมาะสมของเนื้อหา และนำข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะ มาปรับปรุง ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งไปให้ผู้ทรงวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความเที่ยงตรง ตามเนื้อหา แล้วจึงนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มเป้าหมาย

การศึกษครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้คำนึงถึงจริยธรรมเป็นส่วนสำคัญ โดยกลุ่มเป้าหมายต้องยินยอมเข้าร่วมโครงการ ได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ ระยะเวลาและ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาให้กลุ่มเป้าหมายได้รับทราบ และขออนุญาตให้กลุ่มเป้าหมายตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งแจ้งสิทธิในการบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มเป้าหมายยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการ ให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมและพร้อมจะยกเลิกทันทีเมื่อผู้เข้าร่วมโครงการไม่พร้อมหรือไม่ยินยอม

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.8 , มีอายุน้อยกว่า 40 ปี มากถึงร้อยละ 66.7, ปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ในตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 66.7, มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 83.3, มีประสบการณ์การทำงานด้านบริหารเวชภัณฑ์น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 66.7, และเคยได้รับการฝึกอบรมด้านการบริหารเวชภัณฑ์ ร้อยละ 50

2. ระดับการปฏิบัติงานบริหารเวชภัณฑ์

ตาราง 1 ระดับการปฏิบัติงานบริหารเวชภัณฑ์

การปฏิบัติงานบริหารเวชภัณฑ์	ระดับการปฏิบัติ		
	($\bar{X}$)	(S.D)	แปลผล
ด้านงานกำหนดความต้องการ	2.99	1.00	ปานกลาง
1.1 มีการกำหนดนโยบายด้านยา	3.14	1.02	ปานกลาง
1.2 มีการกำหนดรายการยาหรือบัญชี	3.14	1.20	ปานกลาง
1.3 มีการกำหนดความต้องการใช้ในรายการในแต่ละปีงบประมาณ	3.00	1.07	ปานกลาง
1.4 มีการกำหนดความต้องการใช้โดยประเมินจากการใช้ย้อนหลัง 3 ปี	2.86	1.05	ปานกลาง
1.5 มีการจัดทำแผนจัดซื้อเวชภัณฑ์ทุกปี	2.89	1.39	ปานกลาง
1.6 แผนจัดซื้อยาที่จัดทำขึ้นมีการเสนอต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายตามลำดับ	2.81	1.31	ปานกลาง
1.7 แผนจัดซื้อยาที่จัดทำขึ้นสอดคล้องกับความต้องการและมีปริมาณเพียงพอ	3.11	1.06	ปานกลาง

ตาราง 1 ระดับการปฏิบัติงานบริหารเวชภัณฑ์

การปฏิบัติงานบริหารเวชภัณฑ์	ระดับการปฏิบัติ		
	($\bar{X}$)	(S.D)	แปลผล
ด้านงานจัดซื้อ-จัดหา	3.47	0.98	ปานกลาง
2.1 มีการขออนุมัติดำเนินการก่อนการจัดซื้อ-จัดหาเวชภัณฑ์	2.94	1.17	ปานกลาง
2.2 มีการจัดสรรเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลแม่ข่ายตามใบเบิก	2.89	1.39	ปานกลาง
2.3 มีการสำรวจคงคลังและความต้องการทุกครั้งก่อนส่งใบเบิก	3.92	1.05	มาก
2.4 ท่านได้รับการแต่งตั้งให้เป็นผู้ตรวจรับเวชภัณฑ์ก่อนรับเข้าคลัง	2.94	1.41	ปานกลาง
2.5 ท่านตรวจรับยา โดยเช็กับใบเบิกหรือใบนำส่งเวชภัณฑ์ที่ส่งกลับคืน	3.39	1.48	ปานกลาง
2.6 ในการตรวจรับยาตรวจเช็คจำนวนรายการ ความแรง วันหมดอายุทุกครั้ง	3.64	1.29	ปานกลาง
2.7 กรณียาที่ได้รับเสื่อมสภาพท่านได้แจ้งรพ.แม่ข่ายและแลกเปลี่ยน	3.61	1.13	ปานกลาง
ด้านงานคลังเวชภัณฑ์	3.74	0.67	มาก
3.1 ท่านได้จัดหาสถานที่เฉพาะแยกจากห้องอื่นเพื่อใช้เก็บเวชภัณฑ์	4.06	0.98	มาก
3.2 คลังเวชภัณฑ์มีระบบป้องกันการขโมย เช่น ใส่กุญแจล็อก	3.83	1.18	มาก
3.3 ท่านได้จัดหาชั้นวางยาที่เพียงพอในการเก็บรักษาเวชภัณฑ์	3.75	1.03	มาก
3.4 การป้องกันอภิกภัยในคลังเวชภัณฑ์ท่านจัดให้มีถังดับเพลิง	3.61	1.18	ปานกลาง
3.5 ในคลังเวชภัณฑ์ท่านจัดให้มีระบบระบายอากาศเช่น พัดลม	3.78	1.15	มาก
3.6 การเก็บยาที่ชั้นท่านได้แบ่งออกเป็นหมวดหมู่อย่างชัดเจน	4.31	0.75	มาก
3.7 เวชภัณฑ์ที่ต้องเก็บรักษาพิเศษเช่น วัคซีน ได้มีการเก็บแยกจากยาอื่น	4.61	0.69	มาก
3.8 ท่านจัดทำ ทะเบียนควบคุมการรับ-จ่ายเวชภัณฑ์ เช่น Stock card	3.75	1.08	มาก
3.9 ทุกครั้งที่มีการรับ-การจ่ายยาจากคลังตัดยอดในทะเบียนทุกครั้ง	3.72	0.82	มาก
3.10 ท่านได้กำหนดแนวทางการเบิก-จ่ายยาจากคลังเวชภัณฑ์ที่ชัดเจน	3.33	1.20	ปานกลาง
3.11 ท่านมีการตรวจสอบคงคลังทุกปี	3.64	1.18	ปานกลาง
3.12ท่านจัดทำรายงานรายการและมูลค่าคงคลังประจำเดือนอย่างสม่ำเสมอ	3.19	1.10	ปานกลาง
3.13ท่านจัดทำรายงานรายการและมูลค่าการเบิก-จ่ายเวชภัณฑ์สม่ำเสมอ	3.31	1.04	ปานกลาง
3.14กรณีทีเวชภัณฑ์หมดอายุจำหน่ายตามระเบียบพัสดุและแจ้งรพ.แม่ข่าย	3.53	1.08	ปานกลาง
รวม	3.49	0.72	ปานกลาง

จากตารางพบว่า ระดับการปฏิบัติงานบริหารเวชภัณฑ์ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.49$) และเมื่อพิจารณาผลรวมรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติงานบริหารเวชภัณฑ์ จากมากไปหาน้อยเรียงตามลำดับดังนี้ ด้านคลังเวชภัณฑ์ ($\bar{X} = 3.74$), ด้านจัดซื้อ-จัดหา ($\bar{X} = 3.47$) และ ด้านงานกำหนดความต้องการ ($\bar{X} = 2.99$) เมื่อพิจารณารายข้อในด้านงานการ

กำหนดความต้องการพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติงานบริหารเวชภัณฑ์มากที่สุดคือข้อ 1.1 มีการกำหนดนโยบายด้านยา ($\bar{X} = 3.14$) และ ข้อ 1.2 มีการกำหนดรายการยาหรือบัญชี ($\bar{X} = 3.14$) ส่วนรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติที่น้อยที่สุดคือ 1.6 แผนจัดซื้อยาที่จัดทำขึ้นมีการเสนอต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายตามลำดับ ($\bar{X} = 2.81$) เมื่อ

พิจารณารายข้อในด้านการจัดซื้อ-จัดหา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติงานบริหารเวชภัณฑ์มากที่สุดคือข้อ 2.3 มีการสำรวจคงคลังและความต้องการทุกครั้งก่อนส่งใบเบิก ($\bar{X} = 3.92$) และรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติที่น้อยที่สุดคือ ข้อ 2.2 มีการจัดสรรเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลแม่ข่ายตามใบเบิก ($\bar{X} = 2.89$) เมื่อพิจารณารายข้อในด้านการคลังเวชภัณฑ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติงานบริหารเวชภัณฑ์จากมากที่สุดไปหาน้อยเรียงตามลำดับดังนี้ ข้อ 3.7 เวชภัณฑ์ที่ต้องเก็บรักษาเป็นพิเศษเช่นวัคซีน ได้มีการเก็บแยกจากยาอื่นในตู้เย็นที่มีการควบคุม

อุณหภูมิ ($\bar{X} = 4.61$), ข้อ 3.6 การเก็บยาที่ขึ้นได้แบ่งออกเป็นหมวดหมู่อย่างชัดเจนเช่นเรียงตามตัวอักษร หรือตามฤทธิ์ในการรักษา ($\bar{X} = 4.31$) และรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติที่น้อยที่สุดคือ ข้อ 3.12 จัดทำรายงานรายการและมูลค่าการเบิก-จ่ายเวชภัณฑ์อย่างสม่ำเสมอ ($\bar{X} = 3.19$)

3. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด

ตาราง 2 ร้อยละของปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การบริหารเวชภัณฑ์	ปัญหา อุปสรรค		ข้อเสนอแนะ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านงานกำหนดความต้องการ	3	23.1	2	15.4
2. ด้านงานจัดซื้อ-จัดหา	4	30.8	4	23.1
3. ด้านงานคลังเวชภัณฑ์	6	46.2	5	38.5

จากตาราง 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด 13 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 36.1 โดยปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่คือการบริหารเวชภัณฑ์ ด้านคลังเวชภัณฑ์ร้อยละ 46.2 รองลงมาคือด้านจัดซื้อ-จัดหา ร้อยละ 30.8 ส่วนปัญหาอุปสรรคน้อยที่สุดคือ ด้านกำหนด

ความต้องการ ร้อยละ 23.1 ส่วนข้อเสนอแนะส่วนใหญ่ที่พบคือด้านคลังเวชภัณฑ์ ร้อยละ 38.5 รองลงมาได้แก่ด้านจัดซื้อ-จัดหา ร้อยละ 23.1 และด้านกำหนดความต้องการร้อยละ 15.4 ตามลำดับ

ตาราง 3 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
การบริหารเวชภัณฑ์	
1. ด้านงานกำหนดความต้องการ	
-เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบการบริหารเวชภัณฑ์ไม่ค่อยได้มีส่วนร่วมในการกำหนดกรอบ	-ควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบการบริหารเวชภัณฑ์เข้ามามีส่วนร่วมในการประชุม กรอบบัญชียาและการกำหนดความต้องการ และจัดทำแผนซื้อยาร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายทุกปีงบประมาณ
บัญชียา / ความต้องการใช้เวชภัณฑ์ยาร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย	
-จัดทำแผนซื้อยาไม่สอดคล้องกับความต้องการและปริมาณไม่เพียงพอ	

ตาราง 3 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล

ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
2. ด้านงานจัดซื้อ-จัดหา -รายการยาที่จัดสรรให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพได้ไม่ครบตามใบเบิก -รายการยาที่จัดสรรให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพได้ไม่ครอบคลุมกับโรคที่ต้องให้บริการผู้ป่วย -การสำรองยาไม่สอดคล้องกับปริมาณการใช้ 3. ด้านงานคลังเวชภัณฑ์ -คลังเวชภัณฑ์ไม่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ มีพื้นที่ไม่เพียงพอ, อุณหภูมิไม่ได้มาตรฐาน -ปัญหาการจัดทำรายงาน รายการการเบิก-จ่ายยาไม่เป็นปัจจุบัน -พบยาเสื่อมสภาพและยาหมดอายุ	-โรงพยาบาลแม่ข่ายควรซื้อยาให้เพียงพอกับความต้องการทั้งในภาวะปกติและสภาวะวิกฤต -หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดประชุมทบทวนรายการยาทุกสิ้นปีงบประมาณให้ครอบคลุมตามเกณฑ์มาตรฐานที่ต้องใช้ในหน่วยบริการ -จัดทำแผนปรับปรุงพัฒนาคลังเวชภัณฑ์ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด -ให้ความรู้เจ้าหน้าที่ในการจัดทำรายงานและการลงทะเบียนรับ-จ่าย

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ผลรวมค่าเฉลี่ยของระดับการปฏิบัติบริหารเวชภัณฑ์ของกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอหนองพอก อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.49$) เนื่องจากการที่เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอหนองพอก ที่ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรม และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ร่วมกัน โดยเริ่มตั้งแต่มีระบบควบคุมกำกับนิเทศ ติดตาม และประเมินผลงานบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ในปีงบประมาณ 2558 รวมทั้งมีการจัดประชุมหาแนวทางร่วมกันในการพัฒนาระบบและปรับปรุงงานบริหารเวชภัณฑ์อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งผลการศึกษาที่สอดคล้องกันกับการศึกษาของ พงศ์จักร สุกสิริวิทยา (2552)⁽³⁾ ที่พบว่าระดับการบริหารเวชภัณฑ์โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุภาวดี ศรีลามาศย์ (2556)⁽⁴⁾ ที่พบว่าระดับการบริหารเวชภัณฑ์โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและระดับ

การบริหารเวชภัณฑ์อยู่ในระดับมากคือด้านคลังเวชภัณฑ์ ($\bar{X} = 3.74$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดซึ่งระดับการบริหารเวชภัณฑ์อยู่ในระดับปานกลางคือด้านงานกำหนดความต้องการ ($\bar{X} = 2.99$) และนอกจากนั้นจากการศึกษายังพบว่า ปัญหา อุปสรรค ส่วนใหญ่ คือการบริหารเวชภัณฑ์ด้านคลังเวชภัณฑ์ พบร้อยละ 46.2 โดยส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านคลังเวชภัณฑ์ไม่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ มีพื้นที่ไม่เพียงพอ, อุณหภูมิคลังเวชภัณฑ์ไม่ได้มาตรฐาน และรองลงมาคือปัญหาด้านการจัดซื้อ-จัดหา พบร้อยละ 23.1 ได้แก่ ปัญหาการสำรองยาไม่สอดคล้องกับปริมาณการใช้ และปัญหาด้านกำหนดความต้องการ ร้อยละ 15.4 ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบการบริหารเวชภัณฑ์ ไม่ค่อยได้มีส่วนร่วมในการกำหนดกรอบบัญชียา และความต้องการใช้เวชภัณฑ์ยา ร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมทั้งมีการจัดทำแผนซื้อยาไม่สอดคล้องกับความต้องการและปริมาณไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกันกับการศึกษาของรุจิรา ปัญญา (2558)⁽⁵⁾ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอดอกคำใต้ในปีงบประมาณ 2555 ที่พบปัญหาการสำรองยาของ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่สอดคล้องกับปริมาณการใช้

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารจึงควรให้ความสำคัญกับการให้นโยบายในงานด้านบริหารเวชภัณฑ์ และควรให้การสนับสนุนด้านงบประมาณในการพัฒนาลังเวชภัณฑ์ให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

2. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระดับการบริหารเวชภัณฑ์ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือด้านงานกำหนดความต้องการ ซึ่งสะท้อนได้ว่า ผู้บริหารควรส่งเสริมและพัฒนาปรับปรุง งานบริหารเวชภัณฑ์ในด้านนี้เพิ่มมากขึ้น โดยมีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบการบริหาร

เวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เข้ามามีส่วนร่วมในการประชุม กรอบบัญชียา การกำหนดความต้องการ และจัดทำแผนซื้อยาร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายทุกปีงบประมาณ เพื่อให้มีการบริหารจัดการที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

3. ควรมีการอบรมให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ และสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารเวชภัณฑ์

4. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ ในเรื่องปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในด้านการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลหนองพอก. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกลุ่มงานเภสัชกรรม ปีงบประมาณ 2559. 2559
2. Best, John. **Research in education**. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall. 1970
3. พงศ์จรุญศิริวิทยา. การประเมินผลการบริหารคลังยาในโรงพยาบาลเขตภาคกลางสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล, 19(ฉบับเสริม), S68-S78, 2552
4. สุภาวดี ศรีลามาศย์. การบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2556
5. รุจิรา ปัญญา. การพัฒนาการบริหารเวชภัณฑ์ในรพ.สต.เขต อำเภอดอกคำใต้.เอกสารประกอบการบรรยาย บทเรียนงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ. 312 - 316. 2558

การส่งเสริมการทำปุ๋ยหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษ

The Promoting of Composting bio for using Organic Agriculture

จุไรรัตน์ คุรุโคตร¹, พรนิภา ตูมโฮม²

Jurairat Kurukodt¹, Pornnipa Toomhome²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติต่อการทำปุ๋ยหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษก่อนและหลังการส่งเสริม ทักษะการปฏิบัติในการส่งเสริมการทำปุ๋ยหมักชีวภาพ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย คือ นิสิตชั้นปีที่ 2 สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จำนวน 30 คน ซึ่งได้จากการเลือกแบบสมัครใจเข้าร่วม เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย คู่มือ แผ่นพับ แบบทดสอบความรู้ แบบวัดทัศนคติ แบบวัดทักษะการปฏิบัติ และแบบวัดความพึงพอใจ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการส่งเสริม นิสิตมีความรู้ในระดับปานกลาง และหลังการส่งเสริม นิสิตมีความรู้ในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการส่งเสริม พบว่า หลังการส่งเสริมมีความรู้มากกว่าก่อนการส่งเสริม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ก่อนการส่งเสริม นิสิตมีทัศนคติอยู่ในระดับเห็นด้วย และหลังการส่งเสริม นิสิตมีทัศนคติอยู่ในระดับเห็นด้วย เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการส่งเสริม พบว่า นิสิตมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเพิ่มมากขึ้นก่อนการส่งเสริม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และหลังการส่งเสริม นิสิตมีทักษะการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: การทำปุ๋ยหมักชีวภาพ, เกษตรปลอดสารพิษ, การส่งเสริม, ความรู้, ทัศนคติ, ทักษะการปฏิบัติ

ABSTRACT

The purposes of this study were to study and compare knowledge, attitude about composting bio composting for using organic agriculture before and after, to study practical skills and study satisfaction of promoting composting bio for use in organic agriculture. The sample of the research were 2nd year 30 students of the bachelor's degree, Environmental Education, Faculty of Environment and Resource Studies, Mahasarakham University, by voluntary participation. The research tools included laboratory manuals, brochure, knowledge test, attitude test, practical skills measurement and satisfaction measurement.

The statistics used in the data analysis were frequency, mean, standard deviation and paired t-test. The finding were that before promotion, students had knowledge score at medium level, after promotion had at high level. When com paired mean score between before and after indicated that students had knowledge score after more than before significant at the .05. Before promotion students had attitude score at agree level after promotion had at agree level. When com paired mean score between before and after indicated that students had attitude score after more than before significant at the .05. After promoting, students had practical skills of promoting the highest level.

Keyword : Composting bio, Organic Agriculture, Promoting, Knowledge, Attitude, Practical skills

¹ อาจารย์ ดร. สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² อาจารย์ สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทนำ

ปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศมีอาชีพเกษตรกร และมีรายได้มาจากการเพาะปลูกการทำเกษตรกร จากการพัฒนาประเทศที่ผ่านมาได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายด้านทั้งโครงสร้างประชาชน เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและประเพณี ในการทำการเกษตรที่เปลี่ยนแปลงไป การทำเกษตรอินทรีย์และเกษตรปลอดสารพิษเป็นระบบการผลิตทางการเกษตรที่คนเราเคยปฏิบัติกันมาแต่โบราณ จนกระทั่งในยุคของการพัฒนาอุตสาหกรรมที่ทุกอย่างจะต้องเร่งรีบผลิตเพื่อให้ได้ผลผลิตปริมาณมากๆ เพื่อป้อนระบบอุตสาหกรรมจึงทำให้มีการใช้สารเคมีเพื่อเร่งการผลิต และใช้สารเคมีในการกำจัดศัตรูพืชกันอย่างกว้างขวาง ซึ่งสารเคมีเหล่านั้นส่วนใหญ่จะมีพิษตกค้างก่อให้เกิดอันตรายทั้งต่อตัวเกษตรกรผู้ผลิตและผู้บริโภค อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มต้นทุนให้แก่เกษตรกรเป็นอย่างมาก การผลิตเพื่อมุ่งหวังผลกำไรเพียงอย่างเดียวในระบบเกษตรเคมีนั้นยังทำให้วัฒนธรรมการผลิตแบบดั้งเดิมที่เคยพึ่งพากันของคนในชุมชนสูญหายไป ความผูกพันในระบบสังคมของชุมชนก็ลดลง ระบบการผลิตที่หวังพึ่งเพียงผลผลิตอย่างเดียวไม่สามารถทำให้เกษตรกรในชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้⁽¹⁾

จากการที่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศมีอาชีพเกษตรกรและทำให้เกิดความต้องการผลผลิตจากเกษตรเพิ่มมากขึ้นและที่ดินใช้เพื่อการเกษตรกรรมมีอยู่อย่างจำกัด จึงส่งผลให้เกษตรกรมีการใช้สารเคมีเพื่อเร่งผลผลิตในที่ดินที่ทำการเพาะปลูกให้ได้ผลผลิตในปริมาณมากขึ้น โดยเกษตรกรที่ทำการเกษตรส่วนใหญ่แล้วมีการใช้ปุ๋ยเคมี ยาฆ่าแมลงและยากำจัดศัตรูพืช ในการเร่งการเจริญเติบโตของต้นพืช เพื่อให้พืชมีการเจริญเติบโตที่แข็งแรงและสมบูรณ์และไม่มีร่องรอยการกัดแทะของหนู หรือแมลงต่างๆ ที่อาจจะส่งผลกระทบให้พืชมีความเสียหายหรือวัชพืชนั้นอาจส่งผลให้พืชหลักมีการเจริญเติบโตที่ไม่แข็งแรง เลยมีการใช้สารปราบศัตรูพืชเพื่อเป็นการกำจัดศัตรูของพืชได้ง่ายและรวดเร็ว เพราะปัจจุบันมีการแข่งขันของตลาดสูงขึ้นกว่าเมื่อสมัยก่อน มีการส่งออกสินค้าไปสู่ประเทศต่างๆ จึงมีการแข่งขันกันสูง เพื่อที่ผลผลิตของตนจะได้ก้าวเข้าสู่ระดับโลก เพราะเหตุนี้จึงทำให้มีสารเคมีตกค้างอยู่ในพืชที่เพาะปลูก สารเคมีดังกล่าวได้ส่งผล

กระทบในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบด้านสุขภาพ ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม และผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ถึงแม้ว่าปุ๋ยเคมี ยาฆ่าแมลงจะมีราคาแพง แต่เกษตรกรก็ยังต้องใช้มันเพื่อให้ได้ผลผลิตของตนออกมาดี มีราคาสูง แม้จะรู้ว่าการใช้สารเคมีมีผลกระทบต่อผู้บริโภค ทำให้คนในสังคมได้รับความเดือดร้อนและสามารถทำให้เกิดปัญหาทางสังคมเพิ่มมากขึ้น⁽²⁾

ปุ๋ยหมักชีวภาพมีการให้คำจำกัดความในทางวิชาการที่ค่อนข้างหลากหลาย ในที่นี้ หมายถึง “ปุ๋ยอินทรีย์” ซึ่งได้แก่ สารธรรมชาติที่ได้จากกระบวนการหมักกับ วัตถุดิบจากธรรมชาติต่างๆ ทั้งพืช และสัตว์จนสลายตัวสมบูรณ์เป็นฮิวมัส วิตามิน โซร โโมน และสารธรรมชาติต่างๆ (ดินป่า) ซึ่งเป็นทั้งอาหารของดิน (สิ่งมีชีวิตในดิน) ตัวเร่งการทำงาน (Catalize) ของสิ่งมีชีวิตเล็กๆ ที่อาศัยอยู่ในดิน และอาศัยอยู่ปลายรากของพืช (แบคทีเรีย แอคติโนมัยซิส และเชื้อรา ฯลฯ) ที่สามารถสร้างธาตุอาหารกว่า 93 ชนิดให้แก่พืช โดยการทำปุ๋ยหมักชีวภาพนั้น คือ การนำเอาพืช ผัก ผลไม้ สัตว์ชนิดต่างๆ มาหมักกับน้ำตาลทำให้เกิดจุลินทรีย์ที่เป็นประโยชน์จำนวนมากซึ่งจุลินทรีย์เหล่านี้จะไปช่วยสลายธาตุอาหารต่างๆ ที่อยู่ในพืช ผัก ผลไม้ สัตว์ ที่นำมาหมัก มีคุณค่าในแง่ของธาตุอาหารพืช เมื่อถูกย่อยสลายโดยกระบวนการย่อยสลายของแบคทีเรียหรือจุลินทรีย์สารต่างๆจะถูกปลดปล่อยออกมา เช่น โปรตีน กรดอะมิโน กรดอินทรีย์ ธาตุอาหารหลัก ธาตุอาหารรอง โซร โโมนเร่งการเจริญเติบโต วิตามิน ซึ่งพืชสามารถนำไปใช้ในการเจริญเติบโตของพืชได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽³⁾

สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เป็นหลักสูตรในสถาบันอุดมศึกษาที่ได้ผลิตนักสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน และเป็นหลักสูตรที่มีการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่เน้นให้นักนิสิตมีความรู้และมีทักษะในด้านการเผยแพร่ความรู้ด้านสิ่งแวดล้อม สามารถนำความรู้ที่ได้ไปถ่ายทอดให้กับบุคคลอื่นๆ ได้ และเนื่องจากนักสิ่งแวดล้อมศึกษาจะเป็นผู้ที่สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้คนมีความรู้ ทักษะ เจตคติ และค่านิยมที่ดีต่อสิ่งแวดล้อม ความตระหนักต่อปัญหาสิ่งแวดล้อม ทักษะในการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อม การมีส่วนร่วมและการประเมินผลการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิด

คุณภาพสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิต⁽⁴⁾ การส่งเสริมการทำนุบำรุงหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษเป็นวิธีการจัดกิจกรรมฝึกอบรมที่มุ่งเน้นให้นิสิตมีความรู้และทัศนคติต่อการทำนุบำรุงหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษ จากการส่งเสริมโดยผ่านกิจกรรมฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาทักษะความชำนาญอันจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติและพฤติกรรม โดยไม่จำกัดการศึกษาสถานที่เพศ และโอกาส และเป็นการเรียนรู้ตลอดชีวิต⁽⁵⁾

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะการส่งเสริมการทำนุบำรุงหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษสำหรับนิสิตสาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผลจากการวิจัยจะให้นิสิตมีความรู้และทัศนคติการทำนุบำรุงหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษ เพื่อให้นิสิตสามารถนำความรู้ที่ได้จากการส่งเสริมการทำนุบำรุงหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษไปถ่ายทอดความรู้ต่อไปได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติก่อนและหลังการฝึกอบรมในการทำนุบำรุงหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษ และเพื่อศึกษาทักษะการปฏิบัติการทำนุบำรุงหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษ

สมมุติฐานการวิจัย

หลังการฝึกอบรมการทำนุบำรุงหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษ ผู้เข้าร่วมการส่งเสริมมีจะความรู้และทัศนคติมากกว่าก่อนการฝึกอบรม

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ครั้งนี้ ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ นิสิตชั้นปีที่ 2 สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีการศึกษา 2558 จำนวน 67 คน กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัย คือ นิสิตชั้นปีที่ 2 สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จำนวน 30 คน ได้จากการสุ่มใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการฝึกอบรม

1.1 คู่มือการฝึกอบรมการทำนุบำรุงหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษ จากการศึกษาความสอดคล้องของคู่มือฝึกอบรมการทำนุบำรุงหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษและความเหมาะสมของคู่มือฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญพบว่า ค่า IOC ของคู่มือมีค่ามากกว่า 0.50 ขึ้นไป และค่าความเหมาะสมมีค่ามากกว่า 3.50 ซึ่งถือว่าคู่มือฝึกอบรมมีความสอดคล้องและเหมาะสม

1.2 แผ่นพับการฝึกอบรมการทำนุบำรุงหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษ จากการศึกษาความสอดคล้องของแผ่นพับการฝึกอบรมการทำนุบำรุงหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษและความเหมาะสมของแผ่นพับจากผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ค่า IOC ของคู่มือมีค่ามากกว่า 0.50 ขึ้นไป และค่าความเหมาะสมมีค่ามากกว่า 3.50 ซึ่งถือว่าแผ่นพับมีความสอดคล้องและเหมาะสม

2. เครื่องมือวัดผลสัมฤทธิ์

2.1 แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับการทำนุบำรุงหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษ เป็นแบบทดสอบแบบปรนัยชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ พบว่าแบบทดสอบวัดความรู้มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r) ตั้งแต่ 0.20 – 0.61 มีความยากง่าย (p) ในระดับที่ใช้ได้ คือ ค่าต่ำที่สุด 0.52 และสูงที่สุด 0.78 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.773

2.2 แบบวัดทัศนคติต่อการทำนุบำรุงหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ พบว่า แบบวัดทัศนคติมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r) ตั้งแต่ 0.35 - 0.80 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.87

2.3 แบบวัดทักษะการปฏิบัติการการทำนุบำรุงหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ พบว่า แบบวัดทักษะมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r) ตั้งแต่ 0.50–0.71 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.891

ขั้นตอนการการวิจัย

ระยะที่ 1 สำรวจและศึกษาข้อมูลเบื้องต้น

1. ผู้วิจัยประสานขอความอนุเคราะห์สถานที่จัดฝึกอบรม และศึกษาความสมัครใจเข้ารับการส่งเสริมการทำนุบำรุง

หมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษกับนิสิตชั้นปีที่ 2 สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

2. ผู้วิจัยประสานงานติดต่อผู้เข้าฝึกอบรม คือ นิสิตชั้นปีที่ 2 สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ซึ่งได้จากการสมัครใจเข้าร่วมการฝึกอบรมจำนวน 30 คน

ระยะที่ 2 ออกแบบเครื่องมือในการถ่ายทอดสิ่งแวดล้อมศึกษา ในระยะนี้ผู้วิจัยจะกระทำหลังจากการสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือในการถ่ายทอดและเครื่องมือวัดผลการทำปุ๋ยหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษเป็นระยะการเตรียมความพร้อมของคู่มือ แผ่นพับและแบบวัดผลสัมฤทธิ์ เพื่อใช้ประกอบในการจัดกระบวนการฝึกอบรม

ระยะที่ 3 กระบวนการถ่ายทอดทางสิ่งแวดล้อมศึกษา ในระยะนี้เป็นระยะของกระบวนการถ่ายทอดทางสิ่งแวดล้อมศึกษา โดยผ่านกระบวนการฝึกอบรมถ่ายทอดให้เกิดความรู้ทัศนคติ ซึ่งมีขั้นตอนในการฝึกอบรม ดังนี้

1. ชี้นำเข้าสู่กิจกรรมการฝึกอบรม เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้เข้ารับการฝึกอบรมหรือการสร้างบรรยากาศให้เอื้ออำนวยต่อการฝึกอบรมเพื่อสร้างความคุ้นเคย และลดความตึงเครียดทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้เข้ารับการฝึกอบรม

2. ขั้นตอนกิจกรรม คือ กิจกรรมการฝึกอบรมในการส่งเสริมการทำปุ๋ยหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษ ประกอบด้วย การบรรยาย การถามตอบแลกเปลี่ยนความรู้และสาธิต โดยมีคู่มือและแผ่นพับประกอบการบรรยายและมีการกำหนดเป้าหมายของแต่ละกิจกรรมเพื่อให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมทราบว่าตนกำลังทำอะไรอยู่ ซึ่งในการฝึกอบรมผู้วิจัยมีเทคนิคและวิธีการฝึกอบรมเพื่อให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเกิดความรู้ ทักษะและการปฏิบัติการทำปุ๋ยหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษ

3. ขั้นตอนผลการจัดกิจกรรมเป็นขั้นตอนสุดท้าย ซึ่งจะขึ้นต่อบทบาทประจักษ์ของตัวผู้วิจัยที่จัดไว้ในตอนแรก โดยในการอบรมครั้งนี้วัดผลการประเมิน 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน คือ paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย

1. ผลการเปรียบเทียบความรู้ ทักษะก่อนและหลังการฝึกอบรมในการทำปุ๋ยหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษ

ตาราง 1 ผลการเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการส่งเสริมการทำปุ๋ยหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษของนิสิต

ด้าน	ก่อนการฝึกอบรม			หลังการฝึกอบรม			t	df	P
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ			
ความรู้	10.17	2.87	ปานกลาง	14.60	1.65	มาก	-8.749	29	.000*
ทัศนคติ	2.63	0.30	เห็นด้วย	2.96	0.06	เห็นด้วย	-5.814	29	.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 1 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการทำปุ๋ยหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษ ก่อนและหลังการฝึกอบรม พบว่า ก่อนการฝึกอบรมนิสิตมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.17 ส่วนหลังการฝึกอบรมนิสิตมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.60 เมื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการทำปุ๋ยหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการ

การเกษตรปลอดสารพิษ ก่อนและหลังการฝึกอบรม พบว่า นิสิตปริญญาตรีมีความรู้เกี่ยวกับการทำปุ๋ยหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษหลังมากกว่าก่อนการฝึกอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทัศนคติต่อการทำปุ๋ยหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษ ก่อนและหลังการฝึกอบรม พบว่า ก่อนการฝึกอบรมนิสิตมีทัศนคติโดยรวมอยู่ใน

ระดับเห็นด้วย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.63 ส่วนหลังการฝึกอบรมนิสิตมีทัศนคติโดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.96 เมื่อเปรียบเทียบทัศนคติต่อการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษ ก่อนและหลังการฝึกอบรม พบว่า นิสิตปริญญา

ตรี มีทัศนคติต่อการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษหลังมากกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. การศึกษาทักษะการปฏิบัติการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษ

ตาราง 2 ผลการศึกษาการวัดทักษะการปฏิบัติการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษของนิสิต

ข้อที่	ทักษะการปฏิบัติการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1	นิสิตมีการเตรียมวัสดุอุปกรณ์ในการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพก่อนจะทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพเสมอ	4.50	0.62	มาก
2	ในการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพนิสิตลงมือทำตามขั้นตอนการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพทุกขั้นตอน	4.40	0.62	มาก
3	ในการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพนิสิตใส่อัตราส่วนผสมตามอัตราที่กำหนด	4.70	0.53	มากที่สุด
4	นิสิตมีการล้างวัสดุอุปกรณ์หลังจากการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพทุกครั้ง	4.63	0.49	มากที่สุด
5	นิสิตใช้เนื้อหอย เป็นส่วนผสมในการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพ	4.53	0.68	มากที่สุด
6	นิสิตนำปฏิกิริยาหมักที่ผสมคลุกเคล้ากันแล้วใส่ในภาชนะทิ้งไว้ 15 วัน	4.43	0.77	มาก
7	นิสิตนำภาชนะของปฏิกิริยาหมักไว้ในที่โล่งแจ้ง	4.47	0.73	มาก
8	ในการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพนิสิตใส่ส่วนผสม เช่น กากน้ำตาล ในปริมาณที่กำหนด	4.53	0.68	มาก
9	นิสิตสวมถุงมือในขณะที่ลงมือปฏิบัติการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพ	4.57	0.67	มากที่สุด
10	นิสิตทดสอบปฏิกิริยาหมักชีวภาพว่าใช้ได้หรือยังก่อนเก็บในแกลลอนโดยการสังเกตจากสีของน้ำหมัก และกลิ่น ถ้ากลิ่นหอมก็สามารถใช้งานได้	4.70	0.46	มากที่สุด
เฉลี่ยรวม		4.54	0.43	มากที่สุด

จากตาราง 2 พบว่า นิสิตที่เข้ารับการส่งเสริมมีทักษะการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.54 แสดงให้เห็นว่าการฝึกอบรมด้วยกระบวนการทางสิ่งแวดล้อมศึกษา ทำให้นิสิตเกิดทักษะการปฏิบัติการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษมากที่สุด

อภิปรายผล

1. ผลการเปรียบเทียบความรู้ ก่อนและหลังการฝึกอบรมการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษของนิสิต พบว่า ความรู้ของผู้เข้าร่วมการส่งเสริมก่อนการฝึกอบรมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการฝึกอบรมโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการฝึกอบรม พบว่า ผู้เข้าร่วมการส่งเสริมการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษมีความรู้เพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากรูปแบบและกระบวนการถ่ายทอดความรู้โดยใช้กระบวนการสิ่งแวดล้อมศึกษาที่ได้บูรณาการในการใช้เทคนิคในการส่งเสริมโดยการฝึกอบรม

และมีความหลากหลาย มีการใช้เทคนิคต่างๆ ได้แก่ เทคนิคการบรรยาย การเล่นเกมเน้นทบทวน การถามตอบแลกเปลี่ยนความรู้ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวมีความเหมาะสมกับวัยของผู้เข้าร่วมการส่งเสริม ทำให้ผู้เข้าร่วมการส่งเสริมมีความสนใจและเกิดความกระตือรือร้นในการรับความรู้และนำไปสู่การเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพจึงทำให้ผู้เข้าร่วมการส่งเสริมมีความรู้เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ เบนจามิน เอส บลูม (1975 : 18)⁽⁶⁾ ที่ได้อธิบายว่าความรู้เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะเรื่องหรือเรื่องทั่วไป ระลึกถึงวิธีการกระบวนการหรือสถานที่ต่างๆ โดยเน้นความจำและความสามารถที่เกี่ยวกับความจำ ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปของการจำได้การระลึกได้ในส่วนที่เป็นเนื้อหาสาระและสอดคล้องกับไพศาล หวังพานิช (2526 : 96)⁽⁷⁾ กล่าวว่า เมื่อบุคคลได้รับการถ่ายทอดเรื่องราวต่างๆ จากการเรียนรู้ การฝึกฝน การส่งเสริม และที่เคยพบเห็นมาผ่านประสาทสัมผัสต่างๆ จะทำให้ทราบข้อเท็จจริงหรือรายละเอียดของเรื่องราว

อันจะเป็นประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งจะสะสมและถ่ายทอด สืบต่อกันไปจนกลายเป็นความรู้จากการส่งเสริมการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพด้วยวิธีการบรรยาย และมีการสาธิตการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพ เป็นกระบวนการถ่ายทอดความรู้ด้วยวิธีการที่หลากหลาย ประกอบกับการสอดแทรกกิจกรรมที่เป็น นันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสนุกสนานและน่าสนใจ ทำให้ผู้เข้าร่วมการส่งเสริมเกิดการรับรู้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อรุณา สงะวะ (2559 : 216-228)⁽⁸⁾ ที่ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาคู่มือฝึกอบรมการแก้ไขปัญหาดิน ขาดความอุดมสมบูรณ์เพื่อปลูกมันสำปะหลังในจังหวัด มหาสารคาม ผลการศึกษา พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ก่อนและหลังการฝึกอบรม พบว่า หลังการฝึกอบรม นิสิตมีคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้มากกว่าก่อนการฝึกอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับงาน วิจัยของพิมพ์ลดา ภิรมย์จิต และคณะ (2557 : 299-309)⁽⁹⁾ ที่ได้ ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของ เกษตรกร บ้านนาเหล่า อำเภอนาวัง จังหวัดหนองบัวลำภู ผล การศึกษา พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับงานวิจัย ของเสาวนีย์ สายสิญจน์ (2553 : 34-44)⁽¹⁰⁾ ที่ได้ศึกษาผลการใช้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงจูงใจต่อการลดการใช้ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและส่งเสริมการใช้จุลินทรีย์ EM ใน เกษตรกรผู้ปลูกผัก ผลการศึกษา พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีความรู้เรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ใน ระดับสูง ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการ ส่งเสริมการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอด สารพิษมีผลทำให้ความรู้หลังเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีการใช้ เทคนิคในการส่งเสริม ด้วยวิธีการบรรยายให้ความรู้ และ กิจกรรมการถามตอบ เป็นรูปแบบที่จะทำให้ผู้เข้าร่วมการ ส่งเสริมสนใจ ซึ่งส่งผลให้นิสิตสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ ให้เกิดประโยชน์เพื่อลดต้นทุนในการทำการเกษตร

2. ผลการเปรียบเทียบทัศนคติก่อนและหลังการ ฝึกอบรมการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอด สารพิษของนิสิต พบว่า ทัศนคติของผู้เข้าร่วมการส่งเสริม ก่อนการฝึกอบรมโดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วย และหลังการ ส่งเสริมผู้เข้าร่วมการส่งเสริมมีทัศนคติโดยรวมอยู่ในระดับ

เห็นด้วย เมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการฝึกอบรม พบว่า ผู้เข้าร่วมการส่งเสริมการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพเพื่อใช้ ใน การเกษตรปลอดสารพิษมีทัศนคติเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ เนื่องมาจากกิจกรรมการฝึกอบรมซึ่งผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคในการ ฝึกอบรมที่หลากหลาย มีการบรรยาย โดยใช้คู่มือฝึกอบรม และแผ่นพับฝึกอบรมซึ่งที่ผู้วิจัยได้ใช้เป็นสื่อประกอบการ ฝึกอบรม และยังมีการอภิปราย การถามตอบที่เน้นการเรียนรู้ ร่วมกันระหว่างวิทยากรและผู้เข้าร่วมการส่งเสริม ซึ่ง สามารถเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมการส่งเสริมมีทัศนคติที่ เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ นิพนธ์ แจ่มเอี่ยม (2544 : 19)⁽¹¹⁾ ที่กล่าวว่าทัศนคติ คือ สิ่งที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคลที่ จะตอบสนองต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งเราไม่สามารถสังเกตหรือวัด ได้โดยตรงแต่เราก็สามารถรู้ได้โดยดูจากพฤติกรรมของบุคคล ว่า จะตอบสนองต่อสิ่งเรายังไรเราก็จะทราบทันที และ สอดคล้องกับแนวคิดของ สักดิ์ สุนทรเสณี (2531 : 2)⁽¹²⁾ กล่า วว่า ทัศนคติ เชื่อมโยงไปถึงพฤติกรรมของบุคคลว่า ทัศนคติ หมายถึง ความสลับซับซ้อนของความรู้สึก หรือการมีอคติ ของบุคคล ในการสร้างความพร้อมที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ตามประสบการณ์ของบุคคลนั้นๆ ที่ได้รับมา ความโน้มเอียง ที่จะมิปฏิบัติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในทางที่ดีหรือต่อต้าน สิ่งแวดล้อมที่จะมาถึงทางหนึ่งทางใด ในด้าน พฤติกรรม หมายถึง การเตรียมตัวหรือความพร้อมที่จะตอบสนอง มี ความสอดคล้องกับงานวิจัยของ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จารวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ และคณะ (2557 : 429-434)⁽¹³⁾ ที่ได้ ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัด ศัตรูพืชของเกษตรกรบ้านห้วยสามขา ตำบลท่งพร้า อำเภอยะ หงส์ จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษา พบว่า เมื่อพิจารณา โดยภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับ การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับ งานวิจัยของ ธนัชร ประทุม (2556 : บทคัดย่อ)⁽¹⁴⁾ ที่ได้ทำ การส่งเสริมการใช้ปุ๋ยอินทรีย์เพื่อการปรับปรุงดิน บ้านดง น้อย ผลการศึกษา พบว่า หลังการส่งเสริมชาวบ้านดงน้อย มี คะแนนเฉลี่ยทัศนคติหลังการส่งเสริมมากกว่าก่อนการ ส่งเสริม จากการส่งเสริมการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพเพื่อใช้ ใน การเกษตรปลอดสารพิษ ตามแนวคิดสิ่งแวดล้อมศึกษามีผล ทำให้ทัศนคติหลังเพิ่มขึ้นก่อนการฝึกอบรม การใช้ กระบวนการถ่ายทอดสิ่งแวดล้อมศึกษา โดยการบรรยาย

ประกอบกับคู่มือและแผ่นพับในการฝึกอบรมสามารถทำให้นิสิตเกิดความสนใจกับสิ่งที่ตนกำลังได้รับจากการส่งเสริมเป็นรูปแบบที่จะทำให้นิสิตสนใจ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติไปในทางที่ดีขึ้น

3. ผลการศึกษาทักษะการปฏิบัติการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษ หลังการฝึกอบรมพบว่า หลังการฝึกอบรม ผู้ที่เข้ารับการส่งเสริมการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษมีระดับทักษะการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องมาจากมีการสาธิตการปฏิบัติการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ใช้ในการฝึกอบรม และยังใช้คู่มือและแผ่นพับประกอบการบรรยายเพื่อให้เกิดทักษะการปฏิบัติที่เข้าใจได้ง่ายขึ้น ได้มีการสาธิตและให้ผู้เข้าร่วมฝึกอบรมได้ปฏิบัติการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้จริง เพื่อให้เกิดแนวคิดและแนวทางในการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพในรูปแบบต่างๆ เพื่อนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์และปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อีกด้วย ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ ปรีชาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2556 : 3)⁽¹⁵⁾ ที่กล่าวถึงการปฏิบัติ คือ การปฏิบัติของสิ่งมีชีวิตทั้งที่อยู่ภายในหรือแสดงออกมามีลักษณะที่สังเกตได้หรืออาจจะสังเกตไม่ได้เพื่อตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิไลวรรณ แสงมนตรี (2556 : บทคัดย่อ)⁽¹⁶⁾ ได้ศึกษาการส่งเสริมการลดใช้ปุ๋ยเคมีในนาข้าวเพื่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการปฏิบัติการลดใช้ปุ๋ยเคมีในนาข้าว หลังการฝึกอบรมอยู่ในระดับมากที่สุด และสอดคล้องกับงานวิจัยของ เนตรนรินทร์ คำโหล่น และคณะ (2559 : 101-107)⁽¹⁷⁾ ที่ได้ศึกษาความรู้และการปฏิบัติด้านสุขวิทยาอาหารของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษาแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีการปฏิบัติด้านสุขวิทยาอาหารใน

ระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 3.96 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน จากการส่งเสริมการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษ โดย มีกระบวนการการสาธิตการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพ มีการบรรยายประกอบกับคู่มือและแผ่นพับในการฝึกอบรมทำให้นิสิตเกิดความสนใจกับสิ่งที่ตนกำลังได้รับจากการส่งเสริม เป็นรูปแบบที่จะทำให้ผู้เข้าร่วมฝึกอบรมสามารถนำไปสู่การปฏิบัติการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพไปในทางที่ดีได้

ข้อเสนอแนะ

1. การส่งเสริมการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษ สามารถทำให้นิสิตเกิดความรู้ความเข้าใจการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษ ดังนั้น จึงสามารถนำวิธีการฝึกอบรมโดยมีการบรรยาย การเล่นเกมเน้นทบทวน และการถามตอบแลกเปลี่ยนความรู้ไปประยุกต์ใช้ในจัดกิจกรรมฝึกอบรมได้

2. สามารถนำวิธีการส่งเสริมการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษไปใช้ในกิจกรรมการเรียนการสอนด้านสิ่งแวดล้อมได้ เนื่องจากการส่งเสริมการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษสามารถทำให้นิสิตมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษ

3. การส่งเสริมการทำปฏิกิริยาหมักชีวภาพเพื่อใช้ในการเกษตรปลอดสารพิษมีการสาธิตและให้ผู้เข้าร่วมฝึกอบรมลงมือปฏิบัติ ดังนั้น ผู้เข้าร่วมฝึกอบรมจึงมีการปฏิบัติจริงซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการที่ได้จากการเรียนรู้จริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่สนับสนุนการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- ชาคริต เบี้ยวจันทร์. การประเมินผลโครงการฝึกอบรมเกษตรกรธรรมชาติ ศูนย์ฝึกและพัฒนาอาชีพเกษตรกรรมวัดญาณสังวรารามมหาวิหาร อันเนื่องมาจากพระราชดำริ. วิทยานิพนธ์ วท.ม.การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2550.
- จุไรรัตน์ คุรุโคตร. สิ่งแวดล้อมชนบท. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาสารคาม, 2556.

3. จงเจริญชัย ยิ้มสกุลชัย. การทำปุ๋ยอินทรีย์ชีวภาพ. URL http://kasetthai2015.blogspot.com/2015_01_01_archive.html สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2558.
4. ประยูร วงศ์จันทร์. วิทยาการสิ่งแวดล้อม. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาสารคาม, 2555. .
5. นิรัชรา ทองธรรมชาติ. กลยุทธ์การฝึกอบรมและวิทยาการในยุคโลกาภิวัตน์. ลินคอร์นโปรโมชัน กรุงเทพฯ, 2544.6. Bloom, Benjamin S.J. (ed). *Taxonomy of Education Objective, Hand Book 1 : Cognitive Domain*. David McKay New York, 1975.
7. ไพศาล หวังพานิช. องค์ประกอบความรู้. ไทยวัฒนาพานิช กรุงเทพฯ, 2526.
8. อรุณา สงขะวา และคณะ. “การพัฒนาคู่มือฝึกอบรมการแก้ไขปัญหาดินขาดความอุดมสมบูรณ์เพื่อปลูกมันสำปะหลังในจังหวัดมหาสารคาม”. วารสาร สิ่งแวดล้อมศึกษา – สสศท. 7(14): 216-228, 2559.
9. พิมพ์ดา ภิรมย์จิต และคณะ. “ความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร บ้านนาเหล่า อำเภอนาวัง จังหวัดหนองบัวลำภู”. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2(3): 299-309, 2557.
10. เสาวนีย์ สายสิญจน์. “ผลการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงจูงใจต่อการลดการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและส่งเสริมการใช้จุลินทรีย์ EM ในเกษตรกรผู้ปลูกผัก”. วารสารการเกษตรราชภัฏ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 9(2): 34-44, 2553.
11. นิพนธ์ แจ่มเอี่ยม. จิตวิทยาสังคม. โรงพิมพ์เอกมัยการพิมพ์ กรุงเทพฯ, 2544.
12. ศักดิ์ สุนทรเสนี. เจตคติ. ศิ.ดี.บุ๊คส์โตร์ กรุงเทพฯ, 2531.
13. จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ และคณะ. “การศึกษาคำขวัญ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรบ้านห้วยสามขา ตำบลท่ง อำเภอมะนัง จังหวัดนราธิวาส”. วารสารศรีนครินทร์เวชสาร. 29(5): 429-434, 2557.
14. ธนัพร ประทุม. การส่งเสริมการใช้ปุ๋ยอินทรีย์เพื่อการปรับปรุงบำรุงดินบ้านดงน้อย ตำบลเวียง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. โครงการวิจัยสาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2556.
15. ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. จิตวิทยาการศึกษา. ศูนย์สื่อส่งเสริมกรุงเทพมหานคร กรุงเทพฯ, 2556.
16. พิไลวรรณ แสงมนตรี. การส่งเสริมการลดใช้ปุ๋ยเคมีในนาข้าวเพื่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม. โครงการวิจัยสาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2556.
17. เนตรนรินทร์ คำโหลน และคณะ. “ความรู้และการปฏิบัติด้านสุขวิทยาอาหารของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษาแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ”. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 9(2): 101-107, 2559.

การประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์วิเคราะห์เส้นทางเก็บขนขยะมูลฝอย

ในเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

Application of Geographic Information System for Solid Waste Collection Route Analysis in Kalasin

Municipality, Mueang District, Kalasin Province

อักรพล ภูมิ¹, ชัยรัช จันทน์สมุด², มนต์รี พิมพีใจ³

Akkaraphon Phumee, Chaitach Jansamood, Montree Pimjai

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ในการวิเคราะห์และออกแบบเส้นทางเก็บขนขยะมูลฝอยในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้เทคนิค Network Analysis เพื่อวิเคราะห์ และสร้างเส้นทางทางเลือกเพื่อการเสนอแนะเส้นทางเก็บขนขยะมูลฝอยที่มีระยะทางรวมทั้งสั้นกว่าปัจจุบัน

ผลการวิจัยพบว่าเส้นทางเดิมรถเก็บขนขยะมูลฝอยปัจจุบัน และเส้นทางทางเลือกจากการวิเคราะห์ 5 เส้นทาง ได้ผลรวมระยะทางแต่ละเส้นทางดังนี้ (1) เส้นทางเดิมรถเก็บขนขยะมูลฝอยปัจจุบันทั้ง 8 เส้นทาง การจัดเก็บ มีระยะทางรวม 680 กิโลเมตรต่อวัน (2) ทางเลือก A ได้จากการวิเคราะห์และเส้นทางขึ้นใหม่แต่ยังใช้ขอบเขตการรับผิดชอบในการจัดเก็บมูลฝอยเหมือนปัจจุบันที่มี 8 เส้นทาง ได้ระยะทางรวม 604 กิโลเมตรต่อวัน (3) ทางเลือก B ได้จากการวิเคราะห์และเส้นทางขึ้นใหม่ภายใต้เงื่อนไขการกำหนดเขตและเส้นทางเก็บขนขยะมูลฝอย 6 เส้นทาง ได้ระยะทางรวม 263 กิโลเมตรต่อวัน (4) ทางเลือก C ได้จากการวิเคราะห์และเส้นทางขึ้นใหม่ภายใต้เงื่อนไขการกำหนดเขตและเส้นทางเก็บขนขยะมูลฝอย 7 เส้นทาง ได้ระยะทางรวม 288 กิโลเมตรต่อวัน (5) ทางเลือก D ได้จากการวิเคราะห์และเส้นทางขึ้นใหม่ภายใต้เงื่อนไขการกำหนดเขตและเส้นทางเก็บขนขยะมูลฝอย 8 เส้นทาง ได้ระยะทางรวม 314 กิโลเมตรต่อวัน และ (6) ทางเลือก E ได้จากการวิเคราะห์และเส้นทางขึ้นใหม่ภายใต้เงื่อนไขการกำหนดเขตและเส้นทางเก็บขนขยะมูลฝอย 9 เส้นทาง ได้ระยะทางรวม 330 กิโลเมตรต่อวัน การเปรียบเทียบระยะทางรวมของเส้นทางเดิมรถเก็บขนขยะมูลฝอยปัจจุบัน กับเส้นทางทางเลือกที่ได้จากการวิเคราะห์ขึ้นใหม่ 5 เส้นทาง สามารถใช้เป็นข้อมูลเสนอแนะเพื่อการตัดสินใจในการกำหนดเส้นทางรถเก็บขนขยะมูลฝอยของเทศบาลได้ 2 เส้นทางดังนี้ 1) เส้นทางทางเลือก A เป็นเส้นทางที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนขอบเขตการรับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่ แต่สามารถลดระยะทางการเก็บขนขยะมูลฝอยได้ 76 กิโลเมตรต่อวัน 2) เส้นทางทางเลือก B เป็นเส้นทางที่ต้องมีการจัดแบ่งเขตรับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่และเส้นทางรถเก็บขนขยะมูลฝอยใหม่ เป็น 6 เส้นทาง สามารถลดระยะทางการเก็บขนขยะมูลฝอยได้ 417 กิโลเมตรต่อวัน

คำสำคัญ : การวิเคราะห์โครงข่าย, การเก็บขนขยะมูลฝอย, เส้นทางรถเก็บขนขยะมูลฝอย, ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์

Abstract

This research aims to create and apply geographical information technology system for an analysis of collecting-wastes routes and routes in the areas of Kalasin Municipality via using an analytical technique of Network Analysis to analyze and create new routes of waste collection. Therefore, the shortest route is the main goal of the analysis.

The results reveal that a total number of distance of existing collecting-wastes routes and analyzed routes in 5 alternative routes comprising as follow: 1) 680 kilometers per day is a total amount of distance of present collecting-wastes routes, 2) Option A is an analysis for specifying new route using 8 old routes of 604 kilometers per day, 3) Option B, an analysis of new routes manipulated under conditional specifications of 6 routes with 263 kilometers per day, 4) Option C, an analysis of new routes manipulated under conditional specifications of 7 routes with 288 kilometers per day, 5) Option D, an analysis of new routes manipulated under conditional specifications of 8 routes with 314 kilometers per day, and 6) Option E, an analysis of new routes manipulated under conditional specifications of 9 routes with 330 kilometers per day. According to the comparisons of distances between present routes and alternative 5 routes, it can be recommended as in formation of

¹ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

³ อาจารย์ คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

the shortest routes. The differences of two distances show that, option A uses an old routes and orders of waste collection but only the orders of collecting spots that changed at total distance of 604 Kilometers and can reduce the distance at 76 Kilometers per day. Therefore, option B can be divided into 6 routes under the solution of the new routes of 263 Kilometers, totally which is less than present route distance at 427 Kilometers per day.

บทนำ

ปัญหาขยะมูลฝอยเป็นปัญหาสิ่งแวดล้อมที่สำคัญและได้รับความสนใจในการเร่งแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นให้หมดไปส่วนใหญ่การจัดการขยะมูลฝอยของหน่วยงานท้องถิ่นในเขตเมืองหรือเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ยังคงใช้วิธีการจัดการขยะที่ไม่ถูกต้องและไม่ทั่วถึงซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม และสุขภาพอนามัยของประชาชน ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาเหล่านี้เพื่อให้ท้องถิ่นมีการจัดการกับขยะมูลฝอยที่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล โดยได้สนับสนุนงบประมาณให้กับท้องถิ่นเพื่อดำเนินการจัดการกับขยะมูลฝอยนั้น พบว่างบประมาณส่วนใหญ่จะถูกใช้ในขั้นตอนการเก็บขน ในสหรัฐอเมริกาแบบรวบรวมเก็บขนมูลฝอยเป็นการบริการประเภทหนึ่งของเมืองที่ดีค่าใช้จ่ายมากที่สุด และประมาณร้อยละ 60-80 ของงบประมาณในการจัดการมูลฝอยเป็นค่าใช้จ่ายในการเก็บขนและขนส่ง ซึ่งค่าใช้จ่ายในการเก็บขนมูลฝอยจะ (การประยุกต์ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์เพื่อการจัดการเส้นทางเดินรถเก็บขยะมูลฝอยในเทศบาลนครพิษณุโลก)

⁽¹⁾ประกอบด้วย ค่าจ้างพนักงาน ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง และค่าซ่อมแซมบำรุงรักษารถเป็นต้น ดังนั้นถ้าการจัดการในส่วนนี้มีข้อบกพร่องก็จะทำให้ประสิทธิภาพการจัดการมูลฝอยลดลงด้วย ในทางตรงกันข้ามหากทำได้มีประสิทธิภาพนอกจากจะทำให้ลดค่าใช้จ่ายโดยรวมแล้ว ยังทำให้ชุมชนไม่มีขยะมูลฝอยตกค้าง อันส่งผลให้เกิดความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของเมืองอีกด้วย การจัดการเส้นทางเดินรถเก็บขยะมูลฝอยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อประสิทธิภาพการเก็บขนขยะมูลฝอยนั้นคือระยะเวลาที่สั้นที่สุดและเส้นทางที่ดีที่สุดให้กับรถเก็บขนแต่ละคัน มีความสมดุลแต่ละเส้นทาง จะทำให้ลดระยะทางและเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ซึ่งหมายถึงการลดค่าใช้จ่ายโดยรวม

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ได้รับการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานต่าง ๆ เพื่อจัดสร้างเป็นข้อมูล โดยการวิเคราะห์

โครงข่าย การวิเคราะห์โครงข่ายนั้นสามารถทำการวิเคราะห์เส้นทางที่สั้นที่สุดหรือใช้เวลาในการเดินทางที่น้อยที่สุดสำหรับนำข้อมูลมาประยุกต์ใช้ในการนำเสนอแนวทางการจัดขนขยะมูลฝอยโดยเน้นที่การจัดการด้านตำแหน่งที่ตั้งถังขยะที่เหมาะสม และเส้นทางที่สั้นที่สุดหรือใช้เวลาที่น้อยที่สุดในการขนส่งขยะในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์โครงข่ายเส้นทางรถขนถ่ายขยะมูลฝอยในเขตพื้นที่รับผิดชอบของเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อเสนอทางเลือกในการขนถ่ายขยะมูลฝอยที่สั้นที่สุดในเขตพื้นที่รับผิดชอบของเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ซึ่งประกอบด้วยรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดเส้นทาง การนำเข้าและจัดทำฐานข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดเส้นทางเดินรถตลอดจนการจัดทำแผนที่เพื่อแสดงผลลัพธ์เส้นทางเดินรถเก็บขนขยะมูลฝอย ด้วยการวิเคราะห์โครงข่ายในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. การสำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูลข้อมูล

1.1 สร้างข้อมูลโครงข่ายถนน โครงข่ายเส้นทางได้จากการรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ พร้อมทั้งการปรับปรุงเส้นทางให้เป็นปัจจุบันจากการแปลภาพถ่ายดาวเทียมและการสำรวจข้อมูลภาคสนามจากการใช้ เครื่องกำหนดตำแหน่งบนโลก (GPS) ในการสำรวจเส้นทาง พร้อมทั้งนำเข้าข้อมูลและบันทึกสู่ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ให้อยู่ในรูปแบบ Geo-database

1.2 สำรวจรวบรวมข้อมูลตำแหน่งถังขยะ การจัดทำข้อมูลตำแหน่งถังขยะ ได้จากการสำรวจข้อมูล

ภาคสนามโดยใช้เครื่องกำหนดตำแหน่งบนโลก (GPS) ในการสำรวจเส้นทางการเก็บขนมูลฝอยในแต่ละเส้นทาง ข้อมูลดังกล่าวถูกจัดเก็บในรูปแบบ GPX ไฟล์ และถูกนำเข้าสู่ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ให้อยู่ในรูปแบบ Geo-database ดังภาพที่ 4-5 โดยมีถึงขยะทั้งหมดจำนวน 1,177ถัง และแยกตามประเภทถัง

1.3 การสร้างฐานข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ (นำเข้าใน Geo database) การจัดทำข้อมูลเส้นทางการเดินรถเก็บขนมูลฝอย ได้จากการสำรวจข้อมูลภาคสนามจากการใช้เครื่องกำหนดตำแหน่งบนโลก (GPS) ในการบันทึกติดตาม (Tracking) เส้นทางการเก็บขนมูลฝอยในแต่ละเส้นทาง พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลดังกล่าวถูกจัดเก็บในรูปแบบ GPX ไฟล์ และถูกนำเข้าสู่ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ให้อยู่ในรูปแบบ Geo-database ผลการศึกษาพบว่า เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์มีเส้นทางการจัดเก็บขยะมูลฝอยทั้งหมด 8 เส้นทาง

2. การสำรวจโครงข่ายเส้นทางการขนถ่ายขยะมูลฝอยปัจจุบัน การวิเคราะห์โครงข่ายเส้นทางการเดินรถขนถ่ายขยะมูลฝอยเพื่อสร้างทางเลือกในการเสนอเส้นทางที่สั้นที่สุด ด้วยโปรแกรมทางด้านระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) จากเทคนิคการวิเคราะห์โครงข่าย (Network Analyst)

3. การสร้างเส้นทางทางเลือกด้วยการวิเคราะห์โครงข่ายเส้นทางการขนถ่ายขยะมูลฝอย

3.1 วิเคราะห์โครงข่ายจากเขตรับผิดชอบปัจจุบัน

1) เส้นทางการเก็บขนขยะมูลฝอย ที่ 1 ใช้รถในการเก็บขนมูลฝอยเป็นประเภทอัดท้ายขนาดความจุ 12 ลบ.ม. และมีจำนวนถังขยะภายในเส้นทางที่ต้องรับผิดชอบจำนวน 76 ถัง โดยมีระยะทางรวมทั้งสิ้น 63 กิโลเมตร

2) เส้นทางการเก็บขนขยะมูลฝอย ที่ 2 ใช้รถในการเก็บขนมูลฝอยเป็นประเภทอัดท้ายขนาดความจุ 12 ลบ.ม. และมีจำนวนถังขยะภายในเส้นทางที่ต้องรับผิดชอบจำนวน 196 ถัง โดยมีระยะทางรวมทั้งสิ้น 135 กิโลเมตร

3) เส้นทางการเก็บขนขยะมูลฝอย ที่ 3 ใช้รถในการเก็บขนมูลฝอยเป็นประเภทอัดท้ายขนาดความจุ 12 ลบ.ม. และมีจำนวนถังขยะภายในเส้นทางที่ต้องรับผิดชอบจำนวน 141 ถัง โดยมีระยะทางรวมทั้งสิ้น 80 กิโลเมตร

4) เส้นทางการเก็บขนขยะมูลฝอย ที่ 4 ใช้รถในการเก็บขนมูลฝอยเป็นประเภทอัดท้ายขนาดความจุ 12

ลบ.ม. และมีจำนวนถังขยะภายในเส้นทางที่ต้องรับผิดชอบจำนวน 102ถัง โดยมีระยะทางรวมทั้งสิ้น 72 กิโลเมตร

5) เส้นทางการเก็บขนขยะมูลฝอย ที่ 5 ใช้รถในการเก็บขนมูลฝอยเป็นประเภทเปิดข้างเทท้าย ขนาดความจุ 10 ลบ.ม. และมีจำนวนถังขยะภายในเส้นทางที่ต้องรับผิดชอบจำนวน 134 ถัง โดยมีระยะทางรวมทั้งสิ้น 85 กิโลเมตร

6) เส้นทางการเก็บขนขยะมูลฝอย ที่ 6 ใช้รถในการเก็บขนมูลฝอยเป็นประเภทเปิดข้างเทท้าย ขนาดความจุ 10 ลบ.ม. และมีจำนวนถังขยะภายในเส้นทางที่ต้องรับผิดชอบจำนวน 89 ถัง โดยมีระยะทางรวมทั้งสิ้น 60 กิโลเมตร

7) เส้นทางการเก็บขนขยะมูลฝอย ที่ 7 ใช้รถในการเก็บขนมูลฝอยเป็นประเภทเปิดข้างเทท้าย ขนาดความจุ 10 ลบ.ม. และมีจำนวนถังขยะภายในเส้นทางที่ต้องรับผิดชอบจำนวน 141 ถัง โดยมีระยะทางรวมทั้งสิ้น 90 กิโลเมตร

8) เส้นทางการเก็บขนขยะมูลฝอย ที่ 8 ใช้รถในการเก็บขนมูลฝอยเป็นประเภทกระบะ ขนาดความจุ 4 ลบ.ม. และมีจำนวนถังขยะภายในเส้นทางที่ต้องรับผิดชอบจำนวน 298 ถัง โดยมีระยะทางรวมทั้งสิ้น 95 กิโลเมตร

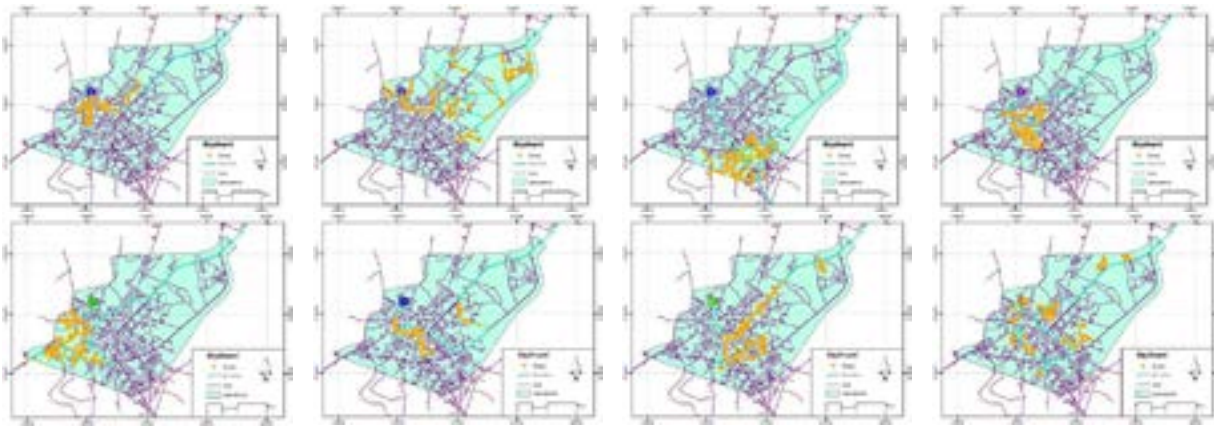
1.2 การวิเคราะห์และจัดแบ่งเขตรับผิดชอบใหม่ เป็น 6 7 8 และ 9 เขตรับผิดชอบ ด้วยเทคนิค Allocation แล้ววิเคราะห์เส้นทางขึ้นใหม่ด้วย Network Analysis



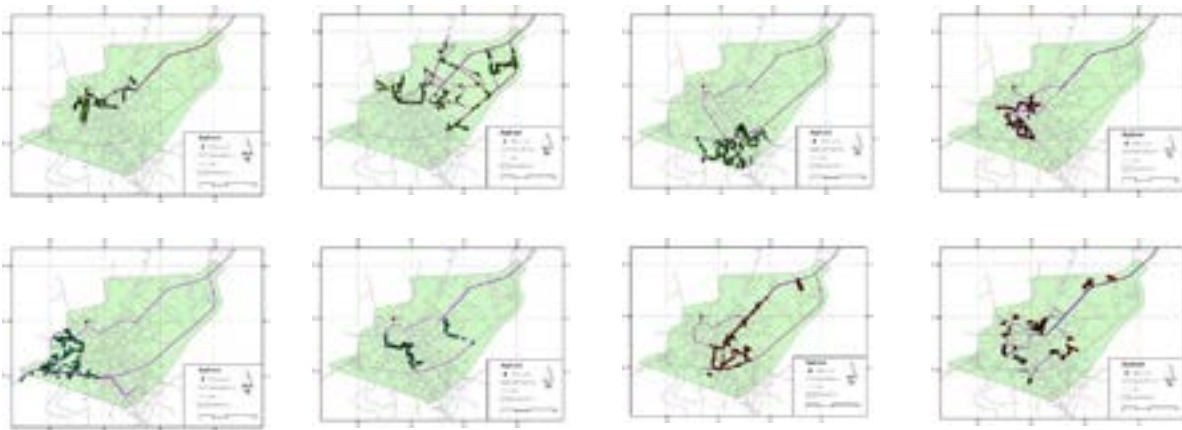
ผลการวิเคราะห์เขตบริการด้วยเทคนิค Allocation

2. การวิเคราะห์โครงข่ายเส้นทางการเดินรถขนถ่ายขยะมูลฝอยเพื่อสร้างทางเลือกในการเสนอเส้นทางที่สั้นที่สุด ด้วยโปรแกรมทางด้านระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) ผลการวิเคราะห์เขตบริการด้วยเทคนิค Allocation ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์โครงข่าย (Network Analyst) ประกอบไปด้วยทางเลือกต่างๆ ต่อไปนี้

1. เส้นทางการเดินรถเก็บขนขยะมูลฝอยปัจจุบันทั้ง 8 เส้นทางการจัดเก็บเส้นทางเดินรถปัจจุบัน



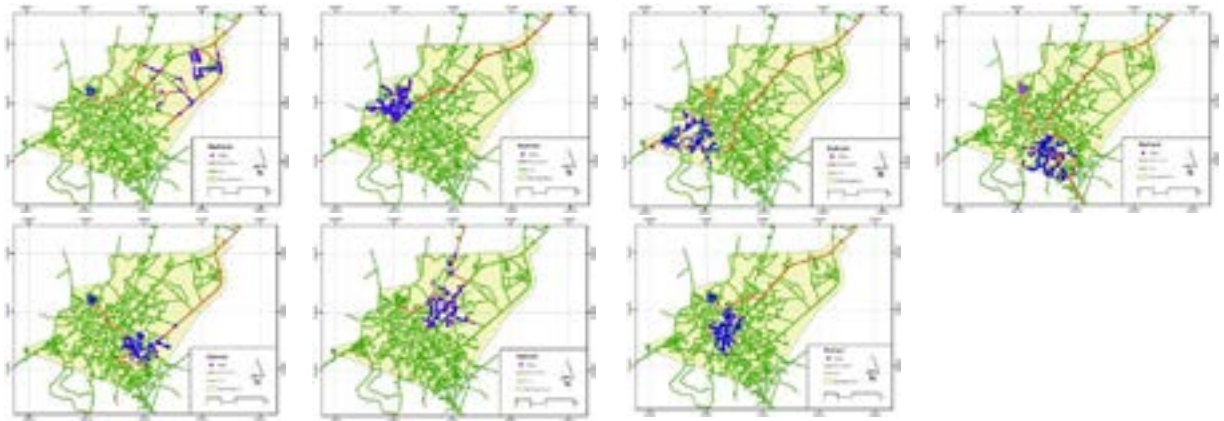
2. ทางเลือก A ได้จากการวิเคราะห์และเส้นทางขึ้นใหม่แต่ยังใช้ขอบเขตการรับผิดชอบในการจัดเก็บมูลฝอยเหมือนปัจจุบันที่มี 8 เส้นทาง จากนั้นดำเนินการวิเคราะห์เส้นทางการเดินรถขนถ่ายขยะมูลฝอยด้วยเทคนิคการวิเคราะห์โครงข่าย



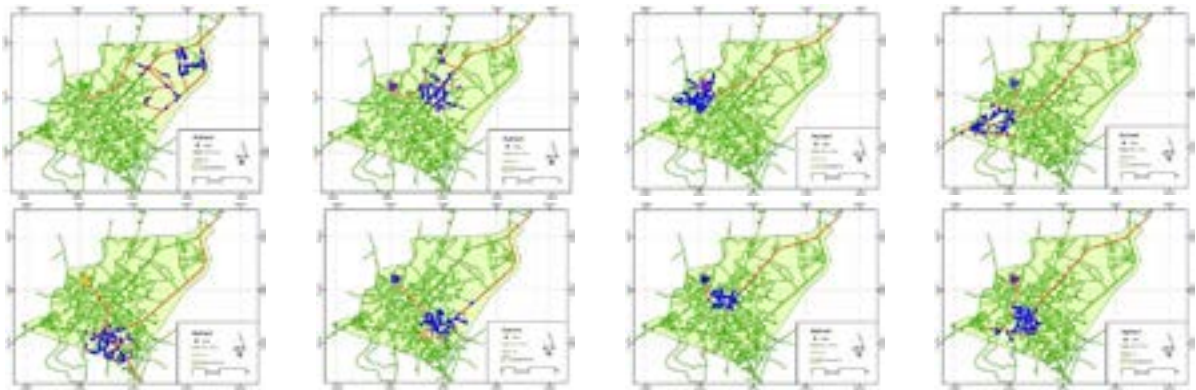
3. ทางเลือก B คือกำหนดให้เขตการบริการการจัดเก็บขึ้นใหม่เป็น 6 เขตบริการด้วยเทคนิค Allocation จากนั้นดำเนินการวิเคราะห์เส้นทางการเดินรถขนถ่ายขยะมูลฝอยด้วยเทคนิคการวิเคราะห์โครงข่าย



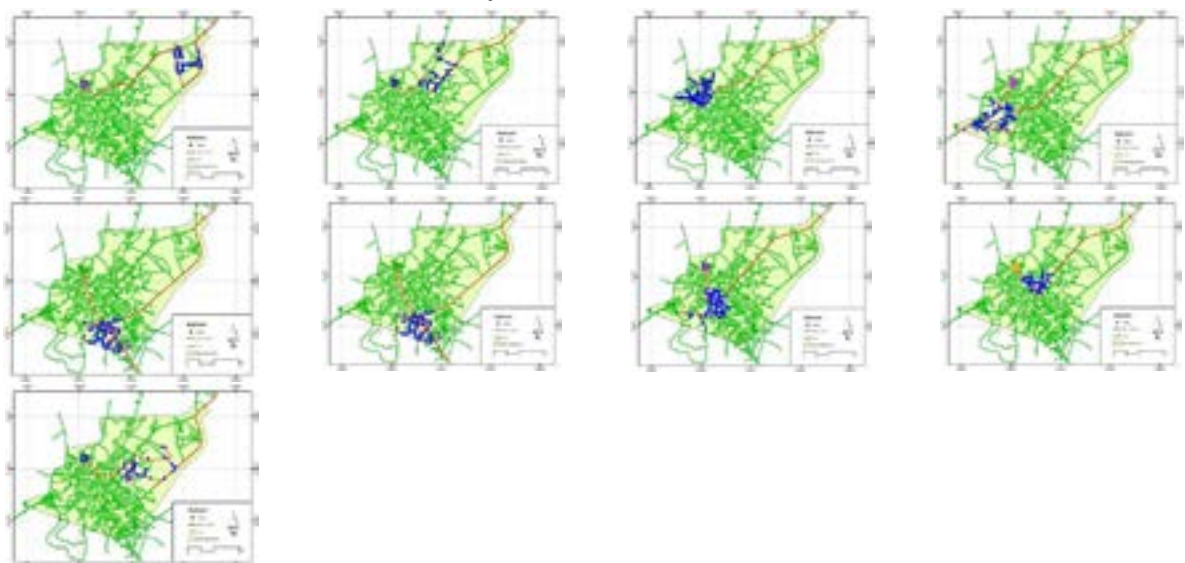
4. ทางเลือก C คือกำหนดให้เขตการบริการการจัดเก็บขึ้นใหม่เป็น 7 เขตบริการด้วยเทคนิค Allocation จากนั้นดำเนินการวิเคราะห์เส้นทางการเดินรถขนถ่ายขยะมูลฝอยด้วยเทคนิคการวิเคราะห์โครงข่าย



5. ทางเลือก D คือกำหนดให้เขตการบริการการจัดเก็บขึ้นใหม่เป็น 8 เขตบริการด้วยเทคนิค Allocation จากนั้นดำเนินการวิเคราะห์เส้นทางการเดินทางรถขนถ่ายขยะมูลฝอยด้วยเทคนิคการวิเคราะห์โครงข่าย



6. ทางเลือก E คือกำหนดให้เขตการบริการการจัดเก็บขึ้นใหม่เป็น 9 เขตบริการด้วยเทคนิค Allocation จากนั้นดำเนินการวิเคราะห์เส้นทางการเดินทางรถขนถ่ายขยะมูลฝอยด้วยเทคนิคการวิเคราะห์โครงข่าย



ตาราง 1 แสดงระยะจากการเดินรถเก็บขนขยะมูลฝอย

เส้นทาง	ระยะทาง(กม.)	ความแตกต่างระยะทางกับปัจจุบัน (กม.)
เส้นทางปัจจุบัน	680	0
ทางเลือก A	604	-76
ทางเลือก B	263	-417
ทางเลือก C	288	-392
ทางเลือก D	314	-366
ทางเลือก E	330	-350

จากการเดินรถเก็บขนขยะมูลฝอยเห็นได้ว่าการกำหนดเส้นทางเดินรถและขอบเขตเส้นทางเดินรถใหม่สามารถแบ่งออกได้เป็น 5 เส้นทางทางเลือก คือเส้นทาง A แบ่งเส้นทางการจัดเก็บได้ 8 เส้นทางเดิมโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์โครงข่าย เส้นทาง B แบ่งเส้นทางการจัดเก็บได้ 6 เส้นทาง เส้นทาง C แบ่งเส้นทางการจัดเก็บได้ 7 เส้นทาง เส้นทาง D แบ่งเส้นทางการจัดเก็บได้ 8 เส้นทาง เส้นทาง E แบ่งเส้นทางการจัดเก็บได้ 9 เส้นทาง จากผลรวมของระยะทางของแต่ละทางเลือก เห็นได้ว่าระยะทางรวมจากการเดินรถเก็บขนขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามจำนวนเส้นทาง การจัดเก็บ และการแบ่งเส้นทางในครั้งนี้ เริ่มต้นกำหนดที่ 6 เส้นทาง การจัดเก็บ เนื่องจากจำนวนสามารถรองรับปริมาตรขยะที่เกิดขึ้นในแต่ละเส้นทาง การจัดเก็บและพอดีกับขีดความสามารถของรถเก็บขนขยะมูลฝอยที่สามารถรองรับได้ใน 1 รอบการเก็บขนขยะมูลฝอย ซึ่งหากลดจำนวนการจัดเก็บลง พื้นที่ในการจัดเก็บขยะมูลฝอยก็จะเพิ่มขึ้นส่งผลให้รถเก็บขนขยะมูลฝอยไม่สามารถเก็บขนขยะมูลฝอยได้ในรอบเดียวเนื่องจากเกินขีดความสามารถของรถเก็บขนขยะมูลฝอย ทำให้รถเก็บขนขยะมูลฝอยต้องใช้เวลาในการเก็บขนเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ระยะทางเดินรถในการเก็บขนขยะมูลฝอยมากขึ้นตามจำนวนการเก็บขน และการกำหนดเส้นทางเดินรถเก็บขนขยะมูลฝอยไม่ควรรวมเกิน 12 เส้นทาง การจัดเก็บ ซึ่งส่งผลให้ระยะทางในการเก็บขนขยะมูลฝอยเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากจำนวนเส้นทางมากขึ้น ส่งผลให้ปริมาณขยะที่เกิดขึ้นในพื้นที่น้อยลง

จึงทำให้ระยะทางรวมของการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนรถและรอบการเก็บขนขยะมูลฝอยที่เพิ่มขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ มีการแบ่งเส้นทางรถเก็บขนขยะมูลฝอยเป็น 8 เส้นทาง และมีเส้นทางเดินรถเก็บขนขยะมูลฝอย 8 เส้นทาง ครอบคลุมพื้นที่เขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ทั้งนี้เทศบาลใช้รถเก็บขนขยะมูลฝอย ทั้ง 8 เส้นทาง มี 2 แบบคือ รถขยะปริมาตรความจุ ขนาด 12 ลูกบาศก์เมตร จำนวน 4 คัน และรถขยะปริมาตรความจุขนาด 10 ลูกบาศก์เมตร จำนวน 4 คัน ซึ่งจะเก็บขนขยะมูลฝอยตามเส้นทางที่แบ่งพื้นที่การทำงาน โดยในแต่ละวันระยะทางเดินรถเก็บขนขยะมูลฝอย รวมทั้ง 8 เส้นทาง มีระยะทางทั้งสิ้น 680 กิโลเมตรต่อวัน (เส้นทางปัจจุบัน) นอกจากนี้เทศบาลยังมีรถกระบะปริมาตรความจุขนาด 4 ลูกบาศก์เมตร จำนวน 1 คัน ซึ่งจะเก็บพื้นที่ที่รถขยะขนาดใหญ่เข้าไม่ได้

จากการสำรวจเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์มีถังขยะที่เป็นภาชนะรองรับทั้งหมด 1,177 ใบ ประกอบไปด้วย เป็นถังพลาสติกแบบกลมสีน้ำเงิน 600 ใบ ถังพลาสติกสีเหลี่ยมใหญ่ 240 ลิตร จำนวน 70 ใบ ถังพลาสติกสีเหลี่ยมเล็ก 120 ลิตร จำนวน 89 ใบ ถังถังพลาสติกดำใหญ่ 94.5 ลิตร จำนวน 91 ใบ ถังพลาสติกดำกลาง 75.6 ลิตร ถัง 82 ใบ ถังพลาสติกดำเล็ก 37.8 ลิตร จำนวน 75 ใบ ถังสี 18.9 ลิตร 150 ใบ และตะกร้าตะกร้า 8 ลิตร 20 ใบ รวมทั้งทั้งหมด 1,177 ใบ ซึ่งมีบางส่วนที่ชำรุด เช่น ไม่มีฝาแตกร้าว ฯลฯ

จากการประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ในการศึกษาเส้นทางเก็บขนขยะมูลฝอยของเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่วิเคราะห์ด้วยเทคนิค Network Analysis พบว่า

1. การวิเคราะห์เพื่อกำหนดเส้นทางเดินรถใหม่แต่ใช้ขอบเขตโซนในการรับผิดชอบเดิมตามที่เทศบาลดำเนินการอยู่ พบว่า ผลรวมระยะทางเดินรถทั้ง 8 เส้นทาง เป็นระยะทางรวม 604 กิโลเมตรต่อวัน (ทางเลือก A)
2. การวิเคราะห์เพื่อกำหนดเส้นทางเดินรถใหม่และกำหนดขอบเขตเส้นทางในการรับผิดชอบขึ้นใหม่ ภายใต้เงื่อนไขทางเลือก 5 ทางเลือก พบว่า

2.1 การวิเคราะห์เส้นทางเดินรถใหม่ภายใต้เงื่อนไขการกำหนดขอบเขตเส้นทางเดินรถ 6 เส้นทางและใช้รถในการเก็บขนขยะมูลฝอยเป็นประเภทอัดท้ายขนาดความจุ 12 ลบ.ม.จำนวน 4 คัน และประเภทเปิดข้างเทท้ายขนาดความจุ 10 ลบ.ม.จำนวน 2 คันภายใต้เงื่อนไขการกำหนดจำนวนเส้นทางขึ้นใหม่มีระยะทางรวม 263 กิโลเมตรต่อวัน ซึ่งน้อยกว่าระยะทางเดินรถปัจจุบัน คือ -417 กิโลเมตรต่อวัน (ทางเลือก B)

2.2 การวิเคราะห์เส้นทางเดินรถใหม่ภายใต้เงื่อนไขการกำหนดขอบเขตเส้นทางเดินรถ 7 เส้นทางเลือกใช้รถในการเก็บขนขยะมูลฝอยเป็นประเภทอัดท้ายขนาดความจุ 12 ลบ.ม.จำนวน 4 คัน และประเภทเปิดข้างเทท้ายขนาดความจุ 10 ลบ.ม.จำนวน 3 คันภายใต้เงื่อนไขการกำหนดจำนวนเส้นทางขึ้นใหม่มีระยะทางรวม 288 กิโลเมตรต่อวัน ซึ่งน้อยกว่าระยะทางเดินรถปัจจุบัน คือ -392 กิโลเมตรต่อวัน (ทางเลือก C)

2.3 การวิเคราะห์เส้นทางเดินรถใหม่ภายใต้เงื่อนไขการกำหนดขอบเขตเส้นทางเดินรถ 8 เส้นทางเลือกใช้รถในการเก็บขนขยะมูลฝอยเป็นประเภทอัดท้ายขนาดความจุ 12 ลบ.ม.จำนวน 4 คัน และประเภทเปิดข้างเทท้ายขนาดความจุ 10 ลบ.ม.จำนวน 4 คันภายใต้เงื่อนไขการกำหนดจำนวนเส้นทางขึ้นใหม่มีระยะทางรวม 314 กิโลเมตรต่อวัน ซึ่งน้อยกว่าระยะทางเดินรถปัจจุบัน คือ -366 กิโลเมตรต่อวัน (ทางเลือก D)

2.4 การวิเคราะห์เส้นทางเดินรถใหม่ภายใต้เงื่อนไขการกำหนดขอบเขตเส้นทางเดินรถ 9 เส้นทางเลือกใช้รถในการเก็บขนขยะมูลฝอยเป็นประเภทอัดท้ายขนาดความจุ 12 ลบ.ม.จำนวน 4 คัน ประเภทเปิดข้างเทท้ายขนาดความจุ 10 ลบ.ม.จำนวน 4 คัน และรถกระบะเปิดข้างเทท้ายขนาดความจุ 4 ลบ.ม. จำนวน 1 คันภายใต้เงื่อนไขการกำหนดจำนวนเส้นทางขึ้นใหม่มีระยะทางรวม 330 กิโลเมตรต่อวัน ซึ่งน้อยกว่าระยะทางเดินรถปัจจุบัน คือ -350 กิโลเมตรต่อวัน (ทางเลือก E)

จากการเปรียบเทียบระยะทาง การเดินรถเก็บขนขยะมูลฝอยปัจจุบัน กับเส้นทางเลือกจากการวิเคราะห์ 5 เส้นทางดังกล่าว สามารถใช้เป็นข้อมูลเพื่อเสนอแนะเส้นทางที่สั้นที่สุด และมีความแตกต่างของระยะทางรวมได้ 2 เส้นทางตามลำดับดังนี้ ทางเลือก A เป็นเส้นทางที่ไม่มี การปรับเปลี่ยนขอบเขตการรับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่ตำแหน่งถังขยะที่รับผิดชอบยังเป็นตำแหน่งเดิม ไม่เกิดความสับสนต่อเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เส้นทางนี้สามารถลดระยะทางการเก็บขนขยะมูลฝอยจากปัจจุบันได้ 76 กิโลเมตรต่อวัน

ทางเลือก B แบ่งการจัดเก็บได้ 6 เส้นทางใช้รถในการเก็บขนขยะมูลฝอยเป็นประเภทอัดท้ายขนาดความจุ 12 ลบ.ม.จำนวน 4 คัน และประเภทเปิดข้างเทท้ายขนาดความจุ 10 ลบ.ม.จำนวน 2 คันภายใต้เงื่อนไขการกำหนดจำนวนเส้นทางขึ้นใหม่มีระยะทางรวม 263 กิโลเมตร ซึ่งน้อยกว่าระยะทางเดินรถปัจจุบัน คือ 417 กิโลเมตรต่อวัน

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาเส้นทางเก็บขนมูลฝอยโดยใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ ระยะทางที่ได้จากการวิเคราะห์ Network Analysis วัดระยะทางจากความยาวของเส้นทางเดินรถเก็บขนขยะมูลฝอยเพื่อให้มีทางเลือกในการตัดสินใจที่มากขึ้น ควรมีการวิเคราะห์เส้นทางของทางเลือกจากระยะเวลาในการเดินรถเก็บขนขยะมูลฝอย โดยใช้เกณฑ์ของเวลาเป็นปัจจัยในการเดินรถเก็บขนขยะมูลฝอย

2. ในอนาคตหากทางเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์มีการจัดการวางแผนการจัดวางเพิ่มถังขยะ ควรมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมให้ได้ผลที่เป็นปัจจุบัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ สำหรับความอนุเคราะห์เรื่องข้อมูลต่าง ๆ ด้านการเก็บขนขยะมูลฝอย และขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- 1.พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พุทธศักราช (2535) มาตรา 4 ในพระราชบัญญัติ. (ออนไลน์). แหล่งที่มา :

2. กรมควบคุมมลพิษ. คู่มือการจัดการขยะมูลฝอยและเทคโนโลยีการแปรรูปขยะมูลฝอย ให้เป็นพลังงานสำหรับท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมมลพิษ. 2554.
3. ระบบสืบค้นสารสนเทศห้องสมุดบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต. เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม, 2527. (ออนไลน์). แหล่งที่มา : http://library.uru.ac.th/opac/book_find.asp?group=1&pageNo=4499&bid=0007736&find=
4. ดำรงค์ เทพบุญ. “การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการเก็บ-ขนมูลฝอยในเขตเทศบาล” วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาอนามัยสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
5. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. เอกสารการสอนชุดวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (2533 : 25)
6. เกษม จันทร์แก้ว. การจัดการสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพมหานคร. (2540 : 34).
7. ชญานิน เอกสุวรรณ. ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะของคณะ กรรมการ องค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. (2545 : 24).
8. กษมา จิตต์ไทย. “แนวทางการกำหนดจุดขนถ่ายเพื่อการจัดการขยะมูลฝอยในเขต เทศบาลเมืองปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี”. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2543 : 158).
9. อุทธาวรรณ บุญเรือง. “การประเมินทางธรณีวิทยาสิ่งแวดล้อมโดยใช้ระบบ สารสนเทศ เพื่อคัดเลือกพื้นที่ฝังกลบขยะในจังหวัดฉะเชิงเทรา”. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2544 : 146).
10. วนิดา ร่มรื่น. “การประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ในการกำหนดเส้นทางเดินรถขนขยะมูลฝอยในเขตเทศบาลตำบลแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี”. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2547 : 95).

ความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติตัวในการสร้างความมั่นคงทางอาหาร ด้านพืชอาหารของครัวเรือน
อำเภอคอนจานจังหวัดกาฬสินธุ์

**Knowledge Attitude and Practice in Food Security Creation of Household Food Crops in Don Chan
district Kalasin Province**

ปิยะ จันทร์หอมฟุ้ง¹ ชัยรัช จันทร์สมุด²

Piya Chanhomfung¹ Chaitach Jansamood²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติตัวในการสร้างความมั่นคงทางอาหารด้านพืชอาหารของครัวเรือน อำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ตัวแทนครัวเรือน ในอำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 60 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบ และแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า ตัวแทนครัวเรือนมีความรู้ในระดับสูง (ร้อยละ 83.3) ความตระหนักในการสร้างความมั่นคงทางอาหารด้านพืชอาหารของครัวเรือน อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.98 S.D. = 0.81) มีการปฏิบัติตัวในการสร้างความมั่นคงทางอาหารด้านพืชอาหารของครัวเรือน อยู่ในระดับ มาก (เฉลี่ย = 2.41 S.D. = 0.71)

คำสำคัญ : ความมั่นคงทางอาหารด้านพืชอาหารของครัวเรือน

Abstract

This survey research aimed to study the knowledge attitude and practice in food security creation of household food crops in Don Chan district Kalasin province. The sample were 60 agents of the household in Don Chan district used the sample random sampling technique. Data were collected by the test and interview form. Analyzed the data by descriptive statistic including percentage, mean and standard deviation

The result found the household agent has the high knowledge (83.3%), the attitude in food security creation of household food crops was in high level (mean = 3.98 S.D. = 0.81), the practice in food security creation of household food crops was in high level (mean = 2.41 S.D. = 0.71)

Keywords: food security creation of household food crops

¹ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

บทนำ

องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (Food and Agriculture Organization : FAO) ให้ความสำคัญกับความมั่นคงทางอาหารไว้ว่า หมายถึง “ความมั่นคงทางอาหาร จะเกิดขึ้นได้เมื่อประชาชนทั้งหลายสามารถเข้าถึงอาหารอย่างปลอดภัยและเพียงพอกับความต้องการทั้งทางกายภาพและทางเศรษฐกิจและมีคุณค่าทางโภชนาการต่อความต้องการบริโภค และความพึงพอใจของเขาเพื่อสามารถมีชีวิตอยู่อย่างคล่องแคล่วและมีสุขภาพที่ดีอยู่ตลอดเวลา” โดยมี 4 องค์ประกอบดังนี้ การมีอาหารเพียงพอ(availability) การเข้าถึงอาหาร (accessibility) การใช้ประโยชน์ด้านอาหาร (utilization) และการมีเสถียรภาพทางอาหาร (stability)⁽¹⁻²⁾ ความมั่นคงทางอาหารของชุมชนในปัจจุบัน พบว่า ประสิทธิภาพการผลิตอาหารในชุมชนลดลง การประสบปัญหานี้ดินและความยากจน พื้นที่ขาดความอุดมสมบูรณ์ ขาดแคลนแหล่งน้ำเพื่อการเกษตร ผลผลิตและคุณภาพไม่สม่ำเสมอ ยังต้องพึ่งพาปัจจัยการผลิตจากภายนอก ชุมชนขาดความรู้ในเรื่องอาหารปลอดภัยและโภชนาการ โดยเฉพาะอาหารที่มาจากท้องถิ่นหรือที่ใช้วัตถุดิบจากท้องถิ่น ขาดการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน ขาดการมีส่วนร่วมในระบบห่วงโซ่อาหารที่อยู่ห่างไกลจากชุมชน⁽³⁻⁵⁾

อำเภอคอนจาน มีแหล่งอาหารที่เป็นพืชผักตามธรรมชาติในแต่ละฤดู โดยมีการปลูกข้าวเป็นพืชอาหารหลัก อาศัยแหล่งน้ำตามธรรมชาติ โดยเฉพาะน้ำฝนในการผลิต ด้านความมั่นคงทางอาหารในชุมชนพบว่า ชุมชนในพื้นที่ต้องพึ่งพาอาหารและปัจจัยการผลิตจากการผลิตข้าวที่เป็นอาหารหลักของชุมชนในปัจจุบัน ยังมีการใช้สารเคมีเป็นปัจจัยในการผลิต ชุมชนไม่มีแนวทางการผลิต การสำรองอาหารให้มีอาหารสำหรับบริโภคในครัวเรือนที่พอเพียงตลอดปีที่ชัดเจน ขาดกระบวนการมีส่วนร่วมในการเข้าถึงอาหาร และระบบการกระจายอาหารตลอดจนการจัดการฐานทรัพยากรแหล่งอาหารตามธรรมชาติของชุมชน ครัวเรือนขาดความรู้และทักษะในการสร้างความมั่นคงทางอาหาร การสำรองและใช้อาหารทดแทนไว้บริโภคนอกฤดูกาล โภชนาการและความตระหนักใน

คุณค่าอาหารพื้นบ้านและพืชผักสวนครัวที่สามารถผลิตได้เองในครัวเรือนและชุมชน⁽³⁾

จากปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้ ความตระหนักและการปฏิบัติตัวในการสร้างความมั่นคงทางอาหารด้านพืชอาหารของครัวเรือน อำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนให้ให้ชุมชนสามารถปรับตัว และเข้าถึงความมั่นคงทางอาหารได้อย่างมีเสถียรภาพและยั่งยืน และเป็นการกระจายอำนาจให้ชุมชนท้องถิ่น ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายอาหารทั้งในระดับ ชุมชน ท้องถิ่น ภูมิภาค และระดับชาติ เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางอาหารของครัวเรือนและชุมชน จนนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติตัวในการสร้างความมั่นคงทางอาหารด้านพืชอาหารของครัวเรือน อำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลผสมผสาน (Mixed Method) ทั้งเชิงคุณภาพ(Quality) และเชิงปริมาณ (Qualitative)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ครัวเรือน ในอำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

2. กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ตัวแทนครัวเรือน ในอำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีขั้นตอนในการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) เพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างตำบล โดยวิธีการจับสลาก ได้ตำบลม่วงนา อำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

ขั้นตอนที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) เพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างหมู่บ้าน ได้บ้านม่วงกลาง หมู่ที่ 1 ตำบลม่วงนา อำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

ขั้นตอนที่ 3 เลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของสมาชิกครัวเรือน ในหมู่บ้านจากขั้นตอนที่ 2 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนครัวเรือนบ้านม่วงกลาง หมู่ที่ 1 จำนวน 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบทดสอบความรู้ แบบสัมภาษณ์ความตระหนัก และการปฏิบัติตัว ในการสร้างความมั่นคงทางอาหารด้านพืชอาหารของครัวเรือน อำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป โดยลักษณะของแบบสอบถาม Checklist และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ในการสร้างความมั่นคงทางอาหารด้านพืชอาหารของครัวเรือน ในชุมชน ซึ่งได้จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 ข้อ มีตัวเลือก 2 ตัวเลือก ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน แบ่งคะแนนความรู้ เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับความรู้	คะแนน
สูง	$\geq$ ร้อยละ 80
ปานกลาง	ร้อยละ 60 - 79
ต่ำ	$<$ ร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความตระหนักในการสร้างความมั่นคงทางอาหารด้านพืชอาหารของครัวเรือน โดยใช้มาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 16 ข้อ ดังนี้

ความตระหนัก	เชิงบวก	เชิงลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติในการสร้างความมั่นคงทางอาหารด้านพืชอาหารของครัวเรือน ซึ่งได้

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้มาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ จำนวน 16 ข้อ ดังนี้

การปฏิบัติตัว	เชิงบวก	เชิงลบ
มาก	3	1
ปานกลาง	2	2
น้อย	1	3

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างและตรวจสอบหาคุณภาพเครื่องมือ โดยการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สร้างแบบทดสอบความรู้และแบบวัดความตระหนัก และการปฏิบัติตัวในการสร้างความมั่นคงทางอาหารด้านพืชอาหารของครัวเรือน นำแบบทดสอบความรู้และแบบวัดความตระหนัก และการปฏิบัติตัวในการสร้างความมั่นคงทางอาหารด้านพืชอาหารของครัวเรือน ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านพิจารณาเหมาะสมข้อความ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และเหมาะสมของแบบทดสอบความรู้ แล้วผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ความสอดคล้อง (IOC : Item Objective Congruence) โดยพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.50 ขึ้นไป ปรับปรุงแก้ไขแบบทดสอบความรู้ และแบบวัดความตระหนัก และการปฏิบัติตัวในการสร้างความมั่นคงทางอาหารด้านพืชอาหารของครัวเรือน ตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ นำแบบทดสอบความรู้และแบบวัดความตระหนัก และการปฏิบัติตัวในการสร้างความมั่นคงทางอาหารด้านพืชอาหารของครัวเรือน ที่ปรับปรุงแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่าง ในพื้นที่ที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่วิจัย จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำเครื่องมือที่ทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (จำนวน 30 คน) ส่วนแบบสัมภาษณ์ที่วัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74, 0.86, 0.82 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ของความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติในการสร้างความมั่นคงทางอาหารด้านพืชอาหารของครัวเรือน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ตัวแทนครัวเรือนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.7 อายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 73.3 การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 91.7 เป็นหัวหน้าครัวเรือน ร้อยละ 43.3 จำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 4.5 คนต่ำสุด 1 คน สูงสุด 9 คน แบ่งเป็นผู้ใหญ่ เฉลี่ย 4.0 คน ต่ำสุด 1 คน สูงสุด 8 คน เด็ก เฉลี่ย 1.4 คน ต่ำสุด 0 คน สูงสุด 1 คน อาชีพของครัวเรือน เกษตรกรรม ร้อยละ 88.31 ร้อยละ รับจ้าง 88.3 ค่าขายร้อยละ 47.1 และ อื่น ๆ ร้อยละ 47.1

2. ความรู้ของตัวแทนครัวเรือนเกี่ยวกับการใช้พืชอาหารในการสร้างความมั่นคงทางอาหาร อำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

ตาราง 1 ความรู้ของตัวแทนครัวเรือนเกี่ยวกับการใช้พืชอาหารในการสร้างความมั่นคงทางอาหารอำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

ประเด็น	ร้อยละ	ระดับความรู้
ความพอเพียง	82.5	สูง
การเข้าถึง	83.3	สูง
การใช้ประโยชน์	87.5	สูง
การมีเสถียรภาพ	80.8	สูง
รวม	83.8	สูง

จากตาราง 1 พบว่าตัวแทนครัวเรือน มีความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชอาหารในการสร้างความมั่นคงทางอาหารในภาพรวมที่ระดับสูง (ร้อยละ 83.3) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความพอเพียงของพืชอาหาร ตัวแทนครัวเรือนมีความรู้ในระดับสูง (ร้อยละ 82.5) ด้านการเข้าถึงพืชอาหารของครัวเรือน ตัวแทนครัวเรือนมีความรู้ในระดับสูง (ร้อยละ 83.3) ด้านการใช้ประโยชน์

จากพืชอาหาร ตัวแทนครัวเรือน ความรู้ในระดับสูง (ร้อยละ 87.5) ด้านการมีเสถียรภาพทางอาหารของพืชอาหาร ตัวแทนครัวเรือน ความรู้ในระดับสูง (ร้อยละ 80.8)

3. ความตระหนักในการสร้างความมั่นคงทางอาหารด้านพืชอาหารของครัวเรือน อำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

ตาราง 2 ความตระหนักในการสร้างความมั่นคงทางอาหารด้านพืชอาหารของครัวเรือน อำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

ประเด็น	ความตระหนัก		
	เฉลี่ย	S.D.	แปลผล
ความพอเพียง	3.76	0.80	มาก
การเข้าถึง	3.85	0.89	มาก
การใช้ประโยชน์	4.16	0.69	มาก
การมีเสถียรภาพ	4.17	0.77	มาก
รวม	3.98	0.81	มาก

จากตาราง 2 พบว่า ตัวแทนครัวเรือนมีความตระหนักในการสร้างความมั่นคงทางอาหารด้านพืชอาหารของครัวเรือน อำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.98 S.D. = 0.81) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความพอเพียงของพืชอาหาร ตัวแทนครัวเรือนมีความตระหนักอยู่ในระดับ มาก (เฉลี่ย = 3.76 S.D. = 0.80) ด้านการเข้าถึงพืชอาหารของครัวเรือน ตัวแทนครัวเรือนมีความตระหนักอยู่ในระดับ มาก (เฉลี่ย = 3.85 S.D. = 0.89) ด้านการใช้ประโยชน์จากพืชอาหาร ตัวแทนครัวเรือนมีความตระหนักอยู่ในระดับ มาก (เฉลี่ย = 4.16 S.D. = 0.69) ด้านการมีเสถียรภาพทางอาหารของพืชอาหาร ตัวแทนครัวเรือนมีความตระหนักอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 4.17 S.D. = 0.77)

4. การปฏิบัติตัวในการสร้างความมั่นคงทางอาหารด้านพืชอาหารของครัวเรือน อำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

ตาราง 3 การปฏิบัติตัวในการสร้างความมั่นคงทางอาหาร
ด้านพืชอาหารของครัวเรือน อำเภอคอนจาน
จังหวัดกาฬสินธุ์

ด้านความมั่นคงทาง อาหาร	การปฏิบัติ		
	เฉลี่ย	S.D.	แปลผล
ความพอเพียง	2.33	0.66	ปานกลาง
การเข้าถึง	2.42	0.71	มาก
การใช้ประโยชน์	2.44	0.71	มาก
การมีเสถียรภาพ	2.43	0.74	มาก
รวม	2.41	0.71	มาก

จากตาราง 2 พบว่า ตัวแทนครัวเรือนมีการปฏิบัติตัวในการสร้างความมั่นคงทางอาหารด้านพืชอาหารของครัวเรือน อำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ในภาพรวมอยู่ระดับ มาก (เฉลี่ย = 2.41 S.D. = 0.71) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความพอเพียงของพืชอาหาร ตัวแทนครัวเรือนมีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง (เฉลี่ย = 2.33 S.D. = 0.66) ด้านการเข้าถึงพืชอาหารของครัวเรือน ตัวแทนครัวเรือนมีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 2.42 S.D. = 0.71) ด้านการใช้ประโยชน์จากพืชอาหารพบว่า ตัวแทนครัวเรือนมีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 2.44 S.D. = 0.71) ด้านการมีเสถียรภาพทางอาหารของพืชอาหารตัวแทนครัวเรือนมีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 2.43 S.D. = 0.74)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติตัวในการสร้างความมั่นคงทางอาหารด้านพืชอาหารของครัวเรือน พบว่าตัวแทนครัวเรือน มีความรู้เกี่ยวกับการใช้พืชอาหารในการสร้างความมั่นคงทางอาหารอยู่ในระดับสูง มีความตระหนักเกี่ยวกับการใช้พืชอาหารในการสร้างความมั่นคงทางอาหารอยู่ในระดับมาก การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้พืชอาหารในการสร้างความมั่นคงทางอาหาร

อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ พุกภัย ยิบมันตะศิริ และคณะ (2553)⁽⁵⁾ ได้ทำการศึกษา การพัฒนาตัวชี้วัดความมั่นคงทางอาหารภายใต้บริบทสังคมไทย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.8 มีความรู้ในการบริโภคอาหารปลอดภัยสม่ำเสมอ ด้านการแลกเปลี่ยนความรู้กันระหว่างเพื่อนบ้านการบริโภคอาหารปลอดภัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.0 มีการแลกเปลี่ยนความรู้กันระหว่างเพื่อนบ้านการบริโภคอาหารปลอดภัย และร้อยละ 32.0 ด้านการถ่ายทอดความรู้ด้านบริโภคอาหารพื้นบ้านและอาหารจากป่าสู่เยาวชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.8 มีการถ่ายทอดความรู้ด้านบริโภคอาหารพื้นบ้านและอาหารจากป่าสู่เยาวชน และสอดคล้องกับการศึกษาของสอดคล้องกับการศึกษาของ สุธานี มะลิพันธ์(2552)⁽⁶⁾ ได้ศึกษา ความมั่นคงทางอาหารของชาวลัวะบ้านปากำ อำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน ผลการศึกษาพบว่าคนในชุมชนสามารถเข้าถึงทรัพยากรอาหารด้วยการเก็บหาอาหารตามธรรมชาติและการผลิตด้วยตนเองมากที่สุด เนื่องจากมีเครื่องมือเพียงพอสำหรับการหาอาหาร รวมถึงมีทักษะและองค์ความรู้ในการนำอาหารมาบริโภค

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาทำให้ทราบถึง ความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติตัวในการสร้างความมั่นคงทางอาหารด้านพืชอาหารของครัวเรือน
2. ควรมีการศึกษา ปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ความเข้าใจ ทักษะคิด จริยธรรมสิ่งแวดล้อม และการมีส่วนร่วม ในการสร้างความมั่นคงทางอาหารด้วยพืชอาหารในระดับครัวเรือนและชุมชนให้มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหามากยิ่งขึ้น
3. ควรมีการนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการสร้างความมั่นคงทางอาหารของพืชอาหาร ทั้งในระดับครัวเรือน และชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Food and Agriculture Organization of the United Nations (2012) The state of food insecurity in the world.

<<http://www.fao.org/infographics/pdf/FAO-infographic-SOFI-2012-en.pdf>> สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2555.

2. Food and Agriculture Organization of the United Nations (2012) The state of food insecurity in the world. Viale delle Terme di Caracalla, 00153 Rome, Italy. < <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/009/a0750e/a0750e00.pdf>> สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2555.
3. สถาบันการเกษตรกรรมยั่งยืน(ประเทศไทย).(2554). รายงานการศึกษา “ตัวชี้วัดความมั่นคงทางอาหารระดับชุมชน”.
4. คณะกรรมการจัดทำแผนความมั่นคงด้านอาหาร. (2555) กรอบยุทธศาสตร์ความมั่นคงด้านอาหาร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ (พ.ศ.2556 – 2559). กรุงเทพฯ: สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. < <http://www.oae.go.th/download/journal/foodSecurityMOAC56-59.pdf>> สืบค้นเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2555.)
4. สำนักงานจังหวัดกาฬสินธุ์. (2554) ยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2554 กาฬสินธุ์: สำนักงานจังหวัดกาฬสินธุ์
5. คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ.(กรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ปี 2555 -2559 <http://www.acfs.go.th/foodsafety/food_management.pdf :> สืบค้นเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2555.)
6. สุธานี มะลิพันธ์.(2552). ความมั่นคงทางอาหารของชาวลัวะบ้านป่าคำ อำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน.วิทยานิพนธ์ปริญญาโท (การจัดการทรัพยากรชีวภาพ) คณะทรัพยากรชีวภาพและเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สุนทรียสนทนาร่วมกับทฤษฎีสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค
และแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค ของผู้ดูแล

อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

EFFECT OF HEALTH PROMOTION PROGRAM APPLYING DIALOGUE, PROTECTION MOTIVATION THEORY AND SOCIAL SUPPORT ON TUBERCULOSIS PREVENTION BEHAVIOR OF CAREGIVERS KUCHINARAI DISTRICT

วัชรารณ วังศ์คุณ¹, พรรณี บัญชรหัตถกิจ²

Watcharaporn Wongkoon¹, Pannee Banchonhattakit²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้ สุนทรียสนทนา แรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้ดูแล อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างรวม 74 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 37 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 37 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพ ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องวัณโรค การรับรู้ความรุนแรง โดยการฉายวิดีโอ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกัน วัณโรค โดยใช้กระบวนการกลุ่มสุนทรียสนทนา รวมทั้งมีการสาธิตและฝึกปฏิบัติออกกำลังกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย การนั่งสมาธิ การจัดการกับความเครียด และสาธิตการใช้อุปกรณ์ในการป้องกันวัณโรค ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมตามปกติจากสถานบริการ ระยะเวลาในการทดลอง 10 สัปดาห์ นำมาวิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test และวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Independent t-test และ ANCOVA ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรควัณโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค และการปฏิบัติตัวในการป้องกันวัณโรคสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสุขภาพที่ประยุกต์ใช้สุนทรียสนทนา ทฤษฎีสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม มีประสิทธิผลเพียงพอที่จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค มีการปฏิบัติตนในการป้องกันวัณโรคที่ถูกต้องได้

คำสำคัญ : แรงจูงใจในการป้องกันโรค แรงสนับสนุนทางสังคม, วัณโรค, ผู้ดูแล, สุนทรียสนทนา

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to study the application of dialogue, Protection Motivation Theory (PMT) and social support for TB prevention behavior among caregivers who took care the patient in the family. Total 74 caregiver samples in Kuchinarai district, Kalasin Province were divided into two groups; 37 experimental group and 37 comparison group. The experimental group received health promotion program included group process focusing on dialogue, printing material support, supporting of a compact bag for taking care TB

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

patients, practice and demonstration of healthy exercise and seven steps of hand washing and community forums with dialogue among caregivers, TB patients, and researcher who played a role as health personnel. The period of time was intervened for 10 weeks and the comparison group received only health education material from the Health Center. Data were collected by questionnaires. Descriptive data were used frequency, percentage, mean and standard deviation. Paired Sample t-test and Independent t-test and ANCOVA were analyzed at 0.05 level of significance. The results showed that after the implementation of dialogue, PMT, and social support on the health promotion program among caregivers, the experimental group had significantly higher mean scores in terms of knowledge, perceived severity of a threatened event, perceived probability of the occurrence, expectation of response efficacy, and self-efficacy, and behavior on TB prevention behavior is higher than that before the intervention and higher than the comparison group with statistically significant ($p\text{-value}<0.05$).

The results revealed that the implication of dialogue with PMT and social support on health promotion program was successful in preventing behavior in caregiver group.

Keyword : Caregivers , Dialouge, Protection Motivation Theory, Social Support ,Tuberculosis

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชนิด *Mycobacterium tuberculosis* โดยวัณโรคเกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด (ร้อยละ 80) ในปี 2556 องค์การอนามัยโลก รายงานสถิติ พบผู้ป่วยวัณโรค 9 ล้านคน และเสียชีวิต 1.5 ล้านคน และยังพบกว่าร้อยละ 95 ของการเสียชีวิตด้วยวัณโรคเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง¹ สำหรับสถานการณ์วัณโรคจังหวัดกาฬสินธุ์ ข้อมูลปี 2556 พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรค รวม 367 คน พบผู้ป่วยรายใหม่ เสมหะบวกระยะแพร่เชื้อประมาณ ปีละ 400 – 500 ราย ผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทเพิ่มขึ้นปีละประมาณ 1,000 ราย อีกทั้งยังพบผู้ป่วยเป็นวัณโรคร่วมกับผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 1 ใน 3 ของผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ มีการกระจายทุกกลุ่มอายุ พบมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ อีกทั้งผลการดำเนินงาน ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า มีอัตราความสำเร็จของการรักษา (Success rate) เฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละ 85² จังหวัดกาฬสินธุ์ได้มีนโยบาย ให้ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ โดยการคัดกรองผู้ที่อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค และพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วย โดยในปีงบประมาณ 2552 มีผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เพิ่มขึ้นร้อยละ 52.20 และ

ปีงบประมาณ 2553 มีผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เพิ่มขึ้นร้อยละ 73.31 ของผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด³ อีกทั้งข้อมูลผลการดำเนินงาน โดยการประเมินมาตรฐาน “คลินิกวัณโรคที่มีคุณภาพ” (Quality TB Clinic) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า อำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ อำเภอยางตลาด อำเภอกุฉินารายณ์ และอำเภอกมลาไสย โดยมีจำนวนผู้ป่วยต่อแสนประชากร คือ 190.15 ,123.20 และ 104.54 ตามลำดับ⁴ ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคเป็นกลุ่มเสี่ยง ที่ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่อีกกลุ่มหนึ่ง เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ต้องใกล้ชิด และสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งมีโอกาสได้รับเชื้อจากการไอหรือจามจากผู้ป่วยวัณโรค มากกว่ากลุ่มอื่น หากผู้ดูแลไม่ทราบแนวทางในการป้องกัน ไม่ตระหนักในอันตรายของโรค หรือโอกาสเสี่ยงที่ตนเองจะได้รับเชื้อ อาจทำให้มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลการลงเยี่ยมบ้านในพื้นที่อำเภอกุฉินารายณ์ พบว่า วัณโรคยังเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องรีบดำเนินการแก้ไข เนื่องจากผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งขาดการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคที่เป็นรูปธรรม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค พบว่าส่วนใหญ่ ยังมีพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากวัณโรคปอด เป็นโรคที่

สามารถแพร่กระจายไปสู่ผู้อื่นได้ง่าย อีกทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยวันโรค ยังต้องเผชิญกับปัญหาสภาพจิตใจ ทั้งความเครียดจากการเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรค และแรงกดดันจากคนในชุมชน อย่างไรก็ตามการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันวันโรคของผู้ดูแล ให้มีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืน จำเป็นต้องอาศัยแนวคิด หรือทฤษฎีในการส่งเสริมพฤติกรรมของกลุ่มดังกล่าว ทั้งยังต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ความรู้อย่างสม่ำเสมอ การติดตามเยี่ยมบ้านอย่างใกล้ชิด การให้กำลังใจผู้ป่วยวันโรค และผู้ดูแล กิจกรรมดังกล่าวอาจช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยวันโรค เกิดพฤติกรรมการป้องกันวันโรคได้ดีขึ้น

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิด สุนทรียสนทนา ร่วมกับทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ได้ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้วยสุนทรียสนทนาสำหรับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า หลังการใช้สุนทรียสนทนาพยาบาลวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยในพิเศษ มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการประเมินสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน สูงขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน การทำงานร่วมกันเป็นทีมและพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในงานสูงขึ้น⁵ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันวันโรค พบว่า หลังการจัดโปรแกรม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น นอกจากนี้ การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ยังช่วยในการเสริมประสิทธิภาพ ให้นักลมีแรงกระตุ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น⁶ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญ ในการป้องกันควบคุมวันโรคใน

พื้นที่อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยวันโรค และการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยลดอุบัติการณ์ผู้ป่วยวันโรคในชุมชนได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สุนทรียสนทนา ร่วมกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันวันโรคของผู้ดูแล อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยวันโรค จำนวน 150 คน โดยผู้ป่วยวันโรคได้ขึ้นทะเบียน ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูผินารายณ์ อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2556 ถึง 31 มีนาคม 2558

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 37 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จำนวน 74 คน โดยเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้ที่มีอาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วยวันโรค โดยได้ขึ้นทะเบียน ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูผินารายณ์ อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2556 ถึง 31 มีนาคม 2558 เป็นบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ และจัดเตรียมยา ให้การดูแลผู้ป่วยวันโรคที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าบุคคลอื่น หรืออาศัยอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยวันโรค เป็นผู้ที่มีความสามารถอ่านออกเขียนได้ ทั้ง

เพศหญิงและเพศชาย เป็นผู้ที่ให้ความยินยอมและสมัครใจ เข้าร่วมโครงการวิจัย และเป็นผู้ดูแลต้องมีอายุระหว่าง 18-60 ปี

การสุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยทำการสุ่มคัดเลือกอำเภอที่ทำการศึกษามา 2 อำเภอ (กลุ่มควบคุมและกลุ่มเปรียบเทียบ) จากทั้งสิ้น 3 อำเภอที่มีลักษณะของสภาพพื้นที่ใกล้เคียงกัน และมีขนาดปัญหาโรควัณโรคในพื้นที่ใกล้เคียงกัน โดยทำการสุ่มตัวอย่าง (Random Allocation) โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน ได้ อำเภอภูผามาศเป็นกลุ่มทดลอง และได้อำเภอฆ้องชัยเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อได้อำเภอเป้าหมายในการศึกษาแล้วจากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อคัดเลือกหน่วยตัวอย่างในการศึกษา โดยการจับสลากจากทะเบียนรายชื่อผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในช่วงระยะเวลาที่กำหนด และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ทั้งสองอำเภอ จากจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคตามเกณฑ์ที่กำหนดของอำเภอภูผามาศทั้งสิ้น 150 คน และจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคตามเกณฑ์ที่กำหนดของอำเภอฆ้องชัยทั้งสิ้น 172 คน แล้วจับสลากจนได้จำนวนขนาดตัวอย่างที่ต้องการในอัตราส่วน 1:1 คือ กลุ่มทดลองได้จำนวนทั้งสิ้น 37 คน และกลุ่มเปรียบเทียบได้จำนวนทั้งสิ้น 37 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กรณี 2 กลุ่มประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน⁷ จากสูตร

$$n/\text{กลุ่ม} = \frac{2(z_{\alpha} + z_{\beta})^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

โดยกำหนดให้

$Z_{\alpha} = 1.64$ (ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%)

$Z_{\beta} = 1.28$ (ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่กำหนดให้ power of test=0.80) โดยค่าอำนาจของการทดสอบ (power of test) ได้จากการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานของ Z_{β} ซึ่ง β มีค่าเท่ากับ 0.20 ดังนั้นอำนาจการทดสอบ $(1 - \beta)$ จึงเท่ากับ 0.80 หรือมีอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 ซึ่งเป็นค่าที่นิยมกำหนดขึ้นเพื่อให้ได้จำนวนตัวอย่างที่มากพอและเป็นตัวแทนของประชากรศึกษา

$$\sigma^2 = 0.839 \text{ (ค่าความแปรปรวนร่วม)}$$

ซึ่งได้จากวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับทฤษฎีแรงจูงใจต่อการป้องกันโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด ตำบลกระโพ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์⁸ ซึ่งเป็นงานวิจัยที่มีลักษณะตัวอย่างใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองจำนวน 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 32 คน ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรคปอดในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.19 และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรคปอดในกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเท่ากับ 1.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.22

$\Delta^2 =$ ผลต่างของค่าเฉลี่ย (Effect size) คำนวณจาก $(\mu_1 - \mu_2)^2 =$ ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรคหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งมีค่า 2.33-1.68 เท่ากับ 0.65

$$\text{แทนค่า } n/\text{กลุ่ม} = \frac{2(1.64+1.28)^2 \times (0.839)}{(0.65)^2}$$

$n/\text{กลุ่ม} = 33.86 \text{ คน} \approx 34 \text{ คน}$

ในการศึกษานี้ คำนวณขนาดตัวอย่างได้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 34 คน แต่อาจมีเหตุความจำเป็นที่กลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากการศึกษา ผู้วิจัยจึงได้ปรับขนาดตัวอย่างเพื่อสูญเสีย (Drop out) ร้อยละ 3 จึงใช้สูตรเพื่อคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้

$$n_{adj} = \frac{n}{(1-R)^2}$$

เมื่อกำหนด n = ขนาดตัวอย่างที่กำหนด

n_{adj} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

R = สัดส่วนการสูญเสียจากการติดตาม ร้อยละ 3 คือ 0.03

$$n_{adj} = \frac{34}{(1-0.03)^2}$$

$$= 36.13 \approx 37 \text{ คน}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ คือ การประยุกต์ใช้สุนทรียสนทนา ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคของโรคของผู้ดูแล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

แนวคิด สุนทรียสนทนา คือการนั่งล้อมวง และเปิดโอกาสให้ทุกคนได้แสดงความรู้สึก ได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ เป็นการฟังอย่างลึกซึ้ง โดยเสียงทุกเสียงมีความหมาย ไม่มีกฎเกณฑ์ที่ตายตัว

ซึ่งโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพนี้ ใช้ระยะเวลา 10 สัปดาห์ ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 การเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่อง “วันโรคภัยร้าย ใกล้ตัวคุณ”

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม “สุนทรีย..กับการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยง”

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม “การฟังอย่างลึกซึ้ง...สู่ความคาดหวังและกำลังใจ” สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรม “เพื่อนคลาย..สบายอารมณ์”

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรม “ปฏิบัติอย่างใส่ใจ..ช่วยให้ห่างไกลวันโรค” สัปดาห์ที่ 6-9 มี

การเยี่ยมบ้าน กระตุ้นเตือน โดยผู้วิจัย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และอาสาสมัครสาธารณสุข

สัปดาห์ที่ 10 จัดเวทีเสวนา ระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วย ,นำชุมชน, อสม. ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวันโรคในชุมชน การให้กำลังใจและถ่ายทอดประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทบทวนการบริหารร่างกายและการจัดการกับความเครียด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับวันโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวันโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรควันโรค ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันวันโรค ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันวันโรค และการปฏิบัติตัวในการป้องกัน วันโรค

เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ และมีการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยด้านความรู้เกี่ยวกับวันโรค ใช้วิธีการ Kuder-Richardson 20: ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.70 ส่วนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ด้านการรับรู้ความรุนแรง ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ ด้านความ

คาดหวังในความสามารถตนเอง และด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันวันโรคของผู้ดูแลผู้ป่วยวันโรค ใช้สูตรของการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราซ (Cronbrach' alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 0.73 0.77 0.77 และ 0.83 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ดำเนินการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มทดลอง ใช้เวลาในการดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกวันพุธ ช่วงเวลา 10.00-12.00 น. โดยกลุ่มทดลองจะต้องเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งหมด 6 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ (5 สัปดาห์แรก) และเข้าร่วมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 10 โดย ระหว่างนี้ ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่และอาสาสมัครสาธารณสุข ได้มีการออกเยี่ยมบ้าน กระตุ้นเตือน และสังเกตการเปลี่ยนแปลง ในสัปดาห์ที่ 6-9 รวมใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 10 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอีกครั้ง โดยแบบสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วยวันโรค ที่เข้าร่วมโปรแกรม ด้วยชุดเดียวกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยการศึกษาครั้งนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้รับใบรับรองเลขที่ HE582016 ลงวันที่ 23 มีนาคม 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดย โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป STATA Version 10 (ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น) ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statics) เพื่อเปรียบเทียบ

ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติ Pair-t test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) จากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติ Independent t-test และกรณีที่ค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันตั้งแต่ก่อนการทดลอง ได้ดำเนินการควบคุมปัจจัยร่วมที่จะส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการทดลองเปลี่ยนแปลงไป โดยการวิเคราะห์ปัจจัยร่วม (Analysis of variance) ด้วยสถิติ ANCOVA

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 78.4 และร้อยละ 64.9 ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 45-54 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.4 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุระหว่าง 35-44 ปี มากที่สุด ร้อยละ 48.6 ระดับการศึกษาพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.8 และ 43.2 ตามลำดับ สถานภาพสมรส พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 64.9 และ 75.7 ตามลำดับ รองลงมาโสด ร้อยละ 27.0 และร้อยละ 18.9 ตามลำดับ อาชีพ พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 67.6 และ 70.3 ตามลำดับ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวันโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวันโรค โดยเป็นญาติพี่น้องมากที่สุดร้อยละ 70.3 และ 67.6ตามลำดับ รายได้เฉลี่ย (ต่อเดือน) พบว่า กลุ่มทดลองรายได้เฉลี่ย 4608.11 บาท ส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน 1625.04 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้ ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว เฉลี่ย 5118.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2425.77 และกลุ่ม ร้อยละ 89.2 และ 91.9 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Difference	t	95% CI	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	37	6.48	2.13	1.70	3.01	0.57 ถึง 2.82	0.004
กลุ่มเปรียบเทียบ	37	4.78	2.61				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	37	8.42	1.26	1.86	4.68	1.06 ถึง 2.65	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	37	6.56	2.03				

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Difference	t	95% CI	p-value
กลุ่มทดลอง							
ก่อนการทดลอง	37	6.51	2.07	1.94	8.61	1.48 ถึง 2.40	<0.001
หลังการทดลอง	37	8.45	1.23				
กลุ่มเปรียบเทียบ							
ก่อนการทดลอง	37	4.78	2.61	1.78	4.46	0.97 ถึง 2.59	<0.001
หลังการทดลอง	37	5.56	2.03				

ตารางที่ 3 ปรับคะแนนความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	n	$\bar{X}$	Sum of Squares	Mean Difference	F	95% CI	p-value
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	37	27.76	23.04	1.19	11.83	0.50 ถึง 1.88	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	37	24.09					

ปรับคะแนนความแตกต่าง โดยใช้สถิติ ANCOVA โดยนำคะแนนก่อนการทดลอง (Pre-test) มาเป็นตัวแปรควบคุม (Covariate)

จากตารางที่ 1 การศึกษาวิจัยด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรค พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรค มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรค มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ดังตารางที่ 2 และพบอีกว่ากลุ่มทดลองมีความรู้โรควัณโรค มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.001$) ดังตารางที่ 3

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนการรับรู้ในการป้องกันวันโรคระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ด้านการรับรู้	ค่าเฉลี่ย		Mean Difference	t	95%CI	p-value
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ				
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	4.48	1.29	3.18	6.55	2.21 -4.16	<0.001
การรับรู้ความรุนแรง	2.89	1.37	1.51	1.82	-0.14- 3.17	0.073
ความคาดหวังในความสามารถตนเอง	5.05	0.37	4.67	7.85	3.47 -5.87	<0.001
ความคาดหวังในผลลัพธ์	2.08	0.54	1.54	2.47	0.29 - 2.78	0.016
การปฏิบัติตัวในการป้องกันวันโรค	2.27	-1.48	3.75	6.22	2.55 - 4.95	<0.001

จากตารางที่ 4 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวันโรค พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวันโรค มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของวันโรค พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของวันโรค ไม่แตกต่างกัน (p-value=0.073) ด้านความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันวันโรค พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันวันโรคมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันวันโรค พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันวันโรค มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) และพบอีกว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันวันโรค มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.016) และด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันวันโรค พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการป้องกันวันโรคมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่า

กลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)

บทสรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับวันโรค ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับวันโรคมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.001) ซึ่งเป็นผลมาจากกลุ่มทดลอง ได้รับความรู้ตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การบรรยาย วิดีทัศน์ เพาเวอร์พอยท์ แจกแผ่นพับ สมุดคู่มือการป้องกันวันโรค ซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่าการที่กลุ่มทดลองได้รับความรู้จากสื่อดังกล่าวนี้ ทำให้กลุ่มทดลองมีความสนใจในสื่อการสอนเป็นอย่างดี สื่อการสอนสร้างความดึงดูดใจแก่กลุ่มตัวอย่างทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจดจำและเกิดความรู้จากสิ่งที่ผู้วิจัยได้สอน โดยผลการศึกษามีความสอดคล้องกับศศิธร วันชัย ที่ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้น

ประถมศึกษาปีที่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่อง การบริโภคอาหาร หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶ สอดคล้องกับปรียานุช เพ็ญระ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองต่อการดูแล ทันสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ในการดูแลทันสุขภาพ ทักษะคิด การปฏิบัติตัว มากกว่า ก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวัน โรค ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวันโรค มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) เป็นผลมาจาก กลุ่มทดลองได้รับความรู้ตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การให้ความรู้ จากสื่อวีดิทัศน์ การแจกสมุดคู่มือใน การป้องกันวันโรค หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ ว่าถ้าผู้ป่วยวันโรคสูบบุหรี่ จะเกิดการกระตุ้นให้โรค กำเริบมากขึ้น มากที่สุด ร้อยละ 100 รองลงมาคือมีการรับรู้ ว่าถ้าอยู่ในที่ที่การระบายอากาศไม่ดี จะมีโอกาสได้รับเชื้อ วันโรคได้ ร้อยละ 94.6 ซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่าการที่ กลุ่มทดลองได้รับความรู้จากสื่อดังกล่าวนี้ ทำให้กลุ่ม ทดลองเกิดการรับรู้ที่ดีขึ้น โดยสื่อหรือการกระตุ้นจะเป็น ตัวเสริมแรงให้บุคคลเกิดการรับรู้ตลอดเวลาตามทฤษฎี แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory) เมื่อบุคคลได้รับรู้ในสิ่งที่จะเป็นอันตรายต่อการเกิดโรคก็ จะพยายามไม่ปฏิบัติตัวเพื่อให้ตนเองเกิดความเสี่ยงต่อการ กิดโรคนั่นเอง โดยผลการศึกษามีความสอดคล้องกับ การศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าภายหลังจัดกิจกรรม 4 สัปดาห์ และ หลังจัดกิจกรรม 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวันโรคปอด มากกว่าก่อนการ

ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สุนทริยสนทนาร่วมกับ ทฤษฎีสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคและ แรงสนับสนุน ทางสังคมมีผลทำให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรควัน โรค ของกลุ่มทดลองเพิ่มสูงขึ้น และจากการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อการเกิดวันโรค มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) เป็นผลมาจากกลุ่ม ทดลอง ได้รับความรู้ตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดย การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวันโรค มีการฉาย วิดิทัศน์ และพาเวอร์พอยท์ ถึงวิธีการติดต่อของวันโรค หรือการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยวันโรค

ด้านการรับรู้ความรุนแรงของวันโรคภายหลังการ ทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรง ของวันโรคมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่าเป็นผลมา จากกลุ่มทดลอง ได้รับความรู้ตามโปรแกรมส่งเสริม สุขภาพ ทั้งแผ่นพับ โปสเตอร์ และวีดิทัศน์ ซึ่งข้อมูลที่ ผู้ดูแลผู้ป่วยวันโรค ได้รับผ่าน วิดิทัศน์ ที่เป็น ทั้ง ภาพเคลื่อนไหว และเหตุการณ์จริง และโรคแทรกซ้อนที่ เกิดจากวันโรค ทำให้เกิดความกลัวสูง อาจจะไม่มีผลต่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยตรง แต่หากใช้กระตุ้นบ่อยๆ จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้ ตลอดเวลาตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory) ที่ว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเป็น โรคจะเกิดขึ้นได้เมื่อใช้สื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากกว่า การใช้สื่อกระตุ้นตามปกตินั่นเอง หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่า ผู้ป่วยวันโรคถ้าไม่รักษาจะทำ ให้เสียชีวิตได้ เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 91.9 รองลงมาคือ มีการรับรู้ว่าถ้าผู้ป่วยวันโรคขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะ ทำให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้น ร้อยละ 83.8 แต่จากการ

วิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค ไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value}=0.073$) ดังนั้น ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันวัณโรค พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันวัณโรค มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กิจกรรมสาธิตและฝึกปฏิบัติ การออกกำลังกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย การนั่งสมาธิ และการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค การปฏิบัติตัวในการป้องกันวัณโรค สาธิตการใช้อุปกรณ์ในการป้องกันวัณโรค รวมทั้งการเข้ากลุ่มใช้หลักสุนทรียสนทนาที่กลุ่มทดลองได้รับ เป็นการเปิดโอกาสให้ทุกคนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน มีการชื่นชมยินดี เมื่อมีผู้ปฏิบัติได้ถูกต้อง หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีความคาดหวังว่า สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยวัณโรคไปรักษาตามนัดได้ เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 89.2 รองลงมาคือมีความคาดหวังว่าสามารถเตือนผู้ป่วยวัณโรคไม่ให้ป่วยเสริมหะลงบนพื้น ร้อยละ 81.1 และจากการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันวัณโรคของ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) เป็นผลมาจากกลุ่มทดลอง ได้ได้รับความรู้ตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการเข้ากลุ่มสุนทรียสนทนา แบ่งปันประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ความยากง่ายของการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ รวมทั้งการให้กำลังใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งอธิบายตามแนวคิดการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิภาพผลการตอบสนองได้ว่าเมื่อเกิดการเสนอข้อมูลข่าวสารเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค ถ้าบุคคลได้รับทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำว่าจะลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้ และเชื่อว่าถ้าให้การสอนโดยเฉพาะเจาะจงเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยส่งเสริมความตั้งใจในการจะเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจังและเกิดความคาดหวังขึ้นในที่สุด เมื่อแยกราชข้อหลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังว่า ถ้า

ลักษณะเอื้อเพื่อ เพื่อแผ่ เสี่ยงสละ แบ่งปัน นักศึกษามีระดับคะแนนทางจริยธรรม และค่านิยมทางจริยธรรมในระดับเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเรียน ทั้งในมิติของระดับเหตุผลทางจริยธรรมและผลการเปรียบเทียบผลการทดลองก่อนและหลัง¹¹ และสอดคล้องกับ ปรีชา แก้วพิม และคณะ ที่ได้ศึกษาสุนทรียสนทนา: การแสวงหาการดูแลสุขภาพของชุมชนภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า กิจกรรมสุนทรียสนทนา ช่วยให้เกิดผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ ค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขสบายเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และข้อมูลจากงานสนทนาสามารถนำไปใช้เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของชุมชนที่ครอบคลุมสุขภาวะองค์รวมของชุมชนได้¹²

ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรค มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) เป็นผลมาจากกลุ่มทดลอง ได้ได้รับความรู้ตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการเข้ากลุ่มสุนทรียสนทนา แบ่งปันประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ความยากง่ายของการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ รวมทั้งการให้กำลังใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งอธิบายตามแนวคิดการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิภาพผลการตอบสนองได้ว่าเมื่อเกิดการเสนอข้อมูลข่าวสารเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค ถ้าบุคคลได้รับทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำว่าจะลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้ และเชื่อว่าถ้าให้การสอนโดยเฉพาะเจาะจงเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยส่งเสริมความตั้งใจในการจะเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจังและเกิดความคาดหวังขึ้นในที่สุด เมื่อแยกราชข้อหลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังว่า ถ้า

ผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาที่มีประโยชน์ เช่น เนื้อไก่ ผักผลไม้ จะทำให้อาการป่วยวัณโรคดีขึ้น เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 86.5 รองลงมาคือมีความคาดหวังว่าถ้าผู้ป่วยได้รับยารักษาวัณโรค ที่ถูกขนาด ตาม ปริมาณ น้ำหนักตัว จะทำให้ผลการรักษาหายขาด ร้อยละ 83.8 และจากการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันวัณโรคมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.016$) เป็นผลมาจากกลุ่มทดลอง ได้รับความรู้ตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการให้กลุ่มทดลองเข้ากลุ่มสุนทรียสนทนา พูดถึงความคาดหวังในผลลัพธ์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของแต่ละคนที่เคยปฏิบัติมาอย่างไรก็ดี ถ้าได้รับการกระตุ้นจากผู้ใกล้ชิดทางสังคมเช่นญาติพี่น้อง, เพื่อนบ้าน, อสม. ซึ่งถือว่าเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ที่จะคอยสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ด้านสุขภาพ พูดคุยให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค มีพฤติกรรมในการป้องกันวัณโรคต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ได้ศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³

ด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันวัณโรค พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันวัณโรคมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) เป็นผลมาจากกลุ่มทดลอง ได้รับความรู้ตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดย

การสาธิต การฝึกปฏิบัติ เช่น สาธิตล้างมือ 7 ขั้นตอน, การใช้ผ้าปิดจมูก, การทำความสะอาดเครื่องนอน และของใช้ต่างๆ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อหาแนวทางในการป้องกันวัณโรค การให้คำปรึกษา แนะนำ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันวัณโรค ซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เน้นแนวคิดสุนทรียสนทนาเป็นตัวช่วยให้กลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค เนื่องจากกลุ่มทดลองเกิดกระบวนการฟังอย่างลึกซึ้ง เกิดการให้เกียรติเคารพซึ่งกันและกัน และการเปิดเผยสิ่งที่อยู่ในใจ ตามหลักสำคัญของสุนทรียสนทนา¹⁴ เมื่อแยกเป็นรายข้อ หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันวัณโรคเรื่องการขอคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อมีปัญหาสุขภาพ ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด ร้อยละ 89.2 รองลงมาคือการแนะนำให้ผู้ป่วยวัณโรคปิดปากทุกครั้ง เมื่อไอหรือจาม ปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 86.5 และจากการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการป้องกันวัณโรคมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.016$) เป็นผลมาจากกลุ่มทดลอง ได้รับความรู้ตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการให้ ทดลองฝึกปฏิบัติ สาธิตอุปกรณ์การป้องกันวัณโรค การพูดคุยให้กำลังใจ รวมทั้งกระตุ้นเตือน เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ได้ศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยในเรื่องพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวาน ทั้งด้านการออกกำลังกายที่ถูกต้องและสม่ำเสมอและการบริโภคอาหารที่เหมาะสม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵

ข้อเสนอแนะหรือการนำไปใช้ประโยชน์

1. การใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สุนทรียสนทนา ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ดูแล สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพในโรคติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ได้

2. ควรมีการขยายผลไปยังบุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้ป่วยวัณโรคด้วย เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นผู้ป่วยรายใหม่เช่นเดียวกัน รวมทั้งมีบทบาทหรือมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองตามที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนิศา ผาติเสนา นายแพทย์สิริชัย นามทรงสนีย์ และเภสัชกรประจักษ์จิต เขาเขียว ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการศึกษาและให้คำแนะนำทางด้านวิชาการ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูจินารายณ์ ที่ได้อำนวยความสะดวกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอภูจินารายณ์ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. **WHO report 2014: Tuberculosis**. URL <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en>. สืบค้นเมื่อ (30 พฤษภาคม 2558).
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. **รายงานวัณโรคประจำปีงบประมาณ 2551**. สำนักงาน (เอกสารอัดสำเนา) กาฬสินธุ์, 2551.
3. ปิยวรรณ สิงห์คำป้อง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านที่อยู่อาศัยร่วมกับผู้ป่วยวัณโรคปอด จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2554.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. **รายงานวัณโรคประจำปีงบประมาณ 2554**. สำนักงาน (เอกสารอัดสำเนา) กาฬสินธุ์, 2554.
5. สุภัทรา ภักดีศรี และคณะ. การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้วยสุนทรียสนทนาสำหรับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์. **วารสารวิชาการ Veridian E-Journal** 3 : 446-4675, 2555.
6. วลัยพร สิงห์จ้อย และคณะ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดของผู้ดูแล. **วารสารพยาบาลสาธารณสุข** 27 : 14-25, 2556.
7. อรุณ จิรวัดน์กุล. **ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. คลังนานาวิทยา ขอนแก่น, 2551.

8. จารุวัฒน์ สาแก้ว. ผลของโปรแกรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับทฤษฎีแรงจูงใจต่อการป้องกันโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด ตำบลกระโพ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2553.
9. ศศิธร วันชัย. การประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เขตเทศบาลเมืองปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์สาขาวิชาสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2549.
10. ปรียานุช เพียยุระ. โปรแกรมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองต่อการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านเป่า ตำบลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2550.
11. ทศพร อภิวัฒน์เสวี. การใช้สุนทรียสนทนาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมที่พึงประสงค์ภายในกลุ่มรายวิชามนุษยสัมพันธ์ของนักศึกษาวิศวกรรมอาหาร วิทยาลัยเทคโนโลยีและสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา. เชียงใหม่: วิทยาลัยเทคโนโลยีและสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา, 2551.
12. ปรียา แก้วพิมล และคณะ. สุนทรียสนทนา: การแสวงหาการดูแลสุขภาพของชุมชนภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2553.
13. อภิญา ผ่านพินิจ. ผลของรูปแบบการพยาบาลที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550.
14. วิรัช พัฒนภรณ์. แร้งบันดาลใจจากสุนทรียสนทนา. เชียงใหม่พิมพ์นิยม เชียงใหม่, 2554.

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นอำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

Participation of associate partners on unwanted adolescents preventive in Khammuang District, Kalasin Province.

ประทุมมาศ ไชยสุนทร¹

Prathummat Chaisunthon¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 3 กลุ่มได้แก่ 1) วัยเรียน วัยรุ่น ช่วงอายุ 10-17 ปี 2) ผู้ปกครองของวัยรุ่น วัยรุ่นช่วงอายุ 10 - 17 ปี และ 3) ภาคีเครือข่ายประกอบด้วย นายอำเภอ หัวหน้าส่วนราชการ อสม.ครูอนามัยโรงเรียน พระสงฆ์ และผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการสุขภาพชุมชนเก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ในข้อมูลทั่วไป และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) การสนทนากลุ่ม (Focus Group) และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา จากการพัฒนา พบว่าการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย เช่นการเข้าร่วมประชุม ได้แสดงความคิดเห็น ร่วมกันการวางแผน การออกแบบกิจกรรม ภายใต้แนวคิด “OUR & OWNER HEALTH GO TO GOAL TOGETHER” การกิจกรรมประเด็น “ลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อำเภอคำม่วงอย่างมีส่วนร่วม ปี 2559” โดยเน้นการเป็นเจ้าของร่วมกัน โดยใช้เทคนิค (Body Paint) ผลักดันเป็นนโยบายระดับอำเภอ มีปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือการคืนข้อมูลการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่น ภาคีเครือข่ายให้ความสำคัญกับปัญหาที่เกิดขึ้น และร่วมกันปฏิบัติการกิจกรรมนี้ด้วยกัน มีการจัดตั้งคณะกรรมการของทุกภาคส่วนให้มีส่วนร่วม และบทบาทที่สำคัญ เช่น การเปิดเวทีให้ได้ร่วมคิด แสดงความรู้สึก การให้คุณค่า การชื่นชม การเปิดโอกาสให้ลงมือปฏิบัติร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อให้เกิดบรรยากาศของความร่วมมืออย่างต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

Abstract

This survey research aims to study the increase in level of participation of the members in Teenage Pregnancy Prevention Network in khammuang, Kalasin Thailand. The study involves three sample groups consisting of 1) Teenage students from the age of 10-17 years old 2) Parents of teen students from the age of 10-17 years old 3) Networks members consist of chief district officer, Village, School health teachers, Monks and community health management associates. The data collected via interviews for general information, in depth interviews for qualitative information, focus group interview and participant observations. General information collected analyzed and sorted as quantitative information collected analyzed using content analysis.

The results shows that the participation of the network members, for the examples, participation in meeting, sharing opinions planning for activities designs under the idea of “Our&Owner Health go to goal together” on the mission to reduce the number of teen pregnancy in Khammuang 2016 focusing on being co-owners using body paint technique which was pushed to become district policy, has several keys to success which are proper education in unwanted teenage pregnancy members recognition of the problem at hand and the cooperation of the members to solve the problem. There are establishments of the committees in every sector to promote involvements and emphasize on important roles regarding to the solution of the problem such as public discussions urging people to exchange opinions, appreciations and admirations and provide chances to work with other organizations to further maintain the atmosphere of this cooperation.

Keyword: unwanted adolescents

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

สภาพสังคมไทยในปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงการดำรงชีวิตในสังคมจากครอบครัวขยาย กลายเป็นครอบครัวเดี่ยว อีกทั้งสภาพเศรษฐกิจที่เปลี่ยนไป ทำให้พ่อแม่ต้องประกอบอาชีพนอกบ้าน ส่งผลให้สภาพครอบครัวขาดความอบอุ่น ชาวชนในครอบครัวขาดการดูแลและชี้แนะในสิ่งที่เหมาะสม ชาวชนถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้า เช่น สื่อลามกในโลกอินเทอร์เน็ต สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้ชาวชนเกิดพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ด้วยการขาดวุฒิภาวะและทักษะในการควบคุมอารมณ์ทางเพศของตนเอง ชาวชนจึงมีเพศสัมพันธ์ในเวลาที่ไม่เหมาะสม และขาดความเข้าใจเรื่องเพศศึกษา จึงส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ อีกทั้งสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งวิถีการดำเนินชีวิตและวิถีวัฒนธรรม ขณะที่โครงสร้างของสังคมไทยยังไม่สามารถปรับตัวได้ทัน ส่งผลให้คนไทยซึมซับวัฒนธรรมตะวันตกโดยไม่เลือก⁽¹⁾ จากการสำรวจต้นทุนชีวิตเด็กห้าล้าน ได้แก่ พลังตัวตน พลังครอบครัว พลังสร้างปัญญา พลังเพื่อนและกิจกรรม และพลังชุมชน ในโรงเรียนในเขตอำเภอกำแพง พบว่าพลังชุมชนและครอบครัวในเด็กอำเภอกำแพง เป็นพลังด้านที่อ่อนแอที่สุด ซึ่งเป็นตัวชี้วัดว่าในสภาพการณ์ปัจจุบันสถาบันครอบครัวกำลังตกต่ำและแทบไม่มีความเป็นครอบครัวเหลืออยู่ ซึ่งครอบครัวเองก็ไม่สามารถยับยั้ง หรือผ่อนคลายปัญหาได้

สถานการณ์ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอำเภอกำแพงปี 2558 พบว่ายังมีอุบัติการณ์ตั้งครรภ์ในหญิงกลุ่มที่ผ่านการอบรมร้อยละ 21.87 ชายกลุ่มที่ผ่านการอบรมร้อยละ 6.35 และมีหญิงและที่ไม่ผ่านการอบรมมีอุบัติการณ์ตั้งครรภ์ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์สูงถึงร้อยละ 78.12 และร้อยละ 93.75 ตามลำดับ

⁽²⁾ จากข้อมูลดังกล่าวเมื่อสอบถามเป็นข้อมูลเชิงลึก พบว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้กลุ่มวัยรุ่นและวัยรุ่นหญิงและชายที่ไม่ได้ผ่านการอบรมคือ ไม่ได้มาเรียนในวันที่โรงเรียนมีกิจกรรมนี้ และในกลุ่มผ่านการอบรมแล้วยังมีการตั้งครรภ์พบว่าสาเหตุคือ ขาดความตระหนักในการป้องกันตนเอง นอกจากนี้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังมีสาเหตุอันสลับซับซ้อน

เช่น การเข้าถึงสื่อต่างๆ ที่เปลี่ยนทัศนคติของวัยรุ่นเรื่องเพศ การมีสิ่งช่วยชู้รอบตัว ครอบครัวมีเวลาให้แก่น้อยลง ช่องว่างระหว่างพ่อแม่ลูก ชุมชนขาดการใส่ใจกัน โรงเรียนไม่สามารถจัดการเรียนรู้ทักษะชีวิตให้กับเด็กนักเรียนอย่างรอบด้านเพียงพอ จากค้นคว้าวิจัยพบว่ากิจกรรมที่จะช่วยป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์คือการจัดเพศศึกษาในโรงเรียน ส่งเสริมให้วัยรุ่นชะลอการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และจัดบริการคุมกำเนิด การเข้าถึงถุงยางอนามัย รวมทั้งมีบริการเชิงรุกสู่ครอบครัว ให้พ่อแม่ครู ชุมชน และเพื่อนมีส่วนร่วมในการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และส่วนใหญ่การเข้าถึงและได้รับบริการเฉพาะความรู้ แหล่งที่ให้บริการ คือ โรงเรียน ครอบครัว และเพื่อน ยังอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง⁽³⁻⁴⁾

ดังนั้น พ่อแม่ ครู ชุมชนต้องเข้ามาดูแลใกล้ชิด ร่วมด้วยช่วยกันทุกภาคส่วน มีภาคีเครือข่ายกระตุ้นให้เกิดการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ แก้ไขปัญหาอย่างองค์รวมสอดรับการดูแล ภาย จิตใจ สังคม ให้เกิดความสมบูรณ์ให้มากที่สุด พร้อมทั้งเชื่อมโยงกับการแก้ไขปัญหาอื่นๆ ในกลุ่มวัยรุ่นและวัยรุ่น พร้อมทั้งมีการดูแลสุขภาพโดยนักจัดการสุขภาพชุมชน มีการส่งเสริมครูและกลุ่มเพื่อนในโรงเรียนเพื่อจัดการแก้ปัญหาวัยรุ่นและวัยรุ่น ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ดำเนินการ การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นอำเภอกำแพง จังหวัดกาฬสินธุ์เพื่อหวังว่าจะได้วิธีการ หรือรูปแบบการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข หรือรูปแบบการดูแลในกลุ่มวัยรุ่นและวัยรุ่นให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและส่งผ่านกลุ่มวัยรุ่นทำงานและวัยรุ่นสูงอายุอย่างมีคุณภาพในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นอำเภอกำแพง จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นอำเภอกำแพง จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อทำการศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์การสนทนากลุ่ม (Focus Group) และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant observation) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงตามประเด็นและครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ มีระยะเวลาในการดำเนินการ เดือน ตุลาคม ถึง เดือน พฤษภาคม 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจงในการวิจัยครั้งนี้ ได้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่ 1) วัยเรียน วัยรุ่น เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง โดยต้องเป็นวัยรุ่นและวัยรุ่นช่วงอายุ 10-17 ที่เป็นคนไทย มีภูมิลำเนา และอาศัยอยู่ในอำเภอลำม่วง 2) ผู้ปกครองของวัยรุ่น วัยรุ่น เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง โดยต้องเป็นผู้ปกครองของ วัยเรียนและวัยรุ่นช่วงอายุ 10 - 17 ที่เป็นคนไทย มีภูมิลำเนา และอาศัยอยู่ในอำเภอลำม่วง 3) ภาาเครือข่ายซึ่งประกอบด้วย นายอำเภอ หัวหน้าส่วนราชการ อสม.ครูอนามัยโรงเรียน พระสงฆ์ และผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการสุขภาพชุมชน

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาได้แก่ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) การสนทนากลุ่ม (Focus Group) และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation)

ขั้นตอนการศึกษา

ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้ 1) ศึกษาบริบท 2) กำหนดปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (Priority setting of problems) ปัญหาที่ได้คือปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น 3) การวางแผนปฏิบัติ โดยการจัดทำขั้นตอนให้ชัดเจนรวมทั้งระบุผู้มีส่วนร่วมว่ามีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิจัยอย่างไร 4) ขั้นการติดตามผลตรวจสอบและ

ปรับปรุงแก้ไข กับปัญหาที่พบในการวิจัยแบบมีส่วนร่วม 5. ขั้นการสรุปผลการวิจัยขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะทำการสรุปผลการวิจัย และเรียบเรียงเป็นรายงานวิจัยออกมาเผยแพร่สู่สาธารณชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป เช่น ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม นำเสนอข้อมูลเป็น จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) การแยกแยะ และจัดกลุ่มความหมาย หาแบบแผนต่าง ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อแสดงความสัมพันธ์หรือแก่นของเรื่องและตอบคำถามการวิจัยได้ชัดเจนมากที่สุด

สรุปผลการวิจัย

1. การพัฒนาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น อำเภอลำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วยกิจกรรม 1) ประชุมจัดตั้งคณะกรรมการ โดยมีตั้งแต่ระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน พร้อมทั้งคัดเลือกพื้นที่และประชากรแบบเฉพาะเจาะจง โดยเลือกจากอัตราการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นของปีที่ผ่านมาสูงที่สุด 3 ตำบล ตำบลที่มีคุณสมบัติคือ ตำบลทุ่งคลอง ตำบลนาทัน และตำบลดินจี่ 2) ประชุมและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในภาพของภาาเครือข่าย ภายใต้แนวความคิด “OUR & OWNER HEALTH GO TO GOAL TOGETHER” การกิจร่วมประเด็น “ลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอำเภอลำม่วงอย่างมีส่วนร่วม ปี 2559” โดยเน้นการเป็นเจ้าของร่วมกัน โดยใช้เทคนิค (Body Paint) 3) ค้นหาปัญหา ความต้องการผ่านเวทีประชาคมกำหนดขอบเขตเป้าหมายกิจกรรม 4) ผลักดันปัญหาให้เป็นนโยบายระดับอำเภอ ตามหลักการของกฎบัตร จากกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ว่าด้วยการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 5) บูรณาการหลักสูตรวัยรุ่นวัยใสให้เหมาะสมกับผู้ร่วมกิจกรรม โดยผ่านคณะกรรมการวัยรุ่นวัยใส ระดับอำเภอ 6) นำกิจกรรมไปใช้กับหมู่บ้านตัวอย่างคัดเลือก Try out เพื่อนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม และจะกำหนดกรอบเวลาได้ 7) นำเสนอรายละเอียด อีกทั้งวิเคราะห์ข้อดีข้อเสีย และพัฒนา

หลักสูตรร่วมกันกับภาคีเครือข่าย 8) จัดทำกิจกรรมครอบครัวอบอุ่น โดยใช้ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายเป็นผู้ประสานงาน และร่วมเป็นเจ้าของ 9) วัดกระบวนการให้ความรู้โดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม อีกทั้งสังเกตการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมอบรม 10) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถ่ายทอดประสบการณ์ ในแต่ละครั้งที่ดำเนินกิจกรรม รวมทั้งวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง โดยใช้วิธีประชุมกลุ่ม และอภิปรายผล 11) นำเสนอผลการดำเนินการให้ภาคีเครือข่ายทราบการดำเนินงาน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่พบ 12) สรุปผลการปฏิบัติ ติดตามผลกระทบ เมื่อสิ้นโครงการ

2. ผลการพัฒนาการพัฒนาร่วมกันของภาคีเครือข่ายในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นอำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

2.1 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นอำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า 1) การมีส่วนร่วมด้านการวางแผน พบว่าในการประชุมทุกครั้งมีภาคีเครือข่ายจากทุกภาคส่วน เข้าร่วมประชุม พร้อมทั้งได้แสดงความคิดเห็น ร่วมการวางแผน รวมทั้งออกแบบกิจกรรมและหลักสูตรบูรณาการวัยรุ่นวัยใส ภายใต้แนวความคิด “OUR & OWNER HEALTH GO TO GOAL TOGETHER” การกิจร่วมประเด็น “ลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอำเภอคำม่วงอย่างมีส่วนร่วม ปี 2559” โดยเน้นการเป็นเจ้าของร่วมกัน โดยใช้เทคนิค (Body Paint) 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ ภาคีเครือข่ายร่วมการค้นหากลุ่มเป้าหมายร่วมกัน และช่วยลงมือทำให้ไม่ผลัดภาระให้เป็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่เพียงอย่างเดียว อย่างเช่นที่ผ่านมา 3) การมีส่วนร่วมในการจัดสรรผลประโยชน์มีการจัดตั้งคณะกรรมการชัดเจน ตั้งแต่ระดับอำเภอจนถึงระดับตำบล ในการตรวจสอบงบประมาณ ในโครงการและกิจกรรมต่างๆ โดยให้คณะกรรมการเป็นเอกฉันท์ในการตัดสินใจงบประมาณมาใช้ 4) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล เมื่อสิ้นสุดกระบวนการ มีการประชุมกลุ่ม และอภิปรายผลร่วมกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถ่ายทอดประสบการณ์ ในแต่ละครั้งที่ดำเนินกิจกรรม รวมทั้ง

วิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็ง โดยใช้วิธีประชุมกลุ่มกลุ่ม และการอภิปรายผล

2.2 ความเชื่อและทัศนคติของวัยรุ่นหญิงต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2559 พบว่า ส่วนใหญ่วัยรุ่นหญิงมีความเชื่อและทัศนคติในระดับมาก ในหัวข้อที่ว่า ถ้าเกิดการตั้งครรภ์ คิดว่าการทำแท้งเป็นการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด คิดเป็นร้อยละ 87.1 รองลงมาคือ ถ้าชายและหญิงที่เป็นคู่รักกัน แต่ยังไม่ได้แต่งงานกันก็ไม่ควรมีเพศสัมพันธ์กันก่อน พบอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.7 และเมื่ออยู่ต่างถิ่นการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสเป็นสิ่งที่สามารถทำได้เพราะไม่มีใครรู้จัก พบอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.1 ตามลำดับ ส่วนหัวข้อที่มีความเชื่อและทัศนคติของวัยรุ่นหญิง พบในระดับน้อยที่สุด คือ การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ ทำให้ความรู้สึกละอายลดลง ร้อยละ 23.0 รองลงมา คือการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์เป็นบางครั้งสามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ร้อยละ 30.3 และการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสเป็นเรื่องที่ดี เพราะทำให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ร้อยละ 32.5 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายการวิจัย การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัยต่างๆ เพื่อพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายเฝ้าระวังและส่งต่อปัญหาวัยรุ่นระหว่างบ้าน โรงเรียน ชุมชน และกลุ่มเพื่อนวัยรุ่น ให้เกิดประสิทธิผลต่อการดูแลวัยรุ่นและเพื่อให้วัยรุ่น วัยเรียน และครอบครัว ได้มีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมการมีส่วนร่วมด้านการวางแผน พบว่าในการประชุมทุกครั้งมีภาคีเครือข่ายจากทุกภาคส่วน เข้าร่วมประชุม พร้อมทั้งได้แสดงความคิดเห็น ร่วมการวางแผน รวมทั้งออกแบบกิจกรรมและหลักสูตรบูรณาการวัยรุ่นวัยใส ภายใต้แนวความคิด “OUR & OWNER HEALTH GO TO GOAL TOGETHER” การกิจร่วมประเด็น “ลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอำเภอคำม่วงอย่างมีส่วนร่วม ปี 2559” โดยเน้นการเป็นเจ้าของร่วมกัน โดยใช้เทคนิค (Body Paint) สอดคล้องกับทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ (2527)⁽⁴⁾ การมีส่วนร่วมเป็นสิทธิ

ของประชาชนต่อการตัดสินใจนโยบายที่เกี่ยวกับการจัดสรร (Allocation) และการใช้ประโยชน์ (Utilization) ของทรัพยากรเพื่อการผลิต ซึ่งเป็นความจำเป็นที่ประชาชนต้องเข้าร่วมในการวางแผน เพื่อการกินดีอยู่ดี และสามารถตอบสนองต่อสิ่งที่เข้าถึงซึ่งการพัฒนาให้คนจน ได้รับประโยชน์เพื่อการผลิต การบริการ และสิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณะด้วย ซึ่งในระยะแรกที่เริ่มประชุมกลุ่มนั้นพบว่าผู้เข้าร่วมประชุมที่มาจากภาคีเครือข่ายต่างๆ ยังไม่ได้มีความกระตือรือร้นในการแสดงความคิดเห็นมากเท่าใด ด้วยเพราะคิดแต่เพียงว่ายังไม่ได้เกี่ยวข้องกับงานของตนเอง เมื่อประเด็น “ลดการตั้งครุฑในวัยรุ่นอำเภอคำม่วงอย่างมีส่วนร่วม ปี 2559” ได้ถูกผลักดันปัญหาให้เป็นนโยบายระดับอำเภอ รวมทั้งได้รับการคืนข้อมูลการตั้งครุฑไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่น ภาคีเครือข่ายจึงให้ความสำคัญ และร่วมกันปฏิบัติการกิจกรรมครั้งนี้ด้วยกัน อีกประเด็นหนึ่งคือ การจัดตั้งคณะกรรมการของทุกภาคส่วนให้มีส่วนร่วม และบทบาทที่สำคัญ เมื่อประชุมกลุ่มเปิดเวทีให้ได้ร่วมคิด แสดงความรู้สึก การให้คุณค่า ชื่นชม เปิดโอกาสให้ลงมือปฏิบัติร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ และเชิดชูจึงเกิดความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง

มากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของจันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์ และคณะ (2556)⁽⁵⁾ ที่ว่า การดูแลช่วยเหลือช่วยเหลือแม่วัยรุ่น ลูกน้อย และครอบครัวให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข และสร้างครอบครัวที่เข้มแข็งของตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพที่พึงจะเป็นนั้น สามารถดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายได้ด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวดั้งเดิม ผ่านการทำงานของภาคีเครือข่ายที่เอื้อต่อการเสริมสร้างสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในรูปแบบที่ตรงกับพื้นที่
2. การเลือกใช้กระบวนการมีส่วนร่วมควรมีการศึกษาในรูปแบบอื่นที่ใช้ในการศึกษาและการจัดกระบวนการไม่ว่าจะเป็นการรวมกลุ่ม หรือการแยกกลุ่มในกรณีเด็กที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการตั้งครุฑซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางเป็นอย่างสูง ควรระวังในการใช้กระบวนการ และในบางเนื้อหาในการจัดกิจกรรม เพื่อป้องกันพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในอนาคตได้

เอกสารอ้างอิง

1. ขนิษฐา กาญจนสินนท์.โครงสร้างและการเข้าถึงเครือข่ายเศรษฐกิจนอกระบบในชนบท. วิทยานิพนธ์พัฒนาศึกษาศาสตรมหาวิทาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2536.
2. โรงพยาบาลคำม่วง. สถานการณ์ตั้งครุฑในวัยรุ่นอำเภอคำม่วงปี 2558 . งานห้องคลอด โรงพยาบาลคำม่วง. 2559.
3. วรณดี จันทศิริ และคณะ. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: หมู่ที่ 8 ตำบลนาป่า อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. ศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรี, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.2545
4. เบญจพร ปัญญา. การทบทวนองค์ความรู้ การตั้งครุฑในวัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร:สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.), 2553.
5. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. การมีส่วนร่วมของประชาชน. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษานโยบาย สาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
6. จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์ พิชชกานต์ วิเชียรกลัยรัตน์ และสิรินันท์ ธิติทรัพย์. การพัฒนาแบบจำลองระบบบริการอันพึงประสงค์ที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพแม่วัยรุ่นและครอบครัว.(รายงานการวิจัย). พิษณุโลก:มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2556.

ความพร้อมในการดำเนินการตามเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์

The Readiness of Operation according to the Environmental Quality Criteria of the Community

Hospital in Kalasin Province

ธัญลักษณ์ จันทร์หอมฟุ้ง¹ ชัยรัช จันทร์สมุค²

Tanyaluck Chanhomfoong¹ Chaitach Chansamood²

บทคัดย่อ

การศึกษากครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความพร้อมในการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ 2) เพื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน ต่อความพร้อมของบุคลากรในการดำเนินงาน ตามเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์ทั้ง 12 องค์ประกอบ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานโดยตรงและเกี่ยวข้องกับ คุณภาพสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 420 คน เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความพร้อมต่อการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาล ชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ ครอบคลุม 12 องค์ประกอบ 375 ตัวชี้วัด ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความครอบคลุมของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบสมมติฐาน independent t – test, f – test

ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรมีความพร้อมต่อการดำเนินงานตามเกณฑ์อยู่ในระดับมาก ในภาพรวมทุกองค์ประกอบ ได้แก่ การกำหนดนโยบายด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับองค์กร การจัดการด้านเคมีภัณฑ์ สารเคมีและสารอันตราย การจัดการของเสีย ของเสียอันตราย และของเสียติดเชื้อ การจัดการด้านการอนุรักษ์พลังงาน การจัดการด้านทรัพยากรน้ำและน้ำเสีย การจัดการด้านอาคารและสิ่งก่อสร้าง การจัดการด้านเครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ การจัดการห้องน้ำและห้องสุขาในโรงพยาบาล การจัดการด้านอาชีวอนามัย และสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน การจัดการด้านการป้องกันอภิศักภัยและภาวะฉุกเฉิน การจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ และการจัดการด้านอาหารและความปลอดภัย เพศหญิงมีความพร้อมมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง และระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อมของบุคลากร ไม่มีผลต่อความพร้อมในการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์

คำสำคัญ: คุณภาพสิ่งแวดล้อม, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This survey research had the purposes to 1) study the readiness of operation according to the environmental quality criteria of the community hospital in Kalasin Province and 2) to compared the personality factor of the officer to the operation according to the 12 components of environmental quality criteria community hospital. The samples were 420 officers who worked and related about the environmental quality in community hospital in Kalasin Province. The tool of this study was the readiness of operation according to the environmental quality criteria of the community hospital in Kalasin Province questionnaire covered 12 components 375 indicators. The comprehensive tool quality was checked by 3 experts. Analyzed the data by descriptive statistic including percentage mean and standard deviation and Inferential statistic used independent t – test, f – test.

The result was found the readiness of operation according to the environmental quality criteria of the community hospital officer were in high level in the overall of all components including the environmental quality policy/vision, the chemical and hazardous management, the waste, hazardous waste and infectious waste management, the energy saving management, the water and waste water management, the building management, the tools and medical equipment management, the toilet and restroom management, the occupational health, livable workplace management, the fire protection and emergency management, the pharmaceutical and health care management and the food safety management

¹ นักศึกษาหลักสูตรการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

The female has more readiness than male statistically significant at .05 level. The different of age range, education, position and the period of environmental working were non different to the readiness of operation according to the environmental quality criteria of the community hospital officer.

Keywords: Environmental Quality, Community Hospital

บทนำ

โรงพยาบาลเป็นหน่วยงานหน่วยงานหนึ่งที่ให้บริการประชาชนทั้งด้านการป้องกัน และการรักษาสุขภาพ ในแต่ละวันจึงมีประชาชนมาใช้บริการเป็นจำนวนมากทำให้เกิดกิจกรรมหลากหลายในสถานบริการสาธารณสุข โดยหลายๆ กิจกรรมเกี่ยวข้องกับการใช้พลังงานและเชื้อเพลิง อีกทั้งยังทำให้เกิดของเสียจำนวนมาก และยังมีการใช้สารเคมีเพื่อการรักษาผู้ป่วย เช่นสารที่ใช้เป็นยาสลบซึ่งมีไนโตรสออกไซด์เป็นองค์ประกอบ โดยก๊าซนี้มีศักยภาพทำให้เกิดภาวะโลกร้อนมากกว่าคาร์บอนไดออกไซด์หลายเท่า จากสถานการณ์ปัจจุบันปัญหาโลกร้อนจากการเพิ่มขึ้นของก๊าซเรือนกระจกกลายเป็นปัญหาที่สำคัญจากการประเมินการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของประเทศไทยในปี 2543-2547 พบว่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจกเพิ่มขึ้นนอกจากภาคพลังงาน ที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี จากขยะมูลฝอยและน้ำเสีย⁽¹⁾

โรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานพยาบาลที่จัดบริการสุขภาพในระดับกลาง มีการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยแพทย์ที่มีความชำนาญสูงปานกลาง ประกอบด้วยหน่วยบริการทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอ มีเตียงสำหรับผู้ป่วยตั้งแต่ 10 เตียง ไปจนถึง 150 เตียง ครอบคลุมประชากรตั้งแต่ 10,000 คนขึ้นไป มีแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ปฏิบัติงานประจำ การให้บริการจะเน้นหนักในด้านการรักษาพยาบาล⁽²⁾ จังหวัดกาฬสินธุ์มีโรงพยาบาลของรัฐทั้งหมด 14 แห่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอขนาด 30-90 เตียง 13 แห่ง⁽³⁾ จากทบทวนเกณฑ์และมาตรฐานด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่ใช้ในระดับสากลและระดับประเทศอยู่ทั้งสิ้น 16 เกณฑ์ และปรากฏความซ้ำซ้อนในด้านเนื้อหาและระยะเวลาในการปฏิบัติ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของโรงพยาบาล ทำให้จังหวัดกาฬสินธุ์ดำเนินการศึกษาและสังเคราะห์เกณฑ์บังคับคุณภาพ

สิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ขึ้นเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทและสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริงของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 12 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. การกำหนดนโยบายด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับองค์กร 2. การจัดการด้านเคมีภัณฑ์ สารเคมีและสารอันตราย 3. การจัดการของเสีย ของเสียอันตราย และของเสียติดเชื้อ 4. การจัดการด้านการอนุรักษ์พลังงาน 5. การจัดการด้านทรัพยากรน้ำและน้ำเสีย 6. การจัดการด้านอาคารและสิ่งก่อสร้าง 7. การจัดการด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ 8. การจัดการห้องน้ำและห้องสุชาในโรงพยาบาล 9. การจัดการด้านอาชีวอนามัย และสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน 10.การจัดการด้านการป้องกันอัคคีภัยและภาวะฉุกเฉิน 11. การจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ และ 12. การจัดการด้านอาหารและความปลอดภัย⁽⁴⁾

การดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมซึ่งมีความครอบคลุมทุกมิติของโรงพยาบาลชุมชนนั้น จำเป็นต้องมีการสำรวจความคิดเห็นและความพร้อมในการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมของผู้ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการกำหนดนโยบาย การวางแผนการบริหารงาน ตลอดจนการติดตามควบคุมกำกับและการจัดลำดับการพัฒนา เพื่อให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ดูแลสุขภาพที่ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความพร้อมของโรงพยาบาลชุมชน ในการดำเนินงานตามเกณฑ์บังคับคุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน ต่อความพร้อมของบุคลากรของโรงพยาบาลชุมชนที่ทำงานด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ในการดำเนินงานตามเกณฑ์บังคับคุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับคุณภาพสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 13 แห่ง จำนวน 2,455 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับคุณภาพสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลชุมชน และบุคลากรที่ปฏิบัติงานโดยตรง กับคุณภาพสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 420 คน ประกอบด้วยบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับคุณภาพสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดกาฬสินธุ์จำนวน 13 แห่ง จำนวน 320 คน ได้มาจาก สุ่มสุ่มส่วนประชากร

2.2. บุคลากรที่ปฏิบัติงานโดยตรงกับคุณภาพสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 13 แห่ง ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จำนวน 13 คน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล จำนวน 13 คน หัวหน้าฝ่ายบริหารทั่วไป จำนวน 13 คน หัวหน้างานอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 13 คน นักวิชาการอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 13 คน นักวิชาการสาธารณสุข ระดับอำเภอ จำนวน 18 คน และคณะกรรมการคุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 17 คน รวมทั้งสิ้น 100 คน

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาล ชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบสมมติฐาน independent t - test f - test

ผลการวิจัย

1. การศึกษาความพร้อมในการดำเนินการตามเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ครั้งนี้พบว่า พบว่า องค์ประกอบของเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชนมีทั้งสิ้น 12 องค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบ 1 การกำหนดนโยบายด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับองค์กร บุคลากรมีความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตามเกณฑ์อยู่ในระดับมาก ทั้งในภาพรวมและรายตัวบ่งชี้

องค์ประกอบ 2 การจัดการด้านเคมีภัณฑ์ สารเคมี และสารอันตราย บุคลากรมีความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตามเกณฑ์อยู่ในระดับมาก ทั้งในภาพรวมและรายตัวบ่งชี้

องค์ประกอบ 3 การจัดการของเสีย ของเสียอันตราย และของเสียติดเชื้อ บุคลากรส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากในภาพรวม และตัวบ่งชี้ที่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ ตัวบ่งชี้ที่ 2.2 มีแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยในโรงพยาบาล ตัวบ่งชี้ที่ 2.5 จำนวนถังขยะ (แยกตามประเภท) มีปริมาณเพียงพอกับปริมาณขยะประเภทต่างๆ ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล และกระจายอยู่ตามแผนกอย่างเหมาะสม ตัวบ่งชี้ที่ 3.6 ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ตัวบ่งชี้ที่ 3.14 ภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ (ถุงแดงและกล่องใส่มูลฝอยติดเชื้อ) มีการใช้งานเพียงครั้งเดียวและทำลายพร้อมกับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ตัวบ่งชี้ที่ 3.15 ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อสวมชุดป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ประกอบด้วยถุงมือยางหนา ผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปาก-ปิดจมูก และรองเท้าพื้นยางหุ้มแข้ง ในขณะที่ปฏิบัติงาน และตัวบ่งชี้ที่ 3.16 มีการกำหนดเวลาและเส้นทางการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อที่แน่นอน

องค์ประกอบ 4 การจัดการด้านการอนุรักษ์พลังงาน บุคลากรมีความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตามเกณฑ์อยู่ในระดับมาก ทั้งในภาพรวมและรายตัวบ่งชี้

องค์ประกอบ 5 การจัดการด้านทรัพยากรน้ำและน้ำเสีย บุคลากรมีความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตามเกณฑ์อยู่ในระดับมาก ทั้งในภาพรวมและรายตัวบ่งชี้

องค์ประกอบ 6 การจัดการด้านอาคารและสิ่งก่อสร้าง บุคลากรมีความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตามเกณฑ์อยู่ในระดับมาก ทั้งในภาพรวมและรายตัวบ่งชี้

องค์ประกอบ 7 การจัดการด้านเครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ บุคลากรมีความคิดเห็นต่อการ

ดำเนินงานตามเกณฑ์อยู่ในระดับมาก ทั้งในภาพรวมและรายตัวบ่งชี้

องค์ประกอบ 8 การจัดการห้องน้ำและห้องสุขาในโรงพยาบาล บุคลากรมีความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตามเกณฑ์อยู่ในระดับมาก ทั้งในภาพรวมและรายตัวบ่งชี้

องค์ประกอบ 9 การจัดการด้านอาชีวอนามัยและสถานที่ทำงานน่าน้อย น่าน้ำงาน บุคลากรส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากในภาพรวม และตัวบ่งชี้ที่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ ตัวบ่งชี้ที่ 1.6 ให้มีการตรวจสอบภาพผู้ปฏิบัติงานประจำปี

องค์ประกอบ 10 การจัดการด้านการป้องกันอัคคีภัยและภาวะฉุกเฉินบุคลากรมีความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตามเกณฑ์อยู่ในระดับมาก ทั้งในภาพรวมและรายตัวบ่งชี้

องค์ประกอบ 11 การจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์บุคลากรมีความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตามเกณฑ์อยู่ในระดับมาก ทั้งในภาพรวมและรายตัวบ่งชี้

องค์ประกอบ 12 การจัดการด้านอาหารและความปลอดภัย บุคลากรมีความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตามเกณฑ์อยู่ในระดับมาก ทั้งในภาพรวมและรายตัวบ่งชี้

2. คุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนต่อความคิดเห็นในการการดำเนินงานตามเกณฑ์บ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับคุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.7 อายุเฉลี่ย 37.78 ปี (S.D = 9.09) การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับปริญญาตรี ร้อยละ 70.2 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 31.9 รองลงมาเป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 31.0 มีประสบการณ์ทำงานด้านสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชนมา 5 – 10 ปี ร้อยละ 48.3

3. การเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ต่อความคิดเห็นในการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ แสดงดังตาราง 1 - 4

ตาราง 1 การเปรียบเทียบคุณลักษณะด้านเพศของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ต่อความคิดเห็นในการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

เพศ	N	$\bar{X}$	S.D	t	df	p-value
ชาย	161	3.5335	0.75	-2.119	418	.035
หญิง	259	3.6953	0.77			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 พบว่า บุคลากรที่มีเพศแตกต่างกัน มีระดับความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P=.035) โดยเพศหญิงมีความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตามเกณฑ์สูงกว่าเพศชาย

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคุณลักษณะด้านกลุ่มอายุของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ต่อความคิดเห็นในการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

ตัวแปร	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	1.581	2	.791	1.358	.258
ภายในกลุ่ม	242.837	417	.582		
รวม	244.418	419			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 2 พบว่า บุคลากรที่มีอายุ แตกต่างกัน มีระดับความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคุณลักษณะด้านตำแหน่งของบุคลากร โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ต่อความคิดเห็นในการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

ตัวแปร	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	.190	3	.063	.108	.955
ภายในกลุ่ม	244.228	416	.587		
รวม	244.418	419			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 3 พบว่า บุคลากรที่มีตำแหน่งแตกต่างกัน มีระดับความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 4 การเปรียบเทียบคุณลักษณะด้านประสิทธิภาพการทำงานด้านสิ่งแวดล้อมของบุคลากร โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ต่อความคิดเห็นในการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

ตัวแปร	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	4.513	4	1.128	1.952	.101
ภายในกลุ่ม	239.906	415	.578		
รวม	244.418	419			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4 พบว่า บุคลากรที่มีประสิทธิภาพการทำงานด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน มีระดับความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ไม่แตกต่างกัน

สรุปและอภิปรายผล

ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพ

สิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าองค์ประกอบของเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชนมีทั้งสิ้น 12 องค์ประกอบ พบว่าบุคลากรมีความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตามเกณฑ์อยู่ในระดับมาก ในภาพรวมทุกองค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบ 1 การกำหนดนโยบายด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับองค์กร องค์ประกอบ 2 การจัดการด้านเคมีภัณฑ์ สารเคมีและสารอันตราย องค์ประกอบ 3 การจัดการของเสีย ของเสียอันตราย และของเสียติดเชื้อ องค์ประกอบ 4 การจัดการด้านการอนุรักษ์พลังงาน องค์ประกอบ 5 การจัดการด้านทรัพยากรน้ำและน้ำเสีย องค์ประกอบ 6 การจัดการด้านอาคารและสิ่งก่อสร้าง องค์ประกอบ 7 การจัดการด้าน

เครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ องค์ประกอบ 8 การจัดการห้องน้ำและห้องสุขาในโรงพยาบาล องค์ประกอบ 9 การจัดการด้านอาชีวอนามัย และสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน องค์ประกอบ 10 การจัดการด้านการป้องกันอัคคีภัยและภาวะฉุกเฉิน องค์ประกอบ 11 การจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ และองค์ประกอบ 12 การจัดการด้านอาหารและความปลอดภัย ทั้งนี้ เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนมีความพร้อมในการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีการกำหนดโครงสร้างการดำเนินงานด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่ครอบคลุมทุกมิติ บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อมมีความเข้าใจขอบเขตของการทำงาน จึงส่งผลให้มีความคิดเห็นในภาพรวมอยู่ในระดับมาก

บุคลากรมีความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตามเกณฑ์อยู่ในระดับมากที่สุด 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบ 3 การจัดการของเสีย ของเสียอันตราย และของเสียติดเชื้อ ตัวบ่งชี้ที่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ ตัวบ่งชี้ที่ 2.2 มีแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยในโรงพยาบาล ตัวบ่งชี้ที่ 2.5 จำนวนถังขยะ (แยกตาม

ประเภท) มีปริมาณเพียงพอกับปริมาณขยะประเภทต่างๆที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล และกระจายอยู่ตามแผนกอย่างเหมาะสม ตัวบ่งชี้ที่ 3.6 ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้าย และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ตัวบ่งชี้ที่ 3.14 ภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ (ถุงแดงและกล่องใส่มูลฝอยติดเชื้อ) มีการใช้งานเพียงครั้งเดียวและทำลายพร้อมกับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ตัวบ่งชี้ที่ 3.15 ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อสวมชุดป้องกันอันตรายส่วนบุคคลประกอบด้วยถุงมือยางหนา ฝ้ายกันเปื้อน ฝ้ายปิดปาก-ปิดจมูก และรองเท้าพื้นยางหุ้มแข้ง ในขณะที่ปฏิบัติงาน และตัวบ่งชี้ที่ 3.16 มีการกำหนดเวลาและเส้นทางในการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อที่แน่นอน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชน มีความคิดเห็นว่าการจัดการด้านขยะมูลฝอยและมูลฝอยติดเชื้อที่ดีเป็นส่วนสำคัญของการจัดการสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชน เพราะโรงพยาบาลเป็นแหล่งกำเนิดของมูลฝอยติดเชื้อ รวมทั้งกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเป็นที่มาของขยะมูลฝอย ไม่ว่าจะเป็นจากตัวบุคลากรเอง ตัวผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย การจัดการขยะมูลฝอยและมูลฝอยติดเชื้อที่ดีจึงสำคัญต่อมาตรฐานการปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อม และสามารถพัฒนาและนำไปปรับใช้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชนที่มีผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดมูลฝอยติดเชื้อได้ ส่วนองค์ประกอบ 9 การจัดการด้านอาชีวอนามัยและสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน ตัวบ่งชี้ที่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ ตัวบ่งชี้ที่ 1.6 ให้มีการตรวจสุขภาพผู้ปฏิบัติงานประจำปี อาจเนื่องมาจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อม จำเป็นต้องสัมผัสความเสี่ยงต่าง ๆ เช่น มูลฝอยติดเชื้อ หรือโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ การตรวจสุขภาพประจำปีให้แก่บุคลากรในหน่วยงานจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากร

คุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน ต่อความพร้อมของบุคลากรของโรงพยาบาลชุมชน ที่ทำงานด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ในการดำเนินงาน

ตามเกณฑ์บ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าปัจจัยของเพศที่แตกต่างกันมีผลให้ระดับความคิดเห็นในการดำเนินงานด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=.035$) โดยเพศหญิงจะมีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อการดำเนินงานสูงกว่าเพศชาย เนื่องจากจำนวนของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และบางส่วนทำงานอยู่ในระดับบริหาร เช่น หัวหน้างาน/หัวหน้าฝ่าย อาจส่งผลให้ความตื่นตัวในการปฏิบัติตามเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูงกว่าเพศชาย

คุณลักษณะด้านอื่น ๆ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง และระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อมของบุคลากรที่แตกต่างกันมีระดับความคิดเห็นในการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องมาจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลที่มีความหลากหลายด้านอายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง และระยะเวลาการปฏิบัติงาน มีความรู้ความเข้าใจในแนวทางการปฏิบัติงาน อีกทั้งเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ได้สังเคราะห์ขึ้นนั้น เกิดจากการใช้วิธีทางสิ่งแวดล้อมศึกษามาประยุกต์ใช้กับระบบสาธารณสุข ประกอบด้วยกระบวนการศึกษาเอกสาร การสังเคราะห์เกณฑ์ การทดลองใช้กับโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์และโรงพยาบาลที่มีขนาดใกล้เคียงกันนอกจังหวัดกาฬสินธุ์ รวมทั้งการประเมินผล จึงส่งผลให้ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตามเกณฑ์ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์ไม่แตกต่างกัน⁽⁴⁾

ข้อเสนอแนะ

การใช้เกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชนนั้นจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์บริบทของโรงพยาบาลและความพร้อมของบุคลากร เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสังเคราะห์เกณฑ์ที่เหมาะสมและครอบคลุมสามารถตอบตัวชี้วัดด้านสิ่งแวดล้อมที่โรงพยาบาลต้องใช้

ในการประเมินตามมาตรฐานต่าง ๆ เพื่อให้การประเมิน วัตถุประสงค์และไม่เป็นการเพิ่มภาระงานของเจ้าหน้าที่
โรงพยาบาลชุมชนตามเกณฑ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมบรรลุ ผู้ปฏิบัติงาน

เอกสารอ้างอิง

- 1 สำนักนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. การจัดทำรายงานแห่งชาติ ฉบับที่ 2. กรุงเทพฯ:สำนักนโยบายและแผน
ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. 2553.
- 2 กระทรวงสาธารณสุข. พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541. 2541.
- 3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. การประเมินมาตรฐานทางคุณภาพสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลชุมชน ประจำปี 2555. กาฬสินธุ์:
กาฬสินธุ์. 2556.
- 4 วิมลรัตน์ ภูผาสุข. การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ: (7) 2.
2557.

**ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวน
เคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ติดเขตชายแดนแม่น้ำโขง จังหวัดมุกดาหาร**

**Administrative Factors and Administrative Process Influencing the Performance of the Committee
of Surveillance and Rapid Response Teams at Sub-District Level Network in Border Area Along
Mekong River, Mukdahan Province.**

ปลุวัชร อางโยธา¹, ชนะพล ศรีฤชา²

Pullawach Arjyotha¹, Chanaphol Sriruecha²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา คุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ติดเขตชายแดนแม่น้ำโขง จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 342 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ จำนวน 150 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิและเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและสนทนากลุ่ม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช 0.935 เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 19 เมษายน- 20 พฤษภาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและใช้สถิติเชิงอนุมาน หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.0 มีอายุเฉลี่ย 42.9 ปี ร้อยละ 40.0 (S.D.=9.39) มีสถานภาพ สมรส ร้อยละ 74.0 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 55.3 เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 41.3 และมี มีพื้นฐานของระยะเวลาที่ปฏิบัติงานหรือเคยปฏิบัติงานในด้านการเฝ้าระวังและสอบสวนโรค เท่ากับ 6 ปี (ต่ำสุด=1 ปี สูงสุด=29 ปี) การปฏิบัติงานของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.52, S.D.=0.83) ภาพรวมของปัจจัยบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง กับการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.647$, $p\text{-value} < 0.001$) และภาพรวมของกระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.764$, $p\text{-value} < 0.001$) ตัวแปรปัจจัยด้านการประสานงาน ปัจจัยด้านกำลังคน และปัจจัยด้านการควบคุมกำกับ เป็นตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของคณะกรรมการ ได้ร้อยละ 62.7 ($R^2 = 0.627$, $P\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ : ปัจจัยการบริหาร, กระบวนการบริหาร, คณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วเครือข่ายระดับตำบล

Abstract

Thai cross-sectional descriptive research was aimed to identify the personal characteristics and administrative factors and administrative process influencing the performance of the committee of surveillance and rapid response teams at sub-district level network in border area along Mekong river Mukdahan province . The total number of population was 342 while 150 samples were selected through stratified random sampling and 13 participated in the focus group for qualitative data. The questionnaire was examined for content validity by three experts and tested for reliability in a pilot study yielding Cronbach's alpha coefficient of 0.935. Data collection was carried out during April, 2016. The data were then analyzed by using a package statistical computer program. Descriptive statistics included Percentage, mean, standard deviation, median, and inferential statistics such as Pearson's correlation and multiple linear regressions, content analysis were also utilized.

The results showed that majority of the samples was male with 70.0 percent, average age of 42.9 years (S.D.=9.39) from 41 to 50 years old, married 74.0 percent, graduated bachelor degree 55.3 percent, being health officer 41.3 percent. The median of working experience was 6 years (minimum 1 year, maximum 29 year). In overall, the performance of the committee of surveillance and rapid response teams was

¹ นักศึกษาลัทธิสุทธสาธิตสาธิตมหาวิทยาลัยมหิดล (การบริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

found high (3.52 ± 0.83), while the level of administrative factors was moderate (3.32 ± 0.69) and the level of administrative process was high (3.51 ± 0.63). Administrative factors had moderate positive relationship with the performance at a statistical significant level ($r=0.647$, $p\text{-value}<0.001$) and administrative process had high positive relationship with the performance at a statistical significant level ($r=0.764$, $p\text{-value}<0.001$). There were five factors, Coordination, Manpower and Supervisory Control. Were chosen into the predict model at statistically significant level of 0.05. These five factors could Together predict the performance of the committee of surveillance and rapid response teams for 62.7 percent ($R^2 = 0.627$, $P\text{-value} < 0.001$)

Keywords : administrative factors, administrative process, the committee of surveillance and rapid response teams at sub-district level network

บทนำ

กรมควบคุมโรคได้มีการกำหนดนโยบาย “อำเภอ ควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน” เพื่อสร้างระบบ และกลไกการบริหารจัดการ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพในพื้นที่อำเภอต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ท้นต่อเหตุการณ์และสถานการณ์ โดยมี ตัวชี้วัดที่สำคัญ คือ การมีคณะกรรมการทีมเฝ้าระวัง สอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในระดับอำเภอและระดับตำบลที่มี ประสิทธิภาพและการมีระบบข้อมูลข่าวสารทางระบาด วิทยาที่ดี⁽¹⁾ นโยบายดังกล่าวได้สอดคล้องกับข้อกำหนด ของกฎอนามัยระหว่างประเทศปี พ.ศ. 2548 ที่ให้ประเทศ สมาชิกต่างๆต้องปฏิบัติตาม เพื่อป้องกัน คุ้มครอง ควบคุม และตอบโต้ทางด้านสาธารณสุขต่อการแพร่กระจายของ โรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ ด้วยวิธีการที่ เหมาะสมกับภาวะเสี่ยงด้านสาธารณสุข และหลีกเลี่ยงการ ระบาดที่ไม่จำเป็นต่อการจราจรและการค้าระหว่าง ประเทศ⁽²⁾

การจัดตั้งคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวน เคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team; SRRT) เครือข่ายระดับตำบล เป็นส่วนหนึ่งในนโยบาย “อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน” ของกรมควบคุม โรค เพื่อสร้างกระบวนการเฝ้าระวังป้องกันและ ควบคุมโรค ให้ถึงผู้ระดับตำบล เริ่มดำเนินการจัดตั้ง คณะกรรมการอย่างเป็นรูปธรรมในปีงบประมาณ 2554 และมีเป้าหมายในการดำเนินงานให้ครบทุกโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ในปี 2555⁽³⁾ แรกเริ่มองค์ประกอบ ของคณะกรรมการจะมีเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต่อมา ได้ขยายการทำงานเป็น SRRT เครือข่ายระดับตำบล โดยมี

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นแกนหลัก ในการดำเนินงาน คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะทำหน้าที่ วิเคราะห์เหตุการณ์ ประเมินการเกิดโรค รับ-ส่งข่าวและ เหตุการณ์ผิดปกติ ออกสอบสวนโรค ประสานงานกับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อควบคุม การระบาดของโรคเบื้องต้น โดยให้องค์การปกครองส่วน ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในองค์ประกอบคณะกรรมการ เพื่อรับ แจ้งข่าวสารที่ผิดปกติในชุมชน ประสานงานกับภาคี เครือข่ายและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ออกสอบสวนโรคและ ควบคุมโรคเบื้องต้น ในส่วนของผู้นำชุมชนและภาค ประชาชน จะทำหน้าที่เฝ้าระวังการเกิดโรค การ ประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าว สร้างความตระหนัก และการตื่นตัวต่อการระบาดของโรค รับ-ส่งข่าว ให้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือเครือข่ายทราบ เพื่อกำเนินการ และออกสอบสวนโรคอย่างทัน่วงที⁽⁴⁾

การปฏิบัติงานของคณะกรรมการเฝ้าระวัง สอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในระดับตำบล มีปัจจัยหลายอย่างที่ มี ส่วนเกี่ยวข้อง คือปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง การฝึกอบรมด้าน (SRRT) และระยะเวลาในการ ปฏิบัติงาน⁽⁵⁾ มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของ คณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว เครือข่าย ระดับตำบล เช่นเดียวกัน จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการ ปฏิบัติงานระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี พบว่า เพศ ตำแหน่งและการฝึกอบรมทางระบาดวิทยา มี ความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด

อุดรธานี⁽⁶⁾ ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในระดับตำบล เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงได้กำหนดไว้ ต้องอาศัยปัจจัยการบริหาร และกระบวนการบริหาร จากการศึกษาปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พบว่าการบังคับบัญชาสั่งการ การวางแผนและประสานการดำเนินงานทางระบาดวิทยา มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน สถานีอนามัย พื้นที่อำเภอโพนใต้ จังหวัดขอนแก่น⁽⁷⁾

จังหวัดมุกดาหาร เป็นพื้นที่ที่มีชายแดนติดกับแขวงสะหวันนะเขต สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว โดยมีแม่น้ำโขงกั้น ระยะทาง 72 กิโลเมตร ปัจจุบันจังหวัดมุกดาหาร และแขวงสะหวันนะเขต มีประชากรทั้งสองฝ่ายเดินทางไปมาหาสู่กันได้ทั้งทางเรือผ่านด่านท่าเทียบเรือเทศบาลเมืองมุกดาหาร และทางสะพานมิตรภาพไทยลาวแห่งที่ 2 จังหวัดมุกดาหาร มีผู้เดินทางเข้าออกผ่านด่านเป็นประจำ พื้นที่ชายแดนของจังหวัดมุกดาหารมี 3 อำเภอ 10 ตำบลและในแขวงสะหวันนะเขตอีก 4 เมือง ทั้งสองฝ่ายมีความสัมพันธ์กันมายาวนาน และมีความร่วมมือว่าด้วยเมืองคู่แฝด ทางด้านสาธารณสุขก็มีการร่วมมือช่วยเหลือ และสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกันมาอย่างต่อเนื่อง ในด้านการเจ็บป่วยนั้นผู้ป่วยลาวข้ามมารักษาที่จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 20 ต่อปี ซึ่งส่งผลให้มีการขยายตัวทางด้านเศรษฐกิจ การคมนาคม และมีการเคลื่อนย้ายประชากรเป็นจำนวนมาก⁽⁸⁾ เมื่อมีการเกิดโรคระบาดก็จะมีการกระจายจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งได้อย่างง่าย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จึงได้มีการดำเนินงานร่วมกันของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) มาอย่างต่อเนื่อง จนถึงปัจจุบัน มีการตั้งคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ระหว่างประเทศ มีคณะกรรมการดำเนินงานสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระหว่างประเทศ และกำหนดผู้ประสานงานหลักทั้งสองฝ่ายที่ชัดเจน⁽⁹⁾ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา คุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มี

อิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ติดเขตชายแดนแม่น้ำโขง จังหวัดมุกดาหาร รวมทั้งศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ติดเขตชายแดนแม่น้ำโขง จังหวัดมุกดาหาร เพื่อที่จะนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไข พัฒนางานควบคุมโรค ของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว เครือข่ายระดับตำบล ในจังหวัดมุกดาหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับปัจจัยการบริหาร ระดับกระบวนการบริหารและระดับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ติดเขตชายแดนแม่น้ำโขง จังหวัดมุกดาหาร
2. เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ติดเขตชายแดนแม่น้ำโขง จังหวัดมุกดาหาร
3. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของการปฏิบัติงานของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ติดเขตชายแดนแม่น้ำโขง จังหวัดมุกดาหาร

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ คือ คณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล ที่มีพื้นที่ติดเขตชายแดนแม่น้ำโขง จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งมีคำสั่งแต่งตั้งการปฏิบัติงานหรือได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน ในปีงบประมาณ 2558 ซึ่งมีทั้งหมด 10 ตำบล จำนวน 342 คน⁽¹⁰⁾

จากความสำคัญของขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาตัวแปรตลอดยพหุนั้น ผลการวิเคราะห์ในการศึกษาแบบนี้ที่มีความน่าเชื่อถือได้มากยิ่งขึ้นควรใช้ขนาดตัวอย่างไม่ต่ำกว่า จำนวน 10 เท่า ของตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ ผู้วิจัยจึงใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างกรณีวิเคราะห์ตลอดยพหุน⁽¹¹⁾ ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 150 คนและคัดเลือกตัวแทนการสนทนากลุ่ม จำนวน 13 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช 0.935 ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่ 1. เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบเลือกตอบและเติมคำ 2. เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยการบริหาร 3. เป็นคำถามเกี่ยวกับกระบวนการบริหาร 4. เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ติดเขตชายแดนแม่น้ำโขง 5. เป็นคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval scale) 5 ระดับตามแบบมาตรวัดของลิเคอร์ท⁽¹²⁻¹³⁾ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ	คะแนน
ปฏิบัติมากที่สุด	5
ปฏิบัติมาก	4
ปฏิบัติปานกลาง	3
ปฏิบัติน้อย	2
ปฏิบัติน้อยที่สุด	1

แปลผลระดับการบริหาร กระบวนการบริหาร และการปฏิบัติงานของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ติดเขตชายแดนแม่น้ำโขง เป็น 5 ระดับ⁽¹²⁻¹³⁾ ดังนี้

มากที่สุด	คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00
มาก	คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49
ปานกลาง	คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49

น้อย คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49

น้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49

ชุดที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ที่พบปัญหาและอุปสรรคหรือมีข้อเสนอแนะ โดยนำประเด็นมาสรุปและเป็นประเด็นสนทนาในรูปแบบการอภิปราย แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ เพื่อหาข้อสรุปในแต่ละประเด็นปัญหา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 19 เมษายน- 20 พฤษภาคม 2559 ถ้าแบบสอบถามไม่ได้รับตอบกลับภายใน 30 วันผู้วิจัยจะส่งจดหมายทางไปรษณีย์ติดตามทุกคน และแนบซองใส่แบบสอบถามที่เตรียมไว้และให้อาสาสมัครส่งคืนทางไปรษณีย์ ซึ่งผู้วิจัยเตรียมซองจดหมายและจำหน่ายซองจดหมายถึงผู้วิจัย ซึ่งจะใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลอีก 10 วัน จนได้แบบสอบถามครบ 150 ชุด

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนาอธิบายข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยการบริหาร กระบวนการบริหารและการปฏิบัติงานของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ โดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอในรูปตารางและการบรรยายการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัวใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariate Analysis) และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยการบริหาร กระบวนการบริหารที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ติดเขตชายแดนแม่น้ำโขง จังหวัดมุกดาหาร กลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.0 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 40.0 ($\bar{X} = 42.9, S.D. = 9.39$) อายุน้อยที่สุด 22 ปี และอายุมากที่สุด 67 ปี มีสถานภาพ สมรส ร้อยละ 74.0 การศึกษาจบปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 55.3 เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 41.3 มีประสบการณ์การฝึกอบรมด้านเฝ้าระวังและสอบสวนโรค ใน 1 ปีที่ผ่านมา เคยได้รับการอบรม ร้อยละ 94.0 ส่วนใหญ่เคยอบรม 1 ครั้ง ร้อยละ 52.7 ($\bar{X} = 1.44, S.D. = 0.74$) และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานหรือเคยปฏิบัติงานในด้านการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 49.3 การปฏิบัติงานเฉลี่ย 7.65 ปี ($S.D. = 6.15$) มีค่ามัธยฐานที่ 6 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานในด้านการเฝ้าระวังและสอบสวนโรค น้อยที่สุด 1 ปี และมากที่สุด 29 ปี

2. ระดับปัจจัยการบริหารของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ติดเขตชายแดนแม่น้ำโขง จังหวัดมุกดาหาร ระดับปัจจัยการบริหารของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมพบว่า ปัจจัยการบริหารอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.21 ($SD = 0.79$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง เรียงตามลำดับคะแนนเฉลี่ย จากสูงไปหาต่ำ ดังนี้ ด้านกำลังคน มีค่าเฉลี่ย 3.32 ($SD = 0.78$) ด้านวัสดุอุปกรณ์ มีค่าเฉลี่ย 3.24 ($SD = 0.77$) และด้านงบประมาณ มีค่าเฉลี่ย 3.08 ($SD = 0.83$) ตามลำดับ

3. ระดับกระบวนการบริหารของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ติดเขตชายแดนแม่น้ำโขง จังหวัดมุกดาหาร ระดับกระบวนการบริหารของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ติดเขต

ชายแดนแม่น้ำโขง จังหวัดมุกดาหาร พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.51 ($S.D. = 0.63$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก ได้แก่ ด้านการบังคับบัญชาสั่งการ ค่าเฉลี่ย 3.60 ($S.D. = 0.75$) ด้านการประสานงานค่าเฉลี่ย 3.56 ($S.D. = 0.71$) และด้านการควบคุมกำกับ ค่าเฉลี่ย 3.50 ($S.D. = 0.70$) ส่วนด้านการวางแผนงานและการจัดองค์การ มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.44 ($S.D. = 0.65$), ค่าเฉลี่ย 3.47 ($S.D. = 0.69$) ตามลำดับ

4. ระดับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ติดเขตชายแดนแม่น้ำโขง จังหวัดมุกดาหาร การปฏิบัติงานของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ติดเขตชายแดนแม่น้ำโขง จังหวัดมุกดาหาร พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.52 ($S.D. = 0.83$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีระดับการปฏิบัติงานในระดับมากคือ ด้านการควบคุมโรคหรือภัยสุขภาพและเหตุการณ์ผิดปกติขั้นต้น ค่าเฉลี่ย 3.60 ($S.D. = 0.82$) และด้านการเฝ้าระวังและการเตือนภัย ค่าเฉลี่ย 3.54 ($S.D. = 0.88$) ส่วนด้านการสอบสวนโรค หรือ ภัยสุขภาพและเหตุการณ์ผิดปกติ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.42 ($S.D. = 0.90$)

5. คุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ติดเขตชายแดนแม่น้ำโขง จังหวัดมุกดาหาร

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน(r) ค่าระดับนัยสำคัญ ระหว่างตัวแปรอิสระกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ติดเขตชายแดนแม่น้ำโขง จังหวัดมุกดาหาร

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. คุณลักษณะส่วนบุคคล			
เพศ (ชาย)	- 0.125	0.128	ไม่มี
อายุ	0.024	0.772	ไม่มี

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน(r) ค่าระดับนัยสำคัญ ระหว่างตัวแปรอิสระกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการ
เฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ติดเขตชายแดนแม่น้ำโขง จังหวัดมุกดาหาร

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์ สัน (r)	p-value	ระดับ ความสัมพันธ์
สถานภาพสมรส (สมรสคู่)	0.035	0.671	ไม่มี
การศึกษา (ปริญญาตรี)	- 0.071	0.385	ไม่มี
ตำแหน่งหรือสถานะของการปฏิบัติงาน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)	0.176*	0.032	ต่ำ
ประสบการณ์การฝึกอบรมด้านเฝ้าระวังและสอบสวนโรค ใน 1 ปีที่ผ่านมา (เคย)	0.044	0.594	ไม่มี
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานหรือเคยปฏิบัติงานในด้านการเฝ้าระวังสอบสวนโรค	0.101	0.217	ไม่มี
2. ปัจจัยการบริหาร	0.647*	<0.001	ปานกลาง
ด้านกำลังคน	0.676*	<0.001	ปานกลาง
ด้านงบประมาณ	0.517*	<0.001	ปานกลาง
ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.553*	<0.001	ปานกลาง
3. กระบวนการบริหาร	0.764*	<0.001	สูง
ด้านการวางแผนงาน	0.659*	<0.001	ปานกลาง
ด้านการจัดองค์การ	0.619*	<0.001	ปานกลาง
ด้านการบังคับบัญชาสั่งการ	0.711*	<0.001	สูง
ด้านการประสานงาน	0.746*	<0.001	สูง
ด้านการควบคุมกำกับ	0.720*	<0.001	สูง

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ตำแหน่งหรือสถานะของการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.176$, $p\text{-value} = 0.032$) ส่วน เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ประสบการณ์การฝึกอบรมด้านเฝ้าระวังและสอบสวนโรค ใน 1 ปีที่ผ่านมา จำนวนครั้งในการฝึกอบรมด้านเฝ้าระวังและสอบสวนโรค ใน 1 ปีที่ผ่านมา และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานหรือเคยปฏิบัติงานในด้านการเฝ้าระวังสอบสวนโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน

ปัจจัยการบริหาร พบว่า ภาพรวมของปัจจัยบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง กับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ติดเขตชายแดนแม่น้ำโขง จังหวัดมุกดาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.647$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านกำลังคน ($r = 0.676$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านงบประมาณ($r = 0.517$, $p\text{-value} < 0.001$) และด้านวัสดุอุปกรณ์ ($r = 0.553$, $p\text{-value} < 0.001$)

value < 0.001)และด้านวัสดุอุปกรณ์ ($r = 0.553$, $p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กระบวนการบริหาร พบว่า ภาพรวมของกระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ติดเขตชายแดนแม่น้ำโขง จังหวัดมุกดาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.764$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการวางแผนงานและด้านการจัดองค์การ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.659$, $p\text{-value} < 0.001$ และ $r = 0.619$, $p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ) ส่วนด้านการบังคับบัญชาสั่งการ($r = 0.711$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านการประสานงาน($r = 0.746$, $p\text{-value} < 0.001$)และด้านการควบคุมกำกับ ($r = 0.720$, $p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์

ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการ อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ

6. คุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยการบริหารและ
กระบวนการบริหารที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของ

คณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT)
เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ติดเขตชายแดนแม่น้ำโขง
จังหวัดมุกดาหาร

ตารางที่ 5 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานของคณะกรรมการเฝ้าระวัง
สอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ติดเขตชายแดนแม่น้ำโขง
จังหวัดมุกดาหาร

ตัวแปร	B	Beta	T	p-value	R	R ²
กระบวนการบริหารด้านการประสานงาน	0.391	0.336	3.172	0.002	0.746	0.556
ปัจจัยการบริหารด้านกำลังคน	0.217	0.299	4.344	<0.01	0.782	0.612
กระบวนการบริหารด้านการควบคุมกำกับ	0.286	0.243	2.409	0.017	0.792	0.627
ค่าคงที่ = 0.107, F = 81.842, p-value < 0.001, R ² = 0.627, AdjR ² = 0.619						

จากตาราง พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อการ
ปฏิบัติงานของคณะกรรมการ และถูกเลือกเข้าสมการนั้น
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอิสระที่
ไม่ได้ถูกคัดเลือกมานั้น เป็นตัวแปรที่มีนัยสำคัญทาง
สถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียง
ตามลำดับดังนี้ กระบวนการบริหารด้านการประสานงาน
(p-value = 0.001) ปัจจัยการบริหารด้านกำลังคน (p-value
< 0.01) และกระบวนการบริหารด้านการควบคุมกำกับ (p-
value < 0.003) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัว
แปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของ
คณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT)
เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ติดเขตชายแดนแม่น้ำโขง
จังหวัดมุกดาหาร ได้ร้อยละ 62.7 โดยสามารถทำให้เป็น
สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้น ซึ่งเป็นสมการทำนายในรูป
คะแนนดิบ และแทนค่าในสมการดังนี้

$Y = 0.107 + 0.391$ (กระบวนการบริหารด้านการ
ประสานงาน) $+ 0.217$ (ปัจจัยการบริหารด้านกำลังคน)
 0.286 (กระบวนการบริหารด้านการควบคุมกำกับ)

7. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของการ
ปฏิบัติงานของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่
เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ติดเขตชายแดน
แม่น้ำโขง จังหวัดมุกดาหาร กลุ่มตัวอย่างที่เสนอปัญหา
อุปสรรคและมีข้อเสนอแนะมากที่สุด คือ ปัจจัยการบริหาร

ในด้านกำลังคน เช่นการเพิ่มความรู้และทักษะการ
ปฏิบัติงาน เพื่อชดเชย การขาดแคลนบุคลากร ด้าน
งบประมาณ เช่นความล่าช้าและงบประมาณไม่เพียงพอ
ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานและด้านวัสดุอุปกรณ์ ควร
จัดสรรให้เพียงพอกับความต้องการ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ตำแหน่งหรือสถานะ
ของการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการ
ปฏิบัติงานของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่
เร็ว (SRRT) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.176$, p-value
= 0.032) ทั้งนี้เนื่องจากตำแหน่งที่ปฏิบัติงานและลักษณะ
ของงานที่ปฏิบัติงานประจำ มีส่วนเกี่ยวข้องกับการ
ปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวังสอบสวนโรคอยู่แล้ว
โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ที่เป็นแกนนำ
หลักในการปฏิบัติงาน ส่วนปัจจัยการบริหาร พบว่า
ภาพรวมและปัจจัยทุกด้าน ของปัจจัยบริหาร มี
ความสัมพันธ์ระดับปานกลาง กับการปฏิบัติงานของ
คณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT)
เครือข่ายระดับตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.647$,
p-value < 0.001) ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยการบริหารก็เป็น
ส่วนสำคัญในการปฏิบัติงาน และส่งผลให้การปฏิบัติงาน
ประสบผลสำเร็จและทำให้งานมีคุณภาพมากขึ้น ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร เกสรและชญญา อภิบาลกุล⁽¹⁴⁾ พบว่าปัจจัยทางการบริหารโดยรวม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.863$, $p\text{-value} < 0.001$) ส่วนกระบวนการบริหาร พบว่าภาพรวมของกระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ดิดเขตชายแดนแม่น้ำโขง จังหวัดมุกดาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.764$, $p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการบริหารเป็นส่วนที่ทำให้การปฏิบัติงานของคณะกรรมการเป็นระบบระเบียบมากขึ้น และที่สำคัญคือทุกภาคีเครือข่ายจำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจารุกิตติ์ นาคคำและชนะพล ศรีฤาชา⁽¹⁵⁾ พบว่าปัจจัยกระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการรายงานข้อมูลสุขภาพระดับปฐมภูมิของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.706$, $p\text{-value} < 0.001$) ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ดิดเขตชายแดนแม่น้ำโขง จังหวัดมุกดาหาร คือ กระบวนการบริหารด้านการประสานงาน ปัจจัยการบริหารด้านกำลังคน และกระบวนการบริหารด้านการควบคุมกำกับสามารถร่วมกันพยากรณ์การการปฏิบัติงานของคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ดิดเขตชายแดนแม่น้ำโขง จังหวัดมุกดาหารได้ร้อยละ 62.7 ($R^2 = 0.627$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร เกสรและชญญา อภิบาลกุล⁽¹⁴⁾

ศึกษาปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าปัจจัยด้านงบประมาณ ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์และปัจจัยด้านบริหารจัดการสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ได้ร้อยละ 78.0 ($R^2 = 0.78$)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการส่งเสริมและพัฒนาให้ภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ระดับตำบล มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานทุกขั้นตอนทุกกิจกรรม เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับคณะกรรมการหรือทีมปฏิบัติงาน
2. ควรส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีโอกาสในการเพิ่มเติมความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานอยู่เสมอ เช่น การใช้และการซ่อมแซมวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ให้ถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่านที่ได้ให้คำแนะนำการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม ทำให้เกิดแรงบันดาลใจอย่างมุ่งมั่น เพื่อให้การวิจัยนี้ประสบความสำเร็จได้อย่างภาคภูมิใจ ตลอดจนให้คำแนะนำในการทำให้ผลงานครั้งนี้มีความสมบูรณ์และสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญที่ได้กรุณาตรวจสอบแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้ให้มีความถูกต้องครบถ้วนและสมบูรณ์จนใช้ในการศึกษาได้ ขอขอบคุณคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล พื้นที่ดิดเขตชายแดนแม่น้ำโขง จังหวัดมุกดาหารทุกท่านที่ได้กรุณาตอบแบบสอบถาม เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. นิพัทธ์ พูลสวัสดิ์ และคณะ. การสำรวจความเสถียรของทีมนเฝ้าระวังสอบสวน เคลื่อนที่เร็ว. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 44: 2556: 321-327.
2. สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนตามกฎหมายระหว่างประเทศ (International health regulations) เพื่อรองรับการเข้าประเทศอาเซียน ปี 2558 : โครงการพัฒนาเครือข่ายเพื่อการเฝ้าระวังป้องกัน

ควบคุมโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ชายแดนและ ระหว่างประเทศ.กรุงเทพมหานคร.(เอกสารอัดสำเนา). กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2558.

3. วณัสนันท์ รุจิพัฒน์, ทิพากร จันทรโคตรและปณิดา กลุ่มผล. การประเมิน “การพัฒนาทีมและการเตรียมความพร้อมของทีม SRRT เครือข่ายระดับตำบล” ภายใต้ “โครงการพัฒนา กลไกสนับสนุนการพัฒนาอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ปี 2554 กรมควบคุมโรค. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 43. 2554: 70-77.
4. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) พ.ศ. 2552. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 40. 2552: 393-397.
5. Schermerhorn, J.R., & Osborn, R.N. Managing Organization Behavior. 4th ed. New York: John Wiley & Sons, 1991.
6. นันทิยา เมฆวรรณ และสมเดช พินิจสุนทร. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 1. 2556: 91-104
7. บุญทัน สมิน้อย และประจักษ์ บัวพันธ์. ปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทาง ระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัย พื้นที่อำเภอโพนไ้ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา) 16. 2554: 706-715.
8. คณะอนุกรรมการสิทธิมนุษยชน ด้านสัญชาติ ผู้ไร้สัญชาติ แรงงานข้ามชาติและผู้พลัดถิ่นสภาพนาถความ. นโยบายและมาตรการ การแก้ไข ปัญหาแรงงานข้ามชาติ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธีรภัยไทย; 2554.
9. พันธุ์วิ สุขบัตติ. รายงานผลการดำเนินงานควบคุมโรคชายแดน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร ปี 2557. เอกสารประกอบการประชุม โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเครือข่ายในการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงานตามแผนรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน กรมควบคุมโรค ; 8-10 กันยายน 2557 ; กาญจนบุรี; 2557.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร. รายงานการจัดตั้งคณะกรรมการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว จังหวัด มุกดาหาร. มุกดาหาร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร. (เอกสารอัดสำเนา); 2558.
11. Nunnally, J.C., & Bernstein, I.H. Psychometric theory. 3rd ed. New York, NY: McGraw-Hill, 1994.
13. Likert, R. The Human Organization: Its Management and Value. New York: McGraw-Hill, 1967.
12. สำเริง จันทรสุวรรณ และสุวรรณ บัวทวน. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2547.
14. สุภาพร เกสร และชญญา อภิบาลกุล. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์. การประชุมวิชาการการนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิต ศึกษาแห่งชาติ ประจำปี พ.ศ.2557 ; 16 กรกฎาคม 2557 ; บุรีรัมย์; 2557.
15. จารุกิตต์ นาคคำและชนะพล ศรีฤาชา. ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการรายงานข้อมูลสุขภาพระดับปฐมภูมิของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดชัยภูมิ. สำนักงานควบคุมโรคที่ 6 23: 1-13, 2557.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระยะแรกที่มาใช้บริการ
ในโรงพยาบาลเทศบาลนครอุดรธานี

**EFFECT OF HEALTH PROMOTION PROGRAM OF STROKE PREVENTION AMONG MILD
HYPERTENSION PATIENTS IN UDONTHANI MUNICIPALITY HOSPITAL**

จิราวรรณ ดอกบัวหลวง¹, พรรณี บัญชรหัตถกิจ²

Jirawan Dokbualuang, Pannee Banchonhattakit

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระยะแรกที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลเทศบาลนครอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระยะแรกจำนวน 70 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลอง(Experimental group) จำนวน 35 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระยะแรกที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลเทศบาลนครอุดรซึ่งจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยกำหนด และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group)จำนวน 35 คนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระยะแรกที่มาใช้บริการในศูนย์บริการที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่นซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยกำหนด แต่จะได้รับสุขภาพและความรู้จากสถานบริการเมื่อมารับบริการตามปกติในรูปแบบการสนทนาพูดคุยและแผ่นพับระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนด้วยสถิติ Paired Sample t-test และ Independent Sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง,ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระยะแรก

Abstract

This research study is a quasi-experimental research which purposes to examine the results of stroke prevention health program among 70 early mild hypertension patients. The samplings were divided into two main groups as the experimental group and the control group. The experimental group consisted of 35 early stage of hypertension patients who were received a treatment at Thetsaban Nakhon Udon Thani Hospital following a health program by the researcher. For the control group, they were 35 early stage of hypertension patients who were received a treatment at Service 1 in Thetsaban Nakhon Udon Thani Hospital; however, they did not take such a health program. Instead, this control group acquired health education and knowledge through a short lecture and a brochure. Research procedures took place for 12 weeks, and data was collected by a questionnaire. Data analysis included descriptive statistics such as frequency, percentage, means, and standard deviation to compare means by using Paired Sample t-test and Independent t-test analysis.

The results revealed that the experimental group had mean score of stroke knowledge, perceiving a risk of stroke, self-competency in stroke prevention, result expectation in preventing stroke, and behavior in preventing stroke higher than the control group and before the experiment significantly (p-value < 0.001).

Keywords : Stroke, Patients with mild hypertension

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ (ผู้รับผิดชอบบทความ)

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascula diseases) เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุหลักของการตายประชากรทั่วโลกโดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกและองค์การอัมพาตแสดงให้เห็นว่าประชากรทั่วโลกในปี 2004 เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 5,712,240 คนจากจำนวนผู้ป่วย 15,000,000 คน⁽¹⁾ เป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ในคนอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของคนอายุระหว่าง 15-69 ปี โดยในแต่ละปีมีประมาณ 6 ล้านคนทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และในทุกๆ 6 วินาทีจะมีคนตายจากโรคหลอดเลือดสมอง จากข้อมูลพบว่าโรคหลอดเลือดสมองทำให้เสียชีวิตมากกว่าโรคเอดส์ วัณโรค และโรคมะเร็งรวมกันโดย 2 ใน 3 อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง หากยังขาดความพยายามที่จะประสานงานเรื่องการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมองในองค์กรทุกระดับแล้ว และคาดการณ์ว่าในปี 2558 โรคหลอดเลือดสมองจะทำให้คนทั่วโลกเสียชีวิตถึง 6.5 ล้านคน ยังมีข้อมูลทางระบาดวิทยาที่แสดงให้เห็นว่า ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุที่สำคัญของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกจำนวน 12,700,000 คน

ประเทศไทยพบข้อมูลการเสียชีวิตในปี 2552 ด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับ 1 ทั้งในเพศหญิงและเพศชายซึ่งเพศหญิงมีจำนวนผู้เสียชีวิตมากกว่าเพศชาย (เพศชาย 25 คนต่อประชากร 1,000 คน คิดเป็นร้อยละ 10.4 และในเพศหญิง 27 คน ต่อประชากร 1,000 คน คิดเป็นร้อยละ 14.4) นอกจากนี้จากรายงานการศึกษาภาระโรคของประชากรไทยในปี 2552 ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นโรคที่เป็นสาเหตุที่สำคัญอันดับ 1 ทั้งในชายและหญิง⁽²⁾ จากรายงานสถิติสาธารณสุขพบอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 27.5 ปี พ.ศ. 2554 ร้อยละ 30.0 และปี พ.ศ. 2555 ร้อยละ 31.7 พบอัตราผู้ป่วย ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นปี พ.ศ. 2553 ร้อยละ 271.85 พ.ศ. 2554 ร้อยละ 254.48 และปี พ.ศ. 2555 ร้อยละ 318.83⁽³⁾

ในจังหวัดอุดรธานีมีรายงานอัตราป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีในปี พ.ศ. 2554 – 2556 พบอัตราการป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็นร้อยละ 3.87, 4.83, และ 3.81 ตามลำดับ และจากรายงานอัตราการได้รับยาลดไขมันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันแสดงให้เห็นว่าในปัจจุบันจังหวัดอุดรธานียังมีผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งอัตราการรับยาลดไขมันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากปี พ.ศ. 2554 – 2556 คิดเป็นร้อยละ 1.9, 2.7, และ 2.5 ตามลำดับ อาเภอเมืองจังหวัดอุดรธานีเป็นอีกหนึ่งอำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจากรายงานอัตราการป่วยปี พ.ศ. 2553 – 2556 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1,422 1,383 1,412 และ 1,261 ตามลำดับจากจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าวพบว่าผู้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ⁽⁴⁾ โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความสำคัญอย่างมากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนไทย แต่ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคนี้นั้นจำนวนมากยังต้องประสบกับความทุกข์ทรมานจากการอยู่ในสภาพอัมพาต อัมพาต รวมทั้งสูญเสียการมองเห็น การพูด การเคลื่อนไหว และความสามารถทางสมอง ซึ่งองค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization : WSO) ระบุว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองเกิดจาก ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ระดับไขมันในเลือดสูง ประวัติสายตรงเคยเจ็บป่วยด้วย โรคหลอดเลือดสมอง การรับประทานอาหารที่มีรสชาติเค็มจัด หวานจัด อาหารที่มีไขมัน การขาดการออกกำลังกาย ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน และการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่เป็นประจำ

จากการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเทศบาลนครอุดรธานีพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ยังไม่ทราบถึงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และยังไม่ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงวิจัยผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระยะแรกที่มาใช้บริการใน

โรงพยาบาลเทศบาลนครอุดรธานี โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ กิจกรรมหลักเล็งโซเดียม หลักเล็งความดัน ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมยางยืดพิชิตความดัน พิชิตโรคหลอดเลือดสมองและกิจกรรม SKT ผ่อนคลายสบายใจ ห่างไกลโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งหวังให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับความรู้จากโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคลที่มีความเชื่อว่าบุคคลมีความสามารถที่จะมีผลเกิดขึ้นตามมา⁽⁵⁾ ส่วนทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นการกระทำหรือเป็นพฤติกรรม การช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ ข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วย หรือ ความเครียดในระยะเวลาที่รวดเร็ว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระยะแรกที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลเทศบาลนครอุดรธานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) ทาการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยกำหนด ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะไม่ได้ รับ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยกำหนด แต่จะได้รับความรู้จากสถานบริการเมื่อมารับบริการตามปกติในรูปแบบการบรรยายสั้นๆและแผ่นพับ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งสิ้น 12 สัปดาห์

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระยะแรกที่มารับ

บริการในโรงพยาบาลเทศบาลนครอุดรธานี โดยการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระยะแรกที่มีอายุระหว่าง 35 – 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงและมีค่าความดันโลหิตระหว่าง 140/90 – 159/99 มิลลิเมตรปรอท ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเทศบาลนครอุดรธานี ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระยะแรก ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเทศบาลนครอุดรธานี มีกิจกรรมหลักเล็งโซเดียม หลักเล็งความดัน ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมยางยืดพิชิตความดัน พิชิตโรคหลอดเลือดสมองและกิจกรรม SKT ผ่อนคลายสบายใจ ห่างไกลโรคหลอดเลือดสมอง โดยกิจกรรมต่างๆจะมีภาพประกอบพร้อมคำบรรยายใต้ภาพที่ผู้วิจัยจัดทำไว้ จะมีการวัดความดันโลหิตให้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระยะแรกด้วย พร้อมแจกหลักเล็งโซเดียม หลักเล็งความดัน ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมยางยืดพิชิตความดัน พิชิตโรคหลอดเลือดสมองและกิจกรรม SKT ผ่อนคลายสบายใจ ห่างไกลโรคหลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

1. ฟีวเจอร์บอร์ดที่ติดภาพของกิจกรรมต่างๆพร้อมคำบรรยายใต้ภาพ เพื่อใช้ประกอบในการสาธิตและฝึกปฏิบัติ
2. เครื่องปรุรงสที่ที่จะใช้สาธิตปริมาณโซเดียม
3. ยางยืดที่ใช้ออกกำลังกายในกิจกรรมยางยืดพิชิตความดัน พิชิตโรคหลอดเลือดสมอง
4. คู่มือความรู้กิจกรรมต่างๆ
5. เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิทัล และเครื่องวัดความดันโลหิตดิจิทัล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา

สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ญาติสายตรงที่ป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเภทอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่ 5 การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การไม่ดื่มสุรา การไม่สูบบุหรี่ การรับประทานยาต่อเนื่องและการพบแพทย์ตามนัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลทั่วไปนำเสนอข้อมูลด้วย การแจกแจงความถี่ เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired Sample t-test และระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent Sample t -test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 52.08 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.88) และในกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 51.51 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.79) เมื่อจัดกลุ่มอายุพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 49 – 54 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา กลุ่มทดลอง

คิดเป็นร้อยละร้อยละ 57.1 กลุ่มเปรียบเทียบคิดเป็นร้อยละร้อยละ 45.7 สถานภาพสมรส กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 51.4 กลุ่มเปรียบเทียบคิดเป็นร้อยละ 57.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 51.4 กลุ่มเปรียบเทียบคิดเป็นร้อยละ 25.7 รายได้ต่อเดือนพบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ที่ดีกว่าและมากกว่ากลุ่มทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบมีค่ามัธยฐาน 8,000 บาท ในกลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐาน 6,000 บาท ค่าความดันโลหิตตัวบนก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองเฉลี่ย 146.03 mmHg (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.92) ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย 93.09 mmHg (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.34) หลังการทดลองในกลุ่มทดลองค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ยเฉลี่ย 142.26 mmHg (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.82) ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย 91.46 mmHg (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.63) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตตัวบนก่อนการทดลองเฉลี่ย 147.31 mmHg (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.01) ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย 93.80 mmHg (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.22) หลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย 146.57 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.47) ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย 93.00 mmHg (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.50) ระยะเวลาของการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองเฉลี่ย 5.85 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.82) จัดกลุ่มส่วนจะอยู่ระหว่าง 4-6 ปี กลุ่มเปรียบเทียบเฉลี่ย 4.40 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.78) จัดกลุ่มจะอยู่ระหว่าง 1-3 ปี ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่มีญาติสายตรง(พ่อ แม่ พี่ น้อง) ป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต ร้อยละ 71.4 และในกลุ่มทดลองคนในครอบครัวที่ดูแลคือ บุตร คิดเป็นร้อยละ 60.0 ในกลุ่มเปรียบเทียบคนในครอบครัวที่ดูแลคือ คู่สมรสคิดเป็นร้อยละ 45.7

ตาราง 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตัว ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)		t	95% CI	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	9.66	0.06	1.34	0.25	27.18	8.37 ถึง 8.25	<0.001
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	9.94	0.63	2.62	1.54	9.12	7.32 ถึง 7.85	<0.001
ความคาดหวังในผลลัพธ์	13.66	1.03	1.40	0.22	12.9	8.61 ถึง 9.48	<0.001
การปฏิบัติตัว	10.09	0.16	1.07	0.332	20.36	0.36 ถึง 1.13	<0.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางพบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตัว ในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระยะแรกระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ความรู้หลังการทดลองสูงกว่าคะแนนก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) เนื่องจากมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมหลักเล็งโซเดียม หลักเล็งความดัน ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมขยับยืดพิชิตความดัน พิชิตโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรม SKT ผ่อนคลายสบายใจ ห่วงไกลโรคหลอดเลือดสมอง แจกคู่มือ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัย ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง⁽⁶⁾พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น

การรับรู้ความสามารถของตนเองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) เนื่องจากใช้กลวิธีทางสุขภาพส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระยะแรก ได้รับรู้ความสามารถตนเองโดย บรรยายให้ความรู้ประกอบสื่อสไลด์ จัดทาคู่มือ จัดทาดารงแสดงปริมาณโซเดียมในเครื่องปรุงรสใส่ฟิวเจอร์บอร์ด เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ปริมาณโซเดียมที่ควรรับประทานในแต่ละ

วันจากเครื่องปรุงรสและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง สาคิตและฝึกปฏิบัติการออกกกำลังกายด้วยขยับทั้งหมด 8 ท่าโดยทำประกอบการออกกกำลังกายด้วยขยับจะคิดใส่ฟิวเจอร์บอร์ด สาคิตและฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT ทั้งหมด 5 ท่าประกอบกับเสียงเพลงเพื่อให้ผ่อนคลายอารมณ์สาคิตโดยทำประกอบการฝึกสมาธิบำบัด SKT จะคิดฟิวเจอร์บอร์ดเสนอตัวแบบด้านลบด้วยบุคคลที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองและผลกระทบของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาวิจัย ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองและแรงบันดาลใจทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหอบหืด⁽⁷⁾พบว่า ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองสูงขึ้น

ความคาดหวังในผลลัพธ์มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) เนื่องจากใช้กลวิธีทางสุขภาพส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระยะแรก มีความคาดหวังในผลลัพธ์โดย จัดทาดารงแสดงปริมาณโซเดียมในเครื่องปรุงรสใส่ฟิวเจอร์บอร์ด เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ปริมาณโซเดียมที่ควรรับประทานในแต่ละวันจากเครื่องปรุงรสและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง สาคิตและฝึกปฏิบัติการออกกกำลังกายด้วยขยับทั้งหมด 8 ท่าโดยทำประกอบการออกกกำลังกายด้วยขยับจะคิดใส่ฟิวเจอร์บอร์ด สาคิตและฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT ทั้งหมด 5 ท่าประกอบกับเสียงเพลงเพื่อให้ผ่อนคลายอารมณ์สาคิตโดยทำประกอบการฝึกสมาธิบำบัด SKT จะคิดฟิวเจอร์บอร์ดเสนอตัวแบบด้านบวกที่ป้องกันตัวเองไม่ให้เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาสอดคล้องกับ ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาวิจัย การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและระดับ ความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง⁽⁸⁾พบว่า ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังใน ผลลัพธ์สูงขึ้น

การปฏิบัติตัวมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เนื่องจากใช้กลวิธีทางสุศึกษา ส่งเสริมให้ผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงระยะแรก ได้ปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หลอดเลือด โดยจัดทำตารางแสดงปริมาณโซเดียมใน เครื่องปรุงรสใส่ฟิวเจอร์บอร์ด เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงเลือกรับประทานอาหารที่มีโซเดียมที่ควร รับประทานในแต่ละวันจากเครื่องปรุงรสและอาหารที่ควร หลีกเลี่ยง ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยยางยืดทั้งหมด 8 ท่าโดยท่าประกอบการออกกำลังกายด้วยยางยืดจะติดใส่ ฟิวเจอร์บอร์ด ฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT ทั้งหมด 5 ท่า ประกอบกับเสียงเพลงเพื่อให้ผ่อนคลายอารมณ์สาธิตโดย ท่าประกอบการฝึกสมาธิบำบัด SKT จะติดฟิวเจอร์บอร์ด เสนอตัวแบบด้านบวกที่ป้องกันตัวเองไม่ให้เป็นโรคหลอดเลือด สมอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัย ประสิทธิภาพ ของโปรแกรมสุศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพร่วมกับการส่งเสริมพลังอำนาจในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด สมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง⁽⁹⁾พบว่าภายหลังการ ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1.จากการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระยะแรก ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตสูง ลดลง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินเลือกรับประทาน สิ่งที่เหมาะสมกับตัวเอง และสนใจการออกกำลังกายมากขึ้น

2.จากการให้โปรแกรมสุศึกษาขณะที่ผู้ป่วยรอพบ แพทย์และการเยี่ยมบ้านเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี สร้างความสนิทสนมระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัย ทำให้ผู้ป่วย กล้าซักถามปัญหาสุขภาพที่สงสัย หรือที่ยังขาดความรู้

3.จากการเชิญญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าร่วม กิจกรรมต่างๆที่ผู้วิจัยจัดขึ้น ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้มีทักษะ นากลับไปสอนและพาผู้ป่วยทำกิจกรรมเอง ที่บ้าน

4. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรนำการแพทย์วิถีพุทธ วิถีธรรม มาประยุกต์ให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

5.ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Research)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.พรณี บัญชรหัตถกิจ และ คณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ คอยช่วยเหลือและชี้แนะแนวทางการเขียนรายงาน ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง และให้คำแนะนำที่เป็น ประโยชน์ต่อผู้วิจัยเสมอมา คณะเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล เทศบาลนครอุดรธานี ตาบลหมากแข้ง จังหวัดอุดรธานีที่ เอื้อเฟื้อข้อมูล และสถานที่ในการทววิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. ธีรรัตน์ อภิญา และนิตยา พันธุเวทย์. ประเด็นสารธรรมครั้งวันอาทิตย์โลกผู้มีโรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 3;2556.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2557.
2. นิตยา พันธุเวทย์. ประเด็นสารธรรมครั้งวันอาทิตย์โลกผู้มีโรคหลอดเลือดสมอง . พิมพ์ครั้งที่ 3;2556. จัดพิมพ์โดยกรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข 2557.
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ. <http://www.thaincd.com/index.html> ค้นเมื่อ 25 สิงหาคม 2558
4. เขตบริการสุขภาพที่ 8. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหลอดเลือดสมอง. โรงพยาบาลอุดรธานี: ภาควิชาการพิมพ์ 2558.
5. สุชาดา กันธารักษ์สกุล. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต 2554. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ.มหาวิทยาลัยบูรพา.

6. ชลธิรา กาวไสง. “ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง”. *ตรีนครินทร์เวชสาร* ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 หน้า : 295-303 2555.
7. ฅณฐพงษ์ พิมพ์โคตร. “ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหอบหืด”. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา* Vol 8 No 2 2555.
8. ยุภาพร นาคกลิ่งและคณะ. *ผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารการออกกำลังกายและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2556.
9. สุวิตรา สร้งนา. “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการส่งเสริมพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.” *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร* ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 2557.

**ผลกระทบสิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยใช้กระบวนการเรียนรู้
แบบมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบตำบลกุดสิมคุ่มใหม่ อำเภอลำทะเมนชัย
จังหวัดกาฬสินธุ์**

The Study of Environmental Impact and health Impact from Pesticide in Tobacco Farmers

by Participatory Process at Kut Sim Khum Mai Sub District, KhaoWong District, Kalasin Province

ชัยรัช จันทน์สมุด¹ คมกริช อ่อนประสงค์² คมกริช ทองนา³

Chaitach Jansamood¹ Komgrich Onprasonk² Khomgrit Thongna³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลกระทบสิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบ ตำบลกุดสิมคุ่มใหม่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเป็นเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบในตำบลกุดสิมคุ่มใหม่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 60 คน โดยใช้วิธีการสุ่มเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และชุดตรวจหาเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกร ทำการวิเคราะห์สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ตกค้างในดินและยาสูบ 4 กลุ่ม ได้แก่ ออร์กาโนฟอสเฟต ออร์กาโนคลอรีน คาร์บาเมต และไพรีทรอยด์ ด้วยเครื่อง Gas Chromatography (GC) และเครื่อง High Performance Liquid Chromatography (HPLC) วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยใช้ t-test และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร โดยใช้วิธีวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) แบบ Enter

ผลการวิจัยพบว่า 1) เกษตรกรมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในทุกหลังคาเรือนทำให้มีการตกค้างในเกษตรกร คือ มีความเสี่ยง (ร้อยละ 51.70) และไม่ปลอดภัย (ร้อยละ 16.70) ส่วนสารเคมีตกค้างที่พบในยาสูบ คือ คาร์โบฟูรา เป็นสารเคมีในกลุ่มคาร์บาเมต และ ไดโครโดฟอส ซึ่งเป็นสารเคมีในกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต แต่ไม่พบในดิน 2) อายุ โรคประจำตัว ระยะเวลาในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการอบรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบในตำบลกุดสิมคุ่มใหม่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสามารถเขียนรูปสมการ ได้ดังนี้ $Y = 2.649 + 0.046(\text{อายุ}) - 0.017(\text{โรคประจำตัว}) - 0.030(\text{ระยะเวลาในการใช้สารเคมี}) + 0.115(\text{การอบรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมี})$

คำสำคัญ : ผลกระทบสิ่งแวดล้อม, ผลกระทบต่อสุขภาพ, สารเคมีกำจัดศัตรูพืช, ยาสูบ, การมีส่วนร่วม

Abstract

This research aims to study of environmental impact and health impact from pesticide in tobacco farmers by participatory process at Kut Sim Khum Mai sub district, KhaoWong district, Kalasin province. This research is a operational participatory research of a sampled group of 60 tobacco agriculturists from Kut Sim Khum Mai village, Kut Sim Khum Mai sub district, Khao Wong district, Kalasin province selected via using a volunteer selection. A questionnaire, as well as an interview form, is used in the process of data collection. Enzyme Cholinesterase blood testing set is also included. In the test of chemical pesticide residue in soils and tobacco, the results show that the chemical pesticide residue can be divided into 4 groups- Organophosphate, Organochlorine, Carbamate and Pyrethroid analyzed by using the Gas Chromatography and the High Performance Liquid Chromatography machines. In data analysis, collected data are statistically analyzed into percentage, mean, average, and standard deviation (SD) whereas t-test is used in the part of hypothesis testing. Multiple Regression

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

² อาจารย์ ประจำสาขาคอมพิวเตอร์ธุรกิจ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสาขาคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

(Enter) is used in the analysis of the factors affecting the chemical usages behaviors. The results revealed as following: 1) chemical pesticides have been widely used in every household so some of chemical pesticide residues are left and contaminated in the agriculturists themselves. That is, there are percentages of 51.70 of risks and 16.70% of unsafe whereas the remains of chemical pesticides found in tobacco are carbofuran categorized in the group of carbamates and dicrotophos categorized in the group of organophosphate, not found in soils, 2) ages, congenital disease, duration of chemical pesticides usages and chemical application workshops can lead to the behavioral usages of chemical pesticides in the group of 60 tobacco agriculturists from Kut Sim Khum Mai Village, Kut Sim Khum Mai Sub District, Khao Wong District, Kalasin Province and can statistically be written, with significance of 0.5, in an equation format of $Y = 2.649 + 0.046(\text{age}) - 0.017(\text{congenital disease}) - 0.030(\text{duration of chemical pesticides use}) + 0.115(\text{chemical use workshop})$.

Key words: Environmental Impact, Health Impact, Pesticide, Tobacco, Participation

บทนำ

ประเทศไทยได้นำแนวความคิดการผลิตรายการเกษตรกรรมแบบตะวันตก ซึ่งต้องอาศัยเทคโนโลยี รวมถึงสารเคมีชนิดต่างๆ มาใช้แทนแนวความคิดเกษตรกรรมแบบดั้งเดิมที่เกษตรกรส่วนใหญ่พึ่งพาอยู่กับธรรมชาติ และมุ่งทำการเกษตรผสมผสานหลากหลายที่ตอบสนองกับการยังชีพของเกษตรกร แต่แนวคิดเกษตรกรรมแบบตะวันตกนั้นเกษตรกรต้องใช้ สารเคมีเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก⁽¹⁾ จากข้อมูลของสำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กรมวิชาการเกษตร พบว่าประเทศไทยมีนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในปี 2553-2558 เฉลี่ยปีละ 147,763 ล้านตัน หรือมูลค่า 20,993 ล้านบาท⁽²⁾

ประเทศไทยมีการปลูกยาสูบกันอย่างแพร่หลาย ซึ่งยาสูบเป็นพืชที่ต้องการน้ำฝน และความชุ่มชื้นในอากาศ ดังนั้นการปลูกยาสูบในช่วงกลางถึงปลายฤดูฝน จึงจะได้ใบยาที่มีคุณภาพดี เป็นที่ต้องการของตลาด ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ สมัยก่อนชาวไร่จะปลูกยาสูบในนาหลังจากเก็บเกี่ยวข้าวแล้ว ซึ่งเป็นช่วงฤดูแล้ง ทำให้ใบยาแห้งที่ได้ขาดคุณภาพที่ดี ปัจจุบันชาวไร่เลื่อนเวลาเพาะปลูกให้เร็วขึ้น แต่ปัญหาที่ตามมาคือ โรคและแมลงมีมากตามขึ้นมากด้วย ดังนั้นการป้องกัน และกำจัดแมลง จึงมีความสำคัญต้องดูแลอย่างสม่ำเสมอ⁽³⁾

สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กรมวิชาการเกษตร รายงานว่า ในปีพ.ศ. 2554 คนไทยมีความเสี่ยงต่อการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มากกว่า 2.6 กิโลกรัม ต่อคน ต่อปี และในปี พ.ศ. 2556 มีอัตราผู้ป่วยจากกลุ่มโรคสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเท่ากับ 12.37 ต่อประชากรกลางปีแสนคน⁽⁴⁾

ผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบภายหลังการปนสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีอาการทางสุขภาพที่พบมากที่สุด คือ วิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ถูกต้อง เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกรโดยเฉพาะการหยุดพักสูบบุหรี่การดื่มน้ำ หรือรับประทานอาหารในระหว่างการทำงานเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ มีระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในระดับความเสี่ยงเป็น 12 เท่า⁽⁵⁾

ตำบลกุดสิมคุ้มใหม่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นอีกพื้นที่หนึ่งที่มีการปลูกยาสูบ แบบมีพันธะสัญญา ระหว่างผู้แทนของบริษัทจัดจำหน่ายรวมถึงเครือข่ายเกษตรกร เพื่อส่งออกต่างประเทศทำให้เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบมีรายได้เพิ่มหลังจากการเก็บเกี่ยว ด้วยเหตุนี้จึงทำให้เกษตรกรจึงหันมาปลูกยาสูบเป็นจำนวนมาก เพื่อเป็นรายได้เสริมจากการปลูกข้าว⁽⁵⁾ และเนื่องจากยาสูบเป็นพันธุ์ไม้ล้มลุกที่มีอายุสั้น และมีแมลงศัตรูพืชรบกวนอยู่เสมอ ประกอบกับเป็นพันธุ์พืชที่จะต้องมีการฉีดพ่นสารเคมีเพื่อกำจัดศัตรูพืช และเพื่อเพิ่มรสชาติให้กับใบยาสูบ จึงทำให้เกษตรกรมีโอกาสสัมผัสกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างสูง

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาระบวนการมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาคือผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยการนำเอาการสร้างกระบวนการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา มาใช้ในการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมและส่งเสริมให้เกิดรูปแบบหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหาการใช้สารเคมีในการปลูกพืชต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบในตำบลกุดสิมคุ้มใหม่ อำเภอกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาสารเคมีตกค้างในยาสูบและดินที่ปลูกยาสูบในพื้นที่ตำบลกุดสิมคุ้มใหม่ อำเภอกาฬสินธุ์
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือด ก่อนและหลังการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบ ตำบลกุดสิมคุ้มใหม่ อำเภอกาฬสินธุ์
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบในตำบลกุดสิมคุ้มใหม่ อำเภอกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมศึกษากับกลุ่มตัวอย่างเป็นเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบในตำบลกุดสิมคุ้มใหม่ อำเภอกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบในตำบลกุดสิมคุ้มใหม่ อำเภอกาฬสินธุ์ ที่ขึ้นทะเบียนกับบริษัทเอกชนผู้ส่งเสริมการปลูกยาสูบ ในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 208 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและการตรวจวิเคราะห์ผลกระทบทาทางสุขภาพคือ เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบในตำบลกุดสิมคุ้มใหม่ อำเภอกาฬสินธุ์ ที่ขึ้นทะเบียนกับบริษัทเอกชนผู้ส่งเสริมการปลูกยาสูบ ในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวนทั้งหมด 60 คน โดยวิธีการเลือกแบบสมัครใจ (Volunteer Sampling)

2. ตัวอย่างสังเกตทางห้องปฏิบัติการ แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

- 2.1 ตัวอย่างดิน แบ่งกลุ่มเกษตรกรตามพื้นที่ในหมู่บ้านจำนวน 4 กลุ่ม แล้วสุ่มไร่ยาสูบด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)⁽⁶⁾ ด้วยวิธีจับสลาก แล้วเลือกมา ร้อยละ 10 ได้ จำนวน 4 แปลง เก็บตัวอย่างแบบกระจายจุดที่จะเก็บให้ทั่วแปลงเก็บ ตัวอย่างดินแปลงละ 15 จุด⁽⁷⁾ (กรมวิชาการเกษตร, 2549) โดยให้ระยะระหว่างจุดเก็บตัวอย่างเท่าๆ กัน เครื่องมือเก็บตัวอย่างและภาชนะบรรจุ ใช้เข็มชุดเจาะดินลงไปเป็นหลุมรูปตัววีให้ลึกประมาณ 7 นิ้ว จากพื้นดินทั้งดิน ส่วนที่ขุดครั้งแรกไปแล้วใช้เข็มแฉะดินข้างหลุมข้างใดข้างหนึ่งหนาประมาณ 2 นิ้ว รวมดินทั้งหมดจากทุกจุดเข้าเป็นตัวอย่างเดียวกัน ตัวอย่างละ 1 กิโลกรัม แล้วเก็บในภาชนะบรรจุและบันทึกข้อมูลการเก็บตัวอย่าง

- 2.2 ตัวอย่างยาสูบ แบ่งกลุ่มเกษตรกรตามพื้นที่ในตำบลจำนวน 4 กลุ่ม แล้วสุ่มไร่ยาสูบด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)⁽⁶⁾ ด้วยวิธีจับสลาก จำนวน 4 แปลง โดยสุ่มเลือก แปลงละ 15 จุดกระจายให้ทั่วแปลงให้ได้ปริมาณยาสูบไม่น้อยกว่า 200 กรัม⁽⁸⁾ บรรจุลงในถุงพลาสติกปิดปากถุงให้แน่น บันทึกรายละเอียด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานและวิจัยที่เกี่ยวข้องได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

- 1.1 แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมี 3 ตอนดังนี้

- ตอนที่ 1 ลักษณะพื้นฐานบางประการทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวน 6 ข้อ

- ตอนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวน 13 ข้อ

- ตอนที่ 3 พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งสามารถแบ่งเป็นระดับได้ดังนี้

เกณฑ์การแปลความหมาย

ค่าเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมถูกต้องดี

ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมถูกต้องปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง มีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง

ความกว้างของอันตรภาคชั้น = คะแนนสูงสุด – ต่ำสุดหารด้วยจำนวนชั้น⁽⁹⁾

1.2 ชุดตรวจเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกรผู้เข้าร่วมโครงการโดยกระดาษ Reactive Paper วิเคราะห์โดย

ปกติ คือ ระดับโคลีนเอสเตอเรสมากกว่าหรือเท่ากับ 100 หน่วยต่อมิลลิลิตร

ปลอดภัย คือ ระดับโคลีนเอสเตอเรสมากกว่าหรือเท่ากับ 87.5 หน่วยต่อมิลลิลิตร

มีความเสี่ยง คือ ระดับโคลีนเอสเตอเรสมากกว่าหรือเท่ากับ 75.0 หน่วยต่อมิลลิลิตร

ไม่ปลอดภัย คือ ระดับโคลีนเอสเตอเรสต่ำกว่า 75.0 หน่วยต่อมิลลิลิตร

1.3 ตรวจสอบสารเคมีตกค้างในดินและยาสูบด้วยเครื่อง Gas Chromatography (GC) และเครื่อง High Performance Liquid Chromatography (HPLC)

2. เครื่องมือในการสร้างกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ดังต่อไปนี้

2.1 การให้ความรู้แก่ประชาชนผู้เข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับอันตรายของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยใช้การบรรยายร่วมกับสื่อต่างๆ เช่น วิดีทัศน์ ภาพพลิก การสาธิต โดยประยุกต์จากทฤษฎีการเรียนรู้โดยเน้นให้เกิดการรับรู้ผลจากการใช้สารเคมี และแนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งมีเนื้อหาดังต่อไปนี้ การใช้สารเคมีทางการเกษตร ผลกระทบจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร การป้องกันผลกระทบจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร แนวทางการลดผลกระทบจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร

2.2 การประชุมกลุ่ม เป็นการประชุมร่วมกับประชาชนในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคการป้องกันผลกระทบจากสารเคมี ซึ่งประยุกต์มาจากแนวคิดของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการรับรู้ผลจากการใช้สารเคมี และแนวทางในการแก้ไขปัญหา

2.3 การประชุมกลุ่มย่อย เป็นการประชุมร่วมกับกลุ่มตัวอย่างในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคการป้องกันผลกระทบจากสารเคมี ซึ่งประยุกต์มาจากแนวคิดของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่ม (Group Process) โดยเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการรับรู้ผลจากการใช้สารเคมี และแนวทางในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนการทดลองปฏิบัติเพื่อลดการใช้และผลกระทบจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัญหา ประกอบด้วย

1.1 ศึกษาสภาพการปลูกยาสูบของเกษตรกร เช่น วิธีการปลูก การเพิ่มผลผลิตการเก็บเกี่ยว ศัตรูพืชและการป้องกัน การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ชนิดของสารเคมี ความถี่ของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช รายได้-รายจ่าย

1.2 จัดหาเตรียมเครื่องมือและรูปแบบการให้ความรู้

1.3 ประชุมเจ้าหน้าที่และผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงกระบวนการวิจัยเพื่อให้ทราบถึงวิธีการเก็บข้อมูล การดำเนินการให้ความรู้ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับงานวิจัย

1.4 ประชุมเกษตรกรกลุ่มเป้าหมาย ชี้แจงวิธีดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและบอกให้ทราบถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษานี้

1.5 ตรวจสอบระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกร

2. ขั้นตอนที่ 2 วางแผน โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาสภาพการปลูกยาสูบและพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพื่อกำหนดเนื้อหาในการให้ความรู้เกษตรกร ดังนี้ 1) การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยเน้นที่วิธีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตั้งแต่ก่อนการใช้ ขณะใช้ และหลังการใช้ 2) ผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช คือผลที่เกิดจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยเฉพาะทางด้านสุขภาพ 3) แนวทางการลดผลกระทบการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ทั้งต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม 4) การป้องกันผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตั้งแต่ก่อนการใช้ ขณะใช้ และหลังการใช้

3. ขั้นตอนที่ 3 การจัดฝึกอบรม โดยประยุกต์ใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC)

3.1 ดำเนินการให้ความรู้เกษตรกร โดยใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) โดยมีเนื้อหา ดังนี้ 1) การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยเน้นที่วิธีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตั้งแต่ก่อนการใช้ขณะใช้ และหลังการใช้ 2) ผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช คือผลที่เกิดจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยเฉพาะทางด้านสุขภาพ 3) แนวทางการลดผลกระทบการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ทั้งต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม 4) การป้องกันผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตั้งแต่ก่อนการใช้ ขณะใช้ และหลังการใช้

3.2 ร่วมสนทนากลุ่มย่อยในการวิเคราะห์ปัญหากำหนดเป้าหมาย หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และวางแผนเพื่อนำไปทดลองปฏิบัติ

4. ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล

4.1 ทำการตรวจระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกร หลังจากได้รับการฝึกอบรม ในระยะที่มีการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

4.2 แจกผลการตรวจวิเคราะห์ผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พร้อมชี้แจงแนวทางปฏิบัติในการลดผลกระทบจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรและสรุปผลการดำเนินงาน

ตาราง 1 การตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในยาสูบ

ชนิดของสารเคมีที่พบ	Group 1 (mg/kg)	Group 2 (mg/kg)	Group 3 (mg/kg)	Group 4 (mg/kg)	Reference Methods
Carbofuran	0.95	1.89	1.28	0.15	GC/HPLC
Dicrotophos	0.97	0.52	0.56	1.24	GC/HPLC

2.2 การตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในดินจากการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการด้วยเครื่อง Gas Chromatography และ High Performance Liquid Chromatography ไม่พบสารเคมีตกค้างในดิน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยใช้ t-test และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรโดยใช้วิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) แบบ Enter

ผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบพบว่า มีพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยรวมอยู่ในระดับพฤติกรรมถูกต้องดี ($\bar{X}=2.48$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมก่อนการใช้สารเคมี โดยรวมอยู่ในระดับพฤติกรรมถูกต้องดี ($\bar{X}=2.47$) พฤติกรรมขณะใช้สารเคมี โดยรวมอยู่ในระดับพฤติกรรมถูกต้องดี ($\bar{X}=2.51$) และพฤติกรรมหลังใช้สารเคมี โดยรวมอยู่ในระดับพฤติกรรมถูกต้องดี ($\bar{X}=2.47$)

2. สารเคมีตกค้างในยาสูบและดินที่ปลูกยาสูบ พบว่า

2.1 สารเคมีตกค้างที่พบในยาสูบ คือ คาร์โบฟูราน (Carbofuran) เป็นสารเคมีในกลุ่ม คาร์บาเมต (Carbamate) และ ไดโครโตฟอส (Dicrotophos) ซึ่งเป็นสารเคมีในกลุ่ม ออร์กาโนฟอสเฟต (Organophosphate) ดังตาราง 1

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือด ก่อนและหลังการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม พบว่า

3.1 เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบในตำบลฤๅษีนิคม อำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีพฤติกรรมเกี่ยวกับ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2560

สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หลังการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้าน ได้แก่ ก่อนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ขณะใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และ

หลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช สูงกว่าก่อนการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ก่อนและหลังการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
ในเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบตำบลลุดลุมใหม่ อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

พฤติกรรม	ก่อน		หลัง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ก่อนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	2.47	0.25	2.85	0.25	-9.358	0.000*
ขณะใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	2.51	0.19	2.87	0.21	-11.206	0.000*
หลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	2.47	0.20	2.86	0.26	-13.359	0.000*
รวม	2.48	0.14	2.86	0.22	-16.638	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบในตำบลลุดลุมใหม่ อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดอยู่ในระดับมีความเสี่ยง (ร้อยละ 46.67) ระดับปลอดภัย (ร้อยละ 31.67) ระดับไม่ปลอดภัย (ร้อยละ 18.33) และระดับปกติ (ร้อยละ 3.33)

หลังการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดอยู่ในระดับระดับปลอดภัย (ร้อยละ 50.00) มีความเสี่ยง (ร้อยละ 10.00) ระดับปกติ (ร้อยละ 5.00) และระดับไม่ปลอดภัย (ร้อยละ 1.67) ดังตาราง 3

ตาราง 3 ระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือด ก่อนและหลังการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบ
ตำบลลุดลุมใหม่ อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

ระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส	ก่อน		หลัง	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ปกติ	2	3.33	3	5.00
ปลอดภัย	19	31.67	30	50.00
มีความเสี่ยง	28	46.67	6	10.00
ไม่ปลอดภัย	11	18.33	1	1.67

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบในตำบลลุดลุมใหม่ อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlations) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ (ตัวแปรต้น) และตัวแปรเกณฑ์ (ตัวแปรตาม) มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นบวกและลบ 5 ตัวแปร ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว ระยะเวลาในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การตรวจเลือดเพื่อหาปริมาณสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การอบรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เมื่อ

นำตัวแปรพยากรณ์มาทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) โดยใช้วิธีการ Enter พบว่า มีตัวแปรพยากรณ์เข้าสู่สมการเพียง 4 ตัว คือ อายุ โรคประจำตัว ระยะเวลาในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการอบรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยตัวแปรพยากรณ์ ($F = 0.979$, $p < 0.001$ และ $t = 7.972$) ไม่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ($VIF < 10$) และสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้ ร้อยละ 6.60 ($\text{adj } R^2 = 0.066$) จึงไม่มี Multicollinearity ซึ่ง

สามารถเขียนสมการถดถอยในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้ $Y = 2.649 + 0.046(\text{อายุ}) - 0.017(\text{โรคประจำตัว}) - 0.030(\text{ระยะเวลาในการใช้สารเคมี}) + 0.115(\text{การอบรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมี})$ ซึ่งสามารถอธิบายได้ ดังนี้ปัจจัย ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว ระยะเวลาในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และ

การอบรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบในตำบลกุดสิมคุ้มใหม่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 4

ตาราง 4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบในตำบลกุดสิมคุ้มใหม่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

ตัวแปร	b	Std. Error	Beta	t	p	VIF
ค่าคงที่ (Y)	2.649	0.332	0.142	7.972	0.000*	
อายุ	0.046	0.049	-0.016	0.942	0.350	1.332
โรคประจำตัว	-0.017	0.140	-0.073	-0.120	0.905	1.100
ระยะเวลาในการใช้สารเคมี	-0.030	0.059	0.258	-0.509	0.612	1.195
การอบรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมี	0.115	0.064		1.789	0.079	1.225

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

1. เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบในตำบลกุดสิมคุ้มใหม่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยรวมอยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการปลูกยาสูบมาเป็นเวลานานพอสมควร โดยเริ่มต้นอาจมีการทดลองผิดลองถูก แต่ก็ยังมีความเข้าใจส่วนใหญ่ว่าชนิดของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้เป็นชนิดใดก็ได้ที่มีพิษรุนแรงสามารถกำจัดศัตรูพืชได้ ซึ่งสอดคล้องกับสิทธิชัย ขอดสุวรรณ (2550)⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในสวนผลไม้ของเกษตรกร อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าเกษตรกรมีพฤติกรรมก่อนใช้ ขณะใช้ และหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยเฉลี่ยแล้วมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดีมากทุกด้าน สมพร มูลเมืองมา (2551)⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรอำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าเกษตรกรมีพฤติกรรมก่อนใช้ ขณะใช้ และหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยเฉลี่ยแล้วมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดีทุกด้าน ซึ่งต่างจากอรุณี จันไชยชนะ (2552)⁽¹²⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเกษตรกรที่ปลูกสตรอเบอร์รี่ พบว่าเกษตรกรส่วนใหญ่มี

พฤติกรรมป้องกันการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลาง

2. เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบในตำบลกุดสิมคุ้มใหม่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่มีระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดอยู่ในระดับมีความเสี่ยง (ร้อยละ 46.67) แสดงให้เห็นว่า เกษตรกรส่วนใหญ่แม้จะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช แต่ด้วยความต้องการผลผลิตจำนวนมาก จึงมีความพยายามที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไม่ถูกต้องเป็นบางครั้ง ซึ่งทำให้อยู่ในภาวะความเสี่ยงโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ซึ่งสอดคล้องกับฉิมขวัญใจคำวัง (2559)⁽³⁾ ได้ศึกษาผลกระทบทางสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจากการใช้สารเคมีในการปลูกยาสูบของเกษตรกรตำบลปากแคว อำเภอมือเือง จังหวัดสุโขทัย พบว่าเกษตรกรมีระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในกระแสโลหิตของเกษตรกรร้อยละ 37.0 อยู่ในระดับเสี่ยง และไม่ปลอดภัย (ร้อยละ 44.00) และไม่ปลอดภัย (ร้อยละ 30.40)

3. เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบในตำบลกุดสิมคุ้มใหม่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีพฤติกรรมเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยรวมและเป็นทุกรายด้าน ได้แก่ ก่อนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ขณะใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดอยู่ในระดับปลอดภัย สูงขึ้นหลังการจัด

กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงให้เห็นว่า การที่ผลการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมปรากฏเช่นนี้ เป็นเพราะมีวิธีการการถ่ายทอดที่เหมาะสม และมีการใช้เทคนิคและวิธีการถ่ายทอดที่มีความหลากหลาย ช่วยให้เข้าร่วมโครงการมีทัศนคติที่ดีมากยิ่งขึ้น และรูปแบบการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีความสอดคล้องกับเนื้อหาและความต้องการของผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งสอดคล้องกับกิตติพงษ์ กลิ่นแมน (2554)⁽¹³⁾ ได้ศึกษากระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า หลังการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยการให้เกษตรกรได้ร่วมรับรู้ และร่วมสนทนากลุ่ม ไม่พบสารเคมีตกค้างในดิน และพืช รวมถึงระดับระดับเอ็นไซม์โคลินเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกรดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเกษตรกรมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบในตำบลกุดสีมคุ้มใหม่ อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว ระยะเวลาในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการอบรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ซึ่งเป็นเพราะว่าเกษตรกรที่มีอายุมาก จะมีประสบการณ์ในการใช้สารเคมี อีกทั้งยังมีโอกาสได้รับการอบรมความรู้จากเจ้าหน้าที่ของรัฐ ซึ่งจะทำให้ตระหนักในเรื่องโรคประจำตัว อีกทั้งยังส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีได้ ซึ่งสอดคล้องกับ กมล กลิ่นน้อย (2553)⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและระดับเอ็นไซม์โคลินเอสเตอเรสในร่างกายของเกษตรกรตำบลท่าแกม อำเภอวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสุระชัย ชะเครือ (2550)⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกรในอำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ประสบการณ์การได้รับการอบรมการป้องกันอันตรายจาก การใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกัน

อันตรายจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ดั่งใจด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยรรยงค์ อินทร์ม่วง คณบดีคณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประยูร วงศ์จันทร์หา ประธานสาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ดร.ลำพูน เสนาวัง ตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ และดร.สุกศักดิ์ เมืองพรหม ตำแหน่ง ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยขอขอบคุณไว้ ณ ที่นี้

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทำให้เกษตรกรกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีลดลงก่อนการจัดกระบวนการ ทำให้ผลกระทบต่องสิ่งแวดล้อมและสุขภาพลดลงไปด้วย ดังนั้นในการดำเนินการแก้ไข ปัญหาและลดผลกระทบจากการใช้สารเคมีควรพิจารณาวางแผนในการจัดกระบวนการตามแนวทางของกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย การร่วมรับรู้ ร่วมสนทนากลุ่มย่อย และร่วมสรุปผล

2. จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา โดยให้เกษตรกรได้มีส่วนร่วมในรับรู้ผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช คิดวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นสุขภาพของเกษตรกรและสภาพแวดล้อมที่ดี ผู้ผลิตที่ได้มาตรฐานและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

3. ควรมีการนำเอากระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการลดผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบ ไปประยุกต์ใช้กับเกษตรกรประเภทอื่น ๆ เพื่อลดผลกระทบจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรทั้งต่อผู้ปลูก ผู้บริโภคและสิ่งแวดล้อม

เอกสารอ้างอิง

1. นัฐวดี ไผ่ผาด และคณะ. “ผลจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม อำเภอวังน้อย จังหวัดกาฬสินธุ์” วารสารแก่นเกษตร. 42(3) 2557: 301-310.
2. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. ปริมาณและมูลค่าการนำเข้าสารกำจัดศัตรูพืช. http://www.oae.go.th/ewt_news.php?nid=146. สืบค้นเมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2560.
3. นิษฐ์ชัย ใจคำวัง. “ผลกระทบทางสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจากการใช้สารเคมีในการปลูกยาสูบของเกษตรกรตำบลปากแคว อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย”. วารสารการพัฒนามนุษย์และคุณภาพชีวิต. 4(3) 2559: 401-416.
4. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. รายงานผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. 2558กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ, 2559
5. สิริภรณ์กัญญา เรืองไชยและคณะ. “ผล กระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบในตำบลลำห้วยหลวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์” วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น. 18(1) 2554: 48-60,
6. เพ็ญแข แสงแก้ว. การวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : ภาควิชาคณิตศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2540.
7. กรมวิชาการเกษตร. คู่มือการขอรับบริการตรวจวิเคราะห์ ดิน น้ำ พืช ปุ๋ย และวัตถุเคมีการเกษตร. สำนักวิจัยพัฒนาปัจจัยทางการผลิตทางการเกษตร คลังปรีณท์ออฟเซต กรุงเทพฯ, 2549
8. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. คู่มือการใช้ชุดทดสอบ อาหาร 21 ชนิด. กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี, 2546.
9. ชัชวาลย์ เรืองประพันธ์. สถิติพื้นฐานพร้อมตัวอย่างการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม Minitab SPSS และ SAS. มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น, 2543.
10. สิทธิชัย ยอดสุวรรณ. พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในสวนผลไม้ของเกษตรกร อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. เชียงราย : มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย, 2550.
11. สมพร มูลเมืองมา. พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. เชียงราย : มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย, 2551.
12. อรุณี จันไชยชนะ. พฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเกษตรกรที่ปลูกสตอเบอร์รี่. วิทยานิพนธ์ พย.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2552.
13. กิตติพงศ์ กลิ่นแมน. กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรจังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ ปรัช.ด. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาสารคาม, 2554.
14. กมล กลิ่นน้อย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในร่างกายของเกษตรกรตำบลท่าแกม อำเภอวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ ส.ม. มหาวิทยาลัยนเรศวรพิษณุโลก, 2553.
15. รัชชียะเครือ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกรในอำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพฯ, 2550.

การปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน บ้านตะกั่วป่า ตำบลตะกั่วป่า อำเภอหนองสองห้อง
จังหวัดขอนแก่น

FOOD SANITATION IMPROVEMENT IN HOUSEHOLD AT BAN TAKAUPA, TAKAUPA
SUB-DISTRICT, NONGSONGHONG DISTRICT, KHON KAEN PROVINCE.

พนมภรณ์ เพ็ชรตะกั่ว¹, ดาริวรรณ เสงษ์จิธรรม²

Panomporn Pechtakua¹, Dariwan Settheetham²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อศึกษาการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนบ้านตะกั่วป่า ตำบลตะกั่วป่า อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ปรุงประกอบอาหารในครัวเรือน จำนวน 89 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจภาวะสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน สอบถามความรู้และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน และตรวจการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอาหาร มือ ภาชนะและอุปกรณ์ที่ใช้ในการเตรียม การปรุงและการเสิร์ฟอาหารในครัวเรือน ก่อนและหลังดำเนินการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุดกับค่าสูงสุด สถิติเชิงอนุมาน ใช้ paired t-test และ McNemar χ^2 test และข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เดือนกุมภาพันธ์ – มีนาคม 2559

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนดำเนินการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน จากการสำรวจภาวะสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน ไม่มีครัวเรือนใดที่ผ่านเกณฑ์สุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้ปรุงประกอบอาหารมีความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 55.06 มีการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 74.16 หลังดำเนินการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน พบว่า มีครัวเรือนที่ผ่านเกณฑ์สุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 50.56 ผู้ปรุงประกอบอาหารมีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 100.00 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 100.00 ผลการเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนก่อนและหลังดำเนินการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน พบว่า หลังดำเนินการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.001$ และผลการตรวจการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอาหาร มือ ภาชนะและอุปกรณ์ ก่อนและหลังดำเนินการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน พบว่า ก่อนดำเนินการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนมีการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอาหาร คิดเป็นร้อยละ 48.31 ในมือคิดเป็นร้อยละ 10.11 ในภาชนะและอุปกรณ์คิดเป็นร้อยละ 13.26 หลังดำเนินการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน มีการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอาหารลดลงเหลือร้อยละ 12.36 ในมือลดลงเหลือร้อยละ 0.00 ในภาชนะและอุปกรณ์ลดลงเหลือร้อยละ 7.86 ผลการเปรียบเทียบการปนเปื้อนจุลินทรีย์ก่อนและหลังดำเนินการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน พบว่า หลังดำเนินการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.001$

คำสำคัญ : ภาวะสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน, ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน, การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน, ผู้สัมผัสอาหาร, การปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอาหาร มือ ภาชนะและอุปกรณ์

Abstract

The objective of this action research was to study food sanitation improvement in household at Ban Takaupa, Takaupa sub-district, Nongsonghong district, Khon Kaen Province. The samples were measured at 89 of the cookers in the household were used in the experiment. The pre and post evaluation of improvement food sanitation condition. Examination of knowledge and practical household food sanitation. And microbial contamination in food, hands, containers and mobile devices used in the preparation cooking and serving food in the household. Data were analyzed using descriptive statistics by Frequency, Percentage, Mean, Standard Deviation, Median, and Minimum Maximum. Inferential Statistic by paired t-test and McNemar χ^2 test. Qualitative data by the focus discussion group. The period research was during February – March 2016.

¹ นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ดร. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

The results of this research found that the pre and post of improvement food sanitation condition. Before doing any household that does not meet food hygiene in the household were 100 %. The cookers hob knowledge of food hygiene in the household, Before proceeding with the revised Food Sanitation most knowledgeable in the high level of 55.06 %. Compliance with food sanitation in the household, Before proceeding with the revised Food Sanitation is mainly observed in the high level of 74.16 %. The latter continue to improve sanitation in the household. Found that households that meet food sanitation 50.56 %. The implementation of revised Food Sanitation most knowledgeable high level of 100.00 %. The latter continue to improve sanitation practices in most foods have a high level of 100.00 %. The comparison between knowledge and practice sanitary food in the household before and after the update. After improving household sanitation, Statistically significant P-value < 0.001. And the contamination of food, hands, and equipment, utensils. Before and after the improvement in household food sanitation. Before the update, the microbial contamination of food on hands, representing 48.31 % and 10.11 % in container 13.26 %. After improving the microbiological contamination in food, down 12.36 % decline in the hands, of containers and equipment decreased by 0.00 %, 7.86 %. The comparison between before and after the update. After improving household sanitation, Statistically significant P-value < 0.001.

Keywords : improvement food sanitation condition, Examination of knowledge and practical household food sanitation, The cookers, And microbial contamination in food, hands, containers and mobile devices used in the preparation.

อาหารเป็นปัจจัยที่มนุษย์มีความต้องการเพื่อให้ร่างกายเจริญเติบโต แข็งแรง และดำรงชีวิตอยู่โดยปกติสุข ถ้าอาหารที่บริโภคเข้าไปมีเชื้อโรคหรือสารเคมีปนเปื้อนอยู่ อาหารนั้นจะกลับเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคจากอาหารเป็นสื่อ (food born disease) ความรุนแรงและความเสียหายจากการเจ็บป่วยที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อขึ้นอยู่กับชนิดและปริมาณของเชื้อโรคหรือสารเคมีที่รับเข้าสู่ร่างกาย เพศ วัย และการตอบสนองไวเพียงใดของแต่ละบุคคล แต่ความเสียหายที่เกิดขึ้นล้วนเป็นปัญหาทั้งต่อบุคคล ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจและการสาธารณสุขของประเทศ เพราะก่อความเสียหายทั้งต่อชีวิต ทรัพย์สิน และเวลาในการทำงาน⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ เช่น โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน อาหารเป็นพิษ อหิวาตกโรค โรคบิด ไข้ไทฟอยด์ ดับอักเสบเอ ในช่วง พ.ศ. 2544 – 2553 อัตราป่วยของโรคมีแนวโน้มลดลงและคงที่ โดยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยมาอย่างต่อเนื่องซึ่งในปี 2553 – 2557 พบมีอัตราการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 2168.89, 2068.09, 1913.35, 1764.72, 1727.48 ต่อแสนประชากรตามลำดับ⁽²⁾ จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการสุขาภิบาลอาหารโดยรวม เนื่องจากโรคอุจจาระร่วงมีสาเหตุมาจากการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์

บทนำ

ก่อโรคในอาหารที่เป็นผลจากการสุขาภิบาลอาหารที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ซึ่งการปนเปื้อนเชื้อก่อโรคหรือสารเคมีในอาหารนั้นเกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอนกระบวนการผลิต ตั้งแต่การเตรียม การปรุงประกอบ การเก็บรักษาและขั้นตอนการบริโภค การมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการด้านสุขาภิบาลอาหาร ทั้งในระดับชุมชนและครัวเรือน จึงเป็นการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อได้ เพราะการสุขาภิบาลอาหาร หมายถึง การจัดการ ควบคุม ดูแล ให้อาหารที่เตรียมปรุง สะอาด ปลอดภัยจากการปนเปื้อนเชื้อโรค สารเคมี หรือวัตถุที่เป็นอันตราย โดยเกี่ยวข้องกับสุขนิสัยที่ดีของผู้เตรียม ผู้ปรุงอาหาร การเลือกอาหารที่สด สะอาด อาหารที่ผ่านการรับรอง ภาชนะอุปกรณ์ที่ใช้สัมผัสอาหาร สะอาด ทำจากวัสดุปลอดภัย ห้องครัวสะอาด มีการป้องกันสัตว์และแมลงนำโรค⁽³⁾ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสุขาภิบาลอาหารพบว่า⁽⁴⁾ ศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารจากกลุ่มผู้ประกอบการตลาดได้รู้เรียนรู้จังหวัดขอนแก่น โดยการอบรมให้ความรู้และใช้กระบวนการกลุ่มผลการศึกษาพบว่า หลังการให้ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารผู้ประกอบการมีความรู้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 26.25 ผลการตรวจเชื้อแบคทีเรียโคลิฟอร์มหลังการดำเนินงานลดลง ร้อยละ 22.40 สอดคล้องกับการศึกษา

ของ⁽⁵⁾ ศึกษารูปแบบการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารในแหล่งท่องเที่ยวในอุทยานแห่งชาติภูกระดึง จังหวัดเลย โดยผลการตรวจประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารมีร้านอาหารที่ผ่านการรับรองมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารร้อยละ 75.00 มีแผงลอยที่จำหน่ายอาหารผ่านการรับรองมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ร้อยละ 87.32 และผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนก่อนและหลังการตรวจประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานการปฏิบัติตัว ด้านสุขาภิบาลอาหาร มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ⁽⁶⁾ ศึกษารูปแบบการจัดการด้านสุขาภิบาลอาหารของแผงลอยที่จำหน่ายในตลาดไนท์เทศบาลเมืองหนองบัวลำภู โดยการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อให้ได้รูปแบบที่ชัดเจน ซึ่งมีร้านอาหารแผงลอยจำนวน 90 แผง ที่มีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องในการใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่า หลังจากที่มีการใช้รูปแบบการจัดการด้านสุขาภิบาลอาหาร มีร้านอาหารแผงลอยที่ผ่านการตรวจประเมินด้านสุขาภิบาลอาหารจำนวน 43 แผง เพิ่มขึ้น ร้อยละ 45.50 การสำรวจความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร เพิ่มขึ้น ร้อยละ 45.50 ⁽⁷⁾ ศึกษาการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหารในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอรามัญ-สีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ โดยการตรวจประเมินสภาวะสุขาภิบาลอาหาร ประเมินความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร ตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในมือผู้สัมผัสอาหาร ภาชนะ/อุปกรณ์ และตัวอย่างอาหาร โดยการเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ ผลการศึกษาพบว่า หลังดำเนินการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหาร มีร้านจำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์สุขาภิบาลอาหาร เพิ่มขึ้นร้อยละ 35.90 ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารหลังการดำเนินการ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 64.10 ส่วนการตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียหลังการดำเนินการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 13.80 และการตรวจการปนเปื้อนเชื้อฟิคัล โคลิฟอร์มในตัวอย่างอาหารหลังดำเนินการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 17.90 ตามลำดับ

สำหรับสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ ของจังหวัดขอนแก่น พบว่า ในปี

2553 –2557 จังหวัดขอนแก่น มีอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเท่ากับ 1886.47, 2211.49, 1797.86, 1809.54, 1618.25 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁽⁸⁾ สำหรับอำเภอหนองสองห้องมีอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเท่ากับ 2675.11, 3148.54, 3135.09, 4031.38, 3298.17 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁽⁹⁾ ส่วนตำบลตะกั่วป่ามีอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเท่ากับ 1049.62, 1297.91, 1038.00, 1744.92, 2037.79 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และบ้านตะกั่วป่า มีอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเท่ากับ 487.78, 495.05, 891.09, 1376.60, 884.96 ต่อแสนประชากรตามลำดับ⁽¹⁰⁾ ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันมีจำนวนมากขึ้นและไม่มีแนวโน้มที่จะลดจำนวนลงเลยทั้งในระดับโลก ทวีป ประเทศ จังหวัดและในระดับพื้นที่ ประกอบกับการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายในกลุ่มผู้ประกอบการ ยังขาดผลการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน และในสังคมชนบทยังคงใช้วิธีการปรุงประกอบอาหารเพื่อบริโภคเองในครัวเรือน ซึ่งหากในแต่ละครัวเรือนมีการจัดการด้านสุขาภิบาลอาหารที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม อาจส่งผลต่อสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน บ้านตะกั่วป่า ตำบลตะกั่วป่า อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น โดยเปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้มีเวทีพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ ทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา สร้างโอกาสในการปรับปรุงให้ตรงกับสภาพปัญหา อันจะนำไปสู่การปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาสภาวะสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนของประชาชนบ้านตะกั่วป่า ตำบลตะกั่วป่า อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังดำเนินการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหาร

2.เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนของประชาชนบ้านตะกั่วป่า ตำบลตะกั่วป่า อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังดำเนินการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหาร

3.เพื่อศึกษาการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนของประชาชนบ้านตะกั่วป่า ตำบลตะกั่วป่า อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังดำเนินการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหาร

4.เพื่อศึกษาการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอาหาร มือ ภาชนะและอุปกรณ์ที่ใช้ในการเตรียม การปรุงและการเสิร์ฟอาหารในครัวเรือนของประชาชนบ้านตะกั่วป่า ตำบลตะกั่วป่า อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังดำเนินการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหาร

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน บ้านตะกั่วป่า ตำบลตะกั่วป่า อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ประชาชนบ้านตะกั่วป่า ตำบลตะกั่วป่า อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 244 ครัวเรือน⁽¹⁰⁾

คำนวณขนาดตัวอย่างกรณีที่ทำทราบจำนวนประชากร โดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร⁽¹¹⁾ ดังนี้

$$n = \frac{Nz_{\alpha}^2[P(1-P)]}{[e^2(N-1)] + [z_{\alpha}^2P(1-p)]}$$

โดยการอ้างอิงผลการศึกษา⁽¹²⁾ ศึกษาสถานะสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนชนบทบ้านเจริญสุข ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 103 ครัวเรือน พบว่า การปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์รวมในซอ-ส้ม ไม่เกินมาตรฐาน ร้อยละ 10.68 สามารถนำมาหาค่า Proportion (P) = 0.1 การศึกษาครั้งนี้ใช้ตัวอย่างในการศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 89 ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถาม โดยแบบสอบถาม ประกอบด้วย

3 ส่วน คือ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ด้านการ

สุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน และการปฏิบัติด้านการสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน ใช้แบบสำรวจสถานะสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน และการตรวจการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอาหาร มือ ภาชนะและอุปกรณ์ที่ใช้ในการเตรียม การปรุงประกอบอาหารในครัวเรือน โดยใช้ชุดทดสอบ SI-2 โดยมีกิจกรรมแทรกแซง คือ ขั้นที่ 1 กิจกรรมการสนทนากลุ่ม ขั้นที่ 2 การวางแผนแก้ไขปัญหาค้นที่ 3 การดำเนินกิจกรรม ขั้นที่ 4 การประเมินผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป STATA ในการหาค่าสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดกับค่าสูงสุด และใช้สถิติอนุมาน paired t - test เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน และ McNemar χ^2 - test เพื่อเปรียบเทียบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร มือ และภาชนะและอุปกรณ์ ก่อนและหลังดำเนินการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหาร และข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ปรุงประกอบอาหารในครัวเรือนบ้านตะกั่วป่า ตำบลตะกั่วป่า อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 89 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.13 มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี ร้อยละ 35.95 อายุเฉลี่ย 52.53 ปี อายุุน้อยที่สุด 30 ปี อายุมากที่สุด 78 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 84.27 สำเร็จการศึกษาระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 77.53 รายได้เฉลี่ย 13,175 บาทต่อเดือน อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 85.39 ไม่เคยได้รับการอบรมด้านสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน ร้อยละ 96.63 ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ร้อยละ 97.75 และไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษ ร้อยละ 97.75

2. ปัญหา สาเหตุและแนวทางในการดำเนินการ

ตาราง 1 ปัญหา สาเหตุและแนวทางในการดำเนินการ จากการสนทนากลุ่มแกนนำ จำนวน 12 คน

ปัญหา	สาเหตุ	การแก้ไข
1.สภาวะสุขภาพโภชนาการในครัวเรือนไม่ผ่านเกณฑ์สุขภาพโภชนาการในครัวเรือน 2.ผู้ปรุงประกอบอาหารในครัวเรือนขาดความรู้ด้านสุขภาพโภชนาการในครัวเรือน 3.ผู้ปรุงประกอบอาหารมีการปฏิบัติด้านสุขภาพโภชนาการในครัวเรือนไม่ถูกต้อง 4.มีการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอาหาร มือ ภาชนะและอุปกรณ์	1.ประชาชนขาดการพัฒนาการจัดสุขภาพโภชนาการในครัวเรือน 2.ผู้ปรุงประกอบอาหารในครัวเรือนไม่ได้รับการอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพโภชนาการในครัวเรือน 3.ผู้ปรุงประกอบอาหารในครัวเรือนมีทักษะที่ไม่ถูกต้อง ด้านสุขภาพโภชนาการในครัวเรือน 4.ไม่มีการตรวจแนะนำ การปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอาหาร มือ ภาชนะและอุปกรณ์	1.การรณรงค์/การประชาสัมพันธ์/ การเผยแพร่โดยผู้นำชุมชน,อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน,สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จัดขบวนเดินรณรงค์ในหมู่บ้านเพื่อกระตุ้นให้ประชาชนมีความตื่นตัวที่จะปรับปรุงสุขภาพโภชนาการในครัวเรือน มีการประชาสัมพันธ์เสียงตามสายและการเผยแพร่ด้วยป้ายไว้นิลและแผ่นพับ 2.การอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติด้านสุขภาพโภชนาการในครัวเรือน 3.การตรวจแนะนำ 4.การประกวดครัว

จากตาราง 1 การปรับปรุงสุขภาพโภชนาการในครัวเรือน ผลการศึกษา พบว่า จากการสนทนากลุ่มแกนนำ จำนวน 12 คน ได้ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุปัญหาและได้กำหนดแนวทางในการดำเนินการแก้ไข

3. สภาวะสุขภาพโภชนาการในครัวเรือนบ้านตะกั่วป่า ตำบลตะกั่วป่า อำเภอนางรองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

ตาราง 2 สภาวะสุขภาพโภชนาการในครัวเรือน บ้านตะกั่วป่า ตำบลตะกั่วป่า อำเภอนางรองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังดำเนินการ (n=89 ครัวเรือน)

สภาวะสุขภาพโภชนาการในครัวเรือน	ก่อนดำเนินการ จำนวน (ร้อยละ)	หลังดำเนินการ จำนวน (ร้อยละ)
ผ่านเกณฑ์	0 (0.00)	45 (50.56)
ไม่ผ่านเกณฑ์	89 (100.00)	44 (49.44)

จากตาราง 2 เมื่อพิจารณาผลการศึกษา พบว่า จากการสำรวจสภาวะสุขภาพโภชนาการในครัวเรือน ก่อนดำเนินการปรับปรุงสุขภาพโภชนาการในครัวเรือน พบว่า ไม่มีครัวเรือนใดที่ผ่านเกณฑ์สุขภาพโภชนาการในครัวเรือน ร้อยละ 100 หลังดำเนินการปรับปรุงสุขภาพโภชนาการในครัวเรือน พบว่า มีครัวเรือนที่ผ่านเกณฑ์สุขภาพโภชนาการในครัวเรือน ร้อยละ 50.56 ซึ่งปัญหาเกิดจากประชาชนขาดการพัฒนาการจัดสุขภาพโภชนาการในครัวเรือน โดยครัวเรือนมีการปรับปรุงสุขภาพโภชนาการในครัวเรือนเพิ่มขึ้นทุกข้อกำหนด แต่มีบางข้อกำหนดที่ผ่านเกณฑ์น้อยที่สุด คือ มีถังขยะมีฝาปิด ไม่

รื้อขยะ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้จำกัดด้วยระยะเวลาและเรื่องงบประมาณทำให้บางครัวเรือนไม่สามารถแก้ไขให้ผ่านเกณฑ์ได้ จึงได้แนะนำให้มีการประยุกต์ใช้วัสดุที่มีอยู่ในครัวเรือน เช่น ใช้ถังพลาสติกหรือตะกร้าโดยใช้ถุงพลาสติกรองแล้วหาไม้มาปิดแทน สอดคล้องกับ⁽⁷⁾ ศึกษาการปรับปรุงสุขภาพโภชนาการของร้านจำหน่ายอาหาร ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอรามไศล-ศิลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ การตรวจประเมินสภาวะสุขภาพโภชนาการ วัดความรู้ด้านสุขภาพโภชนาการ และตรวจการปนเปื้อนเชื้อ โคลิฟอร์มแบคทีเรียในมือผู้สัมผัสอาหาร ภาชนะ/อุปกรณ์ และตัวอย่างอาหาร ด้วยวิธี MPN พบว่า หลังดำเนินการปรับปรุงสุขภาพโภชนาการ มีร้านจำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์สุขภาพโภชนาการ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.80 เป็นร้อยละ 48.70

4. ระดับความรู้ และ ระดับการปฏิบัติด้านสุขภาพโภชนาการในครัวเรือนบ้านตะกั่วป่า ตำบลตะกั่วป่า อำเภอนางรองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

4.1 ระดับความรู้ด้านสุขภาพโภชนาการในครัวเรือน ก่อนดำเนินการปรับปรุงสุขภาพโภชนาการในครัวเรือน มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 55.06 หลังดำเนินการปรับปรุงสุขภาพโภชนาการในครัวเรือนมีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 100.00 ซึ่งปัญหาเกิดจากผู้ปรุงประกอบอาหารไม่ได้รับการอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพโภชนาการในครัวเรือน ซึ่งข้อคำถามที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุด คือ การให้ความร้อนแก่ผักสามารถกำจัดสารฆ่าแมลงที่ตกค้างได้

ร้อยละ 22.47 เนื่องจากประชาชนเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการกำจัดสารฆ่าแมลงที่ตกค้างในผัก โดยหลังจากที่ได้รับการอบรมให้ความรู้แล้วตอบถูกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 83.15 สอดคล้องกับ⁽¹³⁾ พบว่า หลังการทดลอง การอบรมแบบมีส่วนร่วมผู้ประกอบการแปรรูปจำหน่ายอาหารมีคะแนนความรู้ เจตคติ การปฏิบัติเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลอง

4.2 ระดับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน ก่อนดำเนินการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนมีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.16 หลังดำเนินการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนมีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงร้อยละ 100.00 ซึ่งปัญหาเกิดจากผู้

ประกอบอาหารมีทักษะที่ไม่ถูกต้อง ด้านสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน ซึ่งข้อปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง คือการเลือกภาชนะอุปกรณ์ที่ปลอดภัย เลือกวัสดุที่ไม่เป็นพิษ ไม่ตกแต่งสี โดยประชาชนจะนิยมใช้ภาชนะพลาสติก วัสดุสังกะสีเคลือบ กระเบื้องเคลือบตกแต่งสี ซึ่งหลังจากที่ได้รับการอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนแล้ว ประชาชนเลือกใช้กระเบื้องเคลือบขาว แก้ว สแตนเลส อลูมิเนียม สอดคล้องกับ⁽¹⁴⁾ พบว่า การจัดประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม มีผลทำให้การปฏิบัติในการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารก่อนและหลังพัฒนาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.00 เป็นร้อยละ 90.00

ตาราง 5 เปรียบเทียบระดับความรู้และการปฏิบัติรวมก่อนและหลังการดำเนินการ (n=89 คน)

ระดับการวัด	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		95 % CI	df	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD				
ความรู้	15.71	2.64	19.69	0.62	3.42 - 4.52	88	14	0.000*
การปฏิบัติ	49.60	3.22	57.89	2.14	7.61 - 8.97	88	24	0.000*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 5 จากการเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน ก่อนและหลังดำเนินการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน พบว่า

หลังดำเนินการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = 0.0000)

ตาราง 6 ผลการเปรียบเทียบการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอาหาร มือ ภาชนะและอุปกรณ์ที่ใช้ในการเตรียม การปรุงและการเสิร์ฟอาหารในครัวเรือนของประชาชนบ้านตะกั่วป่า ตำบลตะกั่วป่า อำเภอนางรองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังดำเนินการ (อาหาร,มือ n = 89, ภาชนะ n = 445)

รายการ	จุลินทรีย์เกินเกณฑ์ (จำนวน,ร้อยละ)		χ^2	p-value
	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ		
อาหาร	43 (48.31)	11 (12.36)	28.44	0.0000
มือ	9 (10.11)	0 (0.00)	9.00	0.0027
ภาชนะและอุปกรณ์	59 (13.25)	35 (7.86)	11.08	0.0009

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 6 จากการตรวจการปนเปื้อนจุลินทรีย์พบว่า การตรวจการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอาหาร มือ ภาชนะและอุปกรณ์ ก่อนและหลังดำเนินการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน พบว่า ก่อนดำเนินการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน มีการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอาหารคิดเป็นร้อยละ 48.31 ในมือคิดเป็นร้อยละ 10.11 ในภาชนะและอุปกรณ์คิดเป็นร้อยละ 13.26 ซึ่ง

ปัญหาเกิดจากไม่มีการตรวจแนะนำ การปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอาหารจะพบมากที่สุด ได้แก่ อาหารประเภท ผัก ร้อยละ 64.28 เนื่องจากอาหารประเภทผักจะมีการปนเปื้อนจุลินทรีย์ได้เร็วกว่าอาหารประเภทอื่น ส่วนในมือพบว่า ไม่ตัดเล็บให้สั้น นิ้วมือแตกจากการทำงานทำให้มีการปนเปื้อนจุลินทรีย์ และภาชนะและอุปกรณ์พบมากที่สุด ได้แก่ ช้อน ร้อยละ 21.35 เนื่องจากการเก็บซั้วไม่

เป็นระเบียบ ทำให้เวลาหยิบใช้มีการปนเปื้อนจุลินทรีย์ โดยหลังจากมีการตรวจแนะนำ มีการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอาหารลดลงเหลือร้อยละ 12.36 ในมือลดลงเหลือร้อยละ 0.00 ในภาชนะและอุปกรณ์ลดลงเหลือร้อยละ 7.86 การเปรียบเทียบการตรวจการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอาหาร พบว่า หลังดำเนินการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน ลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.0000$) การตรวจการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในมือ พบว่า หลังดำเนินการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน ลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.0027$) การตรวจการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในภาชนะและอุปกรณ์ พบว่า หลังดำเนินการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน ลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.0009$) สอดคล้องกับ⁽¹⁵⁾ ศึกษาสภาวะสุขาภิบาลอาหาร โรงครัววัด อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า การปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารมี การปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียคิดเป็นร้อยละ 62.86 ส่วนใหญ่มีการปนเปื้อนในภาชนะอุปกรณ์ร้อยละ 66.67 รองลงมาคือมือของผู้ประกอบอาหาร ร้อยละ 57.14 ผล การตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ในภาชนะ อุปกรณ์พบว่าการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ร้อยละ 66.67 โดยพบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียใน เขียงมากที่สุด ร้อยละ 85.71 รองลงมาเป็นมีด ร้อยละ 71.43 และจาน ร้อยละ 42.85 ผลการตรวจการปนเปื้อน เชื้อ *E.coli* และเชื้อ *S.aureus* ในตัวอย่างอาหาร พบว่าการ ปนเปื้อนเชื้อ *E.coli* ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 33.33 และไม่พบการปนเปื้อนเชื้อ *S.aureus*

ข้อเสนอแนะ

1.การปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน ควรมีการประยุกต์ใช้วัสดุที่มีอยู่ในครัวเรือน เพื่อให้ครัวเรือนผ่านเกณฑ์สุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน และมีการพัฒนาการจัดสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน โดยมีการรณรงค์/การประชาสัมพันธ์/ การเผยแพร่ เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนมีความ

ตื่นตัวที่จะปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2.ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน จากการวิจัยถึงแม้ว่าความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนของผู้ปรุงประกอบอาหารในครัวเรือน จะอยู่ในระดับสูง แต่ก็ยังมีบางข้อคำถามที่ตอบถูกน้อย ควรอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปรุงประกอบอาหารอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง

3.การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน พบว่า ผู้ปรุงประกอบอาหารในครัวเรือนมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง คือ การเลือกภาชนะอุปกรณ์ที่ปลอดภัย เลือกวัสดุที่ไม่เป็นพิษ ไม่ตกแตงสี ควรมีการอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือน ควรเลือกสื่อที่เข้าใจง่าย หรือรูปแบบการสาธิตให้เห็นจริง เพื่อให้ผู้ปรุงประกอบอาหารมีความเข้าใจในการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป

4.การตรวจการปนเปื้อนจุลินทรีย์ในอาหาร มือ ภาชนะและอุปกรณ์ ควรมีการตรวจแนะนำและตรวจเป็นประจำเพื่อเป็นการเพิ่มความตระหนักในการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนให้มากขึ้น เพื่อเป็นการปลูกฝังการรักษาความสะอาดและการปฏิบัติที่ถูกต้อง และเป็นการสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติของผู้ปรุงประกอบอาหารเพิ่มขึ้น

5.ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนโดยการสนทนากลุ่ม เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา สร้างโอกาสในการปรับปรุงให้ตรงกับสภาพปัญหา อันจะนำไปสู่การปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอนให้ความรู้ในการศึกษาตลอดหลักสูตร ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษาค้นคว้าวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. เสาวนีย์ เสมาทอง และธนสร คั่นตุงฆาร. **ประมวลและสังเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ: กรณีการสุขาภิบาลอาหารและน้ำ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร, 2554.
2. สำนักกระบวนวิชา. **รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506**. URL <http://www.boe.moph.go.th>. สืบค้นเมื่อ(20/สิงหาคม/2558).
3. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือหลักสูตรการสุขาภิบาลอาหาร สำหรับผู้สัมผัสอาหารและผู้ประกอบกิจการด้านอาหาร**. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก กรุงเทพมหานคร, 2557.
4. พัชรภรณ์ อันปฤษฎา. **รูปแบบการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารโดยผู้ประกอบการตลาดได้รุ่ง จังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2549.
5. นาวัน บุตรคำจิต. **รูปแบบการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร ในแหล่งท่องเที่ยว ในอุทยานแห่งชาติภูกระดึง จังหวัดเลย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2550.
6. อุมพร ชาญกรไทย. **รูปแบบการจัดการด้านสุขาภิบาลอาหารของแผงลอยจำหน่ายอาหารในตลาดไนท์ เทศบาลเมืองหนองบัวลำภู**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2550.
7. ทรงชัย จันทพันธ์. **การปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารของร้านจำหน่ายอาหารในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอรามัญ – ตลาดสด จังหวัดศรีสะเกษ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2550.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. **รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506**. URL <http://www.kkpho.go.th>. สืบค้นเมื่อ(31/สิงหาคม/2558).
9. โรงพยาบาลหนองสองห้อง. **รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506**. สืบค้นเมื่อ(31/สิงหาคม/2558).
10. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะกั่วป่า. **รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506**. สืบค้นเมื่อ(17/สิงหาคม/2558).
11. อรุณ จิรวัฒน์กุล และคณะ. **ชีวสถิติ**. พิมพ์ครั้งที่ 4. หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา ขอนแก่น, 2557.
12. ยุพิน โยอาศรี. **สภาวะสุขาภิบาลอาหารในครัวเรือนชนบทบ้านเจริญสุข ตำบลชีนชม อำเภอชีนชม จังหวัดมหาสารคาม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2556.
13. กิตติศักดิ์ เข็มระหงส์. **เปรียบเทียบความรู้ เจตคติ การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร ตามข้อกำหนดสำหรับแผงลอย จำหน่ายอาหาร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2552.
14. พิชิต คำภะเก. **ผลของการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของแผงลอย**. รายงานการศึกษาระดับปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2554.
15. ศศธร น้อยยามาศย์. **“สภาวะสุขาภิบาลอาหาร โรงครัววัด อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู”**. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 8 (2) 2558.: 253,

การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ จังหวัดกาฬสินธุ์
DEVELOPMENT ON DISTRICT HEALTH SYSTEM (DHS) TO SOLVE PUBLIC HEALTH
PROBLEMS AREA BASED IN KALASIN PROVINCE

ฉวีวรรณ ชมภูเข¹, วรชาติ จมรณพัฒน์², ธีรพัฒน์ สุทธิประภา³

Chaweewan chompukao¹, Worachat Jomrenpat², Teerapat Suttiprapar³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการพัฒนาสุขภาพอำเภอ, ศึกษาประเด็นปัญหาสาธารณสุขตามประเด็นหนึ่งอำเภอหนึ่งโครงการ กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอ จำนวน 143 คน เก็บข้อมูลด้วยวิธีสนทนากลุ่ม การสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม แบบรายงานผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ ระยะเวลาทำการวิจัย ระหว่าง กันยายน 2558 – สิงหาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และวิเคราะห์เชิงพรรณนาด้วยค่าสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานด้วย F-test และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า ผลจากการพัฒนาทำให้ได้แนวทางในการจัดการปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ พบว่าทุกอำเภอและตำบล มีกระบวนการดำเนินงานในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ ในระดับอำเภอในลักษณะเดียวกัน คือ เริ่มจากการสร้างความรู้ความเข้าใจกับทีมนำ วิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ การกำหนดประเด็นในการแก้ปัญหา การกำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการแก้ปัญหา การกำหนดบทบาทให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้ที่เกี่ยวข้อง การจัดทำแผนงาน โครงการในการแก้ปัญหา การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ การติดตามประเมินผล เกิดประเด็นในการแก้ปัญหาในพื้นที่ ประกอบด้วย การดูแลผู้สูงอายุ การดำเนินงานแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การดำเนินงานอาหารปลอดภัย การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การแก้ปัญหาการใช้สารเคมีทางการเกษตร ความคิดเห็นต่อแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบ สุขภาพอำเภอของบุคลากรสาธารณสุข ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (เฉลี่ย = 4.22 S.D.=0.75) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานທີ່ปฏิบัติงาน และอำเภอปฏิบัติงานต่างก็มีความคิดเห็นแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอไม่แตกต่างกัน ผลการดำเนินการทำให้เกิดนวัตกรรมในการแก้ปัญหาสุขภาพ ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอ ผ่านเกณฑ์ระดับจังหวัดร้อยละ 80 ทุกอำเภอ คิดเป็นร้อยละ 100 ผลลัพธ์การดำเนินการแก้ปัญหาในภาพรวมผ่านเกณฑ์การแก้ปัญหาในระดับจังหวัด ร้อยละ 80 ทุกอำเภอ
คำสำคัญ : การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ, ประเด็นปัญหาหนึ่งอำเภอหนึ่งโครงการ

Abstract

This participation action research has the purposed to study the district health system development level and study the health problem issue followed by One Tambon One project. The sample were the district health system board, 143 people. Collected the data by in-depth interview technique, group discussion, the questionnaire and the workshop report. The research period between September, 2015 to August, 2016. Data were analyzed by content analysis and descriptive statistic including percentage, mean and standard deviation and the inferential statistics including F-test and Pearson's correlation coefficient.

The result found: there had the guideline to solve the health problem management from the system development. All of the sub-district and district had the process to solve the health problem by the District Health System mechanism in the neighboring conditions district, started by making the understanding of the project with the leader team, analyzed the situation, determined the problem issue, determined the stakeholder and their character, making the project plan, doing followed the plan and the assessment. The process result can analyzed the health problem of Kalasin Province to five problem including the aging care, teenage pregnancy solved, food safety project, diabetes and

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

³ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

hypertension protection and prevention and agriculture chemical using solved, the opinion of the officer to the guideline to solve the health problem by district health system in overall was in excellent level (Mean = 4.22 S.D.=0.75). The sample who had the different work place and district has the same opinion in the guideline to solve the health problem by district health system. The result can create the health innovation to solve the health problem. The district health board operation result passed the province criteria 80% all of the district in Kalasin Province (100%). The operation result passed the province criteria 80% all of the district in Kalasin Province.

Keyword: the district health system, One District One Problem Issue Project

บทนำ

ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ นอกจากเป็นปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วยแล้ว ยังเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับลักษณะโครงสร้างประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม การเมืองและนโยบายของประเทศ และสิ่งแวดล้อม จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญได้แก่ โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส งานอนามัยแม่และเด็ก (MCH) การตั้งครรภ์ของมารดาที่อายุน้อยกว่า 20 ปี มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น การใช้สารเคมีในการเกษตร⁽¹⁻²⁾

ระบบสุขภาพอำเภอ เป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการขึ้นชม และการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน เป้าหมายของระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สำคัญ คือ สถานะสุขภาพ (Health status) ของประชาชนในอำเภอดีขึ้น ลดโรคและภัยที่เป็นปัญหาสุขภาพ ทำให้ประชาชนสามารถดูแลและพึ่งตนเองด้านสุขภาพองคร่วมได้ (Self and Essential care) โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มีทีมเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System :DHS) มีความเข้มแข็งและมีเอกภาพในการบริหารจัดการอย่างมีเอกภาพ (Unity District Health Team) โดยหลักการดำเนินงานของระบบสุขภาพอำเภอประกอบด้วย 5 ประการ ได้แก่ (1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (unity district health team) (2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (3) การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง (4) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (5) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น เน้นการจัดการปัญหาสุขภาพที่

ตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่⁽³⁻⁴⁾ จากหลักการดำเนินงานของระบบสุขภาพระดับอำเภอที่เป็นประโยชน์ต่อองค์กรประกอบกับกระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾ ได้ประกาศใช้ระบบสุขภาพอำเภอ โดยมอบหมายให้แต่ละจังหวัดนำระบบสุขภาพระดับอำเภอไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนางานด้านสาธารณสุข เมื่อพิจารณาผลงานวิชาการด้านระบบสุขภาพระดับอำเภอ 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ.2554 - 2558) พบว่า มีนักวิชาการให้ความสนใจศึกษาเกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอค่อนข้างน้อย⁽⁶⁾

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ได้พัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS โดยมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์จากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานดังกล่าวเกิดประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ จึงได้ทำการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมของการทำงาน แบบบูรณาการทั้งเชิงปฏิบัติการและบริหารจัดการ มีการพัฒนาโครงสร้าง แนวทาง รูปแบบการดำเนินงานที่มีเอกภาพ และประสิทธิภาพ ในระบบบริการสาธารณสุข อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ของจังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาการพัฒนาสุขภาพอำเภอ ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

วิธีการศึกษา

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2560

การวิจัยครั้งนี้ใช้พื้นที่เป็นฐานซึ่งมีจุดประสงค์หลักเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System:DHS) ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research :PAR) การวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็นแบบผสม (Mixed Method) ทั้งการเชิงปริมาณและคุณภาพ (Quantitative and Qualitative Research Method) เพื่อสามารถตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ครอบคลุมและสมบูรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรได้แก่ คณะกรรมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ ระดับอำเภอ จำนวน 5 โชน 18 อำเภอ

2. กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

2.1 คณะกรรมการการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอที่เป็นตัวแทนเครือข่ายบริการระดับโชน โชนละ 1 อำเภอ จำนวน 5 โชน 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอท่าคันโท อำเภอนาอุ อำเภอสหัสขันธ์ อำเภอกมลาไสย และอำเภอม่วงสามสิบ ประกอบด้วย นายอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาล ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ (ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธร เกษตรอำเภอ พัฒนาการอำเภอ ท้องถิ่นอำเภอ ผู้อำนวยการโรงเรียน) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 45 คน

2.2 คณะกรรมการดำเนินงาน ขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ ประกอบด้วย 1) ตัวแทนส่วนราชการ ได้แก่ สถานีตำรวจภูธร เกษตรอำเภอ พัฒนาการอำเภอ ท้องถิ่นอำเภอ และผู้อำนวยการโรงเรียน ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 73 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ จังหวัดกาฬสินธุ์ได้แก่ การประชุมเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับกระบวนการ โดยแบ่งเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ซึ่งทั้ง 2 ระดับ จะดำเนินการควบคู่กันไปโดยเมื่อประชุมเชิงปฏิบัติการระดับจังหวัดแล้ว ในระดับอำเภอ

จะต้องไปดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการต่อ โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่

1.1 การสร้างความรู้ความเข้าใจกับทีมนำระดับอำเภอในกระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ

1.2 การวิเคราะห์ และกำหนดปัญหาในพื้นที่ในระดับอำเภอ และตำบล

1.3 การกำหนดแผนงานโครงการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตลอดจนบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานและบูรณาการโครงการสร้างการดำเนินงานระดับอำเภอ และ

1.4 การติดตามและประเมินผลในทุกระดับ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เครื่องมือศึกษาสภาพการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ของจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้างเป็นแบบสัมภาษณ์ปลายเปิด ในการศึกษาสภาพการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ของจังหวัดกาฬสินธุ์ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาค่าความครอบคลุมเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) กล่าวคือ ด้านข้อมูล ด้านผู้วิจัย และกระบวนการรวบรวมข้อมูล

2.2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ การกำหนดประเด็น การกำหนดตัวชี้วัด การจัดทำโครงร่างในการแก้ปัญหา การดำเนินการตามโครงการ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และการฝึกอบรมหรือประสบการณ์ คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ โดยลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำหรือจำนวนลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นระดับการพัฒนาสุขภาพอำเภอตามเกณฑ์บันได 5 ขั้น โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความเข้าใจต่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

มากที่สุด	เท่ากับ 5 คะแนน
มาก	เท่ากับ 4 คะแนน
ปานกลาง	เท่ากับ 3 คะแนน
น้อย	เท่ากับ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้⁽⁷⁾

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มากที่สุด
3.41 – 4.20	มาก
2.61 – 3.40	ปานกลาง
1.81 – 2.60	น้อย
1 - 1.80	น้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

คุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้จะมีการปรับปรุงเครื่องมือโดยนำเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหารูปแบบและความเหมาะสมของภาษาก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างและความเชื่อมั่น (Reliability) นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try-out) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอในอำเภอเชียงยืน และอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นพื้นที่จังหวัดอื่นที่ไม่ใช่พื้นที่วิจัยในจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อนำมาวิเคราะห์และคัดเลือกคำถามที่เหมาะสมในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งต้องมีความแม่นยำ วัดก็ครั้ง

ก็เหมือนเดิม ลงที่ เพื่อหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม จากสูตร สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของ Cronbach ⁽⁸⁾ (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ได้ค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค 0.89

2.3 ทะเบียน/รายงาน ผลการดำเนินงานการจัดการและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ ตามตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ขั้นตอนการศึกษา

1. ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย ผู้วิจัยส่งหนังสือถึงนายอำเภอ ผ่านทางสาธารณสุขอำเภอ ลงนามโดยผู้ว่าราชการจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อขอความร่วมมือ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนและรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย และขอให้ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอเป็นผู้ประสานงานวิจัยในครั้งนี้ จัดประชุมผู้ร่วมวิจัยทุกอำเภอเพื่อชี้แจงนโยบายการพัฒนาสุขภาพอำเภอในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนและรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย และจัดประชุมทีมวิจัย สร้างความเข้าใจ รายละเอียดเครื่องมือ และการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ระยะปฏิบัติการวิจัย กำหนดขั้นตอนการดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ศึกษาสภาพการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ของจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาจากคณะกรรมการการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ที่เป็นตัวแทนเครือข่ายบริการระดับโซน โซนละ 1 อำเภอ จำนวน 5 โซน 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอท่าคันโท อำเภอนาคู อำเภอนามน อำเภอกมลาไสย และอำเภอม่วงสามสิบ ประกอบด้วย นายอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสาธารณสุขอำเภอ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ (ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรเกษตรอำเภอ พัฒนาการอำเภอ ท้องถิ่นอำเภอ ผู้อำนวยการโรงเรียน) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

2. การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยคณะกรรมการดำเนินงาน ขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ประกอบด้วย ตัวแทนส่วนราชการ ได้แก่ สถานีตำรวจภูธร เกษตรอำเภอ พัฒนาการอำเภอ ท้องถิ่นอำเภอ และผู้อำนวยการโรงเรียน ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข จำนวน คน โดยมีขั้นตอนการศึกษาดังนี้

2.1. กำหนดประเด็นในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์

2.2. การพัฒนาแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ ทำให้ได้แนวทางในการจัดการปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่ง ผู้วิจัยใช้กระบวนการ PAR เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นการวิจัยที่สะท้อนผลการปฏิบัติงานเป็นวงจรตลอด 4 ขั้นตอน⁽⁷⁾ คือการวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observing) การปฏิบัติการสะท้อนกลับ (Reflecting) ประกอบด้วย กิจกรรม 1) การสร้างความเข้าใจในกระบวนการจัดการและแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ 2) การนำแนวทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอไปใช้ในการค้นหา และวิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่ 3) การกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหา 4) การกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย 5) การบูรณาการแนวคิดการบริหารด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ 6) การนำแนวคิดไปปฏิบัติ การจัดทำแผนงานโครงการ และ 7) การติดตามประเมินผลและเก็บข้อมูล

3. การประเมินผลของกระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) จังหวัดกาฬสินธุ์

3. ระยะสรุปและนำเสนอผลการวิจัย เป็นระยะที่ผู้วิจัยและทีมงาน ดำเนินการสรุปผลการวิจัย นำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร หัวหน้าส่วนราชการสาธารณสุข รายงานองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัย ปัญหา

อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้นทุกอำเภอ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สถิติ F-test ด้วยเทคนิค One way ANOVA ในการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสถานที่ปฏิบัติงานกับความถี่เห็นแนวทางการจัดการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยระบบสุขภาพอำเภอ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) วิเคราะห์จากการสนทนากลุ่ม และการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) นำมาวิเคราะห์ เรียบเรียงความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่ และวิเคราะห์รวมเพื่อหาข้อสรุปตามกรอบแนวคิดของการวิจัย

ผลการวิจัย

1. สภาพการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ จังหวัดกาฬสินธุ์ ทำให้ได้แนวทางในการจัดการปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาในพื้นที่

1.1 ผลการศึกษาสภาพการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ของจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาจากคณะกรรมการการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ ที่เป็นตัวแทนเครือข่ายบริการระดับโซน โซนละ 1 อำเภอ จำนวน 5 โซน 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอท่าคันโท อำเภอนาคู อำเภอสหัสขันธ์ อำเภอกมลาไสย และอำเภอกำแพง มีประเด็นที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ระดับอำเภอ ทั้งสิ้น 5 ประเด็น ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุ การแก้ปัญหาค้างครกในวัยรุ่น การดำเนินงานอาหารปลอดภัย การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และการแก้ปัญหายาเสพติดทางเภสัชกรรม ประเด็นในการดำเนินการจัดการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ

ระหว่างระดับอำเภอและตำบล ส่วนใหญ่มีเหมือนกัน ร้อยละ 87.88

1.2 การกำหนดโครงสร้างระดับอำเภอ ประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ 1) คณะกรรมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) บริหารจัดการเฉพาะบุคลากรสาธารณสุขประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นรองประธาน บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องเป็นกรรมการ ผู้รับผิดชอบงานเป็นเลขานุการ และ 2) คณะกรรมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) บริหารจัดการร่วมกับภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย ประธานคณะกรรมการ คือ นายอำเภอ รองประธานคณะกรรมการ คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล กรรมการ คือ หัวหน้าส่วนราชการ กรรมการและเลขานุการ คือผู้รับผิดชอบงาน

2. การพัฒนาแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์

2.1 ผลจากการพัฒนาทำให้ได้แนวทางในการจัดการปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ พบว่าทุกอำเภอและตำบล มีกระบวนการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ ในระดับอำเภอในลักษณะเดียวกัน คือ เริ่มจากการการสร้างความรู้ความเข้าใจกับทีมนำ วิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ การกำหนดประเด็นในการแก้ปัญหา การกำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการแก้ปัญหา การกำหนดบทบาทให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้ที่เกี่ยวข้อง การจัดทำแผนงานโครงการในการแก้ปัญหา การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ การติดตามประเมินผล

2.2 ความคิดเห็นแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (เฉลี่ย = 4.22 S.D.=0.75) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่บุคลากรมีความเข้าใจอยู่ในระดับมากที่สุดได้แก่ การกำหนดประเด็นปัญหา (เฉลี่ย = 4.21 S.D.=0.79) การกำหนดตัวชี้วัด (เฉลี่ย = 4.30 S.D.=0.76) การจัดทำโครงร่าง (เฉลี่ย = 4.21 S.D.=0.78) การดำเนินงานตามโครงการ

(เฉลี่ย = 4.24 S.D.=0.65) และด้านที่มีความเข้าใจระดับมากที่สุดได้แก่ การติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ (เฉลี่ย = 3.98 S.D.=0.68) การสรุปผลการบริหารจัดการและการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ (เฉลี่ย = 4.20 S.D.=0.71) การถอดบทเรียนโครงการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ (เฉลี่ย = 4.17 S.D.=0.75)

2.3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างที่มีบทบาทการปฏิบัติงานและปฏิบัติงานในอำเภอที่ต่างกันต่างกันกับความคิดเห็นแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอพบว่าไม่มีความแตกต่าง

2.4 กิจกรรมในการดำเนินงานด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) จังหวัดกาฬสินธุ์ แยกเป็นรายอำเภอ ดังนี้

2.4.1 อำเภอท่าคันโท “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวแบบบูรณาการ ตำบลท่าคันโท ปี 2560” ผลการประเมิน พบว่า ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ (care manager) จำนวน 7 คน สามารถพัฒนาตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 มีวัดส่งเสริมสุขภาพตำบลละ 1 แห่ง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ร้อยละ 70 ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าร้อยละ 80 มีหมู่บ้านการจัดการยาเพื่อผู้สูงอายุตำบลละ 1 แห่ง มีการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุโดยแบบประเมิน Activity of Daily Living (ADL) ร้อยละ 100 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล ร้อยละ 100 และครอบครัวและชุมชนมีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 98

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของอำเภอท่าคันโท คือการดำเนินงานที่เน้นการบูรณาการ โดยการนำความสอดคล้องจากการนำการสร้างเสริมสุขภาพของกฎบัตรออตตาวา มาใช้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (the Ottawa charter for health promotion) เป็นกระบวนการที่ทำให้ประชาชนสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุมและเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเอง รวมถึงการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพได้ มีการนำเกณฑ์มาตรฐานการดูแล

ผู้สูงอายุระยะยาวของกรมอนามัย, การดำเนินงานตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว, คู่มือความสุข 5 มิติ, คู่มือการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ซึ่งทั้งหมดนี้ทำให้เกิดการบูรณาการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ผู้ดูแล ชุมชน หน่วยงานภาคีเครือข่ายส่งผลต่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุในชุมชน เกิดเป็นนวัตกรรมสุขภาพได้แก่ ศูนย์โฮมสุข ตำบลท่าคันโท เป็นแหล่งเรียนรู้และศึกษาดูงานของงาน Long term care ทั้งในจังหวัดกาฬสินธุ์ และทั่วประเทศ

2.4.2 อำเภอนาคู “การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อำเภอนาคู ปี 2560 โดย DHML Team อำเภอนาคู” ผลการประเมิน พบว่า อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลดลงจากค่ามัธยฐานของปี 2557-2559 หรือไม่เกินร้อยละ 15 ระดับความสำเร็จของอำเภอที่มีการดำเนินงานลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อยู่ในระดับ 5 ได้แก่ มีการกำหนดภารกิจ โครงสร้าง บทบาทหน้าที่เครือข่ายป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับอำเภอที่ชัดเจน มีฐานข้อมูลปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ มีสื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มตามระดับความเสี่ยงและความต้องการของวัยรุ่น มีระบบเฝ้าระวังปัญหาการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่น โดยเชื่อมโยงทั้งระดับอำเภอ โรงเรียนและชุมชน มีระบบสร้างความรู้และทักษะในการสร้างสมดุลพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมในกลุ่มเสี่ยง มีระบบการเฝ้าระวังปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม แหล่งมั่วสุมริสอร์ท ในชุมชน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของอำเภอนาคู ได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีการบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กระบวนการ DHML โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นเจ้าภาพ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สถานีตำรวจภูธร เจ้าหน้าที่ปกครอง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการสื่อสารและถ่ายทอดตัวชี้วัด วิเคราะห์ความต้องการ ทบทวนโครงสร้าง บทบาท ทีมบูรณาการ ชักซ้อมแนวทางปฏิบัติ ออกแบบรายงานและเครื่องมือเก็บข้อมูล ดำเนินการคัดกรองพฤติกรรมทางเพศ รวบรวมข้อมูลกลุ่มแหล่งมั่วสุม ริสอร์ท ในพื้นที่ เพื่อ วิเคราะห์ข้อมูล และคืนข้อมูลให้กับคณะทำงาน การศึกษาดูงาน

จัดประกวดสื่อ และพัฒนาหลักสูตรค่าย จัดค่าย “อีก 1 พลังเยาวชนร่วมด้านการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ” ส่งผลให้เกิด การเฝ้าระวังปัญหาการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่น โดย เชื่อม โยงทั้งระดับ อำเภอ โรงเรียน และชุมชน ประสิทธิภาพสื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มตามระดับ ความเสี่ยงและความต้องการของวัยรุ่น การสร้างความรู้ และทักษะ ในการสร้างสมดุลพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมในกลุ่มเสี่ยง การเฝ้าระวังปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม แหล่งมั่วสุม ริสอร์ท ในชุมชน และการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมทางเพศของกลุ่มที่เข้าค่าย

2.4.3 อำเภอสหพันธ์ “ยกระดับการพัฒนาสถานประกอบการด้านอาหารสู่การท่องเที่ยว อำเภอสหพันธ์ ปี 2560” ผลการประเมิน พบว่า จากผลการดำเนินงานทำให้มี คณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยระดับอำเภอ(DHS) มีการวิเคราะห์ปัญหาและ กำหนด กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา โดยมีการประชุมทีมเครือข่ายอาหารปลอดภัยระดับอำเภอ (DHS) มีการการสำรวจร้านอาหาร/แผงลอยในชุมชน สอบถามความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ในการบริโภคร้านอาหาร แผงลอยในชุมชน มีการออกประเมินคุณภาพร้านอาหาร/แผงลอยตามเกณฑ์ และมอบป้ายCFGT ให้ร้านที่ผ่านการประเมิน มีการพัฒนาศักยภาพคณะทำงาน ในรูปแบบการอบรม ครู ก (อสม.) ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคที่ปลอดภัย และการอบรมผู้ประกอบการร้านอาหารและผู้ผลิตน้ำดื่ม น้ำแข็ง (ด้านมาตรฐานร้านอาหาร มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารแก่ผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหาร) ผู้ผลิตอาหาร KS / Primery GMP และมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลอาหารปลอดภัย โดยการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านอาหารปลอดภัย ระดับอำเภอ จัดทำข้อมูลพื้นฐานด้านอาหารปลอดภัย 4 กลุ่ม

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ เกิดจาก การระดมความร่วมมือทุกภาคส่วน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ด้วยกลไกระบบสุขภาพอำเภอ DHS ด้วยการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย ครอบคลุม 4 กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย กลุ่มผู้ผลิตอาหาร(เพาะปลูก เพาะเลี้ยง) กลุ่มผู้ประกอบการร้านอาหาร กลุ่มผลิตน้ำดื่ม น้ำแข็ง และ

กลุ่มผลิตอาหารแปรรูป โดยได้มีการติดตามประเมินผล การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เกิดคณะทำงานตรวจสอบ คุณภาพและติดตามประเมินผล ระดับอำเภอ (DHS) ที่เป็น รูปธรรม

2.4.4 อำเภออมลาลาย “การพัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภออมลาลาย จังหวัดกาฬสินธุ์” ผล การประเมิน พบว่า ผลการพัฒนาระบบการบริหารจัดการ ทำให้เกิดโครงสร้าง NCD Board ระดับ กปสอ. มีการ จัดรูปแบบคลินิกบริการ แบ่งออกเป็น 4 ระบบ ได้แก่ คลินิกโรคเรื้อรังใน โรงพยาบาล คลินิกโรคเรื้อรังใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง คลินิกโรค เรื้อรังที่สุขภาพ และ การออก Mobile NCD Clinic นอกจากนี้ยังมีการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและ แพทย์ทางเลือก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เกิดระบบ สารสนเทศ ที่ทันสมัย ถูกต้องครบถ้วน มีการพัฒนา นวัตกรรมและสร้างเครือข่าย เกิดนวัตกรรมในการดูแล ผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ นวัตกรรมสมุนไพรในการควบคุม ระดับน้ำตาล นวัตกรรมในการป้องกันลดภาวะเสี่ยงการ เกิดแผลที่เท้า โดยการให้ศึกษาด้วยสื่อที่ทันสมัย และ การดูแลเท้าด้วยตนเอง นวัตกรรมเพื่อป้องกันแผลเปื่อยก้น : “ถุงเท้ามหัศจรรย์” นวัตกรรมเพื่อลดค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน การเดินทางมาทำแผลที่โรงพยาบาล “ตะกร้าน้อยช่วยได้” นวัตกรรมการรักษาแผลให้หายเร็ว : นวัตกรรมเครือข่าย ช่วยได้ จากผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นแผลที่เท้ามีความรุนแรง มากขึ้น

ปัจจัยแห่งความสำเร็จเกิดจากการสอดประสาน การดำเนินงานโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมคิด ร่วมออกแบบ ระบบงาน ช่วยทำให้การทำงานมีระบบ ชัดเจนมากขึ้น ทีมเครือข่ายสามารถพัฒนาระบบบริการไปพร้อมกัน มีที่ ประสิทธิภาพในการทำงาน และมีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อย่างสม่ำเสมอ มีการจัดระบบคลินิกบริการ แยกเป็น สัดส่วน กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย/ชุมชนสนใจในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีโอกาสได้นำเสนอผลงานทำให้ ทีมงานมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2.4.5 อำเภอกำม่วง “การพัฒนาการลดใช้สารเคมี ทางเกษตรอย่างปลอดภัยในเกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกพุดรา

อำเภอกำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์” ผลการประเมิน พบว่า จากการจัดกระบวนการกลุ่มผู้เรียนได้จัดกิจกรรมการ อบรมเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติกลุ่มผู้ปลูกพุดรา จำนวน 1 ครั้ง มีผู้เข้าร่วมอบรม จำนวน 70 คน ผลจากการจัดเวที เสวนาการพัฒนาพุดราปลอดภัยกลุ่มผู้ปลูกพุดราได้ รับทราบแนวทางการพัฒนาอาหารปลอดภัยในระดับ จังหวัด ตลอดจนทราบแนวทางการสนับสนุนจาก สำนักงานพาณิชย์จังหวัดในการนำผลผลิตสู่ตลาดอาหาร ปลอดภัย สำนักงานเกษตรจังหวัดในการสนับสนุน วิชาการและเทคโนโลยีชีวภาพ ศูนย์การศึกษา นอก ระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอกำม่วงและวิทยาลัย การอาชีพกำม่วง ในการสนับสนุนองค์ความรู้การแปรรูป พุดราและการบรรจุภัณฑ์ มีการกำหนดแนวทางการ พัฒนาได้ข้อสรุปร่วมกันคือ ทุกคนมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อ ผลิตพุดราที่ปลอดภัย มีผู้นำซึ่งเป็นบุคคลต้นแบบ และ สมาชิกในกลุ่มร่วมกำหนด ขั้นตอนการพัฒนาแบ่ง ช่วงเวลาในการติดตั้งกิ่ง ต้นตอ เป็นกลุ่ม เพื่อให้ผลผลิต ออกไม่ตรงกัน เพื่อลดปัญหาผลผลิตล้นตลาดและราคา ตกต่ำ นอกจากนี้การใช้เทคโนโลยีชีวภาพ มาทดแทนการ ใช้สารเคมี เช่น เชื้อราไตรโคเดอร์มา เชื้อบิวาเรีย เชื้อบีที ที่ มีวิธีการใช้ที่ง่าย การใช้สมุนไพรที่มีในชุมชน เช่น หน่อ กล้าย สะเดา สาบเสือ ผักกูด ขาฉุน กะทิ นำมาหมัก และ สกัดเพื่อเป็นสารกำจัดหญา สารเร่งการเจริญเติบโตของ พืช รวมถึงการผลิตฮอร์โมนเร่งผลผลิตโดยใช้ไข่ไก่หมัก ซึ่งสมาชิกที่เข้าร่วมโครงการได้มีการเตรียมการนำหมัก ขา ฉุน ไพรและฮอร์โมน ไว้พร้อมก่อนฤดูการผลิต

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ของอำเภอกำม่วง เกิดจากการนำเทคโนโลยีที่ใช่ง่าย ไม่ซับซ้อนในการ เตรียม การผลิต และการจัดการเรียนรู้ให้ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย มีการค้นหา “คนต้นแบบ” ใน ชุมชนเป็นแนวทางที่สำคัญยิ่งในการสร้างแรงจูงใจให้เกิด ความเปลี่ยนแปลงไปสู่กลุ่มผู้ปลูกอื่นๆ จากการเรียนรู้ผ่าน การพัฒนาแปลงจริงจนเกิดเป็น แปลงต้นแบบ แปลง สาธิตการปลูกพุดราอินทรีย์ การเริ่มภายในกลุ่มของผู้มี ส่วนได้ส่วนเสีย หรือผู้ผลิตเอง เพราะจะมีการเรียนรู้จาก ประสบการณ์จริง ได้องค์ความรู้ของพื้นที่ในระดับ

ปราชญ์พุทรา และสามารถพัฒนาจากศักยภาพที่มีอยู่จากภายในชุมชนได้อย่างแท้จริง โดยผ่านการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทั้งยังสามารถถ่ายทอดไปยังสมาชิกแบบเป็นกันเองได้อย่างทั่วถึง

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้แนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลจากการดำเนินงานพบว่า ทุกอำเภอสามารถดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ (Area Based) คิดเป็นร้อยละ 100

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนา ระบบสุขภาพอำเภอ ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อพัฒนา และศึกษาผลการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้เทคนิค การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม⁽¹⁰⁻¹²⁾ เพื่อพัฒนาแนวทางในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ร่วมกับแนวคิดการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ ตามแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์ ทำให้ได้แนวทางในการจัดการปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ พบว่าทุกอำเภอและตำบล มีกระบวนการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ ในระดับอำเภอในลักษณะเดียวกัน คือ เริ่มจากการการสร้างความรู้ความเข้าใจกับทีมนำ วิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ การกำหนดประเด็นในการแก้ไข ปัญหา การกำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการแก้ไข ปัญหา การกำหนดบทบาทให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้ที่เกี่ยวข้อง การจัดทำแผนงานโครงการในการแก้ไข ปัญหา การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ การติดตามประเมินผล ทำให้สามารถกำหนดเป็นแผนงานโครงการในการแก้ไข ปัญหาในพื้นที่ จำนวน 5 ประเด็น จากตัวแทนเครือข่ายบริการระดับโซน โซนละ 1 อำเภอ จำนวน 5 โซน 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอท่าคันโท อำเภอนาคู อำเภอสหัสขันธ์ อำเภอกมลาไสย และอำเภอลำม่วง มีประเด็นที่ใช้ในการแก้ไข ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

ระดับอำเภอ ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุ การแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การดำเนินงานอาหารปลอดภัย การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และการแก้ปัญหาสารเคมีทางการเกษตร โดยการบูรณาการแนวคิดการบริหารด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ สอดคล้องกับ การศึกษาของ ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร และคณะ (2556)⁽¹³⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ พบว่า การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ที่มีคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ มีการดำเนินงานร่วมกัน มีการวางกรอบการดำเนินงานพัฒนาบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับพื้นที่ มีการประสานงานในการจัดระบบบริการ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ การพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ด้วยการฝึกอบรมด้านการจัดการให้กับคณะทำงานอย่างสม่ำเสมอ การดำเนินงานของเครือข่ายจะนำไปสู่การพัฒนาและแก้ไข ปัญหาได้อย่างยั่งยืน และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิทรา กิจธีระวุฒิมัย (2555)⁽¹⁴⁾ ได้ทำการการศึกษาการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน: กลยุทธ์สู่ความสำเร็จของนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า บริการปฐมภูมิสามารถปรับตัวในระบบที่เปลี่ยนแปลงอย่างซับซ้อน และรวดเร็ว ทั้งในด้านทรัพยากร องค์กร และกระบวนการทำงาน ภายใต้สถานการณ์ทรัพยากรที่จำกัด การพัฒนากำลังคน เป็นองค์ประกอบสำคัญด้านหนึ่งของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การพัฒนาบริการแบบเดียว มีข้อจำกัด ดังนั้นการพัฒนาในลักษณะเครือข่าย จึงมีความจำเป็น โดยมีแม่ข่ายคือโรงพยาบาลชุมชน และมีสถานีอนามัย/รพ. สต. เป็นลูกข่าย ทำงานเชื่อมประสานสนับสนุนกัน ภายใต้รูปแบบการจัดบริการของระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ

จากผลการดำเนินงานตามแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าบุคลากรผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานแก้ไข ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ มีความรู้ความเข้าใจต่อแนวทางการจัดการแก้ไข ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบ

สุขภาพอำเภอของบุคลากรสาธารณสุข ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อทำเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานที่ปฏิบัติงาน และอำเภอปฏิบัติงานต่างกันกับความคิดเห็นแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ อำเภอพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานที่ปฏิบัติงานต่างกัน และบริบทของอำเภอปฏิบัติงานต่างกัน มีความคิดเห็นต่อแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการในการพัฒนาแนวทาง ได้ใช้กระบวนการบูรณาการทุกภาค และอาศัยผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนร่วมเข้ามามีส่วนร่วมกำหนดกิจกรรมในการดำเนินงาน ตั้งแต่กระบวนการวิเคราะห์ปัญหา กำหนดประเด็น การนำไปใช้ในพื้นที่ ตลอดจนการประเมินผล⁽¹²⁾ ส่งผลให้บุคลากรที่รับผิดชอบมีความเข้าใจอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ **ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้แนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ทุกอำเภอสามารถดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ (Area Based) คิดเป็นร้อยละ 100** สอดคล้องกับการศึกษาของ วัฒนา นันทะเสน (2558) พบว่าผลลัพธ์ของการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยเน้นการแก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่ (CBL) ในการพัฒนา

ระบบสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานหนึ่งอำเภอหนึ่งประเด็นสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาตามบริบทในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของ การศึกษาของ Drobac et al. (2013)⁽¹⁵⁾ ได้ทำการศึกษา ระบบบูรณาการสาธารณสุขระดับอำเภอที่ครอบคลุม: การฝึกอบรมเสริมสร้างความเข้มแข็งการดูแลสุขภาพของประชากรใน Rwanda พบว่า การเสริมสร้างความร่วมมือ การฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพท้องถิ่นเข้ามาดูแลสุขภาพเพื่อลดค่าใช้จ่ายและพัฒนาปรับปรุงคุณภาพเสริมสร้างความเข้มแข็งให้เครือข่ายชุมชนด้านสุขภาพ ทำให้ระบบสุขภาพระดับอำเภอได้รับการปรับปรุงคุณภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์ ทำให้เกิดแนวทางในการจัดการปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ตามบริบทของอำเภอและตำบลในลักษณะเดียวกัน คือ เริ่มจากการสร้างความรู้ความเข้าใจกับทีมผู้นำ วิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ การกำหนดประเด็นในการแก้ปัญหา การกำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการแก้ปัญหา การกำหนดบทบาทให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้ที่เกี่ยวข้อง การจัดทำแผนงาน โครงการในการแก้ปัญหา การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ การติดตามประเมินผล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. แผนยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, 2558.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญของจังหวัดกาฬสินธุ์. กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, 2558.
3. สำนักบริหารการสาธารณสุข. การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รศอ.) ฉบับประเทศไทย. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2557.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เสริมคุณค่าปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพอำเภอ. กรุงเทพฯ : โครงการพัฒนาองค์ความรู้ แนวคิดและจัดพิมพ์ผลงานการพัฒนาภาคีสถาบันระบบสุขภาพระดับอำเภอมูลนิธิแพथะชนบท, 2557.
5. กระทรวงสาธารณสุข. (2558). ระบบสุขภาพระดับอำเภอ. [ออนไลน์]. ได้จาก: http://www.tro.moph.go.th/acm/DHS_Book.pdf
6. สมจิต พรหมจันทร์ และคณะ. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพอย่างเป็นหุ้นส่วนทางด้านสุขภาพ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2(1) 2558: 37 – 51,

7. Best, John W. **Research in Education**. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1981
8. บุญชม ศรีสะอาด. **การวิจัยเบื้องต้น**. กรุงเทพฯ: ชมรมเด็ก, 2545.
9. Kemis, S., McTaggart, R. **The action research planner**. Geelong Australia: Deakin University Press.
10. ชัชวาลย์ ทัดศิวิธ. **ความไว้วางใจกับการมีส่วนร่วมทางการเมือง**. กรุงเทพฯ: รัฐสภาสาร., 2551
11. Lewin, K. **Principles of psychology typology**. New York: McGraw-Hill, 1936.
12. สุนีย์ มัลลิกะมาส. **รัฐธรรมนูญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพิทักษ์รักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
13. ประสิทธิ์ชัย มั่งจิต, มานพ คณะโต และ กิตติมา โมะเมน. **การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 1(3) . 2556: 17-28.**
14. นิทรา กิจธีระวุฒิจงษ์. **การศึกษาการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน: กลยุทธ์สู่ความสำเร็จของนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2555.
15. Drobac, P. et al. Comprehensive and integrated district health systems strengthening: the Rwanda Population Health Implementation and Training (PHIT) Partnership. **BMC Health Services Research**, 13(2), 2013: 5-25.